

Türkiye
Aile Hekimliği
Turkish Journal of Family Practice
Dergisi

Başmakale | Editorial

Sırada ne var? | 1

What's next?

Dilek Güldal

Araştırmalar | Research Articles

Orta Anadolu'da Boğazlıyan Bölgesi'nde buşon görülme sıklığı | 2

The frequency of cerumen in Bogazlıyan Area

Ali Yüksel

Manisa ilinde aile hekimlerinin 2011 yılındaki iş yükü ve insan gücünün değerlendirilmesi | 5

Assessment of workload and human capacity of family physicians in Manisa province in 2011

Ziya Tay, Ayşe Nur Tuncal, Gonca Atasoylu, Mustafa Sertel, Galip Köroğlu

Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme | 16

Twenty years of academic family medicine departments in Turkey:
an overview on the developmental process

Okay Başak, Dilek Güldal

Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi | 25

Another period of women's life: menopause and its impact on quality of life

Ayşegül Uludağ, Ayşe Nur Çakır Güngör, Meryem Gencer, Erkan Melih Şahin, Emine Coşar

Rahim içi araç (RİA) uygulaması için başvuranların bilgi düzeyleri | 31

Patient's knowledge level about intrauterin device application

Can Öner, Binali Çatak, Berrin Telatar

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi | 35

Evaluation of polypharmacy and complementary therapy use in patients ≥ 65 years, attending to Family Medicine Outpatient Clinic of Şişli Etfal Training and Research Hospital

Çiğdem Taşkın Şayir, Sinem Aslan Karaoğlu, Dilek Evcik Toprak

Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri | 42

Nicotine dependence and related risk factors at individuals admitted to primary care units in Ankara Yenimahalle

Tijen Şengezer, Fazilet Sivri, Nesrin Dilbaz, Didem Sunay

Olgu Sunumu | Case Report

Nifedipine bağlı dişeti büyümesi: Olgu sunumu | 49

Nifedipine-induced gingival overgrowth: a case report

Makbule Neslişah Tan, Ediz Yıldırım

Editöre Mektup | Letter to the Editor

Orofarengeal tularemi erken tanısı için su hijyeninin sorgulanması önemlidir | 52

Erol Arslan, Hakan Şarlak, Ömer Kurt, Mustafa Çakar, M. Fatih Bulucu

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i

Sırada ne var?

What's next?

Dilek Güldal¹

Merhaba,

Bu sayımızı çıkarırken de, yine aile hekimliğinde durulmayan suların yarattığı karmaşık duygular içerisindeyiz. Sağlık Bakanlığı'nın nedenini bilemediğimiz bir şekilde, birinci basamakta iki ayrı tip uzmanlık yolu açmakta ısrarı sürüyor. Disiplinimizin en temel hakları ve gereklilikleri, tartışma ve pazarlık konusu yapılıyor. Dahası ne yazık ki tüm kesimler tarafından çoğunluğu memnun etmek adına, azınlığın haklarını ve halkın sağlığını göz ardı eden popülist politikalar izleniyor.

Öte yandan, disiplinimizin akademik ve bilimsel gelişmesinin en önemli göstergelerinden birisi olan dergimizin aldığı yol hepimize haklı bir gurur ve mutluluk veriyor. Türk Tıp Dizini'nde aile hekimliği alanında taranan ilk dergi olmak editörler, hakemler, yazarlar ve okurların ortak çabalarının bir ürünüdür. Ancak bu henüz ilk adımımız, hızla uluslararası indekslerde taranır bir dergi olmanın gerekliliklerini yerine getirmeliyiz. Bu amaçla, gelecek sayımızdan itibaren araştırmaların geniş bir özeti İngilizce olarak yayınlamaya başlayacağız. Ek olarak dergimizin web sayfasını geliştirerek, okunurluğunu artırmayı hedefliyoruz.

Bu dönem, Editörler Kurulu'nda bir değişiklik gerçekleşti. Dergimizin ilk gününden bu yana emek vermiş, katkıları ile tüm yazıları canlandırmış, en zor günlerde bile derginin çıkmasını sağlamış değerli arkadaşımız Dr. Haluk Çağlayaner Editörler Kurulu'ndan ayrılmış bulunuyor. Kendisine bu güne kadar büyüttüğü, geliştirdiği dergimiz için şükranlarımızı sunmaktayız. Bundan sonra da, yazıları ile deneyim ve bilgilerini aktararak dergimizin gelişmesine katkılarını sürdüreceğini biliyoruz.

Bu arada aramıza yeni bir arkadaşımız katıldı. Doç. Dr. Ümit Aydoğan yeni yardımcı editör olarak görevine

başlamış bulunuyor. Kendisine başarılar diliyor, şimdiden katkıları için teşekkür ediyoruz.

Dergimizin bu sayısında da ilginç çalışmalar yer alıyor. Manisa ilinde gerçekleştirilmiş ve aile hekimlerinin iş yükünü belirleyen çalışma, bu alanda ilk çalışma olarak değerlendirilebilir. Titiz bir metodoloji ile yürütülmüş çalışmanın sonuçlarının da birçok tartışmaya ışık tutacak niteliği nedeniyle, önemli bir kaynak oluşturacağını düşünüyoruz.

Dergimizin bir önceki sayısında başlatılan ve akademik aile hekimliğini farklı dönem ve yönlerden tanımlamaya yönelik yazıların ikincisi bu sayımızda yer alıyor. Bu yazı, güncel bilgileri içermesi ve diğer ülkelerle karşılaştırmalar açısından önemli bir belge niteliğindedir. Ancak bu tür çalışmaların aynı zamanda bir hafıza oluşturmaları nedeniyle de sürdürülmeleri yararlı olacaktır.

Üç makale kadın sağlığı ile ilgilidir. Öncelikli bir grup olarak kabul edilen üreme çağındaki kadınlara yönelik çalışmalar, ülkemizdeki araştırmalarda hala önemli bir yer tutuyor. Bu sayıda yer alan çalışmaların konuları menopoz, kontrasepsiyon ve amenore gibi geniş bir yelpazeye dağılıyor. Yerel ve tanımlayıcı nitelikteki çalışmalarla, farklı bölgelere ilişkin özgün sonuçlar elde ediliyor. Zaman içerisinde bu çalışmalardan yararlanılarak yapılacak meta-analizlerle, ulusal düzeyde önemli ve kesin sonuçlara ulaşabiliriz.

Polifarmasi ve tamamlayıcı tedaviler üzerine aile hekimliği polikliniğinde yapılan çalışma, özellikle geriyatrik grupta özen gösterilmesi gereken ilaç kullanımına dikkatimizi çekiyor.

Yeni sayılarda buluşmak üzere...

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

Orta Anadolu'da Boğazlıyan Bölgesi'nde buşon görülme sıklığı

The frequency of cerumen in Bogazlıyan Area

Ali Yüksel¹

Özet

Amaç: Boğazlıyan ve çevresinde yaşayan nüfusta buşon görülme sıklığını, buşon olgularının bazı klinik ve demografik özelliklerini tespit etmek.

Yöntem: Mayıs 2012-Mayıs 2013 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvuran ve otoskopik değerlendirme yapılan 8203 hasta çalışmaya alındı. Buşon birikiminin varlığı ve etkilenen kulak saptandı; yaşa ve cinsiyete göre irdelendi. Buşon dışında yabancı cisimlerle ilgili bilgiler de kayıt edildi.

Bulgular: 8203 hastanın 1123'ünde (%13.7) buşon tespit edildi. Buşon prevalansı 18 yaş altında %10.2, 18-65 yaş grubunda %13.0 ve 65 yaş üstü hastalarda %23.2 olarak saptandı. Yaş arttıkça buşon görülme sıklığı artmaktaydı ($p<0.05$). Buşonlar hastaların 573'ünde (%51.0) tek, 550'sinde (%49.0) ise çift taraflı idi. Tek taraflı buşonların yüzde 52.9'u sağ, yüzde 47.1'i ise sol tarafta izlendi. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Dış kulak yolunda yabancı cisim görülme yıllık prevalansı %0.9 olarak hesaplandı.

Sonuç: Devlet Hastanesi KBB polikliniğine başvuran hastalar bağlamında Boğazlıyan ve çevresinde buşon görülme sıklığı %13.7'dir. Yaş ilerledikçe buşon görülme sıklığı artmaktadır.

Anahtar sözcükler: Buşon, sıklık, Türkiye.

Summary

Objective: To determine the frequency of cerumen and some clinical and epidemiological features of cerumen cases in Bogazlıyan area.

Methods: 8203 people attending to Ear Nose and Throat outpatient clinic, and underwent otoscopic examination between May 2012 and May 2013 were included in the study. The existence of cerumen impaction and affected side were recorded and analysed according to age and gender. Additionally, foreign bodies were also recorded.

Results: Cerumen was detected in 1123 patients (13.7%). The frequency of cerumen was 10.2% among patients younger than 18 years old, 13.0% between 18-65 years old and 23.2% among patients older than 65 years old. There was positive correlation between the frequency of cerumen and age. The cerumens were unilateral in 573 patients (51%) and bilateral in 550 patients (49%). Of unilateral cerumens 52.9% were in the right ear and 47.1% in the left ear. However there was no statistically significant difference between two ears. The frequency of foreign body in the external auditory canal was detected as 0.9%.

Conclusions: The frequency of cerumen has been detected as 13.7% in Bogazlıyan area among the patients attended to Ear Nose and Throat outpatient clinics of State Hospital. The frequency of cerumen increases with increased age.

Key words: Cerumen, frequency, Turkey.

Boğazlıyan, Türkiye'nin İç Anadolu Bölgesi'nde Yozgat iline bağlı, 16.000 merkez nüfuslu, çevre kasaba ve köylerle birlikte toplamda 30.000 nüfusa sahip bir ilçedir. Boğazlıyan kendi yerel halkının yanı sıra, gerek bahar aylarında gelen mevsimlik işçiler gerekse yurt dışında çalışan bölge halkının yazın yaptığı ziyaretler nedeniyle hasta portföyü açısından zenginlik göstermektedir.

Buşon Kulak-Burun-Boğaz (KBB) hekimlerinin klinikte en sık karşılaştıkları kulak problemidir. Normal popülasyonda %6 oranında görülmektedir.^[1] Buşon, dış kulak yolundaki apokrin ve sebace bezlerin salgılarıyla bir-

likte, deskuamoz keratositler, tüy ve saç karışımıdır.^[2] Dış kulak yolu (DKY), yapısı itibarıyla oluşan artık dokuları dışarıya doğru yönlendirir ve atılmasını sağlar. Ancak bazı durumlarda bu artık dokular atılamaz ve tıkaç oluşturarak dış kulak yolunu kısmen veya tamamen kapatır. Bu durum kişilerde tıkanıklık hissi, işitmede azalma, kulakta kaşıntı, huzursuzluk, ağrı, kronik öksürük, kulak çınlaması, baş dönmesi gibi semptomlar oluşturur.^[1,2]

Amerika Birleşik Devletleri'nde buşon sıklığının genel nüfusta %2-6 arasında olduğu bildirilmiştir.^[3] Ülkemizde buşon sıklığı ile ilgili veriler sınırlıdır. Bir çalışma-

¹⁾ Boğazlıyan Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Dr., Yozgat

da 13-25 yaş arası erkeklerde buşon sıklığı %17.2 olarak bulunmuştur.^[2] Buşon görülme sıklığı ve özellikleriyle ilgili verilerin çoğalmasında KBB ve genel tıp uygulamasına katkı yapacaktır.

Bu çalışmada, Boğazlıyan ve çevresinde yaşayan nüfusta buşon sıklığını, buşon olgularının bazı klinik ve demografik özelliklerini tespit etmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

21 Mayıs 2012-21 Mayıs 2013 tarihleri arasındaki bir yıl içerisinde Boğazlıyan Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Polikliniğine çeşitli şikayetlerle başvuran 3937 erkek ve 4266 kadın, toplam 8203 hasta çalışmaya alınmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızda veriler geriye dönük olarak hasta dosyalarından elde edilmiştir.

Tüm olgular yakınmalarına göre, öncelikle kulak-burun-boğaz hastalıkları, daha sonra da dış kulak yolunda buşon varlığı açısından değerlendirilmiştir. Olguların kulak muayenesi otoskop ile yapılmıştır. Buşonun hangi kulakta olduğu kaydedilmiş, buşon bulguları tek ya da çift taraflı, sağ ya da solda olmasına göre değerlendirilmiştir. Dış kulak yolunda buşon haricinde yabancı cisim saptanan hastaların yabancı cisimleri çıkartılmış ve bu hastalar da ayrıca değerlendirilmiştir.

Dış kulak yolunda buşonu olan hastaların büyük çoğunluğunun buşonları küret yardımıyla veya aspirator ile aspire edilerek temizlenmiş, bir kısmına ise gliserin damla verilmiş veya müdahale edilmemiştir. Saptanan yabancı cisimlerin hepsi çıkarılmıştır.

Çalışmada elde edilen veriler için veri tabanı oluşturulmasında ve analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler ortalama, standart sapma ve dağılım aralığı gibi tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kabul edilmiştir.

Bulgular

Bir yıllık çalışma dönemi içinde KBB Polikliniğine başvuran 8203 hastanın otoskopik muayenesinde, 1123'ünün (%13.7) en az bir kulağında buşon olduğu gözlemlendi. Bu hastaların 600'ü erkek (%53.4), 523'ü (%46.6) kadındı. Buşon saptanan hastaların yaş ortalaması 42.1±17.3 (2-102 yaş arası) idi. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 18 yaş altında 178 hastada (%15.9), 18-65 yaş arası 720 hastada (%64.1) ve 65 yaş üstü 225 hastada (%20.0) buşon saptandı. Dış kulak yolunda saptanan buşonlar hastaların 573'ünde (%51.0) tek, 550'sinde (%49.0) ise çift taraflı idi. Tek taraflı buşonların yüzde 52.9'u (303/573) sağ, yüzde 47.1'i ise (270/573) sol tarafta izlendi.

Boğazlıyan ve çevresindeki nüfusa hizmet sunan tek devlet hastanesi Kulak-Burun-Boğaz polikliniğine başvuran hastalarda yıllık buşon prevalansı, tek taraflı %7.0 ve

çift taraflı %6.7 olmak üzere toplam %13.7 olarak bulundu. Buşon prevalansı 18 yaş altında %10.2, 18-65 yaş grubunda %13.0 ve 65 yaş üstü hastalarda %23.2 olarak tespit edildi (Tablo 1). Tek taraflı buşon olanlarda sağ kulak %3.7 ve sol kulak %3.3 oranında etkilenmişti. Yaş arttıkça buşon görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmaktaydı (p<0.05). Cinsiyete göre buşon prevalansı ve sağ veya sol kulakta buşon görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0.05).

Dış kulak yolunda buşon haricinde 74 hastada yabancı cisim tespit edildi. Yaş ortalaması 23.5±15.4 olan bu hastaların 44'ü (%59.5) erkek ve 30'u (%40.5) kadındı. Dış kulak yolunda yabancı cisim görülme prevalansı %0.9 olarak hesaplandı. Dış kulak yolunda yabancı cisim olarak, 20 adet (%27.0) kulak pamuğu, 16 adet (%21.6) tarım artığı, 15 adet (%20.3) böcek, 23 adet (%31.1) diğer materyal tespit edildi ve çıkarıldı. Yaş gruplarına ve cinsiyete kulakta yabancı cisim görülme sıklığı değişmemekteydi (p>0.05).

Tartışma

Buşon, dış kulak yolundaki apokrin ve sebace bezlerin salgılarıyla birlikte deskuamoz keratositler, tüy ve saç karışımıdır. Yapısında başlıca doymuş ve doymamış uzun zincirli yağ asitleri, alkol ve kolesterol bulunmaktadır.^[2,4] Buşon nedeniyle dış kulak yolunda tıkanıklık oluşma mekanizması tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı çalışmalarda dış kulak yolu anatomisinin önemli bir faktör olduğu belirtilmiş ve yaşın ilerlemesi ile birlikte dış kulak yolu cildinin yapısının değişmesi ve kurumasının buşonun dışa doğru atılmasını olumsuz etkilediği savunulmuştur.^[2,4] Robinson ve arkadaşları bazı hastalarda anormal epitelyum migrasyonu ve keratinosit dağılımı gözlemlendiğini, bunun da dış kulak yolu artıklarında ve tıkaçlarında uzun epitelyum kalınlıklarının yer almasına neden olduğunu rapor etmiştir.^[5]

Buşon, dış kulak yolunu yağlama ve korumada yardımcı olsa da birikip yoğunlaştığında, baş dönmesi, kaşıntı, ağrı, kronik öksürük, kulak çınlaması, otitis eksterna ve işitme kaybına neden olabilir.^[6,7] Bizim çalışmamızda polikliniğimize başvuran tüm hastalarda otoskopik bakı yapılmış ve buşon tespit edilenler değerlendirmeye alınmıştır. Kayıtlardan buşona yönelik yakınmalar sağlıklı bir şekilde elde edilemediği için hastaların buşona yönelik geliş nedenleri değerlendirilememiştir.

Tablo 1. Yaş gruplarına göre buşon görülme sıklığı

Yaş aralığı	Toplam hasta sayısı	Buşonlu hasta sayısı	Sıklık (%)
18 yaş altı	1731	178	10.2
18-65 yaş arası	5505	720	13.0
65 yaş üstü	967	225	23.2
Toplam	8203	1123	13.7

Bir orta Anadolu yerleşim merkezi olan Boğazlıyan ve çevresine hizmet sunan devlet hastanesi KBB polikliniğine bir yılda başvuran tüm yaşlardan hastalarda buşon prevalansı %13.7 olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde haftada yaklaşık 150.000 buşon temizleme işlemi yapılmaktadır.^[6] Bricco çocuklarda yaptığı bir çalışmada buşon sıklığını %10 olarak bulmuştur.^[8] Biz de 18 yaş altı çocuk yaş grubunda buşon görülme sıklığını %10 olarak bulduk. Eekhof ve arkadaşları, Hollanda'da buşonun genel pratikte görülme sıklığının %3.9 olduğunu tespit etmiştir.^[9] Khabori, Umman'da genel buşon prevalansını %11.7 olarak rapor etmiştir. Yaş gruplarına göre sıklığı, 19-45 yaş arası bireylerde %16.4 ve 60 yaş üstü bireylerde ise %23.9 bulunmuştur. Kadınlarda 1.2 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir.^[10] Bizim çalışmamızda da 65 yaş üstü bireylerde buşon görülme sıklığı (%23) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek saptanmış olmakla birlikte cinsiyet bakımından erkeklerde biraz daha fazla bulunmuştur. Erişkin nüfusta bulduğumuz prevalans da diğer çalışmalarla uyumludur.

Ülkemizde buşon prevalansı ve kliniği ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Sağlam ve arkadaşlarının 13-25 yaş arası erkeklerde yaptıkları bir çalışmada buşon prevalansını %17.2 olarak saptamışlardır. Tek ya da çift taraflı ve sağ ya da sol kulakta görülmesi durumları birbirine yakın bulunmuştur. Bu bulgular, yaş gruplaması farklı olmakla birlikte sıklık ve diğer özellikler bakımından bizim sonuçlarımıza benzer görünmektedir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz bir başka durum olan dış kulak yolunda yabancı cisim görülmesi, daha çok çocuklarda karşılaşılan bir durumdur.^[11] Shrestha ve arkadaşları KBB hastalarında yabancı cisimleri inceledikleri çalışmalarında, tüm hastaların %50'sinin 10 yaş altında ve yabancı cisimlerin %96'sının non-organik olduğunu tespit etmişlerdir.^[10] Bizim çalışmamızda ise kulakta yabancı cisim tespit ettiğimiz hastaların yaş ortalamasının yüksek çıkmasının (23.5 yaş) ve organik yabancı cisimlerin oranlarının (toplam %41) yüksek olmasının bir nedeni, Boğazlıyan çevresinde tarım faaliyetlerinin yoğun olarak yapılması sonucu tarım artıklarının ve böceklerin dış kulağa daha çok kaçması olabilir.

Çalışmamızda tüm hastaların dosyalarında eğitim, meslek, gelir düzeyi, kırsal-kentsel yerleşimleri gibi demografik veriler yeterli değildi ve bu da bizim çalışmamızın sınırlılığı olarak göze çarpmaktadır. Çalışmamızın

evreni hastane KBB kliniğine başvuran hastalardır. Her ne kadar bölgenin tek hastanesi olsa da çalışma verilerimizin tüm toplumu yansıttığı söylenemez. Dolayısıyla sonuçlarımız ve prevalans değerlerimiz hastaneye başvuran kişiler genelinde yorumlanmalıdır.

Sonuç olarak, devlet hastanesi KBB polikliniğine başvuran hastalar bağlamında Boğazlıyan ve çevresinde buşon görülme sıklığı %13.7'dir. Yaş ilerledikçe buşon görülme sıklığı artmaktadır. Tüm olgularında tek taraflı buşon sıklığı biraz daha fazla olup en sık sağ kulak etkilenebilmektedir. Fakat buşonun sağ ya da sol kulakta olması veya tek ya da çift taraflı görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Boğazlıyan ve çevresinde kulakta yabancı cisim sıklığı ise %0.9'dur.

Ülkemizde buşon ile ilgili prevalans ve insidans çalışmalarının yetersizliği dikkate alındığında, sağlık hizmeti almaya gelen hastalarda yapılan sıklık çalışmalarının yanı sıra, toplum içinde buşon görülme prevalansının, klinik ve kişilerin yaşadıkları yer ve meslekleri gibi epidemiyolojik özelliklerinin araştırılacağı çalışmalara da gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Jabor MA, Amedee RG. Cerumen impaction. *J La State Med Soc* 1997; 149:358-62.
2. Sağlam O, Saat B, Dursun E ve ark. Genç erkek popülasyonunda serumen prevalansı. *KBB-Forum* 2013;12:32-5.
3. Crandell CC, Roeser RJ. Incidence of excessive/impacted cerumen in individuals with mental retardation: a longitudinal investigation. *Am J Ment Retard* 1993;97:568-74.
4. Okuda I, Bingham B, Stoney P, Hawke M. The organic composition of earwax. *J Otolaryngol* 1991;20:212-5.
5. Robinson AC, Hawke M, Naiberg J. Impacted cerumen: a disorder of keratinocyte separation in the superficial external canal? *J Otolaryngol* 1990;19: 86-90.
6. Grossan M. Cerumen removal—current challenges. *Ear Nose Throat J* 1998; 77:541-6,548.
7. Zivic RC, King S. Cerumen-impaction management for clients of all ages. *Nurse Pract* 1993;18:29,33-6,39.
8. Bricco E. Impacted cerumen as a reason for failure in hearing conservation programs. *J Sch Health* 1985;55:240-1.
9. Eekhof JA, de Bock GH, Le Cessie S, Springer MP. A quasi-randomised controlled trial of water as a quick softening agent of persistent earwax in general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:635-7.
10. Al Khabori M, Kumar S, Khandekar R. Magnitude of impacted earwax in Oman, its impact on hearing impairment and economic burden of earwax on health services. *Indian J Med Sci* 2007;61:278-85.
11. Shrestha I, Shrestha BL, Amatya RC. Analysis of ear, nose and throat foreign bodies in dhulikhel hospital. *Katmandu Univ Med J* 2012;10:4-8.

Geliş tarihi: 11.03.2013

Kabul tarihi: 14.08.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 08.01.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Ali Yüksel

Boğazlıyan Devlet Hastanesi,

Kulak Burun Boğaz Kliniği, Yozgat

e-posta: aliyuksel82@yahoo.com

Manisa ilinde aile hekimlerinin 2011 yılındaki iş yükü ve insan gücünün değerlendirilmesi

Assessment of workload and human capacity of family physicians in Manisa province in 2011

Ziya Tay, Ayşe Nur Tuncal, Gonca Atasoylu, Mustafa Sertel, Galip Köroğlu

Özet

Amaç: Manisa ilindeki aile hekimliği birimlerinde 2011 yılında sunulan hizmetler ve kayıtlı nüfusun sayısal olarak değerlendirilmesi; bölge ve ülke verisiyle karşılaştırılması; kayıtlı hizmetlere göre iş yükünün incelenmesi ve ideal birim hizmet süreleri göz önüne alınarak gereken aile hekimi sayısının belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma, 2012 yılında yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır. Aile hekimleri ve hizmetlerine yönelik veri Manisa-AHBS'den derlenmiş; sayma ve karar verme arayüzleri için php-Oracle ortamları kullanılmıştır. Yıllık iş yükü ve iş gücü açığı, her hizmet türü için Bakanlık veya araştırmacı tarafından belirlenen süre ile yıllık fiili çalışma süresi dikkate alınarak hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yüzde ve aritmetik ortalamaya standart sapma olarak verilmiştir. Çözümlemede SPSS for Windows 15.0 programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Aile hekimlerinin (n=378) %74.9'u erkek, yaş ortalaması 44.5±5.7'dir. Aile sağlığı merkezlerinin (n=154) %53.2'si, hekimlerinin %28.8'i kırsal bölgededir. Aile hekimlerinin %51.9'u, nüfusun %18.4'ünü oluşturan gezici nüfusa (n=242.402) hizmet sunmaktadır. Aile hekimlerinin ortalama nüfusu 3486.6±465.9; bebek sayısı 47.1±18.2; 15-49 yaş kadın 915.4±176.4; 65 yaş ve üzeri nüfusu 324.2±116.6'dır. Aile hekimlerinin 2011'de sunduğu hizmetlerin (n=6.272.831) %56.1'i poliklinik, %24.0'ü laboratuvar+poliklinik, %7.1'i aşılama, %12.8'i izlemlerdir. Aile hekimi başına ortalama günlük poliklinik sayısı 60.2, aşılama 5.4, bebek izlem 1.4, çocuk izlem 1.6, gebe izlem 1.3, kadın/aile planlaması izlem 4.3, lohusa izlem 0.4, obezite izlem 0.7'dir. Manisa'da gebeler 5.1, bebekler 6.9; 1-5 yaş çocuklar 1.5; lohusalara 1.6; 15-49 yaş kadınlar 1.0 ortalama ile aile hekimleri tarafından izlenmişlerdir. Kişi başına yıllık ortalama poliklinik sayısı 4.3'tür. Nüfusun %75.7'si poliklinik hizmetinden yararlanmıştır. Yararlananların %40.0'ü 1-5 kere hizmet almıştır. Yıllık poliklinik ortalamaları 0 yaşta 3.2; 65 yaş ve üzerinde 7.4'tür. Üretilen hizmete göre, ilde bulunması gereken aile hekimi sayısı 446 olarak belirlenmiştir.

Sonuç: AH'lerinin iş yükünün %80'ini poliklinik hizmetleri oluşturmaktadır. Bu oran %76.8'lik KDS 2011 Türkiye ve %70'lik Birleşik Krallık 2006/2007 iş yükü araştırması verisinden yüksektir. Manisa'daki AH'leri günlük ortalama 60 başvuruyu karşılamakta olup; Birleşik Krallık'ta bu sayı 35'tir. AH'lerinin kayıtlı nüfus planlanmasında hizmete en çok ihtiyaç duyan gruplar dikkate alınmalıdır. Yöneyim çalışmaları için aile sağlığı personelinin de dahil edildiği çalışana özel iş yükü ve performans değerlendirilmelerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Hekim, aile, iş yükü, poliklinik.

Summary

Objective: To perform a quantitative assessment of services and registered population in Manisa province in 2011; compare with regional and country data; investigate workload according to registered services and determine the necessary number of family physicians by considering ideal time necessary to perform each service.

Methods: The research is a cross-sectional study performed in 2012. Data on family physicians and their services were collected from Manisa-AHBS; php-Oracle media were used for counting and decision making. Annual workload and shortage of labor were computed considering average time for each service determined by Ministry of Health or by the researcher and annual actual working hours. SPSS for Windows 15.0 was used for analysis. The data were analyzed by chi-square and t-test for independent samples.

Results: Of family physicians (FPs), 74.9% (n=378) were men, average age was 44.5±5.7. Fifty three point two percent of Family Health Centers (n=154) and %28.8 of FPs were in rural areas. Fifty one point nine percent of FPs deliver services for mobile population (n=242,402) making up 18.4% of total population. FPs' average population number was 3486.6±465.9 (average number of infants 47.1±18.2; 15-49 year old women 915.4±176.4; 65 year and older people 324.2±116.6). Of all services delivered by FPs in 2011 (n=6,272,831), 56.1% was physical examinations, 24.0% laboratory+physical examinations, 7.1% vaccinations and 12.8% follow-ups. Daily average number of physical examination was 60.2, 5.4 vaccinations, infant, child, antenatal, women/family planning, postpartum and obesity follow-ups were 1.4; 1.6; 1.3; 4.3; 0.4 and 0.7, respectively. In Manisa, average number of follow-ups for pregnant women was 5.1, 6.9 for infants, 1.5 for 1-5 year old children, 1.6 postpartum period, and 1.0 for, 15-49 year old women. Annual average number of polyclinic visits per capita was 4.3. Seventy five point seven percent of population used polyclinic services and of those 40.0% got these services 1-5 times annually. Average use of polyclinic services for under age one and 65 years and older were 3.2; 7.4, respectively. According to the delivered services, necessary number of FPs was calculated as 446 in the province.

Conclusions: Outpatient services constitute 80% of the workload of family physicians. This rate is higher than the rates of 76.8% in Decision Support System (DSS) 2011 Turkey and 70% in United Kingdom 2006/2007 survey data. In Manisa, family physicians examine approximately 60 persons daily. In the United Kingdom, this number is 35. Family physicians should take groups most in need of services into account while planning their registered population. For operational studies, evaluations of workload and performance, specific to health care workers including the personnel are needed.

Key words: Physicians, family, workload, outpatient clinic.

İş analizi, belli bir işletmede yapılmakta olan işler hakkında gerekli bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve örgütlenmesidir. Ya da işletmede yapılacak her bir işin niteliği için genel durumu ve özellikleri, iş yapılacağı çevre ve çalışma koşulları hakkında bilgi toplanması, toplanan verilerin sistematik şekilde incelenmesi, değerlendirilmesi ve bunlara ilişkin bilgilerin yazılı hale getirildiği bir süreçtir.^[1]

Bir çalışma ortamında iş yükü seviyeleri çalışandan çalışana farklılık gösterebilmektedir. Çalışanların iş yükü seviyelerini ölçmek ve analiz etmek, iş yerinde bu sonuçlara göre iyileştirmeler yapmak, çalışma hayatında motivasyonu ve verimliliği artırıcı önemli unsurlardandır. Ancak böyle bir çalışmayı başlatmak dikkatli ve detaylı gözlemler yapmayı gerektirir. Çalışanların iş yükü seviyelerine etki eden birçok faktör bulunabilir. Bu faktörlerden bir kısmı hemen gözlemlenebileceği gibi bir kısmı da detaylı incelemeler sonucu ortaya çıkabilir.

Çalışanların iş yükü seviyelerini ölçmek amacıyla yapılmış çalışmalar genellikle ergonomi literatüründe yer almaktadır. Bu çalışmalarda, yapılan işin çalışana getirdiği yükü hesaplamak için, iş genellikle alt bileşenlerine ayırmakta ve her bileşene bir puan verilerek işin ağırlığı bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalarda direkt ölçülemeyen faktörler ve faktörler arası ilişkiler göz önünde bulundurulmamaktadır.^[2]

İnsan kaynakları planlamasının özünde, örgütün işgücü ihtiyacının sayısal (nicelik) ve nitelik olarak belirlenmesi yatar.^[3]

İş yükü, belirli bir dönemde birey, birim veya örgüt düzeyinde yapılması gereken iş ve işlemler toplamı veya iş miktarı olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde sağlık sektörünün karşı karşıya kaldığı önemli problemlerden biri insan kaynaklarının, özellikle sağlık personelinin maliyeti ve iş yüküne göre dengeli dağılmamış olmasıdır. Türkiye’de sağlık insan gücü planlaması ve istihdamı pek çok ülkede olduğu gibi nüfus ve yatak başına düşen personel sayısı gibi kıstaslara göre yapılmaktadır. Bu yöntem, toplam personel ihtiyacını saptamak açısından ilk planlama dönemlerinde yararlı olmuşsa da mikro düzeyde tek tek sağlık kurumlarının kadro ihtiyacını belirlemek açısından yetersiz kalmıştır.^[4] Ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasında, durum gereği, mevcut nüfus ve hekim sayısı üzerinden planlama yapılmış olup, sonrasında da iş yükü konusunda araştırmaya rastlanmadığı dikkati çekmektedir.

Çalışmanın amacı, Manisa İlindeki aile hekimliği birimlerinde 2011 yılında sunulan hizmetler ve kayıtlı nüfusun sayısal olarak değerlendirilmesi; bölge ve ülke verisiyle karşılaştırılması; kayıtlı hizmetlere göre iş yükünün incelenmesi ve ideal birim hizmet süreleri göz önüne alınarak gereken aile hekimi sayısının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, 2012 yılı Ağustos ayında yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır. Çalışma öncesinde gerekli yasal izinler alınmıştır. Manisa İlinde 2011 yılında çalışan aile hekimleri ve hizmetleri Halk Sağlığı Müdürlüğü kayıtlarından ve Manisa Aile Hekimliği Bilgi Sistemi’nden (AHBS) derlenmiştir. Sayma ve karar verme arayüzleri için php-oracle ortamları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yüzde ve aritmetik ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Çözümlemede SPSS for Windows 15.0 programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

2011 yılında mevcut 154 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’nde hizmet sunan 378 Aile Hekimliği Birimi (AHB) değerlendirmeye alınmıştır. Aile hekimlerine kayıtlı nüfusun ASM’lerinde muayene olma durumları ile nüfusun yaşa ve cinsiyete göre muayene olma durumları değerlendirilmiştir.

Manisa ilindeki aile hekimliği uygulamasına ilişkin insan gücü planlaması yapılması için bu çalışmada sadece aile hekimlerine yönelik bir değerlendirmeye gidilmiş olup; aile hekimlerinin faaliyetlerinin iş yükü hesaplanmıştır. Aşağıda modelde yer alan tanımlar açıklanmaktadır:

Hizmet türü: Aile hekimlerinin sundukları hizmetler belirlenmiştir. Bu hizmetlerden aşağıda belirtilenler iş yükü hesaplamasına dahil edilmiştir. Bağışıklama sayısı hesaplamasında sadece erişkin aşılama dikkate alınmıştır. Sıfır yaş aşı, 1-5 yaş aşı, okul aşısı, gebe olmayan 15-49 yaş kadın aşısı ve gebe aşıları grubundaki izlemlerinin içerisinde sayılmıştır.

- Poliklinik sayısı,
- Laboratuvar sayısı,
- Sağlık raporu sayısı,
- Bağışıklama sayısı,
- Bebek izlem sayısı,
- Çocuk izlem sayısı,
- Gebe izlem sayısı,
- Kadın/AP izlem sayısı,
- Lohusa izlem sayısı,
- Obezite izlem sayısı.

Yıllık (adet): Her bir hizmet türü için yıllık toplam sayılar hesaplanmıştır.

Ortalama süre (dk): Her bir hizmet türü için o hizmetin ortalama ne kadar sürede yapıldığı belirlenmiştir. İzlemler için Sağlık Bakanlığı’nın Gebe İzlem Protokolü ve Bebek-Çocuk İzlem Protokolü değerleri baz alınmıştır. İzlemlere organizasyon ve kayıt süresi de dahil edilmiştir.^[5,6] Aile hekimlerinin görev tanımlarında yer alan ve hizmet türünde de açıklanan izlem ve aşılama faaliyetlerine, gün-

lük uygulamada genelde %10, erişkin aşılmasında ise endikasyonu koyan kişi olması itibarı ile %20 katkı sağladığı öngörülmektedir. Bu öngörüyle hesaplamada izlem+aşılama hizmetleri için ayrılan normal zamanın %10'u aile hekimleri için değerlendirmeye alınmıştır.

İş yükü (dk): Yıllık hizmet sayısının ortalama süre (dk) ile çarpılması.

Toplam iş yükü (saat): İş yüküne (dk) %10 dinlenme payı dahil edilerek toplam iş yükü hesaplanması ve saate çevrilmesi.

Yıllık brüt çalışma süresi (saat): Yıllık ortalama iş gününün (251 iş günü) 8 saatlik mesai ile çarpılması.

Toplam devamsızlık (saat): Aile hekimlerinin yılda yaklaşık 30 gün izin kullandıkları varsayılmıştır. Otuz günün 8 saatlik mesai ile çarpılması devamsızlık olarak hesaplanmıştır.

Yıllık fiili çalışma süresi (saat): Yıllık brüt çalışma süresinin toplam devamsızlık süresinden çıkartılması.

Gerekli aile hekimi sayısı: Her bir hizmet türü için toplam iş yükünün (saat) yıllık fiili çalışma süresine bölünmesi.

İş gücü açığı: Gerekli aile hekimi toplam sayısından mevcut aile hekimi sayısının çıkarılması.

Mevcut aile hekimi sayısı: İldeki mevcut toplam aile hekimi sayısı (378).

Aile hekimlerinin yıllık toplam iş yükünü belirlemek için her bir hizmet türü için yukarıdaki tabloda belirtilen ortalama süreler ile yıllık toplam hizmet sayıları çarpılarak, elde edilen sayıya personelin dinlenmeden aralıksız bir şekilde çalışması söz konusu olmayacağı için literatürde önerilen %10 dinleme payı (%6 kişisel gereksinim, %4 yorgunluk için) ilave edilmiştir. Toplam iş yükünün personel ihtiyacına dönüştürülmesi için ise bir aile hekiminin brüt çalışma süresi hesaplanmıştır. Yıllık çalışma süresi hesaplanırken günlük 8 saatlik yasal çalışma süresi esas alınmıştır.

Bir aile hekiminin yıllık brüt çalışma süresi 2.008 saat (251x8) olarak hesaplanmıştır. Daha sonra hesaplanan brüt çalışma süresinden yıllık toplam devamsızlık süresi (30x8) çıkartılarak yıllık fiili çalışma süresine ulaşılmıştır. Bulunan bu değer toplam iş yüküne oranlanarak her bir hizmet türü için gerekli olan aile hekimi sayısı elde edilmiştir.

Bulgular

İlde görev yapan 378 aile hekiminin %75'i erkek (n=283), yaş ortalaması 44.5±5.7 (en genç: 32, en yaşlı: 61)'dir. Yaş gruplarının dağılımına bakıldığında, hekimlerin %21.9'unun 30-40 yaş, %64.3'ünün 41-50 yaş, %13.8'inin 51-61 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Aile hekimliği birimlerinin %28.8'i (n=109), ASM'lerinin %53.2'si (n=82) belde ve köy yerleşimlidir.

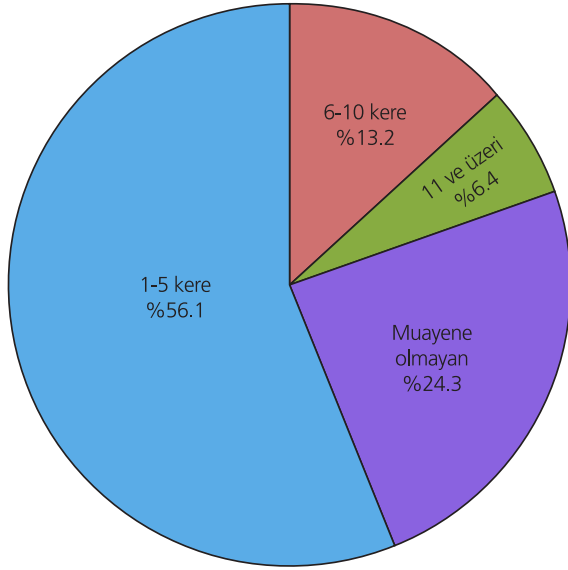
Aile hekimliği birimlerinin toplam kayıtlı nüfusu 1.317.917 olup; aile hekiminin kayıtlı ortalama 3486.6±465.9 nüfusu vardır. En az nüfusu olan aile hekiminin 1.987, en fazla olanın ise 4.380 kayıtlı kişisi vardır. Aile hekimlerine kayıtlı nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı ile özellikli nüfuslarının (15-49 yaş kadın, gebe, lohusa sayısı) yıllık toplam sayıları ve ortalamaları **Tablo 1**'de gösterilmektedir. Yerleşim yerine göre kayıtlı nüfus özellikleri karşılaştırıldığında kentteki nüfusların kırdakilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir (p<0.000).

ASM'ndeki birim sayısına göre merkezlerin gruplandırılmasına bakıldığında; %17.7'sinin (n=67) tek hekimli, %70.6'sının (n=267) 2-6 hekimli, %11.6'sının (n=44) ise 7 ve üzeri hekimli ASM olduğu belirlenmiştir.

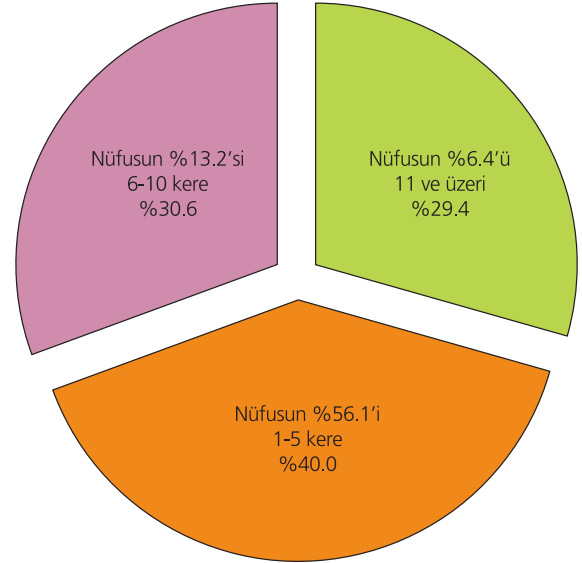
Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmeti olarak tanımlanan gezici sağlık hizmetini; 196 aile hekimi (%51.8) sunmaktadır. Gezici hizmet sunulan ortalama köy sayısı 4±2.7 olup; %81.1'i 1-

Tablo 1. Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı ile özellikli nüfusların yıllık toplam sayıları ve ortalamaları

Kayıtlı nüfusun özellikleri	Yıllık toplam sayı	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
Sıfır yaş	17.817	47.1	18.2	11	120
1-5 yaş	93.229	246.6	82.9	84	564
6-14 yaş	177.941	470.7	113.4	219	946
15-64 yaş	906.401	2397.9	349.4	1357	3398
65 yaş ve üzeri	122.529	324.2	116.6	79	767
15-49 yaş kadın	346.013	915.4	176.4	452	1736
Gebelik bildirimi sayısı	24.646	65.2	31.7	10	270
Gebe sayısı (yıl sonu)	22.712	60.1	26.1	12	164
Lohusa sayısı	19.917	52.7	24.8	13	202



Şekil 1. Nüfusun 1. basamak poliklinik hizmetlerinden yararlanma durumu, Manisa, 2011.



Şekil 2. 1. basamak polikliniğin muayene sıklıklarına göre dağılım yüzdeleri, Manisa, 2011.

5 köye, %18.9'u 6-15 köye hizmet sunmaktadır. İl nüfusunun %18.4'üne (n=242.402) gezici hizmet sunulmaktadır.

Kayıtlı nüfusun %50.1'i (n=660.833) kadındır. Nüfusun %8.5'i 0-5 yaş grubunda, %13.5'i 6-14 yaş, %68.8'i 15-64 yaş ve %9.3'ü 65 yaş ve üzeri grubunda yer almaktadır.

Manisa ilinde aile hekimliği hizmetinden yararlanma durumu; aile hekimlerinin iş yüküne etkisi olabileceği gerekçesiyle vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetini ne sıklıkla kullandıklarını ve nüfusun ne kadarının bu hizmete gereksinim duymadığını belirlemek amacıyla değerlendirilmeye alınmıştır. Hizmetten yararlanma olarak sadece poliklinik muayeneleri dikkate alınmıştır.

Aile hekimine kayıtlı 1.317.917 kişinin %24.3'ü 2011 yılı içerisinde hiçbir aile hekimine poliklinik başvurusu yapmamıştır. Kişilerin %75.7'si poliklinik hizmetinden

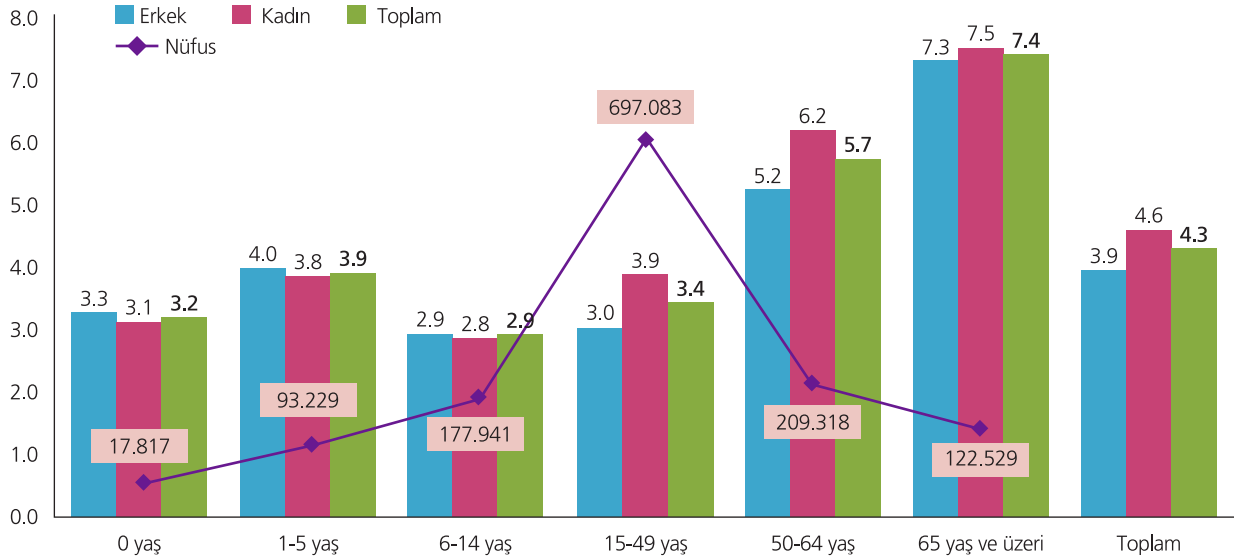
yararlanmış olup; %56.1'i yıl içerisinde 1-5 kere, %13.2'si 6-10 kere, %6.4'ü 11 ve daha fazla kere başvuru yapmıştır (Şekil 1). İlde, 65 yaş üzeri nüfusun %95.4'ünün aile hekimine poliklinik başvurusu yaptığı saptanmıştır (n=116.864).

Muayene sıklığı, nüfus ve muayene sayısı ile karşılaştırılarak muayene olanların nüfusun ne kadarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Pareto ilkesi olarak bilinen bu yöntemle göre bu çalışmada nüfusun %19.5'i toplam poliklinik hizmetinin %60.0'ını oluşturmaktadır (Tablo 2, Şekil 2).^[7]

Şekil 3'de nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı ile muayene olanların yaş ve cinsiyete göre ortalama muayene sayıları karşılaştırılmalı olarak sunulmuştur. Manisa ilinde kişiler 2011 yılında aile hekimlerine ortalama 4.3 kez muayene olmuşlardır. Kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak daha çok muayene başvurusunda bulunmuşlardır ($\chi^2=6079.115$, $SD=2$, $p=0.000$). Muayene ortalamalarının yaşa göre dağılımına bakıldığında yaşlılığa doğru muayene ortalaması art-

Tablo 2. Muayene sıklığı ve Pareto analizi

Muayene sıklığı	Nüfus		Muayene sayısı	
	Sayı	%	Sayı	%
1-5 kere	739.652	56.1	1.716.526	40.0
6-10 kere	174.193	13.2	1.311.921	30.6
11 ve üzeri	83.462	6.4	1.265.779	29.5
Muayene olanlar (toplam)	997.307	75.7	4.294.226	100.0
Muayene olmayanlar	320.610	24.3		
Toplam nüfus	1.317.917	100.0		



Şekil 3. Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı ile yaşa ve cinsiyete göre kişi başına ortalama poliklinik sayıları, Manisa, 2011.

maktadır ($\chi^2=70469.854$, $SD=1$, $p=0.000$) ki bu artışta da kadınların erkeklere göre muayene sıklığı daha fazladır. Dikkat çekici bir gösterge de nüfus çizgisinde yaşlı nüfus azalırken muayene sıklığının artmasıdır.

İlde aile hekimlerince üretilen ve AHBS'ye girilen hizmetler belirlenerek her bir hizmet türünün yıllık toplam sayıları elde edilmiştir. Genel bir bakışla aile hekimleri yıllık toplam 6.272.831 iş üretmişlerdir. Bu işlerin büyük çoğunluğunu poliklinik hizmeti (%80.1) oluşturmaktadır (Tablo 3, Şekil 4).

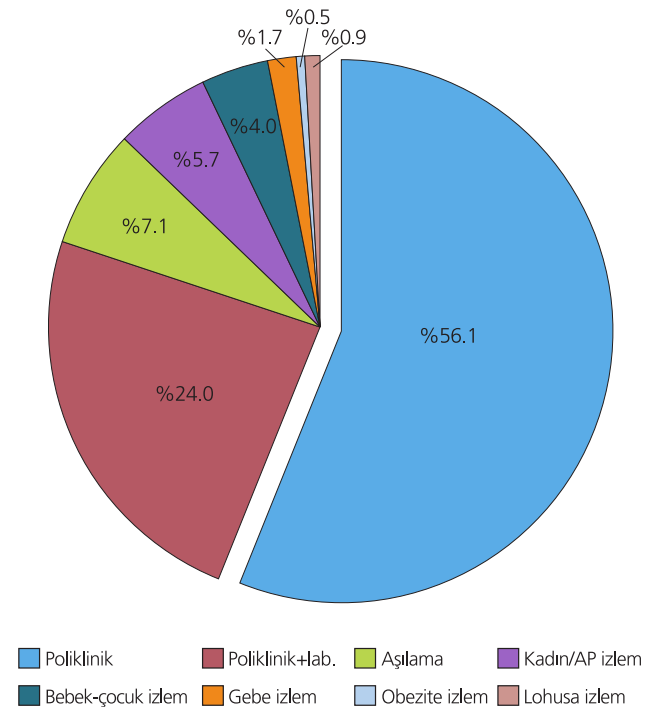
Aile hekimlerince sunulan hizmetlerin yıllık toplam sayılarının yanı sıra yerleşim yeri özelliğine göre aile hekimi başına düşen yıllık ve günlük ortalamaları da hesaplanmıştır. Günlük veri hesaplanırken 251 olan işgününden 30 günlük yasal izin süresi çıkartılarak elde edilen 221 aktif iş günü baz alınmıştır. Bir aile hekimi bir günde ortalama 60

kişinin poliklinik hizmetini karşılamakta olup; ardından sırasıyla, laboratuvar istemi, aşılama, kadın/AP izlem en çok sunulan hizmetleri oluşturmaktadır. Hizmetlerin aile hekimi başına düşen günlük ortalamalarının yerleşim yerine göre istatistiksel anlamlılığı değerlendirildiğinde; yapılan aşı sayısının ($p<0.000$) yerleşim yerinden etkilendiği görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 3. Aile hekimlerince sunulan hizmetler, Manisa, 2011

Hizmet türü	Sayı	%*
Poliklinik	3.517.521	56.1
Poliklinik+laboratuvar	1.507.781	24.0
Aşılama	446.987	7.1
Kadın/AP izlem	355.854	5.7
Bebek-çocuk izlem	248.439	4.0
Gebe izlem	106.179	1.7
Obezite izlem	59.221	0.9
Lohusa izlem	30.849	0.5
Toplam	6.272.831	100.0

*Sütun yüzdesi



Şekil 4. Aile hekimlerince sunulan hizmetlerin dağılımı, Manisa, 2011.

Tablo 4. Aile hekimlerince sunulan hizmetlerin yıllık toplam sayıları ve ortalamaları

Hizmetler	Yıllık toplam	Yerleşim	N	Yıllık			Günlük			Hizmetlerin günlük ortalamalarının yerleşim yerine göre analizi			
				Ort.	SS	Min.	Maks.	Ort.	SS	Min.	Maks.	t	p
Yapılan poliklinik sayısı	5.025.302		269	13.398,0	4.335,246	712	32.756	60,1	27.649	3,2	271,2	0,896	0,371
			109	13.038,8	8.253,060	2817	59.928	60,4	21.315	13,0	131,5		
Toplam			378	13.294,4	5.735,807	712	59.928	60,2	25.954	3,2	271,2		
İstenilen laboratuvar-tesdik sayısı	1.507.781		254	4.958,1	4.316,268	1	27.269	17,6	20.385	0,0	135,6	1,277	0,203
			108	2.300,3	3.892,150	1	29.961	19,2	17.893	0,0	69,8		
Toplam			362	4.165,1	4.362,287	1	29.961	18,0	19.688	0,0	135,6		
Verilen sağlık raporu sayısı	80.091		254	275,0	289,022	1	3.781	1,0	1.310	0,0	17,1	-0,492	0,623
			97	105,5	136,416	1	878	0,9	0.853	0,0	4,4		
Toplam			351	228,2	266,921	1	3.781	1,0	1.196	0,0	17,1		
Yapılan aşı sayısı	446.987		269	1.163,8	484,504	402	3.239	5,5	3.252	1,3	35,9	-12,373	0,000
			109	1.228,6	1.020,414	283	7.928	5,1	2.638	1,8	17,5		
Toplam			378	1.182,5	682,661	283	7.928	5,4	3.089	1,3	35,9		
Bebek izlem sayısı (0 yaş)	115.006		269	317,4	132,570	117	816	1,4	0.651	0,2	5,3	-1,063	0,289
			109	271,7	175,972	49	1.167	1,4	0.713	0,4	3,7		
Toplam			378	304,2	147,633	49	1.167	1,4	0.668	0,2	5,3		
Çocuk izlem sayısı (1-5 yaş)	133.433		269	362,2	206,685	61	1.204	1,6	0.932	0,2	6,8	0,008	0,994
			109	330,3	227,803	34	1.505	1,6	1.035	0,3	5,0		
Toplam			378	353,0	213,174	34	1.505	1,6	0.962	0,2	6,8		
Gebe izlem sayısı	106.179		269	292,7	136,674	106	849	1,3	0.659	0,2	4,9	0,344	0,731
			109	251,7	163,246	44	1.075	1,3	0.668	0,3	3,8		
Toplam			378	280,9	145,809	44	1.075	1,3	0.661	0,2	4,9		
Gebelik bildirim sayısı	24.646		269	68,4	28,679	23	210	0,3	0.146	0,0	1,2	-1,260	0,208
			109	57,4	37,069	10	270	0,3	0.154	0,1	1,0		
Toplam			378	65,2	31,675	10	270	0,3	0.148	0,0	1,2		
Gebelik sonlandırma sayısı	23.283		269	63,8	27,315	13	195	0,3	0.137	0,1	1,2	-1,611	0,108
			109	56,0	36,161	12	257	0,3	0.151	0,1	0,9		
Toplam			378	61,6	30,291	12	257	0,3	0.141	0,1	1,2		
Kadın/AP izlem sayısı	355.854		269	970,6	820,810	1	3.833	4,1	3.546	0,0	20,3	0,694	0,488
			109	869,3	746,127	2	4.487	4,6	3.793	0,0	15,4		
Toplam			378	941,4	800,333	1	4.487	4,3	3.621	0,0	20,3		
Lohusa izlem sayısı	30.849		266	84,6	58,733	1	321	0,4	0.272	0,0	1,5	-0,654	0,514
			109	76,6	65,935	1	333	0,4	0.304	0,0	1,3		
Toplam			375	82,3	60,931	1	333	0,4	0.281	0,0	1,5		
Obezite izlem sayısı	59.221		225	149,4	276,630	1	1.753	0,6	1.076	0,0	6,4	1,140	0,256
			92	278,3	379,654	1	1.793	1,0	1.810	0,0	8,1		
Toplam			317	186,8	314,938	1	1.793	0,7	1.341	0,0	8,1		

Tablo 5. Kişi başına ortalama hizmet sunumu, Manisa, 2011

Hizmetler	Ortalama	SS	Min.	Mak.
Ortalama gebe izlem sayısı	5.1	3.5	2.1	35.8
Ortalama bebek izlem (0 yaş) sayısı	6.9	4.1	3.3	39.6
Ortalama çocuk izlem (1-5 yaş) sayısı	1.5	1.0	0.4	9.9
Ortalama lohusa izlem sayısı	1.6	0.9	0.0	7.1
Ortalama kadın/AP izlem sayısı	1.0	0.9	0.0	7.4

Tablo 5’de kişi başına düşen ortalama hizmetler sunulmuştur. Gebe başına ortalama 5.1, bebek başına 6.9, çocuk başına 1.5, lohusa başına 1.6 ve 15-49 yaş grubundaki kadın başına 1.0 izlem düşmektedir.

Çalışmanın aile hekimlerinin iş yükü-insan gücü hesaplamasına yönelik model oluşturma metodu ile aile hekimlerinin iş yükü hesaplamasına göre insan gücü ihtiyacı aşağıdaki tablodaki gibi hesaplanmıştır (Tablo 6).

İnsan gücü hesaplanması sonucu her bir hizmet türü için gerekli aile hekimi sayısı belirlenerek elde edilen toplam sayı, İlde olması gereken aile hekimi sayısını yansıtmaktadır. İlde aile hekimi sayısınının 446 olması gerektiği kanaatine varılmıştır. Bu bağlamda iş yükü ölçütlerinin genel kriteri olan hekim başına düşen nüfus İlimiz için (toplam nüfus: 1.317.917) ortalama 2.956’ya düşecektir.

Tartışma

Türkiye’de aile hekimlerinin iş yüklerinin belirlenmesine yönelik literatürde yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu araştırma referans oluşturabilecek ilk çalışmalardan birisidir.

Manisa İli’nde 2011 yılında bir aile hekimine ortalama 3.487 kişi kayıtlıdır. Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılı fa-

aliyet raporunda belirttiği üzere yılsonu itibarıyla ülke genelinde 3.696 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Bu sayı Ege bölgesi için 3.525 kişidir.^[8] Bir başka kaynakta ülkemizde bir aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan AHB’nin hizmet verdiği nüfus büyüklüğünün ortalama 3.700 kişi olduğu, bunun Avrupa ülkelerindeki sayıların (örneğin; Hollanda’da 2.322, Polonya’da 1.539, İtalya’da 1.094) çok üzerinde olduğu belirtilmektedir.^[9]

Nüfus başına düşen aile hekimi sayısında ülkeler arasında bariz farklar vardır. 2002 yılı verilerine göre 1.000 kişi başına düşen aile hekimi sayısı en fazla olan ülkeler sırasıyla 2.1 aile hekimi ile Belçika, 1.7 ile Finlandiya, 1.6 ile Fransa ve 1.4 ile Avusturya olmuştur. En düşük yoğunluk ise 0.2 aile hekimi ile Polonya, 0.4 ile Slovakya, İsviçre ve Letonya’da görülmüştür. Türkiye’de ise 2002 yılında 1.000 kişi başına düşen aile hekimi sayısı 0.7 iken 2011 yılında 0.3 yükselmiştir.^[10,11]

Sağlık Bakanlığı 2010 yılı verisine göre, 2008 yılında aile hekimliği uygulaması yürütülen 31 ilde, AHB başına düşen nüfus 3.461’dir (Sağlık Bakanlığı 2010). 2023 yılında ise 48.500 aile hekimi sayısına ulaşılması ve 2.000 kişiye bir aile hekimi uzmanının hizmet vermesi öngörülmektedir.^[8,11]

Tablo 6. İnsan gücü modeli

Hizmet türü	Yıllık (adet)	Ortalama süre (dk)	İş yükü (dk)	%10 dinlenme payı dahil edilmiş (dk)	Toplam iş yükü (saat)	Yıllık brüt çalışma süresi (saat)	Toplam devamsızlık (saat)	Yıllık fiili çalışma süresi (saat)	Gerekli aile hekimi sayısı	İşgücü açığı	Mevcut aile hekimi sayısı
Poliklinik+laboratuvar	1.507.781	10,0	15.077.810,0	16.585.591,0	276.426,5	2.008,0	240,0	1.768,0	156,3		
Poliklinik (laboratuvarsız)	3.517.521	7,5	26.381.407,5	29.019.548,3	483.659,1	2.008,0	240,0	1.768,0	273,6		
Aşılama erişkin yaş	93.485	1,0	93.485,0	102.833,5	1.713,9	2.008,0	240,0	1.768,0	1,0		
Bebek izlem+aşılama (0 yaş)	115.006	2,5	287.515,0	316.266,5	5.271,1	2.008,0	240,0	1.768,0	3,0		
Çocuk izlem+1 aşı (1-5 yaş)	133.433	2,0	266.866,0	293.552,6	4.892,5	2.008,0	240,0	1.768,0	2,8		
Gebe izlem+aşılama	106.179	2,5	265.447,5	291.992,3	4.866,5	2.008,0	240,0	1.768,0	2,8		
Kadın izlem+aşılama	355.854	1,5	533.781,0	587.159,1	9.786,0	2.008,0	240,0	1.768,0	5,5		
Lohusa izlem	30.849	1,0	30.849,0	33.933,9	565,6	2.008,0	240,0	1.768,0	0,3		
Obezite izlem	59.221	1,0	59.221,0	65.143,1	1.085,7	2.008,0	240,0	1.768,0	0,6		
	5.919.329	29,0	42.996.382,0	47.296.020,2	788.267,0	18.072,0	2.160,0	15.912,0	445,9	67,9	378,0

Aile hekimine kayıtlı nüfusun yaklaşık dörtte birinin yıl içerisinde hiçbir aile hekiminden poliklinik hizmeti almadığı belirlenmiştir. Bu grubun hizmet almama nedenlerinin araştırılarak yorumlanması gerekmektedir. Hizmetten yararlananların çoğunlukla kadınlar olduğu, kadınların başvuru payının muayene sıklığı arttıkça fazlaştığı dikkati çekmiştir.

Manisa ilinde kişi başı aile hekimlerine poliklinik başvuru ortalaması 4.3 olup; 2.7'lik Sağlık Bakanlığı ve 3.2'lik Manisa 2010 istatistik verisinden yüksektir.^[12] Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılı için birinci basamak sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısı olarak açıkladığı rakam 3.3'tür.^[8] Kişi başına düşen muayene sayısı Kanada'daki bir çalışmada 2.66'dadır.^[13]

Kişilerin yaşları arttıkça muayene olma sıklıkları da artmaktadır. Bu artışta kadınların payı daha fazladır. Genel ortalamaya bakınca da kadınların 4.6 kez, erkeklerin ise 3.9 kez muayene oldukları görülmektedir.

Türkiye'de yapılan Hastalık Yüklü Çalışması'nda, 60 yaş ve üstü nüfusta hastalık yükü en fazla olan 10 hastalığın 9'unun, 15-59 yaş grubunda ise 10 hastalığın 7'sinin kronik hastalıklar olduğu saptanmıştır.^[14]

Kanser ve kalp-damar hastalıkları, kronik hava yolu hastalıkları, diyabet ve ruh sağlığı bozuklukları gibi kronik hastalıklarla mücadeleye yönelik toplum genelinde yürütülen programların başarısını belirleyen çıktılardan bir tanesini de hedef nüfusa ulaşma yüzdesi oluşturmaktadır. Bu açıdan risk altındaki nüfusun birinci basamak sağlık kurumları tarafından düzenli olarak sağlık izleminin yürütülmesi önem taşımaktadır. Ülkemizde 2008 TÜİK verisine göre, son 1 yılda 1. basamak sağlık kurumlarına en az bir kez başvurma oranı, 65-75 yaş arası nüfus için %62'dir.^[15] Bu çalışmada, 65 yaş üzerindeki nüfus için bu oran %95.4'tür. Bu durum, Manisa İlinde bu grubun aile sağlığı merkezine hizmet amaçlı daha çok başvurduğunu, ülke geneline göre, aile hekimlerinin iş yükünün daha büyük bir bölümünü oluşturduğunu göstermekte, öte yandan yaşlı sağlığına yönelik programlarda erişimin daha kolay olabileceğini akla getirmektedir.

Kayıtlı nüfusun poliklinik hizmetinden yararlanma oranı %75.7 olarak belirlenmiştir. Karar Destek Sistemi (KDS) Türkiye verisine göre ülke ortalaması %66.2 olup; batı illeri genelde bu ortalamadan üzerindedir.^[16]

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının temelde, hizmetin başvuranın talebi üzerine sunulduğu bir sistem olduğu görülmektedir. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı çerçevesinde koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin önemi nedeniyle bu hizmetlerin sağlık kurumlarına başvurmayan kişileri de kapsamı gerekmektedir. Ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusun pratisyen hekim/aile hekiminden

hizmet alma durumu ile ilgili verilere göre toplumun yarısından fazlasının son 1 yılda pratisyen hekimden hizmet almadığı görülmektedir TÜİK 2008 verisine göre bu oran %55.7'dir.^[15]

Önümüzdeki 20-30 yıl içinde toplum ve sağlık sisteminin karşılaştacağı en önemli sorun, yaşlanan nüfus ve bunun getireceği sonuçlar olacaktır. Gelişebilecek sorunları ve bunların sonuçlarını iyi algılayan ve hazırlık yapan toplumlar, hem sağlık, hem de ekonomik sorunların üstesinden gelmeyi başarabilecekler, toplum üyelerine daha kaliteli bir yaşam sağlayacaklardır.^[17]

Çalışmada aile hekimlerinin iş yükünün %80'ini poliklinik hizmetleri oluşturmaktadır. Bu oran %76.8'lik KDS 2011 Türkiye ve %70'lik Birleşik Krallık 2006/2007 iş yükü araştırması verisinden yüksektir.^[18] Bu hizmetin içerisinde laboratuvar hizmetinin de sunulma oranı %24'tür. Poliklinik hizmeti dışında kalan izlem ve aşılama hizmetlerinin genelde aile sağlığı personeline sunulmasından dolayı aile hekimlerine getirdiği yük daha da azdır.

Aile hekimliği uygulanan Kanada'da yapılan bir araştırmada; birinci basamak sağlık hizmeti sunan genel pratisyenlerin iş yüklerinin 10 yıllık karşılaştırması toplum tabanlı olarak yürütülmüştür. 1982 yılından 2003 yılına kadar Genel Pratisyen/AH'lerin hasta bakımına ayırdıkları süre 1982 yılında hekimlerin yaşlarından etkilenerek haftalık 25-40 saat arasında (ortalama 38.7) değişirken 2003 yıllarına doğru haftalık ayrılan süre 30-35 saatte (ortalama 35.4) bulmaktadır. Ayrıca bu çalışmada bulunan yıllık ortalama poliklinik başvurusu 5.736 iken Kanada'daki çalışmada 10 yıllık süreçte 3.665'ten 3.509'a gerilediği izlenmiştir.^[13] Manisa'da aile hekimlerinin poliklinik iş yükünün gelişmiş bir ülke örneği olan Kanada'dan daha fazla olduğu anlaşılmıştır.

Manisa'daki aile hekimleri günlük ortalama 60 başvuruyu karşılamakta olup; Birleşik Krallık'ta bu sayı 35'tir.^[19] Günde yaklaşık 5 hastaya laboratuvar tetkiki istenmekte, 1 kişiye sağlık raporu verilmektedir. Günlük izlenen veya aşılanan kişi sayıları ise 1-2 kişi arasındadır. Lohusa izleminin, performans kriterleri arasında bulunmamasına karşın, diğer izlemlere göre daha yüksek olması şaşırtıcıdır.

Sağlık Bakanlığı protokolleri baz alınarak yapılan değerlendirilmeler ışığında gebe başına düşen ortalama izlem sayısı 4.3'lük Türkiye ortalamasından yüksek, 6.4'lük Ege ortalamasından düşük bulunmuştur. Sıfır yaş bebek izlem, çocuk izlem, lohusa ve kadın/AP izlem ortalamaları ise Türkiye ve Ege ortalamalarının altındadır.^[20] Bu farklılıklar dikkatle yorumlanarak, veri tabanındaki ayrıntılar göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatüre ilk geçen iş yükü ölçeği Cooper ve Harper tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek ilk olarak uçakların kullanım karakteristiklerini değerlendirmek için kullanılmış, daha sonra yapılan bir çalışmada Wierwille ve Casali bu ölçeği bir karar ağacı ve eş boyutlu 10 noktalı bir puanlama ölçeği ile geliştirmişlerdir. Geliştirilen bu yöntem Bielski ve ark. tarafından fiziksel ve psikolojik iş yüklerini incelemek amacıyla, Gomer ve ark. tarafından klavye kullanan bir operatöre etkiyen iş yüklerini incelemek amacıyla ve Hancock tarafından iş yükünün ilgi yoğunluğuna etkisini incelemek amacıyla kullanılmıştır.^[21]

Ülke çapında yürütülen hasta memnuniyeti çalışmalarında genel bir memnuniyet hâkim olmakla birlikte, hastaların telefon ve randevu hizmetlerinden yararlanma konusunda diğer faydalara göre daha az memnun olduğu gözlenmiştir. Bu durumun önemli nedenlerinden biri olarak, hekime kayıtlı nüfus ve buna bağlı iş yükünün fazla olması akla gelmektedir.^[22]

Manisa'da bazı AHB'lerinde yapılan bir çalışmada bölgede yaşayan kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma özellikleri değerlendirilmiştir. Yedi adet değerlendirme kriterinden en yüksek puanı süreklilik yani hastanın hekime kayıtlı olduğu süre, birinci basamak sağlık kurumunda yapılan olağan sağlık kontrolleri ve sağlık sorunu için alınmış randevularda, düzenli hekimini hangi sıklıkta gördüğünün değerlendirilmesi almışken, en düşük puanı eşgüdüm yani birinci basamak sağlık kurumundan sevk edilen hastanın ayakta ya da yatarak tedavilerinde; uzman hekim/hekimlerce yapılan muayene ve laboratuvar sonuçlarının, birinci basamak kurumda kayıtlara işlenmesi ve bu bilginin koordinasyonunda birinci basamak hekiminin rolünün değerlendirilmesi almıştır.^[22] Çocuk ve bebek olan hanelerde, birinci basamak kurumun ilk başvuru yer olduğunu söyleyebiliriz. 2009 yılında yayımlanan Türkiye'de Aile Hekimliği uygulamalarının başlatıldığı iki pilot ilin değerlendirildiği WHO'nun raporunda, aile planlaması ve gebelik ile ilgili başvurular en sık görülürken; en düşük başvuru sayısı diyabet ve hipertansiyon hasta grubundadır.^[22]

Aile hekimlerinin yürütmekle yükümlü olduğu aşı takibi, gebe takibi ve çocuk-bebek takibi hizmetleri aile hekimliği sisteminde performans değerlendirmesi kapsamında ele alınmış ve tüm bu uygulamaların gereği gibi yerine getirilmemesi durumlarında yapılacak kesintiler kanunda belirtilmiştir. Aile hekimliği kanununda gebe izlemleri hekimin asli işlerinden olarak belirtilmiş, aile sağlığı elemanına ise sadece yardımcı bir rol tanımlanmıştır. İzmir'de yapılan bir çalışmada izlem için aile hekimlerine başvuran gebelerin %49'unun sadece ebelerden hizmet alması; gebelerin farklı izlem kaynaklarına yönelmesi şeklinde açıklanmıştır. Yine aynı çalışmada

Sağlık Emekçileri Sendikası'nın 2006'da yayınladığı Düzce ve Eskişehir aile hekimliği uygulamalarıyla ilgili raporunda da gebe tespitlerinin yapılmadığı ve izlemlerin sadece aile sağlığı elemanı tarafından yapıldığı belirtilmektedir. Birinci basamakta çalışan ebe-hemşire sayısında artış olmazken hekim sayısı önemli bir oranda artmıştır. Hekim sayısında artış olduğu halde hekimlerin gebe izlemlerine katılımında artış olmaması ve pilot kanunda temel rolü ev ziyaretleri ve sağlık eğitimiyle sınırlandırılan ebelerin, hala sağlık ocağı sisteminde olduğu gibi gebe ve bebek izlemlerini yalnız yapıyor olması, çelişkili bir durumdur.^[23]

Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirildiği bir çalışmada, 2002-2008 yılları arasında poliklinik müracaat sayılarının anlamlı derecede artış gösterdikleri saptanmıştır. Kişi başına yıllık ortalama başvuru sayıları incelenen illerde ortalama başvuru sayılarının birbirine yakın değerlerde oldukları ve bu değerlerin 2002 yılında 3.84 ve 2008 yılında da 5.94 olduğu bulunmuştur. İl merkezlerinde yaşayan vatandaşlar, sağlık hizmetlerinden ortalama 2.5 kat daha fazla yararlanmaktadır. Mevcut haliyle bir aile hekimi 3500 ile 4000 arası nüfustan sorumlu bulunmaktadır. Bu sayının fazla olması, mevcut nüfusa verilen hizmetlerin yetersiz kalmasına, hekim-hasta ilişkilerinin zayıflamasına, hasta memnuniyetinin azalmasına ve hastaların aile hekimini değiştirmelerine neden olmaktadır. Hekim sayısında artış ile zaten üst sınırlara yakın bir nüfusla çalışan aile hekimi başına düşen kişi sayısını 3000 ve altına çekmek, hem hastaya ayrılacak süreyi artıracak, hem de hekimin kendi hastasını kaybetmemek için ek çaba göstermesini sağlayabilecektir. Danimarka'da her aile hekimi 1600 kişinin takibinden sorumludur. 2066'dan fazla kişi kaydedilmemesi öngörülmektedir. Hollanda da ortalama kayıt 2300, İngiltere'de ise 1800'dür. Buradan sevk zincirinin tam anlamıyla yürütülmesi için yaklaşık 2000 sayısının hedef olması öngörülebilir. Gerek Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen bazı toplantılar, gerekse bazı kongrelerde yapılan sunumlarda Denizli ve İzmir illerinde de Aile Hekimliği Uygulamalarına geçildikten sonra birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların arttığı, üstelik bu artışın ikinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvurulardaki artıştan fazla olduğu, yani toplam poliklinik başvuruları içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuru oranının arttığı vurgulanmıştır.^[24]

Geliştirilen metot ile aile hekimlerinin ürettikleri hizmetlerden iş yükleri belirlenerek insan gücü hesabına erişilmiştir. Her bir hizmet türünün iş yüküne katkısı boyutunda o hizmeti sunacak aile hekimi sayısı ortaya konmuştur. Bu bağlamda ilde mevcut olan 378 aile hekimine 68 aile hekimi daha ilave edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

AHB'nin hizmet verdiği nüfusun fazla olması nitelikli ve kapsayıcı hizmet verilmesini güçleştirici bir etken olarak ortaya çıkmaktadır.^[15] İş yükü ölçütlerinin genel kriteri olan hekim başına düşen nüfusun İlimiz için (toplam nüfus: 1.317.917) ortalama 2.956'a düşmesi hizmet sunumunu olumlu yönde etkileyecektir.

Aile hekimi başına düşen ortalama nüfusun aşamalı olarak önce 3000'e düşürülmesi, daha sonra Sağlık Bakanlığının da belirlediği 2023 yılında 2000 hedefine ulaşılması için politikalar üretilmesi elzemdir. Bu politikaların oluşturulurken iş yükü hesabına dayalı insan gücü planlamalarının yapılması işleyişi daha verimli kılabilir.

Üretilen hizmete göre yapılan değerlendirmede ilde bulunması gereken aile hekimi sayısının 446 olması gerektiği belirlenmiştir. İlave 68 aile hekiminin daha sisteme dahil edilebilmesi için gerekli alt yapı çalışmalarının da gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Ortalama nüfusun azaltılması amacıyla aile hekimi sayısı artırılırken, aile hekimi başına düşen aile sağlığı elemanı sayısı da artırılmalı, halen aile hekimi başına 1 olan aile sağlığı elemanı 2'ye çıkartılmalıdır. Bunu sağlayacak yeterlilikte aile sağlığı elemanı bugün için bulunmadığı göz önüne alındığında başlangıçta ASM'nde bulunan her 3 hekime 1 ilave aile sağlığı elemanı (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter, acil tıp teknisyeni) olacak şekilde artırılması hizmet sunumunu daha verimli kılacağı düşünülmektedir.

Nüfusun azaltılarak, çalışan sayısının artırılması yanı sıra aile hekimlerinin kayıtlı nüfus planlanmasında hizmete en çok ihtiyaç duyan gruplar ve yerleşim yeri özelliği dikkate alınmalıdır. Örneğin ortalama 3000 nüfusu olan her bir aile hekiminin iş yükü aynı oranda eşit değildir. Bu nüfus içerisindeki gebe sayısı, bebek sayısı ya da yaşlı nüfusu fazla olan yerleşim yerlerinde çalışan aile hekimlerini destekleyici katsayı uygulaması getirilmesi yani; bebek sayısı fazla olan bir aile hekiminin nüfusu 2000'lere çekilerek iş yükü azaltılmalı ve daha nitelikli hizmet sunması sağlanmalıdır. Bunun için bu özellikli nüfus gruplarına verilecek özel katsayılardan yola çıkılarak nüfuslar planlanmalıdır. Nüfusu 2000'lere düşürürken katsayı hesaplamasının karşılığında en fazla kayıtlı olabilecek gebe sayısı, bebek sayısı ve yaşlı nüfus sınırları oluşturulmalıdır.

Eğer kayıtlı nüfus, özellikli gruplara göre belirlenmezse diğer bir yöntem olarak aile hekimlerinin ücret hesaplamasında kullanılan 0-59 ay grubu, gebe ve 65 yaş üzeri nüfus karşılığında verilen katsayıların artırılması motive edici olabilir.

Toplum sağlığı merkezlerinin yeni yapılanma süreci itibarıyla daha da nitelikli hale gelmesi durumunda aile

hekimlerinin bazı görevleri (örn; okul aşılamaları vb.) bu kuruluşlara devredilebilir.

Sonuç olarak; bu araştırmayı destekleyici yöneylem çalışmaları için aile sağlığı personelinin de dahil edildiği çalışana özel iş yükü ve performans değerlendirilmelerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Tahiroğlu F. Düşünceden sonuca insan kaynakları. İstanbul: Hayat Yayınları; 2002. s. 10.
2. Bulut K, Soylu B. Öğretim üyelerinin iş yükü seviyelerinin bir analitik ağ modeli ile değerlendirilmesi: Mühendislik fakültesinde bir uygulama. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2009;25:150-67.
3. Kanten S. İnsan kaynakları planlaması. ybssoftware. files.wordpress.com/2011/03/insankay.ppt Erişim tarihi: 15.10.2012.
4. Cankul Hİ, Şahin B, Demir C. Hastanelerde insan gücü planlaması: İş yükü analizine dayalı bir çalışma. *Anne İdaresi Dergisi* 2006;39: 245-66.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi 19.02.2008. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/16077/dogum-oncesi-bakim-izlem-protokolu-genelgesi-2008--13.html>. Erişim tarihi: 01.09.2012.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü Genelgesi 2008 / 45. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6946/bebek-ve-cocuk-izlem-protokolu-genelgesi-2008--45.html>. Erişim tarihi: 01.09.2012.
7. Pareto İlkesi. http://tr.wikipedia.org/wiki/Pareto_İlkesi. Erişim tarihi: 15.09.2012.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2011. http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2011/index.html. Erişim tarihi: 11.12.2012.
9. Kringos DS, Boerma GW, Spaan E, Pellny M. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. *BMC Health Services Research* 2011;11:90.
10. Saltman R, Rica A, Boerma WGW (Editors). Primary care in the driver's seat? Organisational perform in European primary care. www.euro.who.int/document/e87932.pdf. Erişim tarihi: 08.09.2012.
11. Yıldırım HH. Sağlık ve Siyaset Yazıları: Avrupa Birliği Yolunda Türkiye - Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler. www.absaglik.com. Erişim tarihi: 01.10.2012.
12. Manisa İstatistik Yıllığı 2010. Manisa: Manisa Sağlık Yayını; 2012. s. 121.
13. Watson DE, Slade S, Buske L, Tepper J. Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten ear, population-based study. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:1620-8.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Rapor, 2004: Ankara.
15. Akgün D. Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesi. Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz CT, Ayoğlu F, Kaya M. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu'nda. 2012. s. 4-7.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık-Net 2 Karar Destek Sistemi. <http://kds.sagliknet.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 15.08.2012.
17. Akahın E. Yaşlanan Nüfus ve Sağlık Sorunları. http://www.actus.com.tr/files/saglik_Sorunlar.pdf. Erişim tarihi: 15.08.2012.
18. BMA and NHS Employers and Department of Health. 2006/07 UK General Practice Workload Survey. The Information Centre, Primary Care Statistics, 2007. http://www.dhsspsni.gov.uk/gp_workload_survey_2006_07.pdf. Erişim tarihi: 28.08.2012.

19. Dinç G. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası; 2009.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: 2011.
21. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi* 2011;3:9-15.
22. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, ve ark. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011;9:16-32.
23. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Aksu Tanık F. İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011;9:1-15
24. Üstü Y, Uğurlu M, Kasım İ, Taşkın Eğici M. Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012;4:48-53.

Geliş tarihi: 27.03.2013

Kabul tarihi: 08.07.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 25.01.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Ayşe Nur Tuncal

Halk Sağlığı Müdürlüğü,

Akmescit Mah., Manisa

e-posta: e_ayşenur_kuscu@yahoo.com

Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme

Twenty years of academic family medicine departments in Turkey:
an overview on the developmental process

Okay Başak¹, Dilek Güldal²

Özet

Amaç: Türkiye’de aile hekimliği alanındaki akademik gelişmeler son 20 yılda tıp eğitimine ve tıp fakültelerine damgasını vurmuştur. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde 20 yıllık geçmişe sahip akademik aile hekimliğinin bugünkü durumunu tanımlamak ve gelişim sürecini değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma aile hekimliği anabilim dalı başkanları ya da öğretim üyeleriyle yüz yüze ya da telefonla yapılan görüşmelerden ya da e-posta iletişimiyle (elektronik ortamda) elde edilen bilgilere dayanmaktadır. Tıp fakültelerinde bulunan 63 aile hekimliği anabilim dalından 60’ına ulaşılmış ve 58’inden bilgi elde edilmiştir. Çalışma verileri 2013 yılı Haziran ve Aralık ayları arasında toplanmıştır.

Bulgular: Elli sekiz anabilim dalında 27 profesör, 56 doçent, 54 yardımcı doçent ve 40 öğretim görevlisi ya da uzman olmak üzere toplam 177 öğretim elemanı bulunmaktaydı. Kırk beş anabilim dalının başkanı aile hekimliği uzmanı idi. Anabilim dallarının 12’si aile hekimliği profesörü, dokuzu ise diğer disiplinlerden profesörler tarafından yönetilmekteydi. Aile hekimliği 45 üniversitede mezuniyet öncesi tıp eğitimine katkı vermekteydi. Otuz anabilim dalı mezuniyet öncesi tıp eğitimine klinik stajla katılırken 44 anabilim dalının kuramsal dersi bulunmaktaydı. Uzmanlık eğitimi programına sahip 43 anabilim dalında 340 asistan uzmanlık eğitimi almaktaydı. Hiçbir anabilim dalının mevcut birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi kapsamında aile hekimliği uygulama birimleri bulunmamaktaydı. Kırk bir anabilim dalının 64’ü üniversite ortamında ve 13’ü toplum içinde olmak üzere toplam 77 polikliniği vardı.

Sonuç: Aile hekimliği ülkemizde 25 yılı aşan bir süredir bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak tanınmaktadır. Üniversitelerde aile hekimliğinin öğretilmesi oldukça iyi bir düzeydedir. İlk anabilim dallarının üzerinden geçen 20 yıl içinde üniversitelerdeki akademik aile hekimliği bölümlerinin nicel ve nitel gelişimi, Avrupa’da birçok ülkeyle kıyaslanabilir düzeydedir. Anabilim dallarının gelecek on yılda en önemli önceliği, akademik aile hekimliği uygulama merkezleri oluşturmak ve sahadaki aile hekimleriyle bağlarını güçlendirmek olacak gibi görünmektedir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, akademik bölümler, Türkiye.

Summary

Objective: Academic departments of family medicine have made significant contributions to the medical schools and medical education within the last 20 years in Turkey. The aim of this study was to define the current situation of academic family medicine departments and assess their developmental aspects.

Methods: This study, which is a cross-sectional survey, is based on data obtained from the head or a faculty member of family medicine departments by interviewing face to face or via telephone or by communicating on internet. Of 63 family medicine departments at universities, 60 have been reached and data have been obtained from 58 departments between June and December, 2013.

Results: There were 177 faculty members in 58 family medicine departments, with 27 professors, 56 associate professors, 54 assistant professors and 40 other staff. The heads of 45 departments were specialists in family medicine. The family medicine departments were chaired by professors of family medicine in 12 universities; professors of other medical disciplines led nine departments. Family medicine was part of the undergraduate medical curriculum in 45 universities. Thirty departments had clerkship programs of family medicine in the clinical years of undergraduate medical education while 44 departments had lectures of family medicine. The specialist training in the field of family medicine was conducted in 43 medical schools at university level. None of the departments had practice within the organization of family practice (primary care settings). Forty one departments had 77 outpatient clinics, 64 of which were in the university hospital setting and 13 in the community setting.

Conclusions: During the last 25 years family medicine in Turkey has been formally recognized as a medical specialty and an academic discipline. Teaching of family medicine in Turkish universities has a relatively well-established position. The development of academic family medicine departments within the last 20 years is at a level comparable with many countries in Europe. The most important priority of the family medicine departments in the next 10 years seems to establish the academic teaching practices and strengthen the relations with family physicians in family practice.

Key words: Family medicine, academic departments, Turkey.

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İzmir

Avrupa tıp fakültelerinde ilk aile hekimliği bölümlerinin kurulmaya başlamasından bu yana 50 yıl geçmiş bulunmaktadır.^[1] Yeni Leeuwenhorst Grubunun yayınladığı bildirge ile Dünya Aile Hekimleri Birliği-WONCA Avrupa Bölümü tarafından belirlenen 10 hedef, akademik aile hekimliğinin kuramsal temellerinin oluşmasında önemli katkısı olan belgelerdir.^[2,3] Birincisinde üniversitelerde bağımsız aile hekimliği (AH) bölümlerinin bulunması gereği vurgulanırken, ikincisinde AH eğitiminin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde zorunlu olması ve tüm Avrupa tıp fakültelerinde AH akademik bölümlerinin kurulması söz konusu hedeflerin ilk sıralarında yer almıştır.

Batı ülkelerinde aile hekimliği uzun süredir iyi gelişmiş bir disiplindir.^[4] Aile hekimliğinde araştırma ve eğitim alanında son yıllarda artış gösteren önemli birikim, akademik aile hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesine ciddi katkılar sağlamıştır.^[5] Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin son 20 yılda sağlık sistemlerini birinci basamağı merkeze alan bir anlayışla yeniden örgütlemiş olmaları, bu ülkelerde aile hekimliğinin akademik bir disiplin ve uzmanlık alanı olarak tanınmasında etkili olmuştur.^[6-8]

Ülkemizde akademik aile hekimliğini tanımlayan çok az sayıda bilimsel makale bulunmaktadır.^[9-11] Aile hekimliği alanındaki akademik gelişmeler son 20 yılda tıp eğitimine ve tıp fakültelerine damgasını vurmuştur. Temmuz 1993 tarihi ülkemizde aile hekimliğinin gelişimindeki önemli kilometre taşlarından biridir. Bu tarihte Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından alınan üniversitelerde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması yönündeki karar, akademik aile hekimliği gelişim sürecinin resmi başlangıcıdır. Aile hekimliğinin akademik ve bilimsel bir tıp disiplini ve birinci basamak yönelimli bir uzmanlık alanı olarak gelişimi ülkemizde kendine özgü dinamiklerle yaşanmış ve yaşanmaktadır.^[12]

Aile hekimliğinin akademik gelişiminin ilk 11 yılının değerlendirildiği bir çalışmada, 2004 yılı sonu itibarıyla aktif olan tıp fakültelerinin %70'inde AH anabilim dallarının bulunduğu saptanmıştır (35/50). Akademik aile hekimliğinin ilk kuruluş yıllarını değerlendiren yazarlar gelişim özellikleriyle ilgili iki temel eğilim tanımlamışlardır. Mevcut anabilim dallarının yaklaşık yarısı YÖK kararının merkezi etkisiyle ve fakülte yöneticilerinin girişimleriyle başka disiplinlerden akademisyenler tarafından kurulmuştur. Zaman içinde aile hekimliği uzmanı akademisyenlerin de atanmasına karşın, bir kaç dışında bu anabilim dallarının gelişimleri göreceli olarak daha yavaş gerçekleşmiştir. Anabilim dallarının diğer yarısı ise aile hekimliği uzmanlarının kişisel girişimleriyle açılmıştır. Bu anabilim dallarının çoğunun gelişimi göreceli olarak daha hızlı olmuştur.^[10]

Dinamik bir gelişim süreci yaşayan akademik aile hekimliğinin belirli dönem aralıklarıyla değerlendirilmesi-

nin, disiplinin geleceğe dönük planlamalarında yol gösterici olabileceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde 20 yıllık geçmişe sahip akademik aile hekimliği bölümlerinin bugünkü durumunu tanımlamak ve gelişim sürecini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel nitelikteki bu çalışma AH anabilim dalı başkanları ya da öğretim üyeleriyle yüz yüze ya da telefonla yapılan görüşmelerden ya da internet iletişimiyle elde edilen bilgilere dayanmaktadır. Çalışma verileri 2013 yılı Haziran ve Aralık ayları arasında toplandı.

Veri toplama sürecinde önce Yükseköğretim Kurulu web sitesinden^[13] Türkiye'de bulunan tüm üniversitelerde kurulu bulunan tıp fakültelerinin listesi çıkarıldı. Daha sonra bu tıp fakültelerinde kurulu bulunan aile hekimliği anabilim dalları belirlendi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği akademik veri tabanında bulunan AH anabilim dallarının listesi ve iletişim bilgileri alındı. Listede yer almayan anabilim dallarının iletişim bilgileri için üniversite 'web' siteleri tarandı. Web üzerinden yeterli bilgi alınamayanlar için tıp fakültelerinin yöneticilerine telefonla ulaşılmaya çalışıldı.

Elde edilen bilgiler ışığında öncelikle anabilim dalı başkanlarına ulaşılmaya çalışıldı; bunun gerçekleştirilemediği birkaç anabilim dalında gerekli bilgilere sahip diğer bir öğretim üyesine ulaşıldı. Aralık 2013 tarihi itibarıyla ülkemizde var olan 86 tıp fakültesinin 63'ünde aile hekimliği anabilim dalı bulunmaktaydı; bunlardan 58'inin anabilim dalı başkanı ya da yetkili öğretim üyesine ulaşıldı. Aile hekimliği öğretim üyesi atama sürecinde olan iki tıp fakültesinin yöneticileri ile görüşüldü. Yüz yüze görüşmeler veri toplama dönemi içinde gerçekleşen ulusal ve uluslararası kongreler sırasında yapıldı. Telefon görüşmeleri ve elektronik ortamdaki iletişim ise 2013 Ekim-Aralık aylarında gerçekleştirildi.

Görüşmelerde kullanılmak üzere bir veri toplama formu hazırlandı. Daha önce yapılan benzer bir çalışmanın verileri dikkate alınarak hazırlanan bu formda,^[10] kurucu ve şimdiki anabilim dalı başkanlarının uzmanlık alanı ve akademik unvanları, anabilim dalında görevli akademik personel, uzmanlık eğitimi, halen uzmanlık eğitimi almakta olan asistan ve şimdiye kadar mezun ettikleri uzman sayıları, mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki klinik staj uygulamaları ve kuramsal dersleri ve varsa aile hekimliğinin başka katkıları, aile hekimliği uygulaması ortamlarına ilişkin bilgiler elde etmeyi amaçlayan sorular yer almaktaydı.

Oluşturulan Excel veri tabanında toplanan veriler nicel olarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Çalışma tasarımının özelliği nedeniyle herhangi bir etik kurul izni alınmasına gerek görülmedi.

Tablo 1. Aile hekimliği anabilim dallarının öğretim elemanı sayıları*

Öğretim elemanı sayısı	Anabilim dalı sayısı (%)	Anabilim dalları
1	22 (37.9)	Adıyaman, Bozok, Celal Bayar, Cumhuriyet, Fırat, Harran, Hitit, İnönü, İstanbul Medipol, İstanbul Medeniyet, İzmir, Karabük, Karadeniz Teknik, Kocaeli, Afyon Kocatepe, Maltepe, Muğla Sıtkı Koçman, Namık Kemal, Ordu, Sakarya, Selçuk, Yüzüncü Yıl
2	10 (17.3)	Akdeniz, Düzce, Gaziosmanpaşa, İstanbul Cerrahpaşa, Kafkas, Kahramanmaraş Sütçü İmam, Katip Çelebi, Kütahya Dumlupınar, Mersin, Necmettin Erbakan Meram
3	10 (17.3)	Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İstanbul Bilim, İstanbul Tıp, Mustafa Kemal, Osmangazi, Pamukkale, Süleyman Demirel, Trakya, Turgut Özal, Yıldırım Beyazıt
4	5 (8.6)	Acıbadem, Adnan Menderes, Çanakkale Onsekiz Mart, Erciyes, Bülent Ecevit
5	9 (15.5)	Ankara, Atatürk, Bezmialem Vakıf, Çukurova, Dicle, Marmara, Ondokuz Mayıs, Uludağ, Yeditepe
6 ve üstü	2 (3.4)	Başkent (34), Dokuz Eylül (6)
Toplam	58 (100)	

*Renkli yazılan anabilim dalları yakın zamanda kurulmuş ve yapılışmasını henüz tamamlamamış üniversitelerde yer almaktadır.

Bulgular

Aralık 2013 tarihi itibarıyla henüz kurulma aşamasında olanlar içinde olmak üzere ülkemizde 86 tıp fakültesinin bulunduğu saptandı. Bu fakültelerin 63'ünde (%73.3) AH anabilim dalı bulunmaktaydı. Yirmi yıldan uzun süreden beri var olan 65 üniversitenin yalnızca dördünde aile hekimliği anabilim dalı yoktu (Abant İzzet Baysal, Ege, Gazi ve Gaziantep Üniversiteleri; %6.2).

Altmış üç aile hekimliği anabilim dalından 58'inin anabilim dalı başkanı ya da yetkili öğretim üyesine ulaşıldı; iki anabilim dalı için fakülte yönetiminden bilgi alındı (Hacettepe ve Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversiteleri; %95.2). Kalan üç anabilim dalı (Erzincan, Giresun ve Kırıkkale Üniversiteleri) hakkında üniversite web siteleri başta olmak üzere hiçbir kaynaktan bilgiye ulaşılamadı ve iletişim kurulamadı. Aile hekimliği anabilim dallarından 20'si son birkaç yıl içinde kurulmuştu.

Akademik Kadro

AH anabilim dallarında 27 profesör (%15.3), 56 doçent (%31.6), 54 yardımcı doçent (%30.5) ve 40 öğretim görevlisi ya da uzman (%22.6) olmak üzere toplam 177

öğretim elemanı bulunmaktaydı. İki anabilim dalına öğretim üyesi atama süreci devam etmekteydi (Hacettepe ve Rize Recep Tayyip Erdoğan üniversiteleri). Öğretim elemanı sayısı ortalaması 2.95; ortanca ise 2 idi (en az 1, en çok 34). Anabilim dallarında görevli öğretim elemanlarının 162'si AH uzmanı (%91.5) ve 15'i diğer disiplinlerdendi (%8.5). Aile hekimliği anabilim dallarının öğretim elemanı sayıları **Tablo 1**'de verilmiştir.

Anabilim Dalı Yönetimi

Kırk beş anabilim dalının başkanları AH uzmanı olup (%77.6); 12'si profesör, 17'si doçent ve 16'sı yardımcı doçent idi. Kalan 13 anabilim dalının başkanları ise diğer disiplinlerdendi (%22.4). Bu öğretim üyelerinin dördü halk sağlığı uzmanı, dördü iç hastalıkları uzmanı, üçü çocuk sağlığı ve hastalıkları (ÇSH) uzmanı ve ikisi kadın hastalıkları ve doğum (KHD) uzmanı idi. Toplamda 21 anabilim dalının başkanı profesör (%36.2), 21'i doçent (%36.2) ve 16'sı ise yardımcı doçent (%27.6) akademik unvanına sahipti. Son dokuz yılda açılan anabilim dallarının tamamı aile hekimliği uzmanları tarafından kurulmuştu. Anabilim dalı başkanlarının akademik unvanlarına göre dağılımı **Tablo 2**'de verilmiştir.

Tablo 2. Anabilim dalı başkanlarının akademik unvanlarına göre dağılımı

Akademik unvan	Uzmanlık alanı	Sayı (%)	Aile hekimliği Sayı	Diğer dallar Sayı	Unvan Sayı (%)
Profesör	Aile Hekimliği	12 (20.7)	12	9	21 (36.2)
	Halk Sağlığı	2 (3.5)			
	Kadın Hast ve Doğum	2 (3.5)			
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1 (1.7)			
	İç Hastalıkları	4 (6.8)			
Doçent	Aile Hekimliği	17 (29.4)	17	4	21 (36.2)
	Halk Sağlığı	2 (3.4)			
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	2 (3.4)			
Yardımcı Doçent	Aile Hekimliği	16 (27.6)	16		16 (27.6)
Toplam		58 (100)	45	13	58 (100)

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimine Katkı

Kırk dört anabilim dalının tıp eğitiminde kuramsal dersi bulunmaktaydı. Bir üniversitede AH anabilim dalı (AD) bulunmamasına karşın (Ufuk Üniversitesi), mezuniyet öncesi tıp eğitiminde başka bir AH anabilim dalı tarafından (Ankara Üniversitesi) verilen AH dersleri yer almaktaydı. AH anabilim dallarının kuramsal dersleri tüm tıp eğitimi yıllarına yayılmakla birlikte ağırlıklı olarak ilk üç yılda (klinik öncesi yıllar) verilmekteydi. İlk üç yılın tamamında dersi olan AD sayısı 18 idi; ilk dört yılın tamamında dersi olan iki (Ondokuz Mayıs ve Trakya Üniversiteleri) ve ilk beş yılın tamamında dersi olan bir (Adnan Menderes Üniversitesi) anabilim dalı vardı. Altı anabilim dalı (Acıbadem, Adnan Menderes, Akdeniz, Başkent, Dokuz Eylül ve Marmara Üniversiteleri), kuramsal derslere ek olarak ilk yıllarda aile sağlığı merkezi (ASM) ve diğer sağlık kuruluşu ziyaretleri, aile izlemleri gibi etkinliklerin yer aldığı alan çalışmaları ya da kliniğe giriş uygulamaları yapmaktaydı (erken klinik temas). Anabilim dallarının aile hekimliği özgül konularında ortalama 16.0 saat, klinik konularda ortalama 8.6 saat ve diğer konularda ortalama 53.7 saat kuramsal dersi bulunmaktaydı. Anabilim dallarının kuramsal ders bilgileri **Tablo 3**'te verilmiştir.

58 anabilim dalından 30'u mezuniyet öncesi tıp eğitime klinik stajla katılmaktaydı. Bir anabilim dalının 4. sınıfta (2 hafta), üç anabilim dalının 5. sınıfta (1-4 hafta) ve 24 anabilim dalının 6. sınıfta (2 hafta-2 ay) zorunlu stajı vardı. Ayrıca 4. sınıfta bir (2 hafta), 5. Sınıfta dört (1-2 hafta) ve 6. sınıfta beş (2 hafta-1 ay) anabilim dalının seçmeli stajları bulunmaktaydı. Anabilim dallarının staj uygulama bilgileri **Tablo 4**'te verilmiştir.

Uzmanlık Eğitimi

Kırk üç anabilim dalının uzmanlık eğitimi programı vardı. Halen 340 asistana (anabilim dalı başına ortalama 8.1; 1-31 arasında) uzmanlık eğitimi vermekte olan bu anabilim dalları şimdiye kadar toplam 360 aile hekimliği uzmanı (anabilim dalı başına ortalama 8.6; 1-63 arasında) mezun etmişti. Anabilim dallarının uzmanlık öğrencisi ve mezun ettikleri uzman sayıları **Tablo 5**'te verilmiştir.

Anabilim Dalı Uygulama Alanı

Hiçbir anabilim dalının mevcut birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi kapsamında aile hekimliği uygulama birimleri (aile sağlığı merkezi ya da aile hekimliği birimi) bulunmamaktaydı. Kırk bir anabilim dalının toplam 77 polikliniği vardı; 2 anabilim dalının (Katip Çelebi ve Ordu Üniversiteleri) ise ayrıca yataklı servisi bulunmaktaydı. Bu polikliniklerin 58'i üniversite hastanesi ortamında, altısı üniversite kampus alanında ve 13'ü ise hastane ve üniversite ortamları dışında toplum içinde (semt poliklinikleri) etkinlik göstermekteydi.

Tartışma

Aile Hekimliğinin Bir Disiplin Olarak Tanınması

Üniversitelerdeki aile hekimliği bölümlerinin sayısı ve etkinliği akademik gelişimin önemli bir göstergesidir. Batı Avrupa ülkelerinin tüm tıp fakültelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinin (ABD) tıp fakültelerinin büyük çoğunluğunda aile hekimliği bölümleri bulunmakta ve özellikle tıp eğitimindeki etkinlikleri giderek artmaktadır.^[4] Güçlü bir birinci basamağa ve gelişmiş bir aile hekimliğine sahip Kuzey ve Batı Avrupa'nın tersine güney Avrupa'da ve Akdeniz ülkelerinde aile hekimliği akademik bir tıp disiplini olarak yeterince tanınmış değildir. Bu ülkelerin çoğunda tüm üniversitelerde aile hekimliği bölümleri bulunmamaktadır.^[6]

Çalışma verilerimiz ülkemizde aile hekimliğinin akademik gelişiminin sayı, akademik kadro ve tıp eğitimine katkı bakımından ABD ve Batı Avrupa ülkelerine ulaşmamış olsa da Orta ve Doğu Avrupa ülkeleriyle kıyaslanabilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Ülkemizde tıp fakültelerinin %73.3'ünde aile hekimliği anabilim dalları bulunmakta ve bu sayı giderek artmaktadır. Kuruluşunun üzerinden 20 yıldan fazla bir zaman geçmiş üniversitelerdeki tıp fakültelerine baktığımızda, bunlardan yalnızca dördünde (%6.2; 4/65) AH anabilim dalı bulunmamaktadır. Bu durum aile hekimliğinin akademik bir disiplin olarak üniversitelerde yer edindiğinin ve üniversiteler tarafından benimsendiğinin bir göstergesidir.

Anabilim dalı sayısı %80'lik bir artışla son dokuz yılda 35'ten 63'e çıkmıştır.^[10] Anabilim dallarının 20'si son birkaç yıl içinde kurulmuş ve henüz kuruluşunu sürdürme aşamasındadır. Bu gelişmenin bir nedeni de Türkiye'de son yıllarda kurulan tıp fakültesi sayısındaki artıştır. 1990 yılında tıp fakültesi sayısı 25 iken, 23 yılda %250 artışla 86'ya çıkmıştır. Anabilim dalı sayısındaki artışa koşut olarak anabilim dallarındaki akademik kadro sayısı da artmıştır. Aile hekimliği bölümlerinde 2004 yılında 94 olan öğretim elemanı sayısı 2013 yılı sonunda %88.3'lük bir artışla 177'ye yükselmiştir. Bu hızlı artışın disiplinin geleceği açısından çok önemli olan akademik insan gücünün kalitesini nasıl etkilediği bilinmemektedir. Akademik insan gücünün sayısal yeterliliği yanı sıra niteliksel gelişimi de önemlidir. Aile hekimliğinde farklı çalışma ortamlarının varlığı akademisyenliği daha özgül hale getirmekte, farklı beceri ve yeterlilikleri gerektirmektedir.^[14]

Aile hekimliği ülkemizde 25 yılı aşan bir süredir bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak tanınmakta 20 yıldır mezuniyet öncesi tıp eğitimi müfredatlarında yer almaktadır.^[15] Bu açıdan da ABD ve Batı Avrupa ülkeleri ile Avrupa'nın geri kalan ülkeleri arasında bir yerde bulunmaktadır. Nitekim Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri son 20 yılda bu alanda önemli bir yol kat etmişlerse de,^[5,16] örneğin ABD'de aile hekimliğinin akademik bir tıp disiplini olarak tanınması 40 yılı aşan bir geçmişe sahiptir.^[17,18]

Tablo 3. Tıp eğitiminde kuramsal dersi olan anabilim dalları, ders süre ve konuları

Anabilim Dalı	Birinci sınıf	İkinci sınıf	Üçüncü sınıf	Dördüncü sınıf	Beşinci sınıf	Altıncı sınıf
Acıbadem	10 AH, 10 KK, 49 D	17 AH, 18 KK, 49 D	18 AH, 19 KK, 87 D			
Adıyaman	2 KK, 2 D					
Adnan Menderes	52 D	4 KK, 30 D	16 D	4 AH, 16 D	15 AH, 30 KK, 3 D	
Akdeniz	7 AH, 23 D	24 D	12 AH, 6 KK, 122 D			
Ankara	20 D	80 D	40 D		25 AH	
Atatürk	21 AH, 1 KK, 117 D	25 AH, 1 KK, 121 D	2 AH, 15 KK, 33 D			
Başkent				40 AH, 40 KK		
Bülent Ecevit	28 D					
Cumhuriyet	28 D		22 AH, 32 KK			
Çanakkale	5 AH, 6 KK, 10 D		14 AH			
Çukurova	4 AH, 12 D	2 AH, 12 D	20 AH, 5 KK, 12 D			6 AH, 8 KK
Dicle	20 D	8 D	8 D			
Dokuz Eylül	168 D	1 KK, 168 D	1 AH, 1 KK, 176 D			
Düzce			10 AH, 6 KK, 2 D			
Erciyes	4 AH, 16 D		2 D			
Turgut Özal	7 AH, 25 D	6 AH, 8 D	8 AH, 4 D			
Gaziosmanpaşa		2 KK, 4 D	10 AH, 4 KK, 8 D			
Gülhane Askeri Tıp Akademisi			2 AH, 1 KK, 10 D			2 AH
İnönü			4 AH, 4 KK	5AH, 5 KK		
İstanbul Bilim	14 AH, 2 D					
İstanbul Tıp	6 AH, 14 D	6 AH, 7 D				
İstanbul Cerrahpaşa			2 AH, 5 KK			
İstanbul Medipol	16 D					
Kahramanmaraş Sütçü İmam		9 AH, 3 D	9 AH, 8 KK, 17 D			28 AH, 28 KK 104 D
Katip Çelebi	15 AH, 4 D		9 AH, 10 KK, 30 D			
Kocaeli	72 D	11 AH, 6 D	5 AH			
Afyon Kocatepe	3 AH		5 AH, 4 KK, 2 D			
Kütahya Dumlupınar	15 AH, 21 D	13 AH, 23 D	5 AH, 12 D			
Marmara	24 D	2 AH, 4 KK, 48 D	2 AH, 5 KK, 32 D		5 AH, 11 KK, 14 D	
Mersin	3 D	2 KK, 3 D	2 KK, 3 D			
Mustafa Kemal	4 AH, 26 D	18 D	4 AH, 6 D			14 AH, 8 KK
Namık Kemal		4 D	3 AH, 1 KK			
Necmettin Erbakan Meram			4 AH, 5 KK			
Ondokuz Mayıs	5 AH, 18 D	8 AH, 2 KK, 18 D	8 AH, 2 KK, 18 D	4 KK		
Ordu		56 D	5AH, 5 KK			
Osmangazi	8 AH, 8 KK		12 AH, 12 KK			
Pamukkale	2 AH, 2 D	2 KK, 26 D	2 KK, 4 D			
Selçuk			6 AH, 7 KK, 12 D			
Süleyman Demirel	2 D	2 D	21 AH, 16 D			
Trakya	9 D	6 AH, 5 KK	3 KK	14 AH, 7 KK		
Ufuk*				10 AH		
Uludağ	14 AH, 28 D	14 AH	14 D			
Yeditepe	32 D	5 D	10 KK			
Yıldırım Beyazıt	19 D	9 D	21 AH, 3 KK			
Yüzüncü Yıl			39 AH			
Toplam	152 AH 27 KK 862 D	119 AH 41 KK 732 D	283 AH 177 KK 686 D	73 AH 56 KK 16 D	45 AH 41 KK 17 D	50 AH 44 KK 104 D

AH: Aile hekimliği temel konuları; ASM: Aile sağlığı merkezi; D: Diğer (entegre hekimlik uygulamaları, iletişim, mesleki beceri laboratuvarında beceri uygulamaları, alan çalışmaları, araştırma, PDÖ, klinik uygulamaya giriş, uygulamalı ders, aile ziyaretleri, kültür-sanat etkinlikleri, tıp eğitimi vb.); K: Kuramsal ders; KK: Klinik konular

*Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde aile hekimliği anabilim dalı bulunmamakla birlikte, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde 10 saatlik aile hekimliği dersleri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyelerince verilmektedir.

Anabilim Dalı Yönetimi ve Akademik Kadro

Ülkemizde AH anabilim dallarının büyük çoğunluğu AH uzmanı akademisyenler tarafından yönetilmektedir. Başak ve ark'larının 2004 yılında yaptıkları bir çalışmanın verileriyle karşılaştırdığımızda, başkanı profesör olan anabilim dallarının oranında son dokuz yılda fazla bir değişiklik görülmemektedir (%31.4'ten %36.2'ye); ancak başkanı AH uzmanı olanların oranı %54.3'ten %77.6'ya yükselmiştir.^[10] Birleşik Krallıkta her tıp fakültesinde var olan AH bölümleri bir AH profesörü tarafından yönetilmektedir.^[17] Hırvatistan, Estonya, Litvanya ve Slovenya'da AH bölüm başkanlarının hepsi AH uzmanıdır. Polonya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Romanya'da çoğu diğer disiplinlerden profesörlerdir. Bulgaristan, Karadağ ve Slovakya'da ise hiçbir AH bölümü aile hekimleri tarafından yönetilmemektedir.^[6]

Ülkemizde son dokuz yıldaki bu ciddi artışa karşın anabilim dalı başına öğretim elemanı sayısı ortalaması (2.95) ve ortancasının (2) düşüklüğü dikkate alındığında AH anabilim dallarının henüz küçük ölçekte olduğu söylenebilir. Üniversite ve fakülte yönetimleri AH anabilim dallarının kurulmasına sıcak bakmaktadır; ancak bu akademik birimlere verdikleri akademik kadro desteği henüz yetersiz görünmektedir.

Tıp Eğitime Katkı

Birleşik Krallıkta Genel Tıp Konseyinin 1990'lı yılların başlarında yayınladığı 'Yarının Doktorları' bildirgesi aile hekimliği alanında mezuniyet öncesi tıp eğitimine olan gereksinimi vurgulamıştır.^[19] Bu bildirge tüm Avrupa ülkelerinde aile hekimliğinin mezuniyet öncesi tıp eğitimi-

Tablo 4. Klinik sınıflarda stajı olan anabilim dalları

Anabilim Dalı	4. sınıf		5. sınıf		6. sınıf	
	Zorunlu	Seçmeli	Zorunlu	Seçmeli	Zorunlu	Seçmeli
Acıbadem				2 hafta		
ADÜ			3 hafta		2 hafta	
Akdeniz						3 hafta
Ankara				1 hafta	1 ay	
Atatürk					1 ay	
Bülent Ecevit				2 hafta		
Cumhuriyet					1 ay	
Çanakkale				2 hafta	6 hafta	2 hafta
Çukurova					3 hafta	
Dokuz Eylül		2 hafta		2 hafta	1 ay	
Düzce					1 ay	
Gaziosmanpaşa						1 ay
Gülhane Askeri Tıp Akademisi					2 hafta	
Inönü	2 hafta				1 ay	
İstanbul Bilim					1 ay	
Kahramanmaraş Sütçü İmam					1 ay	
Katip Çelebi					1 ay	
Marmara			4 hafta		2 ay	
Mustafa Kemal					1 ay	
Namik Kemal			1 hafta		1 ay	
Ondokuz Mayıs					1 ay	
Selçuk					2 hafta	
Süleyman Demirel						1 ay
Trakya					1 ay	
Turgut Özal					1 ay	
Uludağ						1 ay
Yeditepe					2 ay	
Yıldırım Beyazıt					1 ay	
Yüzüncü Yıl					1 ay	

nin zorunlu bir parçası olması yolunda katkı sağlamıştır ve sağlamaya devam etmektedir.

Ülkemizde AH anabilim dallarının tıp eğitimine katkıları giderek artmaktadır. Bu katkı çok çeşitlidir, tüm yıllara yayılma eğilimindedir ve önemli bir eğitim yükü oluşturmaktadır (Tablo 3 ve 4). Yukarıda belirtilen 2004 yılında yapılan benzer bir çalışmanın verileriyle kıyaslandığında hem kuramsal dersler hem de klinik stajlar bakımından önemli bir gelişme görülmektedir.^[10] Klinik yıllarda stajı olan anabilim dalı sayısı iki kat artarken (15'ten 30'a), zorunlu stajların seçmelilere göre ağırlığı da artmıştır (8/15'ten 28/38'e). Kuramsal ders veren AD sayısı da iki kattan fazla artış göstererek 18'den 44'e çıkmıştır. Kuramsal ders içeriklerinin çeşitli konulara dengeli dağıldığı görülmektedir. Ancak mezuniyet öncesi tıp eğitimine aile hekimliğinin katkısı konusunda bir standart oluşturulmadığı da gözden kaçırılmamalıdır. Aile hekimliği akademisyenlerinin özellikle belli bir tıp dalına ait olmayan ve öğretim üyelerinin ortak sorumluluklarında olan eğitim etkinliklerinde oldukça fazla yer aldıkları gözlenmektedir. Ülkemizde disiplinlerin tıp eğitimine katkı vermeleri gereken en az eğitim süreleri belirlenmiş olmamakla birlikte, AH anabilim dallarının ortalama ders saatlerinin çokluğu dikkat çekicidir.

Benzer şekilde Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde de tüm AH bölümleri mezuniyet öncesi tıp eğitimine katkı vermektedir. Çok azında en az eğitim süreleri güvence altına alınmıştır.^[6] Birleşik Devletler ve Birleşik Krallıkta AH bölümleri topluma dayalı eğitimin sorumluluğunu büyük ölçüde üstlenmiş durumdadırlar. Birleşik Krallıkta AH bölümleri mezuniyet öncesi tıp eğitimi yükünün %9'unu karşılamaktadırlar.^[20] Bu ülkelerde hala aile hekimliği akademik bölümlerinden mezuniyet öncesi tıp eğitimine katkılarını artırmaları talep edilmektedir.

Uzmanlık Eğitimi

Çalışmamızın verileri 2004 yılında yapılmış çalışmanın sonuçları ile karşılaştırıldığında,^[10] dokuz yıl içinde uzmanlık eğitimi vermekte olan anabilim dalı sayısının ikiye katlandığı, (20'den 43'e), anabilim dallarında eğitim almakta olan asistanların sayısında dört kattan fazla (77'den 340'a) ve mezun edilen AH uzmanı sayısında ise beş katlık (72'den 360'a) bir artış olduğu ortaya çıkmaktadır.^[10] Bu durum anabilim dalı ve öğretim elemanı sayısındaki artışın yanı sıra anabilim dallarındaki asistan kadrolarının ve uzmanlık eğitimi programlarına ilginin artışıyla da ilişkili görünmektedir. Ancak ülkede yaklaşık 2500 civarında olan aile hekimliği uzmanı sayısı dikkate alındığında bunların çok az bir kısmının anabilim dalları tarafından yetiştirildiği gözden kaçırılmamalıdır. Bunun nedenleri arasında tıp fakültelerinde kadroların sınırlı oluşu ve bu nedenle yerleşik ve hizmet yoğunluğu olan tıp dallarına daha çok kadro verilmesi eğilimi önemli bir yer tutmaktadır. Diğer bir neden anabilim dallarının son

dokuz yılda bile tümünün uzmanlık eğitimi verecek kapasiteye ulaşamamış olmasıdır. Elbette tüm artışlara karşın akademisyen sayısı da halen yetersizdir.

Uzmanlık eğitimi programında eğitim süresinin yarısının aile hekimliği uygulama eğitimine ayrılması yönündeki yasal düzenlemeye karşın, bu eğitimin alt yapısı henüz hazır gözükmemektedir. Uzunca bir dönem tümüyle hastane rotasyonlarından oluşan AH uzmanlık eğitimi

Tablo 5. Aile hekimliği anabilim dallarının uzmanlık öğrencisi ve mezun ettikleri uzman sayıları

Anabilim Dalı	Uzmanlık Öğrencisi	Uzman
Adnan Menderes	16	15
Afyon Kocatepe	2	-
Akdeniz	9	11
Ankara	16	6
Atatürk	13	-
Başkent	11	12
Bezmalem Vakıf	1	2
Bülent Ecevit	4	7
Cumhuriyet	10	9
Çanakkale Onsekiz Mart	7	1
Çukurova	8	63
Dicle	5	10
Dokuz Eylül	31	15
Düzce	9	1
Erciyes	11	12
Fırat	3	2
Gaziosmanpaşa	1	-
Gülhane Askeri Tıp Akademisi	17	39
Harran	-	9
İnönü	5	-
Cerrahpaşa Tıp	-	2
Istanbul Tıp	8	12
Kafkas	2	-
Kahramanmaraş Sütçü İmam	10	-
Karadeniz Teknik	-	3
Kocaeli	1	10
Marmara	24	18
Mersin	4	4
Mustafa Kemal	3	1
Namik Kemal	1	-
Necmettin Erbakan Meram	12	1
Ondokuz Mayıs	20	9
Osmangazi	15	10
Pamukkale	15	-
Sakarya	1	0
Selçuk	10	1
Süleyman Demirel	1	8
Trakya	15	39
Turgut Özal	4	4
Uludağ	2	17
Yeditepe	-	1
Yıldırım Beyazıt	10	-
Yüzüncü Yıl	3	6
Toplam	340	360

süresinin yarısı 2010 yılında yapılan bir düzenlemeyle AH uygulama eğitimine ayrılmıştır. Ancak bazı yasal düzenlemeler yapılmış olmakla birlikte bütününe tamamlanamaması nedeniyle anabilim dallarının hala kendilerine ait aile sağlığı merkezleri bulunmamaktadır.^[21] Uzmanlık eğitimi programına sahip anabilim dalları, asistanlarına ve tıp öğrencilerine aile hekimliği uygulama eğitimini genellikle hastane ortamlarında yer alan AH polikliniklerinde vermektedirler. Hastane ve üniversite ortamlarındakilerin yanı sıra az sayıda toplum içinde poliklinikleri bulunsun da anabilim dallarındaki uygulama eğitimi hala zayıftır.

Aile hekimliğinin akademik gelişimi ile birinci basamak uygulama alanı arasındaki kopukluk, aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişiminin temel bir dinamiğidir. Akademik aile hekimliğinin gelişimi uzun bir süre sahadan (sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri) kopuk gerçekleşmiştir. Bu bağlantının oluşturulmaması nedeniyle anabilim dalları kendi polikliniklerini kurarak birinci basamakla bütünleşmeye çalışmışlardır.^[12]

Ülkemizde hala eğitim aile sağlığı merkezlerinin oluşturulmamış olması aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesi açısından da önemli bir kayıptır.^[22] Tüm dünyada sağlık hizmeti sunumundaki ve finansmanındaki değişiklikler, çoklu görevlerini yerine getirmede akademik tıp merkezlerini zorlamaktadır; bu durum akademik aile hekimliği bölümlerini de etkilemektedir. Yeni klinik taleplere uyum sağlama, yeni topluma dayalı eğitim girişimlerini örgütleme ve yönetme, öğretim üyesi sayısını artırma ve koruma, araştırma kapasitesini geliştirme ve parasal kısıntıların olduğu bir dönemde akademinin çoklu görevlerini yerine getirme, önümüzdeki dönem akademik aile hekimliği bölümlerini bekleyen başlıca yükümlülükler olarak tanımlanmaktadır.^[15] Üniversite AH eğitimcilerinin günlük BB uygulamasına girmesi ve uygulamadaki aile hekimlerinin eğitim ve araştırma gibi akademik etkinliklere katılması kuram ile uygulamayı birbirine bağlayabilir ve aile hekimliğinin akademik tıp için bir örnek oluşturmasını sağlayabilir.^[23]

Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Etkin anabilim dallarının tümüne ulaşılması, verilerin birincil kaynaklardan toplanması, akademik aile hekimliği bölümlerinin gelişim sürecine ilişkin veriler elde edilmesi ve 20 yılın ilk ve ikinci yarılarının karşılaştırılabilirliği çalışmanın güçlü yanları olarak sayılabilir. Öte yandan çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Birincisi, çalışma yalnızca üniversitelerdeki anabilim dallarını hedeflemiştir; dolayısıyla uzmanlık eğitimi veren eğitim hastaneleri gibi akademik bazı merkezler çalışma kapsamı dışında kalmıştır. İkincisi her ne kadar ülke çapında sürekli mesleki gelişim etkinlikleri ulusal uzmanlık derneği ve diğer bazı kuruluşlar tarafından gerçekleştiriliyor olsa da anabi-

lim dallarının benzer etkinlikleri de araştırılabilirdi. Belki de en önemlisi çalışmanın anabilim dallarının araştırma etkinliklerini kapsamamış olmasıdır. Anabilim dallarının hızlı gelişimi, akademik kadrolardaki hareketlilik ve yerli tıp dizinlerinin yeterince kapsayıcı olmaması gibi nedenlerle araştırma ve yayın etkinliklerinin araştırılması ayrı bir çalışma konusu olarak düşünülmüştür. Son olarak akademik bilimsel aile hekimliği dergileri de çalışmanın kapsamı dışında kalmıştır. Sayıları giderek artan bu dergiler de ayrıca değerlendirilmeyi hak etmektedir.

Sonuç

Ülkemizde ilk anabilim dallarının üzerinden geçen 20 yıl içinde üniversitelerdeki akademik aile hekimliği bölümlerinin nicel ve nitel gelişimi, Avrupa'da birçok ülkeyle kıyaslanabilir düzeydedir. Üniversitelerde aile hekimliği bölümleri ve aile hekimliği eğitimi ülkemizde oldukça gelişmiştir. Kuruluş sürecini tamamlamış tıp fakültelerinin neredeyse tamamında AH anabilim dalları bulunmaktadır ve aile hekimliği ana akım tıp disiplini içinde akademik ve bilimsel bir tıp disiplini olarak benimsenmiş durumdadır.

Mezuniyet öncesi tıp eğitimine giderek artan katkıları ve uzmanlık eğitimindeki ağırlığının giderek artmasına karşın anabilim dallarının birinci basamak aile hekimliği uygulaması ile bağları henüz istenen düzeyde değildir. Anabilim dallarının gelecek on yıldaki en önemli önceliği, akademik aile hekimliği uygulama merkezleri oluşturmak ve sahadaki aile hekimleriyle bağlarını güçlendirmek olacak gibi görünmektedir.

Ülkemizdeki akademik aile hekimliğinin tüm boyutlarıyla gelişimini değerlendirebilmek adına aile hekimliği araştırma ve yayın etkinliklerinin araştırılacağı yeni çalışmalara gereksinim vardır. Öte yandan aile hekimliğinin bilimsel gelişimi, uygulama temelli araştırma ağlarının oluşturulmasını gerektirmektedir.

Kaynaklar

1. Svab I, Siper K, Crebolder H. General practice teaching and basic medical education in Europe. *Eur J Gen Pract* 2001;7:112-4.
2. The new Leeuwenhorst Group. Changing aim of basic medical education. A view from general practice. Amsterdam: 1986.
3. Van Weel C, Crebolder HFJM. General practice and medical education: experience in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 1993;43:490-1.
4. Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ* 2011;342:d1028.
5. Hilton S, Carter YH. Academic careers in general practice and primary care. *Med Educ* 2000;34:910-5.
6. Krztoń-Królewiecka A, Švab I, Oleszczyk M, Seifert B, Smithson WH, Windak A. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. *BMC Fam Pract* 2013;14:37.
7. Švab I, Pavlic DR, Radic S, Vainiomäki P. General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. *Croat Med J* 2004; 45:537-42.

8. Oleszczyk M, Švab I, Seifert B, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Fam Pract* 2012;13:15-24
9. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği disiplininde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17:137-41.
10. Başak O, Saatçı E, Ceyhan G. Akademik aile hekimliği ve gelişme özellikleri: Türkiye deneyimi. *Türk Aile Hek Derg* 2005;9:174-82.
11. Yaman H, Kara İH. An evaluation of articles in international peer-reviewed publications in Turkish family medicine. *Med Sci Monit* 2007;13:SR24-27.
12. Başak O. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı süreci ve sosyalleştirme. Füsün Sayek TTB Raporları / Kitapları – 2011: Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2012. s. 149-56.
13. <http://www.yok.gov.tr/web/guest/universitelerimiz>. 5 Haziran 2013 tarihinde erişilmiştir.
14. Bland CJ, Simpson D. Future faculty development in family medicine. *Fam Med* 1997;29:290-3.
15. Hueston WJ, Mainous AG, Bazell C, Connor MK. Challenges to academic family medicine in the current health care environment. *Fam Med* 2000;32:240-5.
16. Kochen MM, Himmel W. Academic careers in general practice: scientific requirements in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000;6:62-5.
17. Howe A. Education in family medicine – Gains and dangers. *Croat Med J* 2004;45:533-6.
18. Leach DC, Batalden PB. Preparing the personal physician for practice (P4): redesigning family medicine residencies: New wine, new wineskins, learning, unlearning, and journey to authenticity. *J Am Board Fam Med* 2007;20:342-7.
19. General Medical Council: Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. London: General Medical Council; 1993.
20. Frey JJ. A murky future for academic primary care. *Br J Gen Pract* 2003;179-80.
21. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Sekizinci Bölüm: Eğitim Aile Sağlığı merkezleri ve Eğitim Aile Hekimliği Birimlerine ilişkin Usul ve Esaslar. 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete.
22. Başak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimi. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17:29-36.
23. Maaros HI. Family medicine as a model of transition from academic medicine to academic health care: Estonia's experience. *Croat Med J* 2004;45:563-6.

Geliş tarihi: 29.01.2014

Kabul tarihi: 07.02.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 29.02.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Okay Başak

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın

e-posta: okaybasak@yahoo.com

Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi

Another period of women's life: menopause and its impact on quality of life

Ayşegül Uludağ¹, Ayşe Nur Çakır Güngör², Meryem Gencer², Erkan Melih Şahin³, Emine Coşar⁴

Özet

Amaç: Çalışmada menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınlarda menopozla ilişkili ortaya çıkan semptomların şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı desende bu çalışmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 40-65 yaş arasındaki 300 kadın alındı. Katılımcılara sosyo-demografik bilgileri içeren bir anket formunun yanı sıra, Menopoz İlişkili Semptom Ölçeği (MRS) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Kadınlar, STRAW sınıflamasına göre menopoz öncesi ve menopoz dönemi olarak iki grup halinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya menopoz öncesi dönemde 57 (%19.0) ve menopozda 243 (%81.0) kadın katıldı. Yaş ortalaması 53.7±6.1 olan katılımcıların menopoz girme yaşı ortalaması 47.7±4.5 idi. Menopoz öncesi dönemdeki katılımcılar (17.7±10.0) ile menopoz dönemindekilerin (16.0±8.7) MRS toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınların SF-36 yaşam kalitesi skorları arasında da anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Katılımcıların MRS skorlarıyla yaşam kalitesi rol gücülüğü fiziksel ($\rho=-0.407$; $p<0.001$) ve rol gücülüğü emosyonel ($\rho=-0.378$; $p<0.001$) skorları arasında orta derecede ters yönde bir ilişki vardı. Ağrı ($\rho=0.223$; $p=0.001$) ve genel sağlık skorlarıyla ($\rho=0.152$; $p=0.039$) doğrusal yönde zayıf; fiziksel fonksiyon ($\rho=-0.313$; $p<0.001$), mental sağlık ($\rho=-0.288$; $p<0.001$) ve sosyal fonksiyon ($\rho=-0.171$; $p=0.013$) skorlarıyla ters yönde zayıf ilişkiler bulunmaktaydı.

Sonuç: Kadınların menopoz öncesinde menopozla ilişkili psikolojik semptomları öne çıkmış olsa da menopoz dönemi ile arasında bir fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesi de menopoz öncesi ve menopoz döneminde farklılık göstermemektedir. Menopoz ile ilişkili yakınmaların şiddeti arttıkça fiziksel ve emosyonel rol gücülüğü yaşam kalitesi skorları azalmaktadır.

Anahtar sözcükler: Menopoz, klimakterik, yaşam kalitesi.

Summary

Objective: In this study it is aimed to determine the severity of menopause-related symptoms in premenopausal and menopausal women and their impact on quality of life.

Methods: In this cross-sectional descriptive study, 300 women between the ages of 40-65 admitted to departments of Obstetrics and Gynecology and Family Medicine were enrolled. A questionnaire including socio-demographic data, Menopause Symptom Scale (MRS) and the SF-36 Quality of Life Scale were administered. Women were classified into two groups as pre-menopausal and menopausal period according to STRAW.

Results: There were 57 (19.00%) participants in premenopausal, 243 (81.00%) were in menopausal period. The mean age of the participants was 53.7±6.1 and the mean age at menopause was 47.7±4.5. There was no significant difference between the MRS total score between premenopausal participants (17.7±10.0) and those of the menopause group (16.0±8.7) ($p>0.05$). There was no significant differences between premenopausal and menopausal women regarding the SF-36 scores ($p>0.05$). MRS scores and the quality of life subscores of role limitations-physical ($\rho=-.407$, $p<.001$), and role limitations-emotional ($\rho=-.378$, $p<.001$) had moderately inverse correlation between the participants'. Pain ($\rho=0.223$, $p=0.001$) and general health scores ($\rho=0.152$, $p=0.039$) had a linear weak whereas physical function ($\rho=-0.313$, $p<0.001$), mental health ($\rho=-.288$, $p<0.001$) and social functioning ($\rho=-.171$, $p=.013$) scores had only weak inverse correlation.

Conclusions: Psychological symptoms related to menopause start prior to menopause but there is no significant difference in menopause. There is no difference regarding quality of life between premenopause and menopause period. As the severity of symptoms associated with menopause increase, role limitations due to physical and emotional quality of life declines.

Key words: Menopause, climacteric, quality of life.

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Çanakkale

² Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Çanakkale

³ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Çanakkale

⁴ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doç. Dr., Çanakkale

Menopoz kadınlarda menstruel siklusun bitmesi olarak tanımlanmaktadır. Doğal menopoz; patolojik bir neden olmadan 12 ay süreyle menstruel kanamanın olmaması, cerrahi menopoz ise patolojik bir nedenden dolayı overlerin alınması durumudur.^[1]

Beklenen yaşam süresinin arttığı günümüz dünyasında kadınların yaşamının üçte biri menopoz döneminde geçmektedir. Doğmak, büyüme, ölmek gibi menopoz da kadınlarda yaşamın bir parçasıdır. Menopozla birlikte üreme dönemi biter ve hormonal çekilme belirtileri başlar.^[2] Menopoz geçiş döneminde ovulasyonun sonlanması ile oluşan hormonal değişikliklerle ateş basması, sinirlilik ve cinsel istekte azalma gibi yakınmalar görülmektedir; uykuların düzensizleşmesi, anksiyete ya da halsizlik ise birçok etkene bağlıdır.^[3,4]

Menopozla ilgili semptomların şiddetinin ve etkilenme düzeyinin kadınların deneyimlerine ve toplumların özelliklerine göre değiştiği ilgili literatürde tanımlanmaktadır.^[5] Ferrand ve ark., Tunuslu kadınlarda menopozla ilişkili somatik ve psikolojik yakınmaların Fransızlara göre daha şiddetli olduğunu saptamışlardır.^[6] Dünyanın doğusu ile batısı arasında menopoz giriş yaşı, algılanışı, yaşanan rahatsızlıklar ve şiddeti ile yaşam kalitesi farklılıklar göstermektedir. Aynı toplum içinde bile kadınlar menopozu farklı şekilde algılayabilmektedirler.^[7] Kadınların menopozda yaşadıkları deneyimle birlikte yaşam kaliteleri de etkilenmektedir.^[7,8]

Bu açıdan hizmet sunduğumuz topluluğa ilişkin özellikleri ve eğilimleri belirlemek, özellikle aile hekimliği uygulaması açısından oldukça önemlidir. Menopozla ilişkili yakınmaların şiddetinin menopoz öncesi ve sonrası dönemde farklılık gösterdiği ve kadınların yaşam kalitesinin bu yakınmaların şiddetinden etkilendiği çalışmamızın hipotezleridir. Çalışmamızın amacı ise, menopoz öncesi ve sonrası dönemdeki kadınlarda menopozla ilişkili semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Deseni ve Katılımcılar

Kesitsel tanımlayıcı desende çalışmamızın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Kadın Hastalıkları Doğum ve Aile Hekimliği polikliniklerine ayaktan başvuran kadınlar oluşturmuştur. Mart-Ağustos 2012 tarihleri arasında menopoz öncesi ve sonrası dönemde olan kadınlar çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmak istemediğini belirtenler ve menopozla ilgili semptomları ve yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülerek yaşlılık dönemi olan 65 yaş ve üzeri yaştaki kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri STRAW sınıflamasına göre belirlenmiştir. Buna göre;

Menopoz öncesi dönem: Kadınların son üç ayda en az bir sıklık kanaması olurken son bir yılındaki menstruel sıklısta değişiklik olmaması,

Menopoz geçiş dönemi: Son üç ayda en az bir menstruel kanaması olurken son bir yıl içerisinde menstruel sıklısta düzensizlik olması,

Menopoz dönemi: Son bir yıldır menstruel kanamanın olmaması dönemidir.^[2]

Çalışmamızın amacı dikkate alınarak menopoz öncesi ve menopoz geçiş dönemleri birlikte değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Uygulanışı

Çalışmanın amacı araştırmacılar tarafından anlatıldıktan sonra katılım için yazılı ve sözlü onamları alınan toplam 335 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Uygun bir ortama alınan katılımcılardan, çalışmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket formu, Menopozla İlişkili Yakınma Ölçeği (MRS) ve Yaşam Kalitesi Ölçeğini (SF-36) doldurmaları istenmiştir. Toplanan verileri yetersiz görülen 35 kadın çalışmadan çıkarılmış ve toplam 300 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır. Çalışma öncesinde Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Etik Kurul Topluluğu'ndan izin alınmıştır (21.02.2012 tarih ve 050.99/28 sayılı karar).

Anket ve Ölçekler

Uygulanan ankette katılımcıların sosyo-demografik bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, sigara kullanımı, fiziksel egzersiz yapma durumu, eşinin yaşı, evlilik süresi), obstetrik (çocuk sayısı, doğum şekli, düşük, kürtaj, ölü doğum öyküsü) ve jinekolojik öyküleri (menopoz durumu ve girme şekli, doktora başvurusu, menopoz girme zamanı veya menstrüel siklusu, kontrasepsiyon ve hormon replasman tedavisi kullanma durumu ile devamlı ilaç alımını gerektiren sağlık sorunları) sorgulanmıştır.

Menopozla İlişkili Semptom Ölçeği (MRS): Çalışmamızda menopozla ilişkili yakınmaların şiddetinin belirlenmesinde Schneider tarafından 2000 yılında oluşturulan^[9,10] ve 2004 yılında Türkçeye çevirisi yapılan MRS kullanılmıştır. Bu ölçek toplam 11 sorudan oluşmaktadır ve menopozla ait somatik, psikolojik ve ürogenital semptomları sorgulamaktadır. Ölçek 0 (hiç) – 4 (çok fazla) arasında semptom şiddetini ölçen beşli Likert düzeninde hazırlanmıştır. Ölçekte psikolojik semptomlar olarak adlandırılan depresyon, sinirlilik, anksiyete ve irritabilite 0-16 puan; somatik semptomlar olan sıcak basması, terleme nöbetleri, kalp rahatsızlıkları, kalpte sıkışma hissi, uyku sorunları, eklem ve kas rahatsızlıkları 0-16 puan ve ürogenital semptomlar olan cinsel istek, idrar kaçırma, vajinada kuruluk ve yanma hissi de 0-12 puan arasında puanlanmaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36): Ware tarafından 1992'de oluşturulmuştur.^[11] Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit tarafından yapılmıştır.^[12] Ölçek 36 sorudan oluşmakta ve sağlığın sekiz boyutunu değerlendirmektedir. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (iki madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılığı (dört madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (üç madde), mental sağlık (beş madde), enerji-viabilite (dört madde), ağrı (iki madde), sosyal fonksiyon (iki madde) ve sağlığın genel algılanmasıdır (beş madde). SF-36 alt skorları 0-100 puan arasında puanlandırılır ve yüksek puan yaşam kalitesinin iyiliğini gösterir. Ölçek son dört haftayı değerlendirmektedir. Değerlendirme, 4. ve 5. maddelerde evet-hayır, diğer maddelerde ise 4-6'lı Likert şeklinde yapılmaktadır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel analizlerde değişkenlerin frekans, ortalama ve dağılım aralığı değerleri hesaplandı. İstatistik anlamlılık için değişkenlerin normal dağılımları One Sample Kolmogorov-Smirnoff testi ile değerlendirildi. Normal dağılımda olan değişkenler için one-way ANOVA, Bonferroni, Student t ve ki-kare testleri, normal dağılımda olmayanlar değerlendirilirken ise Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya 40-65 yaşları arasında 300 kadın katıldı. Katılımcıların 57'si (%19.0) menopoza öncesi ve 243'ü (%81.0) menopoza dönemindeydi. Yaş ortalaması 53.7±6.1 olan katılımcıların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 30.3±5.7 olarak hesaplandı. Menopoza öncesi dönemde olan kadınlar (47.3±3.7) menopoza döneminde olanlara (55.0±5.6) göre daha gençti (t=-12.015; p<0.001); ancak BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla 29.8±5.7 ve 30.4±5.7; p>0.05). Katılımcıların 240'ı (%80.5) evli ve 199'u (%66.3) ilkököl mezunu iken 144'ünün (%49.1) geliri giderine eşitti. Yüzde 14.4'ü (43 kadın) sigara kullanmakta olan katılımcıların %7.4'ü (22 kadın) sigara içmeyi bırakmıştı. Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Katılımcıların ortalama evlilik süresi 31.7±8.7 (2-50 yıl arası) yıl, ortalama çocuk sayısı 2.2±1.0 (0-5 arası), ortalama kürtaj sayısı 0.5±0.9 (0-4 arası) ve ortalama düşük sayısı 0.2±0.6 (0-4 arası) idi. Sezaryen yöntemi ile doğum yapmış 16 kadın (%5.9) vardı.

Menopoza hastalarının menopoza giriş yaş ortalaması 47.7±4.5 ve ortalama menopoza süresi 7.3±6.1 yıldır. Menopoza giriş şeklini belirten 241 kadının 193'ü (%80.1)

kendiliğinden, 48'i (%19.9) cerrahi olarak menopoza girmişti. Menopoza nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurduğunu ifade eden 112 (%53.6), aile hekimine başvuran 12 (%5.7) ve doktora başvurmadığını belirten 85 (%40.7) kadın vardı. Menopoza ilgili yakınmaları nedeniyle 243 menopoza hastasının 34'ü (%14.0) hormon replasman tedavisi (HRT) kullanmaktaydı. Cerrahi yolla menopoza girmiş olanlarda HRT kullananların oranı (%29.2) kendiliğinden menopoza girmiş olanlardan (%10.4) anlamlı ölçüde daha yüksekti ($\chi^2=15.627$; p<0.001). Menopoza öncesi dönemdeki kadınların 9'u (%18.0), menopoza dönemindekilerin 33'ü (%13.9) halen bir doğum kontrol yöntemi kullandığını belirtmişti.

Menopoza öncesi dönemdeki kadınların 25'inin (%47.2), menopoza dönemindeki kadınların ise 169'unun (%68.7) en az bir kronik hastalığı vardı; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=8.868$; p=0.003). Menopoza öncesi dönemdeki kadınların 25'i (%47.2), menopoza dönemindekilerin 163'ü (%67.1) kronik hastalıkları nedeniyle devamlı ilaç kullanmaktaydı.

Düzenli fiziksel egzersiz yaptığını belirten katılımcıların oranı %23.3 (61 kadın) idi ve menopoza öncesi (%18.6) ve menopoza dönemindeki (%21.3) kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Kronik bir hastalığı olan menopoza öncesi dönemdeki kadınlar, kronik bir hastalığı olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha çok spor yapmaktaydı ($\chi^2=5.236$; p=0.02); ancak menopoza dönemindeki kadınlarda anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Menopoza dönemindeki kadınların menopoza giriş yaşı ile sigara kullanma durumu, spor yapma durumu ve BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

Katılımcıların ortalama MRS toplam puanı 16.3±8.9 (0-38) idi. Menopoza öncesi dönem ve menopoza dönemindeki kadınların MRS toplam ve alt kategori skor or-

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri

	Sayı	Yüzde
Medeni durum, s=298		
Bekar	13	4.4
Evli	240	80.5
Dul	45	15.1
Eğitim durumu, s=300		
Okuryazar değil	22	7.3
Okuryazar	10	3.3
İlkokul	199	66.4
Ortaokul	11	3.7
Lise	45	15.0
Üniversite	13	4.3
Gelir düzeyi, s=293		
Gelir giderden az	120	41
Gelir gidere eşit	144	49.1
Gelir giderden fazla	29	9.9

talamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Katılımcıların MRS toplam ve alt kategori skor dağılımları **Tablo 2**'de belirtilmiştir.

Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınların MRS somatik skorları yaş, medeni durum, eğitim durumu, BKİ ve sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Katılımcıların yaşam kalitesinin SF-36 ölçeği ile değerlendirme sonuçları **Tablo 3**'te verilmiştir. Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınların SF-36 yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Kadınların SF-36 alt skorları sigara içme durumu ile anlamlı fark göstermemektedir. Eğitim durumuna göre katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($F=4.314$; $p=0.014$). Bu anlamlılık örgün eğitim almamış olanlarla en az ilkokulu bitirmiş olanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ($p=0.020$). SF-36 fiziksel fonksiyon skorları yaş ($\rho=-0.182$; $p=0.003$), evlilik süresi ($\rho=-0.176$; $p=0.006$) ve menopoz süresi ($\rho=-0.167$; $p=0.009$) ile ters yönde zayıf bir korelasyon göstermekteydi. Katılımcıların SF-36 ağrı alt skoru BKİ ($\rho=0.172$; $p=0.006$) ve düşük sayısı ($\rho=0.135$; $p=0.024$) ile doğrusal; menopoz süresi ($\rho=-0.135$; $p=0.030$) ile ters yönde zayıf bir korelasyon göstermekteydi. Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt skoru ile BKİ ($\rho=-0.125$; $p=0.048$) ve SF-36 rol güçlüğü emosyonel alt skoru ile evlilik süresi ($\rho=-0.130$; $p=0.039$) arasında ters yönde zayıf bir korelasyon vardı. Kronik hastalık varlığı ve spor yapma durumuna göre katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi alt skorları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Katılımcıların MRS skorlarıyla yaşam kalitesi rol güçlüğü fiziksel ($\rho=-0.407$; $p<0.001$) ve rol güçlüğü emosyonel ($\rho=-0.378$; $p<0.001$) skorları arasında orta derecede ters yönde bir ilişki vardı. Ağrı ($\rho=0.223$; $p=0.001$) ve genel sağlık skorlarıyla ($\rho=0.152$; $p=0.039$) doğrusal yönde zayıf; fiziksel fonksiyon ($\rho=-0.313$; $p<0.001$),

Tablo 2. Katılımcıların MRS skor ortalamalarının dağılımı*

	Menopoz öncesi dönem	Menopoz dönemi	Tüm katılımcılar	p
Somatik skor	5.9±3.7	5.9±3.4	5.9±3.4	>0.05
Psikolojik skor	6.8±4.6	6.3±4.1	6.4±4.1	>0.05
Ürogenital skor	3.9±2.9	3.6±3.1	3.7±3.1	>0.05
MRS toplam skor	17.7±10.0	16.0±8.7	16.2±8.9	>0.05

*Mann-Whitney U testi

mental sağlık ($\rho=-0.288$; $p<0.001$) ve sosyal fonksiyon ($\rho=-0.171$; $p=0.013$) skorlarıyla ters yönde zayıf ilişkiler bulunmaktaydı.

Tartışma

Kadınların menopoza girme yaşları ırk ve coğrafi özelliklerine göre değişim göstermektedir. Amerika'da 22.000 kadının katıldığı çalışmada doğal menopoza girme yaşı ortalaması 50.5 ve Asya'da 51.4 iken, Avrupa'da 50.1-52.8 arasında değişmektedir.^[13-15] Tayland'da yapılan bir çalışmada da kadınların menopoza girme yaşı ortalaması 48.7 olarak saptanmıştır.^[16] Türkiye'de yapılan üç çalışmada 45.0±5.4 yaş^[17] ve 48.7±2.5 yaş^[18] ve 44.6±4.9 yaş^[19] olarak bulunmuştur ve bizim çalışma sonucumuzla uyumludur.

Asya'da ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda menopoz döneminde kadınların öncelikle menopozla ilişkili psikolojik semptomlarının arttığı, sonrasında vazomotor semptomların hayatlarını etkilemeye başladığı gösterilmiştir.^[20,21] Freeman ve ark.^[22] psikolojik semptomların menopoz öncesi dönemde arttığını ancak menopoz döneminde azaldığını, vazomotor semptomların ise her iki dönemde de devam ettiğini belirtmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde menopoz öncesi dönemde en çok psikolojik semptomların şiddetinin arttığı, sonrasında somatik ve ürogenital yakınmaların şiddetlendiği; ancak

Tablo 3. Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt grup skor ortalamaları*

	Menopoz öncesi dönem (Ortalama±SS)	Menopoz dönemi (Ortalama±SS)	Tüm katılımcılar	p
Fiziksel skor	22.0±6.6	21.4±4.3	21.5±4.7	>0.05
Rol güçlüğü (fiziksel) skoru	6.8±1.8	6.3±1.8	6.4±1.8	>0.05
Ağrı skoru	5.3±2.2	5.2±1.8	5.3±2.0	>0.05
Genel sağlık skoru	14.3±3.0	14.7±2.8	14.6±2.6	>0.05
Viabilite-enerji skoru	14.2±2.2	14.7±2.7	14.6±2.6	>0.05
Sosyal fonksiyon skoru	5.8±1.0	5.6±1.0	5.7±1.0	>0.05
Rol güçlüğü (emosyonel) skoru	4.8±1.3	4.3±1.3	4.7±1.3	>0.05
Mental sağlık skoru	18.0±2.4	19.0±3.0	18.4±2.9	>0.05

*Mann-Whitney U

menopoz döneminde semptomların skorlarında azalma olsa bile bunun anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Kadınlar 40'lı yaşlarına gelip, adet düzensizlikleri yaşamaya başladığı anda menopoza girme endişesine bağlı olarak uykusuzluk, sinirlilik gibi belirtiler yaşıyor olabilirler.

Chedraui P ve ark.^[23] kadınların MRS toplam ve alt skorlarının yaş, eğitim seviyesi ve cinsel inaktiviteyle ilişkili olduğunu belirtirken, çalışmamızda benzer ilişkiler saptanmamıştır. Kalarhoudi ve ark.^[24] İran'da yaptıkları çalışmada, spor yapma durumu ile özellikle menopozla ortaya çıkan somatik ve psikolojik yakınmaların azaldığını ve yaşam kalitesinin arttığını saptamıştır. Williams ve ark.^[25] da Amerika'da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Kadınların düzenli egzersiz ile somatik ve psikolojik iyilik halinde ve yaşam kalitesinde artış beklenebilir.^[26] Ancak çalışmamızda spor yapma ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Rahman ve ark.^[27] menopoz öncesi dönemdeki kadınların MRS skorlarını menopoz dönemindekilerden daha yüksek saptamışlardır. Poomalar ve ark.^[28] ise menopoz döneminde MRS'de artış gözlemlemişlerdir. Çalışmamızda da menopoz öncesi dönemdeki kadınların MRS skorları menopozdaki kadınlarınkinden yüksektir. Kadınların menopozu algılayışı bu değişim üzerinde etkili olabilir. Yanikkerem ve ark da yakınmaların şiddetinin, kadınların menopozu karşı olumlu ya da olumsuz tutumları ile ilgili olduğunu savunmaktadır.^[8]

Çalışmamızda sigara kullanımı ile yaşam kalitesi ve menopozu bağlı yakınmaların şiddetinde değişiklik gözlenmiştir. Kalarhoudi'nin^[24] çalışmasında da benzer sonuç saptanırken, Lorenzo ve ark.^[26] sigara kullanımının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

Yurdakul ve ark.^[29] menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini araştırdıkları çalışmada, menopoz döneminde yaşam kalitesinde alt skoru oluşturan fiziksel, sosyal fonksiyon ile ruhsal sağlık ve ağrı puanlarının düştüğünü belirtmişlerdir. Malezya'da yapılan menopozla ilişkili semptomların şiddetinin değerlendirildiği çalışmada kadınların ağrılarından dolayı şikayetlerinin arttığı ve Amerika'da yapılan çalışmada da ağrı ve psikolojik semptom şiddetinin daha fazla olduğu ortaya konmuştur.^[21,30] Çalışmamız sonuçlarına göre yaşam kalitesi, menopoz öncesi ve sonrasında değişmemiştir.

Kadınların hayatında menopoz beklenen ve bilindik bir durumdur. Kadınlar menopozun hayatlarında bir geçiş dönemi olduğunun farkındadırlar ve menopozla birlikte yaşayacakları değişikliklere karşı hazırlıklı olduklarını göstermektedir. Çiftçili ve ark.^[31] menopozdaki kadınların menopozla ilgili düşünce, alışkanlık ve yakınmalarını inceledikleri niteliksel bir çalışmada kadınların menopozu doğal bir süreç olarak gördüklerini, bu sürece bağlı değişikliklerin geçici olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir. Gre-

enblum ve ark.^[32] da menopoz semptomlarının yaşam kalitesini etkilediği, bunu iyileştirmede bireysel davranılması ve her kadının kendi sağlık durumuna göre değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

Çalışmamızda kadınların menopozu giriş yaşı ortalaması 47.7 olarak saptanmıştır. Kadınların menopoz öncesinde menopozla ilişkili psikolojik semptomları öne çıkmış olsa da menopoz sonrası ile arasında fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesinin menopoz öncesi ve menopoz döneminde değişmemesi menopozun kadınların yaşamında bilindik ve beklendik bir durum olduğunu göstermektedir. Kadınların fiziksel fonksiyon yaşam kalitesi yaş, eğitim durumu, evlilik ve menopoz sürelerinden etkilenmektedir. BKİ, düşük sayısı ve menopoz süresi, ağrı yaşam kalitesini etkileyen etkenlerdir. BKİ arttıkça sosyal fonksiyon, evlilik süresi arttıkça emosyonel rol güçlüğü yaşam kaliteleri azalmaktadır. Menopoz ilişkili yakınmaların şiddeti arttıkça fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Kaynaklar

1. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Menopoz ve Osteoporoz. İstanbul: Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları; 2000.
2. Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Menopause* 2001;8:402-7.
3. Research on the Menopause in the 1990's. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866 (WHO Geneva 1996). URL: (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>) Erişim tarihi 04.01.2013.
4. Lewis V. Undertreatment of menopausal symptoms and novel options for comprehensive management. *Cur Med Res Opin* 2009;25:2689-98.
5. Thurston R, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011;38:489-501.
6. Ferrand F, Hajri S, Benzineb S, et al. Comparative study of the quality of life associated with menopause in Tunisia and France. *Menopause* 2013; 20:609-22.
7. Thomas SE. Menopause knowledge and attitudes of English speaking Caribbean women: implication for health education. *Californian J Health Promotion* 2005;3:167-76.
8. Yanikkerem E, Oruç Koltan S, Göker Tamay A, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric* 2012;15:552-62.
9. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, et al. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric* 2000;3:59-64.
10. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;30:1-28.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey (SF-36). I. Conceptual Framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
12. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36 Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:100-6.
13. Nichols HB, Trentham-Dietz A, Hampton JM, et al. From menarche to menopause: trends among US women born from 1912 to 1969. *Am J Epidemiol* 2006;15:1003-11.
14. Moon-Soo Lee, Jong-Hun Kim, Man Sik Park, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci* 2010;25:758-65.

15. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric* 2010;13:419-28.
16. Peeyananjarassri K, Cheewadhanaraks S, Hubbard M, et al. Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric* 2006;9:23-9.
17. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, et al. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006;3:281-7.
18. Topatan S, Yıldız H. Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions. *Health Care Women Int* 2012;33:525-39.
19. Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öviz A, Kindiroğlu N. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:199-207.
20. Anderson D, Yoshizawa T, Gollschewski S, Atogami F, Courtney M. Menopause in Australia and Japan: Effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms. *Climacteric* 2004;7: 165-74.
21. Bairy L, Adiga S, Bhat P, Bhat R. Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2009;49:106-9.
22. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Martin P. Psychometric properties of a menopausal symptom list. *Menopause* 2003;10:258-65.
23. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, et al. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007;57:271-8.
24. Kalarhousi MA, Taebi M, Sadat Z, et al. Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2011; 13:811-7.
25. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, et al. Menopause specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas* 2009;62:153-9.
26. Lorenzi DR, Saciloto B, Artico GR, Fontana SK. Quality of life and related factors among climacteric women from south Brazil. *Acta Med Port* 2009;22:51-8.
27. Rahman SA, Zainudin SR, Mun VL. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pac Fam Med* 2010; 9:5.
28. G K P, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res* 2013;7:135-9.
29. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *FÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007;21:187-93.
30. Bagga A. Age and symptomatology of menopause: a case study. *Obstet Gynecol Today* 2004;11:660-6.
31. Cifcili SY, Akman M, Demirkol A, Unalan PC, Vermeire E. "I should live and finish it": a qualitative inquiry into Turkish women's menopause experience. *BMC Fam Pract* 2009;10:2.
32. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, Greenblum JS. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause: J North Am Menopause Soc* 2013;20:1-6.

Geliş tarihi: 30.10.2013

Kabul tarihi: 31.12.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 29.02.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Uludağ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale

e-posta: draysegululudag@gmail.com

Rahim içi araç (RIA) uygulaması için başvuranların bilgi düzeyleri*

Patient's knowledge level about intrauterin device application

Can Öner¹, Binali Çatak², Berrin Telatar³

Özet

Amaç: Aile Planlaması (AP) yöntemlerindeki gelişme ve erişilebilirlikteki kolaylığa rağmen istenmeyen gebelikler halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bunun en önemli nedeni yöntemlerle ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olunmaması ve yöntemlerin yanlış kullanılmasıdır. Yapılan çalışmalar, yöntem seçiminde danışmanlık hizmetlerinin yeterince verilmediğini ve kişilerin bilinçli olarak yöntem seçimi yapmadıklarını göstermektedir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Pendik Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde 2012 yılı Mayıs-Ağustos ayları arasında RIA uygulaması için başvuran 201 ardışık kadın ile yapılmıştır. Kadınlara danışmanlık hizmeti verilmeden önce oluşturulmuş bir anket formu yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur. Veriler SPSS 16.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 32.32±7.95 idi. RIA uygulamasına başvuran kadınların büyük çoğunluğu 10 yıl ve üzeri süredir evli idi (%66.2). Rahim içi Araç öncesi modern yöntem (Doğum kontrol hapsi, kondom vs) kullananların oranı %46.3 olarak bulunmuştur. Mevcut yöntemin terk edilmesinde en önemli faktör RIA'nın daha güvenilir olmasıdır (n=141, %70.1). Öte yandan mevcut kullanılan yöntemin kondom olduğu kadınlarda eş isteği ile yöntem bırakma da önemli oranlardadır (p<0.05). Yapılan çalışmada kadınların RIA uygulaması, takibi ve kontrol aşamaları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüştür.

Sonuç: Yapılan çalışmada elde edilen bulgular RIA uygulaması için Aile Planlaması Merkezine başvuran kadınların RIA ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığını düşündürmektedir. Bu durum literatürdeki bilgilerle uyumludur. Kadınların RIA ile ilgili en az görülen yan etkiler hakkında bilgi sahibi olmasına karşın, etki mekanizması veya kontrol zamanları, koruyuculuğu vs gibi konularda bilgi sahibi olmaması RIA uygulamalarının seçimini kısıtlıyor olabilir. Sonuç olarak aile planlaması yöntemlerinin bilinirliğinin artırılması için toplum temelli eğitim çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Rahimiçi araç, bilgi, danışmanlık.

Summary

Objective: Beside the improvements in family planning methods and their accessibility, unwanted pregnancies are one of the important public health problems. Main causes of these problem are insufficient knowledge of people about family planning and misuse of methods. Many of the studies revealed that counseling services couldn't provide adequate information about appropriate choice of methods and selection of methods are done unconsciously.

Methods: This descriptive study was carried on 201 consecutive women attended to Pendik Family Planning Center during May-August 2012 for Intra Uterine Device (IUD) application. Before giving consultation about family planning, all members of the study were invited to complete our questionnaire face to face. Data were analyzed with SPSS 16.0 programme.

Results: The mean age of the women was 32.32±7.95 years. Most of the women were married for 10 year or more (66.2%). 46.3% of the women were using modern family planning methods (oral contraceptives, preservative, etc.) before IUD. The most frequent cause to give up the present method was reliability (n=141, 70.1%) of IUD. Moreover partner's desire was an important factor in condom users (p<0.05). In this study, it is showed that; women don't have sufficient knowledge about the application, follow up and controlling processes of IUD.

Conclusions: This study shows that women attending Family Planning Center do not have adequate knowledge about IUD. This result is in concordance with the previous studies in the literature. Although most of the women knew rare side effects of IUD, they didn't know mechanisms of action, effectivity and follow up procedures and this could be the reason of limited usage of IUD. In conclusion population based education programmes are needed for increasing the knowledge about family planning method.

Key words: Intrauterin device, knowledge, consultation.

*Bu çalışma 27-28 Nisan 2013 tarihinde 8. İstanbul Aile Hekimliği Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

¹ İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., İstanbul

² Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Uzm. Dr., Bursa

³ İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul

İstenmeyen gebelikler gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde halen halk sağlığı açısından önemini korumaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda üç milyondan fazla istemsiz gebeliğin meydana geldiği ve bunun toplam gebelikler içerisinde %49 gibi azımsanması mümkün olmayan bir oranda olduğu bildirilmektedir.^[1] Ülkemizde yılda 2 milyon dolayında gebelik gerçekleşmekte ve bu gebeliklerin 284 bin kadarı istemli düşükle sonuçlanmaktadır.^[2] İstemsiz gebelikler gebeliği önleyici hiç bir yöntem kullanılmaması veya yöntemin yanlış kullanımı, nadiren de yöntem başarısızlığı nedeniyle olmaktadır.

Dünyada 1909 yılında kullanıma sunulmuş olan Rahim İçi Araç (RİA), Türkiye'de modern aile planlaması yöntemleri içinde en sık kullanılanıdır.^[3] Uygulama kolaylığı bakımından genellikle menstrüasyon sırasında veya sonuna doğru yerleştirilmekte, ancak kadının gebe olmadığına kesin olarak gösterildiği her dönemde RİA uygulanabilmektedir. Son dönemlerde progesteron içeren RİA'lar yaygın olarak kullanıma girmiş olup içerdikleri progesteron nedeni ile kontraseptif etkilerinin yanında adet ağrısında azalma, menstrüasyon miktarında azalma ve süresinde kısalma etkileri de olmaktadır. RİA etkinliğini zigotun uterus duvarına implantasyonunu engelleyerek göstermekte ve 10 yıla kadar korunma sağlayabilmektedir. Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi yüksektir. Yöntemin başarısızlık oranları değişik çalışmalarda yaklaşık olarak %0.8 ile %3.2 arasında verilmektedir.^[4] En sık başarısızlık nedeni RİA'nın doğru yerleştirilememesi veya kaymasıdır.

Uzun dönemli ve etkin kullanımı yöntemin bilinçli seçilmesiyle ilişkilidir. Yöntem kullanımından önce verilecek danışmanlık hizmeti sonucunda hem gönüllü hem de bilinçli bir seçim gerçekleşebilecektir. Ülkemizde yapılan çalışmalar yöntem seçiminde danışmanlık hizmetlerinin yeterli olmadığını ve kişilerin bilinçli olarak yöntem seçimi yapmadıklarını göstermektedir.^[5,6]

Bu çalışmada RİA uygulanması amacıyla Aile Planlaması Merkezine başvuran hastaların tercih ettikleri bu yöntemle ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini İstanbul ili Pendik ilçesinde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) Merkezinden aile planlaması hizmeti alan kadınlar oluşturmuştur. Haziran 2012-Ağustos 2012 tarihleri arasında bu merkeze RİA uygulaması için başvuran tüm kadınların çalışmaya alınması amaçlanmıştır. Bahsi geçen dönem içerisinde merkeze 347 kadın RİA uygulaması için başvurmuş, bu başvurulardan çalışmaya katılmayı kabul eden 201 kadın çalışmaya alınmıştır (%57.9). RİA uygulaması dışında başka nedenlerle AÇS/AP Merkezine başvuran kadınlar çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışma öncesi kadınların sözlü onamları alınmış, araştırmacılarca hazırlanan anket, danışmanlık hizmeti ve RİA uygulaması

yapılmadan önce katılımcılara uygulanmıştır. Hazırlanan anket formu üç ana kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda kadınların sosyo-demografik özellikleri, ikinci kısımda kadınların doğum geçmişleri ve mevcut kullandıkları doğum kontrol yöntemleri, üçüncü ve son kısımda ise RİA'yı seçim nedenleri, RİA ile ilgili duyduklarını ve bilgilerini değerlendiren sorular yer almıştır.

Veriler SPSS 16.0 istatistik programı ile incelenmiş, yıl-gılım ölçütleri (ortalama ve ortanca) ve merkezi yaygınlık ölçütleri (standart sapma, dağılım aralığı) kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde parametrik olmayan veriler ki-kare ve parametrik değerler student t testi ile analiz edilmiş ve p değeri <0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamıza Pendik Aile Planlaması Merkezine Rahim İçi Araç (RİA) Uygulaması için başvuran 201 kadın alınmıştır. RİA uygulaması için başvuran 10 kadından 4'ü RİA'da kayma, 6' sısı kanama nedeniyle yöntemi yenileme için başvurmuşlardır. Çalışmaya alınan kadınların ortalama yaşı 32.32 ± 7.95 ; ortalama gebelik sayısı 2.80 ± 1.42 ve ortalama doğum sayısı 2.34 ± 0.97 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %30.3'ü (n=61) en az bir defa istenmeyen gebeliğe maruz kalmıştır. RİA uygulaması öncesi doğum kontrol yöntemleri açısından çalışmaya katılan kadınların 108'i (%53.7) korunmuyor veya geleneksel yöntemler kullanıyorken, 93'ü (%46.3) modern yöntemlerle korunmaktaydı. Modern yöntemlerden en sık kondom ve RİA kullanılmaktaydı. Katılımcılarda kondom kullanımını %82.7 (n=77) iken, RİA kullanan kişi oranı %6.5 (n=13) ve doğum kontrol hapı kullanan kişi oranı ise sadece %1.5'ti (n=3). Çalışmaya katılan kadınların özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir. Geleneksel yöntem kullanan kadınlarla modern yöntem kullanan kadınların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (31.63 ± 8.10 vs 33.12 ± 7.73). Yine ortalama gebelik sayıları, çocuk sayıları ve düşük sayıları açısından geleneksel yöntem kullanan kadınlarla, modern yöntem kullanan kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Geleneksel yöntem kullanan kadınların büyük çoğunluğu bu yöntemi güvenilir olmadığı için terk etmekteydi (%98.1; n=106). Öte yandan kondom kullanıcılarının %42.1'i (n=35) RİA'yı daha güvenilir bulduğu için, %13.3'ü (n=11) RİA'nın daha etkin bir yöntem olduğunu düşündüğü için seçmişti. Kondom kullanıcılarının 14'ü istenmeyen gebeliğe maruz kalmıştı. Bu 14 katılımcının 10'u kondomdan RİA'ya geçiş için güvenilirlik ve etkililiği neden olarak göstermişti. Mevcut yöntemin terk edilme nedenleri **Tablo 2**'de derlenmiştir.

RİA uygulaması öncesi kadınların RİA ile ilgili çevrelerinden duydukları incelendiğinde; en sık ifade edilen duyum %30.3 (n=61) "RİA ile de gebe kalılabileceği" iken, en az duyum %3 (n=6) ile "RİA'nın enfeksiyon yapabile-

Tablo 1. Çalışmaya katılanların demografik ve obstetrik verileri

		Tüm grup	RIA öncesi geleneksel yöntem kullananlar (n=108)	RIA öncesi modern yöntem kullananlar (n=93)	p değeri
Yaş (yıl)		32.3±7.9	31.6±8.1	33.1±7.3	>0.05
Eğitim (yıl)	≤8 yıl	%64.1 (n=129)	%71.2 (n=77)	%55.9 (n=52)	0.024
	8 yıl üstü	%35.8 (n=72)	%28.8 (n=31)	%44.1 (n=43)	
Evlilik süresi (yıl)	≤10 yıl	%31.8 (n=64)	%38.8 (n=42)	%30.1 (n=22)	>0.05
	10 yıl üstü	%68.1 (n=137)	%61.2 (n=66)	%69.9 (n=71)	
Gebelik sayısı		2.8±1.4	2.7±1.5	2.8±1.2	>0.05
Doğum sayısı		2.3±0.9	2.2±0.9	2.4±0.9	
Spontan düşük sayısı		0.26 ±0.6	0.2±0.5	0.2±0.6	>0.05
Küretaj sayısı		0.19 ±0.52	0.2±0.6	0.1±3.9	
Istenmeyen gebelik öyküsü		%30.3 (n=61)	%37.03 (n=40)	%22.58 (n=21)	0.026

ceği” idi. Kadınların RİA ile ilgili çevrelerinden duydukları **Tablo 3**’te derlenmiştir.

Çalışmada kadınların RİA ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla 3’ü RİA uygulaması, 2’si RİA takibi ve 3’ü RİA’nın komplikasyonları ile ilgili sorular yöneltildi. Her doğru soru için bir puan verilecek şekilde azami 8 ve asgari 0 puan üzerinden puantaj yapıldı. Bu sorular ve doğru yanıt verenlerin oranı **Tablo 4**’te derlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların ortalama puanı 3.45±1.33 olarak bulundu. Puanlar bakımından geleneksel yöntem kullananlarla modern yöntem kullananlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p=0.52). Yaş ile puan arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır (r= -0.15; p=0.03).

Tartışma

İstemsiz gebelikler gebeliği önleyici hiç bir yöntem kullanılmaması, yöntemin düzensiz ya da hatalı kullanımı ya da yöntem başarısızlığı nedeni ile meydana gelmektedir.^[2] Çalışmamızda geleneksel yöntem kullanan kadın oranı %53.7 olarak bulunmuştur. Bu yöntem başarısızlık ve yöntem kullanımındaki aksamalar nedeni ile olabilecekleri de eklediğimizde, başvuru sırasında kadınların yarısından fazlasının istemsiz gebelik açısından risk altında olduğu anlaşılmaktadır. RİA uygulamasına başvuran kadınların 61’inin (%30.34) istenmeyen gebelik öyküsü, 30’unun (%14.9) bir ve üstü küretaj öyküsü bulunmaktaydı. Küretaj olan kadınlardan büyük bir bölümü 30 yaş ve üstündeydi (n=26, %86.6). Bu durum etkin bir yöntem kullanılmaması nedeniyle istemsiz gebeliklerin artmasının bir sonucu olabilir.

RİA öncesi kullanılan yöntemler açısından modern yöntemleri kullananların sayısı yarıdan azdır. Kadınların çok büyük bir kısmı RİA’yı etkin bir doğum kontrol yöntemi olduğu için seçmektedir. Kondom kullanıcıları arasında da RİA’nın daha güvenilir ve etkin olduğuna inanarak kullandığı yöntemi terk eden kadınların oranı yüksektir.

Mevcut kullanılan yöntemi terk nedenleri arasında “eş isteği” azımsanmayacak orandadır (%16). Eş isteği ile

mevcut yöntemi terk edenlerin büyük çoğunluğu kondom kullanıcısıdır. Aile Planlaması yöntemlerinde karar verme sürecinde eş katkısı ile ilgili Avrupa’da yapılan bir çalışmada, eşin RİA kullanımını kararına etkisi olmadığı, ancak ortak karar verme oranının %17.9 olduğu saptanmıştır.^[7]

Kadınların RİA uygulamaları ile ilgili çevrelerinden duydukları daha çok RİA ile gebe kalılabileceği ve RİA’nın adet düzensizliği yapabileceği şeklindedir. RİA uygulaması sonrası sık olarak karşılaşılan enfeksiyon ve kasık ağrısına neden olma gibi yan etkiler daha düşük oranda ifade edilmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada RİA uygulaması için başvuran kadınların çevreden duydukları sorgulanmış ve olumlu veya olumsuz bir ifade duymayanların oranı %14 olarak belirlenmiştir.^[8] Katılımcıların RİA konusundaki duyularına ilişkin sonuçlarımız başka çalışmalarda bulunan değerlerden daha yüksektir.^[8,9]

Tablo 2. Mevcut yöntemin terk edilme nedenleri

Terk edilme nedeni	Geleneksel yöntem (n=108)	Kondom (n=77)	p değeri
Güvenilir olmaması	%98.1 (n=106)	%45.5 (n=35)	0.000
Eşinin istememesi	%1.8 (n=2)	%39.0 (n=30)	
RIA’nın daha etkin olması	0	%14.3 (n=11)	
Diğer	0	%1.2 (n=1)	

Tablo 3. Kadınların RİA ile ilgili duyuları

RİA hakkında çevreden duyulanlar	n	%
RİA ile gebe kalılabileceğini duydum	61	30.3
RİA’nın adet düzensizliği yapabileceğini duydum	59	29.4
RİA’nın kasık ağrısı yapabileceğini duydum	49	24.4
RİA’nın karın içine kaçabileceğini duydum	19	9.5
Hiçbir şey duymadım	7	3.5
RİA’nın enfeksiyon yapabileceğini duydum	6	3

Tablo 4. Kadınların RİA ile ilgili bilgi düzeyleri

Sorgulanan bilgi		Doğru yanıtlayanlar	
		n	%
Uygulama	RIA takılması için en uygun zaman nedir?	162	80.6
	RIA gebeliği nasıl engellemektedir?	19	9.5
	RIA ile ne kadar süre korunulabilir?	165	82.1
Takip	RIA nasıl kontrol edilmelidir?	160	79.6
	RIA ne zaman kontrol edilmelidir?	106	52.7
Yan etki komplikasyon	RIA kimlere uygulanamaz?	129	64.2
	RIA karın içine kaçabilir mi?	104	51.7
	RIA ile gebe kalma ihtimali var mıdır?	22	10.9

Elazığ'da RİA kullananlarda yapılan bir çalışmada benzer şekilde en yoğun RİA kullanma yaş aralığı 20-29 olarak belirtilmiştir (%49.6).^[10] TNSA 2008'e göre modern aile planlaması yöntemlerinden en çok bilinen yöntem olan RİA'nın (%98) en yoğun kullanımı 30-39 yaş aralığında gerçekleşmektedir (%41.8). 20 yaş altı RİA kullanımı oranı aynı çalışmada %3.8 ve 40 yaş üstü RİA kullanımı ise %31.2 olarak bildirilmektedir.^[3] Bizim çalışmamızdaki 20-30 yaş arası yığılmanın bölgemizdeki kadın nüfusun daha genç olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Kadınların RİA uygulamaları, takibi ve yan etkileri hakkındaki mevcut bilgileri incelendiğinde; kadınların RİA'nın etki mekanizması hakkında yanlış bilgilere sahip olduğu görülmektedir. Öte yandan azımsanmayacak oranda bir grubun RİA takip zamanları ile RİA'nın nadir yan etkileri hakkında fikri olmadığı, yan etki ve komplikasyon grubunda yine önemli bir grup saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada RİA uygulaması için başvuran kadınların RİA ile ilgili bilgi düzeyleri 10 soru üzerinden değerlendirilmiş ve 5 ve üstü doğru yanıt veren kadın oranı %17 olarak bildirilmiştir.^[8] Bir başka çalışmada ise RİA'nın etki mekanizması hakkında herhangi bir fikri olmayan kadın oranı %32.7 olarak verilmiştir.^[11]

Yapılan çalışmada elde edilen bulgular RİA uygulaması için Aile Planlaması Merkezine başvuran kadınların RİA ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığını düşündürmektedir. Kadınlar, RİA ile ilgili en az görülen yan etki ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi iken, uygulama sonrası daha sık görülen yan etki ve komplikasyonlarla ilgili bilgi sahibi değildiler. Bu durumun çevre veya basın yolu ile edi-

nilen bilgiler nedeniyle oluştuğunu düşünmekteyiz. Bu konuda ankette bir sorgulama yapılmamış olması makalemizin zayıf yanıdır. Ciddi fakat nadir görülen bu yan etki/komplikasyonlar kadınların RİA'ya olan ilgisini azaltıyor olabilir. Bu nedenle toplum temelli aile planlaması eğitimlerinin verilmesinin faydalı olacağını düşünüyoruz.

Makalenin bir kontrol grubunun bulunması, çalışmanın sonuçlarının RİA kullanmayanlar ile karşılaştırılması açısından önemlidir. Ancak böyle bir karşılaştırma ile kadınları RİA'ya yönlendiren nedenleri bulmak ve tartışmak mümkün olabilirdi. Kontrol grubunun bulunmaması çalışmanın tanımlayıcı nitelikten öteye gitmesinin önündeki en önemli engeldir.

Kaynaklar

1. Gichangi PB, Karanja JG, Kigundu CS, Fonck K, Temmerman M. Knowledge, attitudes and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya. *Contraception* 1999;59:253-6.
2. Tekiner SA, Çetin F, Ceyhan AG, Kafkaslı A. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. *Dirim* 2010;85:65-71.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008.Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2009.
4. Koyucuer A. Kontrasepsiyon ve Türkiye'de durum. *STED* 2004;13:455-8.
5. Babadağlı BD, Şahin S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde doğurganlık dönemi kadınların aile planlaması ve danışmanlığı konusunda bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006;1:51-63.
6. Büyükbayrak EE, Kars B, Karşıdağ AYK, ve ark. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili tutumların etkin aile planlaması danışmanlık hizmeti öncesi ve sonrasında karşılaştırılması. *TJOD Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2010;7:228-34.
7. Irala de J, Osorio A, Carlos S, Burgo LC. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. *Contraception* 2011;84:558-64.
8. Bayram F, Ogur P, Cevrioğlu AS, Özyürek P. Aile planlaması merkezine başvuran kadınların rahim içi araç hakkındaki bilgi seviyelerinin değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2002;2:143-50.
9. Gutin AS, Mlobeli R, Moss M, Buga G, Morroni C. Survey of knowledge, attitudes and practices surrounding the intrauterine device in South Africa. *Contraception* 2011;83:145-50.
10. Yücel O, Yücel N, Kaya H. Elazığ yöresinde doğurgan çağdaki evli kadınların AP uygulamalarına ilişkin bir çalışma. *Kadın Doğum Dergisi* 1995;11:91-4.
11. Burgo LC, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, Irala de J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. *Contraception* 2012;85:69-77.

Geliş tarihi: 11.07.2013

Kabul tarihi: 03.12.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 10.01.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yrd. Doç. Dr. Can Öner

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

e-posta: trcanoner@yahoo.com

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi

Evaluation of polypharmacy and complementary therapy use in patients ≥ 65 years, attending to Family Medicine Outpatient Clinic of Şişli Etfal Training and Research Hospital

Çiğdem Taşkın Şayir¹, Sinem Aslan Karaoğlu², Dilek Evcik Toprak³

Özet

Amaç: Kronik hastalıkların prevalansının artması nedeniyle yaşlı bireyler günümüzde daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır. Çalışmamızın amacı polikliniğimize başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanım sıklığı ve bunların sosyodemografik özelliklerle ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı özellikteki bu çalışmaya, Eylül-Ekim 2012 tarihlerinde Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Sosyodemografik özellikleri, ilaç ve tamamlayıcı tedavi kullanım durumlarını sorgulayan bir anket formu yüz yüze uygulandı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan toplam 100 kişinin 73'ü (%73) kadın, 27'si (%27) erkek olup yaş ortalaması 73.4 ± 6.8 ve çoğu (%43) ilkökul mezunu idi. Kronik hastalıklardan en fazla hipertansiyon (%80), hiperlipidemi (%47), diyabet (%46), mide-barsak hastalığı (%41) mevcuttu. Yaşlıların %91'i en az bir aydır üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanmaktaydı. Yüzde 88'i ilaçlarını kendisi içiyor, %12'si yardım alıyordu. Yüzde 39'unun, kullandığı ilaçların yan etkisini hiç bilmediği görüldü. Katılımcıların %24'ü bazen ilaç almayı unuttukları, %62.5'i ilaçlarını evde görebileceği bir yere koyuyordu. Doktor önerisi olmadan ilaç kullananlar (%33) arasında en fazla ağrı kesici içildiği (%60.6) belirlendi. Yüzde 59'u bitkisel ürünler ve karışımlar kullanıyordu ve %66,1 ile ihlamur ilk tercihti. Katılımcıların %43'ü ek vitamin veya mineral takviyesi alıyordu. Bunların %32.6'sı (n=14) multi-vitamin, %30'u (n=13) kalsiyum ve D vitamini, %18.6'sı (n=8) B12 vitamini kullanmaktaydı. Öğrenim düzeyi arttıkça vitamin ve mineral takviyesi kullanımının arttığı belirlendi (p=0.003).

Sonuç: Çalışmamıza katılan yaşlılarda polifarmasi oldukça yaygın olduğu belirlendi. Bitkisel ürünler, vitamin ve mineral desteği kullanımı özellikle eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha fazlaydı. Destekleyici tedaviler ilaç karmaşasını artırmaktadır. Altmış beş yaş üzeri bireylerin ve yakınlarının polifarmasi konusunda doğru bilgilendirilip yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, polifarmasi, tamamlayıcı tedavi.

Summary

Objective: Today, as the prevalence of chronic diseases increase, the elderly people use more drugs. The aim of our study is to evaluate the frequency of polypharmacy and complementary therapy and their relation with sociodemographic features in 65 and over age group attending to our polyclinics.

Methods: Patients ≥ 65 years, applied to Family Medicine Outpatient Clinic of Şişli Etfal Training and Research Hospital between September-October 2012 included in this descriptive, study. To evaluate the sociodemographic features, medication and complementary therapy use, a questionnaire was applied by face to face method.

Results: A total of 100 people participated in the study; 73 (73%) were female and 27 (27%) were male and the mean age was 73.42 ± 6.81 ; and the most of them (43%) were primary school graduates. As chronic diseases hypertension (80%), hyperlipidemia (47%), diabetes (46%) and gastrointestinal diseases (41%) were common in patients. 91% of the elderly were using 3 and more drugs at least for 3 months. 88% of them were taking their medicines themselves and 12% with aid. 39% of them did not know the side effects of their drugs. While 24% of the participants were sometimes forgetting to take their drugs, 62.5% of them were putting the drugs on a visible place at home. Analgesics were the most used (60.6%) drugs among the patients who use medication without a doctor recommendation (33%). 59% of them were using herbal products and lime was the first choice (66.1%). 43% of the participants were taking vitamin or mineral supplements. 32.6% (n=14) of them were using multi-vitamin, 30% (n=13) calcium and vitamin D, 18.6% (n=8) were using vitamin B12. Vitamin and mineral supplement use increased as the education level was increased (p=0.003).

Conclusions: It was determined that polypharmacy was very common among elderly who were included in our study. Herbal products, vitamin and mineral supplement use were common especially in high educated patients. These complementary therapies make the drug use more complex. The informed guidance of the individuals ≥ 65 years and their relatives on polypharmacy would be appropriate.

Key words: Elderly, polypharmacy, complementary therapy.

¹) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul
²) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asistan Dr., İstanbul
³) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., İstanbul

Bir hastalık olarak kabul edilmemesine rağmen yaşlılık, 65 yaş ve üstündeki bireylerin organizma verimliliğinde düşüş ve çevreye uyum sağlama yeteneğinde göreceli bir azalma sürecidir. İlerleyen yaşla birlikte hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelir; 65 yaş üstündeki bireylerin %90'ında en az bir kronik hastalığın olduğu bilinmektedir.^[1]

Çeşitli biçimlerde tanımlanmakla birlikte polifarmasi; eş zamanlı çoklu ilaç kullanımı olarak tanımlanırken bazı araştırmalarda minör (iki ilaç) ve majör (dörtten fazla ilaç) polifarmasi olarak ayırım yapılmıştır. Diğer yandan; klinik olarak gerekli olan dozdan fazla ilaç kullanılması, aynı hastalık için iki veya daha fazla ilaç kullanımı ve aynı kimyasal sınıftan iki veya daha fazla ilaç kullanımı durumunda da polifarmasiden (çoklu ilaç kullanımı) söz edilir.^[2]

Yaşla birlikte mevcut kronik hastalık sayısının, reçete edilen ilaçların yanı sıra reçetesiz ilaç kullanımının ve alternatif tedavilerin yaygınlığının artması, yaşlılarda birden fazla ilaç kullanımı ve ilaç etkileşimlerinin görülmesinin en önemli nedenleridir.^[3]

Kronik hastalık tedavisi, fonksiyonel kapasitenin korunması, özellikle eklem-kemik kaynaklı ağrıların kontrolü ve bakım evleri dışında barınabilmenin sağlanması gibi çeşitli nedenlerle, yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı genç nüfusa oranla daha yüksektir; bu da polifarmasi riskini artırmaktadır.^[1-5] Polifarmasinin artışı; morbiditenin artışı yanında hastanın farklı hekimlere giderek çok sayıda reçete alması, hekimlerin fazla sayıda ilaç yazma ve eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimlerinin olması, hastaların fazla ilaç beklentilerinin olması, yaşlılarda tanıdan çok semptomaya yönelik ilaç kullanılması, hastanın veya hekimin tercihiyle kullanılan ilaçların değerlendirme yapılmaksızın tekrar yazılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması ve hekimin bundan haberdar olmaması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğiliminin olması gibi birçok faktör etkili görünmektedir.^[1]

“Geriatrik-palyatif” yaklaşımını benimseyen bazı araştırmacılar, ileri yaştaki çoklu sağlık sorunları ile baş etmeye çalışan hastalarda, ilk tedavi ilkesinin ilaç kullanımının en aza indirgenmesi olması gerekliliğini vurgulamaktadırlar. Özellikle tedavi başarı oranı düşük, çok sayıda hastalığı olan ileri yaş grubunda, genel olarak benimsenen “düşük dozla başla ve yavaş artır (*start low, go slow*)” ilkesini, “çoğu ilacı kes ve kullanılacakların dozunu azalt (*stop most, reduce dose*)” olarak değiştirmektedirler.^[4]

Yaşlıda potansiyel uygunsuz ilaçlar için kullanılmakta olan bir rehber Beers kriterleri'dir. Beers kriterleri ilk olarak 1991 yılında yayınlanmış sonrasında 1997, 2003 yıllarında yenilenmiştir. Liste her koşulda sakınılması gereken ve spesifik durumda sakınılması gereken ilaçları içermektedir.^[6-8] Yapılan bir çalışmada acile ilaç etkile-

şimleri nedeniyle başvuran yaşlı hastaların sadece %3.6'sının kullandığı ilaçların Beers kriterlerinde yer aldığı tespit edilmiş.^[9] Bu da Beers kriterlerinin yeterli olmadığını göstermiş ve STOPP (*Screening Tool of Older Person Prescription*) adı verilen yeni bir kılavuz geliştirilmesini sağlamıştır. STOPP uygunsuz ilaç kullanımını azaltmak için kullanılmaktadır. Yakın zamanda STOPP kılavuzunun yaşlı hastalarda ilaçların istenmeyen yan etkilerinden ve yatışı gerektirecek ciddi yan etkilerinden kaçınmada Beer's kriterlerine üstün olduğu gösterilmiştir.^[10-12] START (*Screening Tool to Alert Doctors to Right i.e. Appropriate Treatment*) ise uygunsuz ilaç kullanımını azaltmak için planlanan diğer bir kılavuzdur. 65 yaşın üzerinde ilaç gruplarının hangi durumlarda kullanılacağına dair hekimi yönlendirir. En sık uygunsuz reçete örneklerine göre hazırlanmıştır.^[10-13]

Çağdaş tedavi ve ilaç kavramı içerisinde bir ilaçtan beklenen etkinlik, güvenilirlik, etki şekli, miktar ve istenilen fizyolojik cevabın alınması ilaçtan beklenen önemli özellikler olarak ön plana çıkarken, tüm dünyada “bitkisel ilaçlar” giderek artan bir popülerite kazanmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımları bireylerin kendi sağlık yönetimi davranışları, kronik sağlık durumları, hastalığı tedavi etmelerindeki kişisel (eğitim, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, ailesel destek, sosyal destek ağı) ve davranışsal (etnik/ırk, sosyoekonomik durum, inanç ve değerler) faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir.^[3]

Çalışmamızın amacı polikliniğimize başvuran 65 yaş üzeri hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanım özelliklerini belirlemek ve bunların yaşlılardaki sosyodemografik özelliklerle bağlantısını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Nişantaşı Aile Hekimliği Semt Polikliniği'ne başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanım durumlarını belirlemek amacı ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma, Eylül-Ekim 2012 tarihlerinde yapılmıştır.

Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri, anketi cevaplamayı kabul eden toplam 109 hastaya ulaşılmış, ancak anket formunda bilgileri eksik kalan dokuz kişi çalışmaya alınmamıştır. Hazırlanan 29 soruluk anket formu katılımcıların sözlü onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Ankete cevap vermek istemeyen bireyler, 65 yaş altı olanlar, iletişim problemi olanlar ve soruları cevaplandıramayacak düzeyde psikiyatrik problemi olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Anket formunda sosyodemografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, kiminle yaşadığı, sosyal güvencesi ve düzenli aylık geliri olup olmadığı,

ği), kronik hastalık durumuna, bu hastalıklarla ilgili ilaç kullanımına, bitkisel tedavi ve destek tedavi kullanma durumlarına ait sorulara yer verilmiştir.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*) 19.0 versiyonu kullanılarak istatistiksel olarak analiz edildi ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların 73'ü (%73) kadın, 27'si (%27) erkekti. Yaş ortalaması 73.4 ± 6.8 yıl olan çalışma grubumuzdaki yaşlıların 58'si 65-74 yaş grubunda, 34'ü 75-84 yaş grubunda ve sekizi ise 85 yaş ve üzerinde idi. Katılımcıların %46'sı (46 kişi) evli ve eşi ile birlikte, eşi ölen 48 yaşının (%48) 15'i (%31) yalnız yaşamaktaydı. Çalışma grubumuzun sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

En az bir aydır kullandığı ilaç sayısı ele alındığında, katılımcıların 69'u (%69) dört veya daha fazla ilaç kullanmaktaydı. Polifarmasi cinsiyete göre değerlendirildiğinde, çalışmamızda kadınlarda dört veya daha fazla ilaç kullanımını %64.4 (s=47) iken erkeklerde %81.5 (s=22) olarak bulundu ($p > 0.05$). Okuryazar olmayanlarda dört ve üzeri ilaç kullanımını %57.1 (s=12), ilkokul mezunu olanlarda %66.7 (s=20), ortaokul mezunu olanlarda %92.3 (s=11), lise mezunu olanlarda %80 (s=20) ve üniversite mezunu olanlarda %45.5 (s=5) olarak bulundu ($p = 0.061$). Yalnız yaşayanlarda dört ve üzeri ilaç kullanımını %71 (s=22), eşi ve/veya çocukları veya bakıcı ile yaşayanlarda %68.1 (s=47) olduğu saptandı ($p > 0.05$). Polifarmasi yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 65-74 yaş arası dört ve üzeri ilaç kullanımını %60.3 (s=35), 75-84 arası %85.3 (s=29), 85 ve üstü %62.5 (s=5) olarak bulundu. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2 = 6.40$; $p = 0.041$). Bu anlamlılık 75-84 yaş grubundakilerle diğer yaşlılar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı.

Katılımcıların 48'i (%48) ilaçlarını sabah ve akşam, 28'i (%28) sabah-öğle-akşam kullanmakta, 88'i (%88) ilaçlarını yardımsız kendisi almaktaydı. Yüzde 93'ünün ise sürekli ilaç kullanım raporu vardı. Katılımcıların ilaç kullanım özelliklerine ilişkin bilgiler **Tablo 2**'te verilmiştir.

85 ve üzeri yaş grubundaki sekiz yaşının hiç ilaç dışı tedavi kullanmadığı, 65-74 ve 75-84 yaş gruplarında ise sırasıyla 37 (%63.8) ve 22 (%64.7) yaşının ilaç dışı tedavi kullandığı belirlendi. İlaç dışı tedavi alma bakımından yaş grupları arasında gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2 = 12.52$; $p = 0.002$). Bu anlamlılık hiç ilaç dışı tedavi

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı (Yüzde)
Cinsiyet	
Kadın	73 (%73)
Erkek	27 (%27)
Medeni durum	
Evli	46 (%46)
Bekar	4 (%4)
Boşanmış	2 (%2)
Eşi ölmüş	48 (%48)
Eğitim durumu	
Okuryazar değil	21 (%21)
İlkokul	30 (%30)
Ortaokul	13 (%13)
Lise	25 (%25)
Üniversite	11 (%11)
Meslek	
Ev hanımı	51 (%51)
Emekli	46 (%46)
Serbest meslek	3 (%3)
Aylık gelir	
Var	87 (%87)
Yok	13 (%13)
Kiminle yaşıyor	
Yalnız	31 (%31)
Bakıcı ile	1 (%1)
Eşi ile	35 (%35)
Çocukları ile	23 (%23)
Eşi ve çocukları ile	10 (%10)

Tablo 2. Katılımcıların kullandıkları ilaçlar, kullanma süreleri ve miktarları ile ilgili özellikler

İlaç kullanımı ile ilgili özellikler	Sayı	%
Günde kaç çeşit ilaç kullandığı		
1	3	3
2	11	11
3	17	17
4 ve üzeri	69	69
Günde kaç tablet ilaç kullandığı		
1-3	24	24
4-6	41	41
7-9	20	20
10 ve üzeri	15	15
Dozu		
Sabah	19	19
Sabah-öğle	5	5
Sabah-akşam	48	48
Sabah- öğle- akşam	28	28
İlaç raporu var mı?		
Evet	93	93
Hayır	7	7

almayan 85 yaş ve üzerindeki grupla diğer yaşlılar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı. Kişilerin medeni durumları ile ilaç dışı tedavi kullanımı ve polifarmasi arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$).

Çalışma grubumuzda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%80), hiperlipidemi (%47) ve diyabet (%46) idi. Katılımcıların kronik hastalıkları ve bu hastalıklarla ilgili ilaç kullanma oranları **Tablo 3**'de verilmiştir.

Katılımcıların tümünün ilaçlarının etkisi hakkında bilgisi varken, %39'unun kullandığı ilaçların yan etkisini hiç bilmediği tespit edildi. "Hiç ilaçlarımızı almayı unuttuğunuz oldu mu" sorusuna katılımcıların %24'ü evet yanıtını verdi. İlaçlarını içmeyi unutmamak için katılımcıların %61'i ilaçlarını evde görebileceği bir yere koymaktaydı. Katılımcıların ilaçlarla ilgili bilgileri ve ilaç kullanma davranışları **Tablo 4**'te verilmiştir.

Katılımcıların %33'ü hekim önerisi dışında ilaç kullanmaktaydı. Hekim önerisi olmadan en sık kullanılan ilaçlar ağrı kesiciler (%60.6), nezle/grip ilaçları (%15.2), laksatifler (%12.1) ve vitamin/mineral tabletleriydi.

Katılımcıların %59'u bitkisel ürünler ve karışımlar kullanmaktaydı. En sık kullanılan ürün ve karışımlar ıhlamur ($s=40$; %67.7), yeşil çay ($s=22$; %37.2) ve nane-limon ($s=15$; %25.4) idi. Bitkisel ürün ve karışımları katılımcıların 28'i (%47.4) hastalıklardan korunmak ve dokuzu (%15.2) kabızlık için kullanıyordu. Bitkisel ürünlerin en fazla (%42.4) arkadaş önerisi ile kullanıldığı belirlendi.

Katılımcıların %43'ü vitamin veya mineral takviyesi alıyordu. En sık alınan takviyeler multivitamin (%32.6), kalsiyum ve D vitamini (%30.0) ve B12 vitamini (%18.6) idi. Katılımcıların %33'ü vitamin ve mineral takviyesini hekim önerisi ile alırken, %10'u arkadaş, eczacı ve medyadan öğrendikleri bilgiler ile kullanmaktaydı. Kullananların %51.2'si vitamin ve mineral takviyesini kendi parası ile alıyordu. Eğitim düzeyi ile vitamin ve mineral takviyesi kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($\chi^2=16.32$; $p=0.003$); eğitim düzeyi arttıkça bu gibi ürünlerin kullanımı artmaktaydı. Katılımcıların bitkisel ürün ve vitamin takviyesi kullanma durumları ile ilgili özellikler **Tablo 5**'te verilmiştir.

Tartışma

Yaşlı birey, birçok sağlık sorunu nedeniyle giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır.^[14] İtalya'da yapılan bir çalışmada 75 yaş ve üstü İtalyanlar'ın hemen tümünün (erkeklerin %91'i ve kadınların %95'i) en az bir adet, üçte birinin ise beş veya daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır.^[15]

Ülkemizde huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada kadınların %94.4'ünün, er-

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalıkları ve bu hastalıklarla ilgili ilaç kullanma oranları

Kronik hastalık	Görülme sıklığı (%)*	İlaç kullanan (%)*
Hipertansiyon	80	79
Hiperlipidemi	47	41
Diyabet	46	44
Mide-barsak	41	40
Osteoporoz	36	26
Kalp hastalığı	34	31
Tiroid	21	16
Depresyon	15	12
Demans	8	6
Anemi	4	3

* Oranlar tüm katılımcı sayısına göre verilmiştir.

keklerin %80.4'ünün en az bir ilaç aldığı tespit edilmiştir. Beş ve daha fazla ilaç kullanma oranı kadınlarda %42.6 ve erkeklerde %22.8 olarak bulunmuştur.^[16] Dedeli ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada yaşlıların %51.5'inin hastalıkları ile ilgili üç veya daha fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir.^[3]

Çalışma sonuçlarımıza göre katılımcıların %91'i en az bir aydır üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır. Diğer tarafından yapılan bir çalışmada, ortalama ilaç kullanımı 2.18; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dahiliye Polikliniği'nde takip edilen hastalarda 3.7 bulunmuştur.^[17] İstanbul'da yaşlı bakım kurumunda yapılan bir çalışmada ise, kullanılan ortalama ilaç sayısının 3.1 olduğu gözlenmiştir.^[5] Özbek ve arkadaşlarının yaptıkları

Tablo 4. Katılımcıların ilaç kullanım davranışları ile ilgili özellikler

İlaç kullanım davranışı	Sayı	%
İlaçların yan etkisine yönelik bilgisi var mı?		
Evet	61	61
Hayır	39	39
İlaçlarını kim içiyor?		
Kendisi	88	88
Eşi ve çocukları	9	9
Yanıdakiler	3	3
İlaçlarını her gün düzenli kullanıyor mu?		
Evet	94	94
Hayır	6	6
İlaç kullanmayı unutup mu?		
Evet	24	24
Hayır	76	76
İlacınızı unutmamak için nasıl önlem alırsınız?		
Takip ettirme	12	12
Görebileceği yere koyma	61	61
Yanında taşıma	8	8
İlaç kutusu	15	15
Çizelge tutma	3	3

bir çalışmada yaşlıların %16.1'inin herhangi bir ilaç kullanmadığı ve %83.9'unun bir veya birden fazla ilaç kullandığı; katılımcıların %8.9'unun bir, %3.6'sının iki, %7.1'inin üç, %8.9'unun dört, %55.4'ünün beş ve üzerinde ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Bulgularımız literatür ile karşılaştırıldığında çalışmamızda üç veya daha fazla ilaç kullanma oranı benzer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur.^[18-21]

Polifarmasi cinsiyete göre değerlendirildiğinde çalışmamızda erkeklerde (%81.5) 4 ve üzeri ilaç kullanımı kadınlardan daha fazla (%64.4) olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Kadınlarda ortalama yaşam süresi erkeklere göre daha uzun olup beraberinde kronik hastalıklar ve sağlık şikayetleri de daha fazla görülmesi nedenleriyle yaşlı kadınlarda çoklu ilaç kullanımının erkeklerden daha yüksek olması beklenebilir.^[22] Solmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çalışmamızda olduğu gibi erkeklerde çoklu ilaç kullanma oranı kadınlardan fazla bulunmuş olmakla birlikte,^[23] ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda kadınlarda çoklu ilaç kullanımı erkeklerden fazladır.^[5,16,24] Erkekler lehine olan fazla ilaç kullanımının çalışma grubumuzdaki yaşlı erkeklerde kardiyovasküler hastalıkların fazlalığı ile ilgili olduğunu ancak büyük gruplarla yapılacak çalışmaların daha doğru oranlar vereceğini düşünüyoruz.

Yalnız yaşayan yaşlılarda depresyon ve uyku bozukluklarının görülme olasılığı yüksektir. Yaşlılık, kronik hastalıklar, mobilite azlığının getirdiği sosyal izolasyon ve depresyon nedeniyle yalnız yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi düşer, çoklu ilaç kullanımı da daha fazla görülür.^[25] Solmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yalnız yaşayanlarda ilaç kullanma oranı, eşi ve/veya çocukları veya bakıcı ile yaşayanlardan daha fazla bulunmuştur.^[23] Bizim çalışmamızda ise yalnız yaşayanlarla eşi ve/veya çocukları veya bakıcı ile yaşayanlarda, dört ve daha fazla ilaç kullanma oranları birbirine yakın bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlılarda en sık saptanan hastalıklar hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet ve kalp hastalığıdır. Bu sonuçlarımız literatürde yer alan birçok araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur.^[5,14,25-28]

Çalışmamızda en yaygın kullanılan ilaç türü, literatürde yer alan bazı çalışmalarda olduğu gibi antihipertansifler (%79) olarak saptanmıştır.^[16,18-21,29,30] Antihipertansif ilaçları diyabet, hiperlipidemi ve kalp ilaçları izlemektedir. Bu sıklık sırası da bazı literatür bulgularıyla uyumludur.^[25]

Eğitim düzeyi arttıkça bireyin sağlık konusunda bilinçlilik durumunun ve beklentilerinin artması, internet ve diğer iletişim araçlarından daha fazla yararlanması nedeniyle vitamin ve mineral talebi artmaktadır. Çoşkun ve arkadaşlarının vitamin kullanım alışkanlıkları ve bu alışkanlıkları etkileyen faktörler üzerine yaptıkları bir araş-

tırmada, sosyo-kültürel seviyenin yüksek olduğu kesimlerde vitamin kullanım oranının ve konu ile ilgili bilinç düzeyinin de daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.^[32] Vitamin ve mineraller gereksiz ve fazla miktarda kullanıma en yatkın ilaçlar olup son yıllarda kullanımı hızla artmaktadır. Vitamin kullanımını ile ilgili tespit edilmiş en önemli problem ise vitaminler hakkında yeterli bilgi sahibi olamama ve bununla birlikte beslenme bilincinin de yeterli düzeyde olmaması olarak ortaya çıkmaktadır. Sadece sağlıklı beslenme ile çoğu zaman dışarıdan bu tür

Tablo 5. Katılımcıların bitkisel ürün ve vitamin desteği kullanma durumları ile ilgili özellikler

	Sayı	%
İlaç dışı tedavi kullanımı	59	59
Kullanılan bitkisel ürünler, s=59		
İhlamur	40	67.7
Adaçayı	11	18.6
Nane-limon	15	25.4
Yeşil çay	22	37.2
Rezene	5	8.4
Maydanoz	1	1.6
Kuşburnu	5	8.4
Zeytin yaprağı çayı	3	5
Papatya	3	5
Sarımsak	3	5
Ceviz	6	10.1
Tarçın	4	6.7
Keten tohumu	1	1.6
Isırgan	2	3.3
Sinameki	5	8.4
Melisa	5	8.4
Kimin önerisiyle kullanıyor? s=59		
Doktor	2	3.3
Arkadaş	25	42.3
TV-gazete-internet	16	27.1
Geleneksel	16	27.1
Kaç yıldır kullanıyor? s=59		
1-5	16	27.1
6-10	14	23.7
11 yıl ve üzeri	30	50.8
Her gün düzenli kullananlar	16	27.1
Bitkisel tedaviyi kullanma nedeni, s=59		
Hastalıklardan korunmak	28	47.4
Diüretik etki	2	3.3
Kabızlık için	6	10.1
Gripten korunma	9	15.2
Kan şekerini düşürmesi	6	10.1
Uykusuzluğun giderilmesi	2	3.3
Moda olduğu için	3	5
Çay yerine	4	6.7
Vitamin-mineral takviyesi kullananlar	43	43
Hangi vitaminler, s=43		
Kalsiyum-D vitamini	13	30.2
Multivitamin	14	32.5
B12	8	18.6
Balıkyağı	7	16.2
Magnezyum	1	2.3

ilaçların alınmasına gerek bile kalmazken dengeli ve yeterli beslenilemediği dönemlerde ve yaşamın belirli dönemlerinde (gebelik, yaşlılık, büyüme çağı gibi) günlük yaşam kalitesinin artırılması amacıyla vitamin desteğine ihtiyaç duyulabilir. Kişilerin vitamin kullanımı ile ilgili tercihlerinde konusunda uzman (doktor, beslenme uzmanı, eczacı, gıda mühendisi vs.) kişilerden bilgi alarak hareket etmeleri önem taşımaktadır.

İlaçların bitkisel ürünler ile etkileşmesi, beklenen (besinlere göre daha yoğun aktif madde içermeleri nedeniyle) ve bu nedenle çekinilen bir durum oluşturmasına karşın en az çalışılan konulardandır. Raf üstü satılan veya Türkiye’de olduğu gibi aktarlardan temin edilebilen bitki kökenli ürünlerin ayrıntılı olarak klinik çalışmaları yapılmamıştır. Bu ürünlerin kullanılması durumunda hangi aktif maddelerin, hangi oranda sistemik dolaşıma geçtiği bilinmediği gibi farklı firma ve kişilerce hazırlanan ürün içeriklerinin de aynı olup olmadığı kesin olarak bilinmemektedir. Bu nedenlerle ilaç-bitkisel ürün etkileşiminin tanımlanması güçtür. Ancak ilaçlarla birlikte yaygın biçimde kullanılan Gingko alkaloidleri ve St. John’s wort (Sarı Kantaron) gibi bazı bitkisel ürünlerin ortaya çıkardığı istenmeyen etkilerden yola çıkarak elde edilen bilgiler ışığında, etkileşim potansiyelinin azımsanmayacak kadar yüksek olduğu saptanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri ışığında, yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının da azımsanmayacak ölçüde olduğu düşünülürse, bitkisel ürünlerden kaçınılması daha doğru bir yaklaşım olacaktır.^[31]

Polifarmasinin sık görüldüğü çalışma grubumuzun çoğu bitkisel ürünler kullanmaktaydı. Bu durum yaşlı nüfusun ilaç-bitkisel ürün etkileşimi açısından önemli bir risk altında olduğunu göstermektedir.

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler yetişkinler tarafından geniş ölçüde kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde yetişkinlerle yapılan çalışmada, son bir yıl süresince tamamlayıcı tedavilerden en az birini kullanmış olan bireylerin oranı 1990 yılında %33.8 iken, bu oranın 1997 yılında %42.1’e yükseldiği saptanmıştır.^[32] Yapılan bir sistematik derlemede, yetişkinlerde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanım prevalansının %9-65 arasında değiştiği ve kullanım oranının yıllara göre giderek arttığı saptanmıştır.^[33]

Yurt dışında yürütülen bir çalışmada diyabetli yaşlıların multivitamin ve mineral tabletlerini sık olarak kullandıkları bildirilmiştir.^[34] Dedeli ve arkadaşlarının ülkemizde yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %28.1’inin hekim önerisi olmadan vitamin ve mineral tabletler kullandığı tespit edilmiştir. Çalışma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak çalışmamızda polikliniğimize başvuran yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun üç ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca bitkisel ürünler, vi-

tamin ve mineral desteği kullanımı, özellikle eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha fazladır. Yaşlı bireylerde, hekim önerisi ile olan ve/veya olmayan ilaçlar ile birlikte kullanılan bitkisel karışımların yararları ve zararları hakkında daha kapsamlı araştırmalar yapılarak tüm sağlık çalışanları ve yaşlı bireyler bilgilendirilmelidir. Ayrıca STOPP ve START kriterlerinin de ilaç reçetelenmesi ve tedavi verilmesi sırasında göz önüne alınması yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. Ülker Göksel S. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı, birinci basamağa öneriler. Akademik Geriatri Derneği Kongre kitapçığı 26 - 30 Mayıs 2010, Kaya Artemis Otel, Gazimağusa, KKTC. s. 110-21.
2. Viktil KK, Blix SS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *BJC Pharmacology* 2007;63:187-95.
3. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD* 2011;1:23-32.
4. Gökçe-Kutsal Y. Birinci basamak için Temel Geriatri Sempozyum Kitabı 2012;7-15.
5. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi* 2000;3:56-60.
6. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med* 1991;151:1825-32.
7. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003;163:2716-24.
8. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997;157:1531-6.
9. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* 2007;147:755-65.
10. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O’Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person’s Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
11. Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O’Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med* 2011; 171:1013-9.
12. Gallagher P, O’Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons’ potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers’ criteria. *Age Ageing* 2008;37:673-9.
13. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O’Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)--an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* 2007;36:632-8.
14. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi* 2006; (Özel Sayı):37-44.
15. Nobili A, Tettamanti M, Frattura L, et al. Drug use by the elderly in Italy. *Ann Pharmacother* 1997;31:416-22.
16. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Gökçe Kutsal Y, Yücel M. Huzur evinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000;3:6-10.
17. Mandıracıoğlu A. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda polifarmasi. *Ege Tıp Dergisi* 1993;32:405-8.

18. Diker J. Körfez 6 no'lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı bölgelerinde 65 yaş ve üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Turkish J Geriatrics* 2000;3:91-7.
19. Bıyık A, Ozgur G, Ozsoy SA, ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Turkish J Geriatrics* 2002;5:68-74.
20. Dişçigil G, Tekin N, Anadol Z, Bozkaya AO. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. *Turkish J Geriatrics* 2006;9:117-21.
21. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda tedaviye uyum. *Turkish J Geriatrics* 2006;9:177-81.
22. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;3:145-53.
23. Solmaz T, Akın B. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12:72-81.
24. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2009:48-60.
25. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de yaşlıların sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumları. *STED* 2005;14:113-9.
26. Erkin G, Gülşen ED, Aybay C, Özel S. Kas iskelet sistemi hastalığı olan yaşlı hastaların sistemik hastalıkları ve ilaçların değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:155-8.
27. Fadıloğlu Ç, Esen A, Karadakovan A, Akyol AD, Yeşilbalkan ÖU. Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar. I. Ulusal Yaşlılık Kongre Kitabı, Ankara; 2001.
28. Ağırbaş K, Şenses M. Kocaeli Huzurevi'nde kalan yaşlıların ilaç kullanma durumlarına genel bakış. *Hemşirelik Forumu* 2003;6:11-6.
29. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobiliteye bağlı yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2002. s. 42-4.
30. Yeşilbalkan ÖU, Karadakovan A. Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri. *Turkish J Geriatrics* 2005;8:72-7.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi. Ankara: Koza matbaası; 2010.
32. Eisenberg MD, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternativemedicine in the United States 1990-1997. *JAMA* 1998;280:1569-75.
33. Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2000;78:252-7.
34. Arcury TA, Bell RA, Snively BM, et al. Complementary and alternative medicine use as health self-management: rural older adults with diabetes. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci* 2006;61:62-70.

Geliş tarihi: 24.02.2013

Kabul tarihi: 03.11.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 29.02.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Dilek Evcik Toprak
Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği 34000 İstanbul
e-posta: dilekt66@yahoo.com

Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri

Nicotine dependence and related risk factors at individuals admitted to primary care units in Ankara Yenimahalle

Tijen Şengezer¹, Fazilet Sivri², Nesrin Dilbaz³, Didem Sunay⁴

Özet

Amaç: Birinci basamakta tütün bağımlılığı sıklığının değerlendirilmesi, bağımlılıkla ilişkili sosyo-demografik özelliklerin ve risk faktörlerinin belirlenmesi.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki çalışma Ankara ili Yenimahalle ilçesinde bulunan iki birinci basamak sağlık kuruluşunda yürütüldü ve 01/01/2009-10/03/2010 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran bireyler rasgele örneklem metodu ile çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların yaş, eğitim, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, aile yapısı, geçim kaynağı, sağlık kuruluşuna başvuru nedeni, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı ve ailede sigara içme durumu ile ilgili bilgileri önceden hazırlanan anket formu ile elde edildi. Sigara içtiğini belirten katılımcıların bağımlılık düzeyini saptamak üzere Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 12-86 yıl arasında değişen 451 (%45.1) erkek, 549 (%54.9) kadın olmak üzere 1000 hasta dâhil edildi. Katılımcıların sigara içme oranı %29 olup, 36-44 yaş arasında ve erkeklerde daha yüksekti (sırasıyla, $p=0.001$ ve $p=0.001$). 18 yaş altındaki katılımcılar arasında cinsiyete göre sigara içme durumunda anlamlı bir fark görülmezken ($p=0.72$), 18 yaş üstünde kadınlara göre erkeklerde daha yüksekti ($p=0.001$). Sigara içme oranları, yalnız yaşayanlarda ($p=0.027$), serbest çalışanlarda ($p=0.001$), geçimini geçici/günlük işlerden sağlayanlarda ($p=0.001$), annesi ($p=0.001$), babası ($p=0.001$), erkek ve kız kardeşleri (sırasıyla, $p=0.012$ ve $p=0.001$), ikinci derece kadın akrabaları sigara içenlerde ($p=0.04$) ve herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanlarda ($p=0.003$) daha yüksekti. Fagerström puanları karşılaştırıldığında kadınlarda bağımlılık düzeyinin daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0.014$). Anne, baba, kız kardeşin sigara içmesi durumunda sigara içme olasılığının sırasıyla 2.12, 1.51 ve 2.87 kat arttığı saptandı. Ayrıca sigara içme olasılığı erkek cinsiyette ve parçalanmış aile üyelerinde sırasıyla 2.16 ve 1.92 kat artmaktaydı.

Sonuç: Sigara içme olasılığı ailede sigara içen olduğunda artmaktadır. Gelecek nesilleri tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumak için ebeveynlere ve bireyi sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal ve biyolojik çevresiyle birlikte ele alan aile hekimlerine ciddi görevler düşmektedir.

Anahtar sözcükler: Sigara, aile bireyleri, risk faktörleri, aile hekimi.

Summary

Objective: To assess frequency of nicotine dependence, and to determine related sociodemographic characteristics and risk factors among patients attending primary care units.

Methods: This descriptive study was conducted at two primary care units in Ankara Yenimahalle and patients attending to primary care outpatient clinics were enrolled to this study between 01/01/2009-10/03/2010 by random sampling regardless of their chief complaint. Information about age, education, occupation, marital status, place of residence, with whom they live, family structure, source of income, cause of admission, comorbid physical and psychiatric diseases and smoking history of other family members were obtained by pre-prepared questionnaire. Fagerström Nicotine Dependence Test (FNBT) was applied to determine dependence level of the smokers.

Results: A total of 1000 patients, 451 (45.1%) male, 549 (54.9%) female whose ages were between 12-86 years were included into the study. Smoking rate of participants was 29% and it was high among 36-44 years of age and among men ($p=0.001$, $p=0.001$, respectively). While no significant difference was seen in smoking rates by sex among participants under age 18 ($p=0.72$), over age 18 smoking rates were higher in men than women ($p=0.001$). Smoking rates were high in patients living alone ($p=0.027$), self-employed ($p=0.001$), temporary/causal workers ($p=0.001$), whose mothers ($p=0.001$), fathers ($p=0.001$), brother and sisters ($p=0.012$ and $p=0.001$, respectively) and second-degree women relatives were smoking ($p=0.04$) and those without any physical diseases ($p=0.003$). When Fagerström scores were compared, dependence level was found lower in women ($p=0.014$). 2.12, 1.51 and 2.87 fold increases in probability of smoking were determined in the event of smoking of mother, father and sister, respectively. Also probabilities of smoking were 2.16 and 1.92 fold increased in male gender and in members of divorced family, respectively.

Conclusions: Probability of smoking increases if there is smoker in the family. Parents and family physicians who assess the individual with his social, cultural, economical, psychological and biological environment, have serious tasks to protect future generations from devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption.

Key words: Cigarette smoking, family members, risk factors, family physician.

¹ SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Ankara

² Fatma Hanım Aile Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Sakarya

³ NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi, Prof. Dr., İstanbul

⁴ SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., Ankara

Tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık olmasının yanı sıra, tütün ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada toplam 1.3 milyar kişi sigara içmektedir. Kadınlarda sigara içme oranı erkeklerle oranla daha az olmakla birlikte son yıllarda bu oranın da artmış olduğu bilinmektedir. Hindistan, Endonezya ve Çin bu sayının çoğunluğunu oluşturmakta ve toplam sigara içenlerin %75 gibi büyük bölümü Türkiye'nin de aralarında olduğu 10 ülkede yaşamaktadır.^[1] Ancak ülkemizde 2008 ve 2012 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından uygulanan yetişkinlerde tütün kullanımının ve tütün kullanımına ilişkin temel göstergelerin sistematik şekilde izlenmesi için geliştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre tütün kullanımında 2008 (%31.2; 16 milyon) ile 2012 (%27.1; 14.8 milyon) yılları arasında anlamlı azalma olmuştur. Bu, tütün kullanımında %13.4'lük rölatif azalma (erkeklerde %13.5, kadınlarda %13.7) anlamına gelmektedir. Bu değişikliğin bir nedeni, 19 Mayıs 2008'de yürürlüğe giren Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda (Kanun no: 4207) Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun (Kanun No: 5727) ve 7 Mayıs 2007'de uygulamaya konan Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı'nın etkili şekilde uygulanması olabilir.^[2]

Madde bağımlılığında genetik, psikolojik, sosyal boyutlar gibi multifaktöryel etkenler yer almaktadır.^[3] Biyolojik boyutunda tıbbi tedaviler devreye girerken, sosyal boyutunda bağımlılık için olası risk etkenleri, alevlenme ve bağımlılığın sürmesinde rol oynayan özellikler, tedavilere toplumsal destek gibi özellikler yer almaktadır. Sigara bağımlılığında risk faktörleri ve sosyo-demografik özellikler ile ilişkisini değerlendiren birçok çalışma yapılmıştır. Türkiye'de sigara içicilerinin %20'si 11-14 yaşları arasında olup, tüm içicilerin %83'ü 21 yaşından önce sigaraya başlamış durumdadır.^[4] Anne, baba veya kardeşleri sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, erkeklerin kızlara göre, ağabeyleri, sevdikleri öğretmen ve ustaları, örnek aldıkları sanatçı ve futbolcuları sigara kullananların kullanmayanlara göre daha çok sigara içtikleri bildirilmiştir.^[5,6]

Ülkemizde sigara içme sıklığı batı toplumlarının tersine eğitim düzeyi ile paralel olarak artmaktadır. Okula gitmeyenlerde sigara içme oranı %26, ilkökul mezunlarında %47, ortaokul mezunlarında %52, lise mezunlarında %45 ve üniversite mezunlarında %59 olarak bildirilmiştir.^[2] Meslek gruplarına bakıldığında sigara kullanım sıklığı öğretmenlerde %50.8, doktorlarda %43.9 ve sanatçılarda %34.9 olarak bulunmuştur.^[7]

Bu çalışmada birinci basamakta tütün bağımlılığı sıklığının değerlendirilmesi, bağımlılıkla ilişkili sosyo-demog-

rafik özelliklerin karşılaştırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler aile hekimlerinin sigara bağımlılığı ile mücadelede koruma, tespit, tedavi ve bağımlılık merkezlerine sevk konularında yardımcı olabilir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki çalışma Ankara ili Yenimahalle ilçesinde bulunan ve rasgele seçilen iki birinci basamak sağlık kuruluşunda Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayıyla yürütüldü. Örneklem sayısı evreni bilinmeyen örneklem sayısı formülüne göre %5 hata payı ve %3 hata payı ile $[n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2} (t=1.96, p=0.5, q=0.5, d=0.03)] n=1067$ olarak belirlendi. 01/01/2009-10/03/2010 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran ve çalışmaya dahil etme kriterlerine uygun 1067 hastaya anket uygulandı. Görüşmelerden önce etik kurul kararı gereği tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve yazılı onayları alındı.

Katılımcıların yaş, eğitim, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, aile yapısı, geçim kaynağı, sağlık kuruluşuna başvuru nedeni, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı ve ailede sigara ve alkol kullanma durumu ile ilgili bilgileri önceden hazırlanan ve denemesi yapılan 32 soruluk anket formu ile tek bir hekim tarafından elde edildi. Halen sigara içen ve hiç içmemiş olanlar çalışmaya dahil edildi, içmiş bırakmış olanlar çalışma dışı bırakıldı. Sigara içtiğini belirten katılımcıların bağımlılık düzeyini saptamak üzere Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) yapıldı. Fagerstrom ve Schneider tarafından 1989'da geliştirilen FNBT, sigara içen bireylerde nikotin bağımlılığının derecesinin ölçülmesine olanak tanıyan 6 soruluk bir tarama testidir.^[8] Her soruya 0-3 arasında değer verilmekte ve sonunda toplam değere göre bağımlılık derecesi belirlenmektedir. Alınabilecek en düşük puan 0 (sıfır) en yüksek puan 10 (on)'dur.

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Program for Social Sciences)sürüm 15.0 programı ile değerlendirildi. Sigara içme durumu ile sosyo-demografik veriler arasındaki ilişkilerin analiz, değerlendirilme ve karşılaştırılmasında ki kare testi (2 bağımsız kategorik veri) ve MannWhitney U testi (2 bağımsız numerik veri) kullanıldı. Sigara içme durumunu etkileyen faktörler için step by step metodu ile Lojistik regresyon analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Çalışmayı yarıda bırakan ya da tutarsız cevap veren 67 kişinin anketleri iptal edilmiş ve çalışma 1000 kişi ile tamamlanmıştır. Katılımcılar, yaşları 12-86 yıl arasında de-

gişen 451 (%45.1) erkek, 549 (%54.9) kadından oluşmaktaydı. Çalışma grubunun %37.5'i üniversite mezunu, %20.9'u serbest meslek sahibi, %55.6'sı evli, %67.5'u büyük şehir merkezinde ikamet ediyordu, %86.6'sı ailesi ile yaşıyordu, %81.7'si çekirdek aile yapısındaydı ve %61.7'sinin geçim kaynağı ücret/maaştı. Katılımcıların %29.8'i kullanmakta olduğu raporlu ilaçları yazdırmak için başvurmuştu. Fiziksel hastalığı olanların oranı %26.8 idi ve detaylı sorgulamada %6.5'inde hipertansiyon, %6.5'inde tiroid hastalığı %5.9'unda diyabet, %6.7'sinde kalp, %1.7'sinde karaciğer, %2'sinde böbrek hastalığı, %8.1'inde de diğer hastalıklar (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, akciğer kanseri, romatizmal hastalıklar, meme kanseri ve mesane kanseri) olduğu saptandı. Katılımcıların %8.9'unda ruhsal hastalık tanısı vardı ve bunların %6.7'si depresyon, %3'u anksiyete bozukluğu, %0.4'ü davranım bozukluğu idi. Önceden cezaevinde yatanların oranı ise %0.6 idi.

Katılımcıların %29'u sigara içiyordu ve sigara içme durumu ile sosyo-demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı (Tablo 1). Katılımcıların yaş gruplarına göre sigara içme sıklıkları 12-24 yaş %19.6, 25-34 yaş %36.6, 36-44 yaş %45.7, 45-54 yaş %33.3, 55-64 yaş %17.6, 65-86 yaş %11 olarak saptandı ve sigara içme durumunun yaşla ilişkili olduğu ve sigara içme oranının 36-44 yaş arasında anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü (p=0.001).

Cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerde sigara içme oranı kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001). Yaş ve cinsiyete göre sigara içme durumu karşılaştırıldığında 18 yaş altında sigara içme durumu cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermezken (p=0.72), 18 yaş üstünde erkeklerde sigara içme durumu kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001).

Sigara içme oranları ailesi ve arkadaşlarıyla yaşayanlara göre yalnız yaşayanlarda anlamlı olarak daha yüksekken (p=0.027), aile yapısı ile (çekirdek aile, geniş aile, parçalanmış aile) sigara içme durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05). Yine bireyin yaşadığı yer (il, ilçe, köy) ve konut tipi (apartman, gecekodu, müstakil ev) ile sigara içme oranları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

Katılımcıların eğitim seviyeleri ile sigara içme oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken (p>0.05), meslek ile sigara içme oranları arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü (p=0.001). Buna göre serbest çalışanlarda, işçilerde ve doktorlarda sigara içme oranları diğer meslek gruplarına göre daha yüksekti. Sigara içme durumu ile geçim kaynağı karşılaştırıldığında sigara içme oranları geçimlerini eşinden ve ailesinden sağlayanlara göre ücret/maaş ve geçici/günlük işlerden sağlayanlarda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001).

Tablo 1. Katılımcıların sigara içme durumu ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması

	Sigara içen n (%)	Sigara içmeyen n (%)	Toplam n (%)	p
Cinsiyet				0.001
Kadın	(22.6)	425 (77.4)	549 (54.9)	
Erkek	166 (36.8)	285 (63.2)	451 (45.1)	
Yaş ve cinsiyet				
<18 yaş				0.72
Kadın	4 (9.1)	40 (90.9)	44 (4.4)	
Erkek	10 (23.3)	33 (76.7)	43 (4.3)	
>18 yaş				0.001
Kadın	120 (23.8)	385 (76.2)	505 (50.5)	
Erkek	156 (38.2)	252 (61.8)	408 (40.8)	
Kiminle yaşıyor				0.027
Aile	260 (30.0)	606 (70.0)	866 (86.6)	
Arkadaş	10 (14.7)	58 (85.3)	68 (6.8)	
Yalnız	20 (32.3)	42 (67.7)	62 (6.2)	
Diğer	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (0.4)	
Aile yapısı				0.334
Çekirdek	236 (28.9)	581 (71.1)	817 (81.7)	
Geniş	33 (26.2)	93 (73.8)	126 (12.6)	
Parçalanmış	21 (36.8)	36 (63.2)	57 (5.7)	
Yaşadığı yer				0.096
İl	221 (27.7)	575 (72.3)	796 (79.6)	
İlçe	53 (35.6)	96 (64.4)	149 (14.9)	
Köy	16 (29.1)	39 (70.9)	55 (5.5)	
Konut tipi				0.086
Apartment	254 (28.0)	653 (72.0)	907 (90.7)	
Gecekodu	10 (45.5)	12 (54.5)	22 (2.2)	
Müstakil	26 (36.6)	45 (63.4)	57 (5.7)	
Eğitim				0.176
Okur-yazar değil	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (1.1)	
Okur-yazar	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (0.8)	
İlkokul	92 (33.3)	184 (66.7)	276 (27.6)	
Lise	94 (28.5)	236 (71.5)	330 (33.0)	
Üniversite	102 (27.2)	273 (72.8)	375 (37.5)	
Meslek				0.001
Öğretmen	24 (24.0)	76 (76.0)	100 (10.0)	
Öğrenci	30 (16.6)	151 (83.4)	181 (18.1)	
Mühendis	18 (28.1)	46 (71.9)	64 (6.4)	
Doktor	7 (38.9)	11 (61.1)	18 (1.8)	
Memur	19 (33.9)	37 (66.1)	56 (5.6)	
İşçi	40 (39.6)	61 (60.4)	101 (10.1)	
Emekli	24 (23.5)	78 (76.5)	102 (10.2)	
Ev hanımı	38 (23.8)	122 (76.3)	160 (16.0)	
Serbest meslek	90 (41.3)	128 (58.7)	218 (21.8)	
Geçim kaynağı				0.001
Ücret/Maaş	201 (32.6)	416 (67.4)	617 (61.7)	
Geçici gündelik iş	15 (41.7)	21 (58.3)	36 (3.6)	
Eşi çalışıyor	36 (23.4)	118 (76.6)	154 (15.4)	
Aile desteği	38 (19.7)	155 (80.3)	193 (19.3)	
Anne sigara/alkol				0.001
Kullanmıyor	215 (25.5)	627 (74.5)	842 (84.2)	
Sigara kullanıyor	68 (46.9)	77 (53.1)	145 (14.5)	
Sigara+alkol kullanıyor	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (0.9)	
Baba sigara/alkol				0.001
Kullanmıyor	489 (86.9)	74 (13.1)	563 (56.3)	
Sigara kullanıyor	244 (80.8)	58 (19.2)	302 (30.2)	
Sigara+alkol kullanıyor	23 (65.7)	12 (34.3)	35 (3.5)	
Erkek kardeş sigara/alkol				0.012
Kullanmıyor	198 (26.1)	560 (73.9)	758 (75.8)	
Sigara kullanıyor	74 (36.3)	130 (63.7)	204 (20.4)	
Sigara+alkol kullanıyor	16 (48.5)	17 (51.5)	33 (3.3)	
Kız kardeş sigara/alkol				0.001
Kullanmıyor	219 (25.6)	636 (74.4)	855 (85.5)	
Sigara kullanıyor	63 (47.7)	69 (52.3)	132 (13.2)	
Sigara+alkol kullanıyor	8 (61.5)	5 (38.5)	13 (1.3)	
Amca/dayı sigara/alkol				0.124
Kullanmıyor	196 (27.1)	528 (72.9)	724 (72.4)	
Sigara kullanıyor	77 (34.4)	147 (65.6)	224 (22.4)	
Sigara+alkol kullanıyor	15 (35.7)	27 (64.3)	42 (4.2)	
Hala/teyze sigara/alkol				0,04
Kullanmıyor	247 (27.5)	650 (72.5)	897 (89.7)	
Sigara kullanıyor	38 (40.0)	57 (60.0)	95 (9.5)	
Sigara+alkol kullanıyor	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (0.8)	
Cezaevinde				0.003
Yatmış	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (0.6)	
Yatmamış	285 (28.7)	709 (71.3)	994 (99.4)	

On sekiz yaş altı grupta annenin sigara içmesi ile çocuğun sigara içmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Ancak 18 yaş üzeri grupta annesi sigara içmeyenlerin sigara içme oranı annesi sigara içenlerden, annesi sigara içenlerin de annesi sigara ve alkol kullananlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.001$). Babası sigara ve alkol kullanmayan bireylerde sigara içme oranı, babası sigara içenlerden ve babası sigara ve alkol kullananlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.001$). Yine erkek ve kız kardeşleri sigara içmeyenlerin sigara içme oranı sigara içenlere ve sigara ve alkol kullananlara göre anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla, $p=0.012$ ve $p=0.001$). Amca/dayı gibi ikinci derece erkek akrabaları sigara içmeyen bireylerde sigara içme oranı ile sigara içen, sigara ve alkol kullananlar arasında anlamlı farklılık yokken ($p>0.05$), hala/teyze gibi ikinci derece kadın akrabaları sigara içmeyen bireylerde sigara içme oranı sigara içenlerden ve hem sigara hem de alkol kullananlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.04$).

Herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olanların sigara içme oranı olmayan bireylerden anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.003$). Karaciğer, böbrek, tiroid bezi hastalığı, depresyon, anksiyete bozukluğu ve davranış bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında sigara içme durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Ancak kalp hastalığı, diyabet ve hipertansiyon tanısı almış olanlarda sigara içme oranı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla, $p=0.019$, $p=0.016$ ve $p=0.002$).

Cezaevine girmemiş bireylerde sigara içme oranı cezaevine girmiş bireylerden anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.003$).

Sigara içme durumunun bağımlı değişken olduğu lojistik regresyon analizinde; anne, baba ve kız kardeşin sigara içme durumunun sigara içme olasılığını sırasıyla 2.12, 1.51 ve 2.87 kat artırdığı görüldü ($p<0.05$). Ayrıca erkek olma durumunda sigara içme olasılığının 2.16 kat arttığı saptandı ($p=0.001$). Aile biçimi, çekirdek ve geniş aile bir grup ve parçalanmış aile bir grup alınarak analiz edildiğinde, parçalanmış ailede yaşama durumunda sigara içme olasılığının 1.92 kat arttığı saptandı ($p=0.03$) (Tablo 2).

Tablo 2. Sigara içme durumunu etkileyen faktörler

	p	OR	%95.0 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Annenin sigara içmesi	0.000	2.116	1.454	3.081
Babanın sigara içmesi	0.007	1.506	1.120	2.026
Kız kardeşin sigara içmesi	0.000	2.868	1.953	4.210
Cinsiyet	0.000	2.158	1.606	2.899
Aile biçimi	0.036	1.923	1.042	3.548

Sigara içtiğini belirten katılımcılara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Cinsiyetlerine göre Fagerström puanları karşılaştırıldığında kadınlarda bağımlılık düzeyinin daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0.014$). Bağımlılık düzeyi yaş ve cinsiyete göre karşılaştırıldığında 18 yaş altında kadın ve erkekler arasında bağımlılık düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), 18 yaş üzerinde erkeklerde bağımlılık düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0.003$).

Tartışma

Çalışmamızda sigara içme oranları erkeklerde %36.8, kadınlarda %22.6, toplamda %29, 18 yaş üzerindeki kadınlarda %30.2 olarak bulundu. Sigara içen bireyleri Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile değerlendirildiğinde erkeklerin FNBT puanlarının dolayısı ile bağımlılık derecelerinin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. On sekiz yaş altı grupta ise cinsiyetler arasında farklılık saptanmadı. Ülkemizde 1988 yılında Sigara Alışkanlığında Halk Araştırması ve Sigara Karşıtı Kampanya (*Public Research On Smoking Habits and Campaign Against Smoking: PIAR*) çalışmasında sigara kullanım sıklığı %44 (erkek %63, kadın %24) olarak saptanmış, 15 yıl sonra 2003 yılında yapılan Ulusal Hane Halkı çalışmasında sıklığın % 32,1 olduğu bildirilmiştir.^[4,9] Doğu Karadeniz bölgesinde 6103 kişilik örneklem grubunda yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerde sigara içme oranının (%53.2), kadınlara (%20.4) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.^[10] Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaptığı ve 2008 yılında 73 sayılı bültenle ilan ettiği Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusta sıklık %31.3 (erkek %47.9, kadın %15.2) olarak bildirilmiştir.^[11]

Son 10 yılda yapılan çalışmalarda özellikle erkeklerde sigara içme oranlarının azaldığı, kadınlarda ise bu azalmanın daha düşük seviyede olduğu, hatta bazı çalışmalarda kadınlarda artmış olduğu gözlemlenmektedir.^[12,13] Tüm dünyada kadınlar arasında sigara kullanımının artıyor olması üzücüdür. İsveç'te 2009 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre ilk defa kadınlarda sigara içme oranı erkeklerden fazla bulunmuştur.^[14] Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasında erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'unun sigara kullandığı bildirilmiş, 2000 yılındaki taramalarda erkeklerde sigara içme sıklığı gerilerken özellikle genç kadınlarda sıklıkta artış olduğu saptanmıştır.^[15] Sigara endüstrisinin son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınları ve gençleri hedef aldığı bilinmekte olan bir gerçektir. Bizim çalışmamızda da kadınlarda oranın yüksek olması endüstrinin hedeflerine ulaşmakta başarılı olduğunu göstermektedir. On sekiz yaş üstünde kadın ve erkekler arasında

sigara içme oranlarında erkekler lehine anlamlı fark varken 18 yaş altında kızlar ve erkekler arasında fark olmaması da çalışmamızın diğer bir dikkat çekici sonucudur. Bu farkın olmaması gelecekle ilgili kadınlarda içme oranlarının yükseleceği ya da düşmenin gerçekleşmeyeceği yönünde kaygılarımızı desteklemektedir.

Çalışmamızda 18 yaş altı grupta sigara içme sıklığı %16 olarak saptanmış olup sıklık açısından erkekler ve kızlar arasında anlamlı farklılık bulunamadı. Keskinoglu ve ark.^[16] yaptığı çalışmada 15-19 yaş grubu ergenlerde sigara içme sıklığı %14.5 olarak bulunmuştur. Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına (KGTA) sonuçlarına göre ise ülkemizde, 13-14 yaş arasında halen sigara içen ergen oranlarının 2003 ve 2009'da sırasıyla %6.9 ve %8.4 (erkeklerde %9.4 ve %10.2, kızlarda %3.5 ve %5.3) olduğu görülmektedir.^[17] Bu çalışmada içme sıklığı açısından erkeklerde anlamlı bir yükseklik varken, çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılık çalışma gruplarının farklı yaşlarda olmasından ve çalışmamızın daha dar bir bölgede yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca KGTA sonuçlarına göre 2003'te gençlerin %7'si, 2009'da %10'u önümüzdeki 1 yıl içinde sigaraya başlamayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar ve çalışmamızın dikkat çekici noktaları göz önüne alındığında yaş gözetmeksizin nüfusundaki her bireye koruyucu ve tedavi edici hizmetleri veren aile hekimlerinin tütün kontrolü açısından 18 yaş altı grubun öncelikli hedefi olması gerektiği ve çocuklar ve gençlere verilecek eğitim ve mesajların gelecekte sigara içme oranlarının düşmesinde çok etkili olacağını düşündürmektedir.

Sigara içenlerin büyük bir bölümünün sigaraya başlama yaşı ergenlik dönemine denk gelmektedir, daha önce deneyenlerin %90'ı 18 yaşına geldiklerinde bağımlı duruma gelmektedir.^[18] Herken ve ark.^[19] yaptıkları çalışmada sigaraya başlamanın önlenmesi ve bırakılmasında gençlerin örnek aldıkları kişilerin (anne, baba, ağabey, öğretmen, usta, sanatçı, sporcu, film yıldızı) sigara kullanmamalarının etkili olabileceğini vurgulamışlardır. Ergenler sigarayla ilgili olarak erken dönemde ebeveyn, geç ergenlikte akran tutumundan etkilenmektedirler.^[20] Ergenlerde sigara kullanımında risk faktörlerini araştıran çalışmalarda ebeveynlerin disiplinli tutumu ve aile içi olumlu ilişkilerin sigara kullanımında azaltıcı etkisi olduğu, öte yandan anneye bağımlılığın ve ebeveyn denetim eksikliğinin sigaraya başlamada etkili olduğu gösterilmiştir.^[21,22] Çalışmamızın genelinde ve 18 yaş üstü grupta annesi, babası, erkek ve kız kardeşi, ikinci derece kadın akrabaları sigara kullananlarda sigara içme sıklıkları anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışmamızın sonuçları bu konuda yapılan çalışmaları destekler görünmektedir. Bunun yanı sıra 18 yaş altı grupta annesi sigara içenlerle içmeyenler arasında sigara içme sıklığı açısından an-

lamlı farklılık saptanmadı. Bu da çocuk ve gençlerin sigara içme davranışının 18 yaş sonrasında devam etmesinde ebeveynlerin rol model olmalarının önemini ortaya koymaktadır. İkinci derece erkek akrabaların sigara içmesinin bir etkisi yokken kadın akrabaları sigara içenlerde sigara içme oranlarının yüksek olması ilginçtir. Bu durum kadınların özellikle anne olarak tutum ve davranışlarının birincil korumadaki rolünün önemini göstermektedir.

PIAR çalışmasının diğer sonuçlarına göre, ülkemizde sigara içme sıklığı batı toplumlarının tersine eğitim düzeyi ile paralel olarak artmaktadır.^[4] Bilir ve ark.^[7] yüksek gelirli ve yüksek eğitilmiş kişilerde sigara içme prevalansını daha yüksek bulmuştur. Benzer şekilde Bozkurt ve ark.'nın^[23] Güneydoğu Anadolu'da yaptıkları bir çalışmada erkeklerde, kentte yaşayanlarda ve yüksek eğitilmiş olanlarda sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise farklı olarak sigara içme oranı ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı, sigaranın yaşam şekli, eğitim düzeyi, sosyokültürel ve ekonomik fark gözetmeksizin her kesimde bağımlılık yaptığı saptanmıştır.

Keskinoglu ve ark.'nın^[16] sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yaptığı çalışmada düşük gelirli, düşük eğitilmiş ve sosyal güvencesi olmayan, işsiz ve düzensiz işlerde çalışan kişilerde sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur. Yüzde %37.5'i üniversite mezunu, %20.9'u serbest meslek sahibi olan çalışma grubumuzda ise sigara içme sıklığı geçim kaynağı ücret/maaş olanlarda ve geçici/günlük işlerde çalışanlarda anlamlı olarak daha yüksekti.

Çalışmamızda doktorlarda, işçilerde ve serbest meslek sahibi olanlarda sigara içme oranlarının diğer meslek gruplarına kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde hekimler arasında sigara içme oranı düşüktür. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, hekimler arasında sigara içme oranı yaklaşık %3 olarak saptanmıştır.^[24] Bu oran İngiltere, Norveç ve Kanada'da %10, İsviçre ve İrlanda'da %20'dir.^[25] Ancak kimi gelişmiş ülkelerde bile, hekimlerde sigara içme hızları oldukça yüksektir. Özellikle Akdeniz ülkelerinde hekimlerin genelde topluma kötü örnek olduğu söylenebilir. Avrupa ülkelerinden İspanya, İtalya, Portekiz ve Lüksemburg'da, hekimlerde sigara içme düzeyleri, genel toplumun değerlerinin üstündedir.^[26] Ülkemizde ise hekimlerin sigara içme oranının birçok ülke hekimlerinden yüksek olup farklı yıllarda yapılan çalışmalarda, hekimler arasında sigara içme sıklığı %41-50 arasında bildirilmiştir. Bu oranlar genel toplum ortalamasına ve erkeklerde ülkemiz ortalamasına yakın (%49.3), kadınlarda ise (%33.5) ortalamasının üzerindedir.^[7,27-32] En son Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde gerçekleştirilen sağlık personelinin tütün kullanım durumu araştırmasının ön sonuçlarına göre 2007'de sigara

ra içme oranları uzman hekimler arasında %22.1 pratisyen hekimlerde %30.5 iken, 2011'de sırasıyla %12.7 ve %23.9'a gerilediği saptanmıştır.^[33] Bir rol-model olarak hekimlerin sigara içmeme ve tütün kontrolünde aktif olarak görev alma konusunda sorumluluklarının farkına varmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda özellikle diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan bireylerde sigara içme oranı herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu veriler bireyin hayatını tehdit eden ve düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik hastalıklara sahip olmasının sigara içmemesi konusunda ikna edici rol oynadığını düşündürebilir. Ancak ruhsal hastalığı olan bireylerde olmayanlara göre sigara içme sıklığı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılmış çalışmalarda ruhsal hastalık ve sigara içme birlikteliğinin sık olduğunu düşünürsek, çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmamış olması çalışmamızın dar bir bölgede yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Cezaevine girmiş bireylerde sigara içme sıklığı cezaevine girmemiş olanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, %83.3 ve %28.7). Bu sonuçlar cezaevine girmiş bireylerin tekrar topluma kazandırılması girişimleri arasında nikotin bağımlılığının da göz önüne alınması gerektiğini göstermektedir.

Örnekleminizi oluşturan birey sayısı önemli bir rakam olmasına rağmen Ankara'da sosyokültürel ve ekonomik düzeyi orta ve ileri olan iki ilçede yapılmış olması çalışmanın zayıf yönlerini oluşturmaktadır. Sosyokültürel ve ekonomik düzeyi düşük olan ilçelerden de birinci basamak sağlık kuruluşlarını dahil ederek Ankara ilini daha iyi temsil edebiliriz.

Sonuç

Son yıllarda bir azalma olmasına rağmen, çalışmamızda 18 yaş üstü grupta sigara içme oranları ve bağımlılık düzeyleri erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen kadınlarda sigara içme oranı, literatürdeki diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Onsekiz yaş üstünde sigara içme oranlarının erkeklerde daha yüksek olmasına rağmen 18 yaş altında kızlar ve erkekler arasında fark olmaması diğer dikkat çekici sonuçlarıdır.

Anne, baba, kardeş ve ikinci derecede bayan akrabalar da sigara kullanımının varlığı, sigara içme oranları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Bu durum ailelere de önemli görevler yüklemektedir. Ailenin bir rol model olarak sigara içilmemesi önemlidir ve aile hekimlerinin burada aileye verecekleri eğitim ve mesajlar sigara bağımlılığı konusunda önemli rol oynayabilir.

Kaynaklar

1. WHO Report On The Global TobaccoEpidemic (MPOWER), 2008, WHO, Geneva (Türkçe Çeviri; MPOWER; DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, Çev.Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T). http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/tutun_salginu_raporu_2008.pdf erişim Temmuz 2013.
2. Türkiye İstatistik Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012 www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142, erişim Temmuz 2013.
3. Kaplan HI, Sadock BJ (Çeviri Abay E). Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: 75-119.
4. Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu (Report of the public poll of smoking habits and antismoking campaign). PLAR 1988.
5. Uğur M. Medical Psikoloji 1. baskı. İstanbul 1994;569-580.
6. Murray M, Kiryluk S, SwanAV. Relation between parent's and children's smoking behavior and attitudes. *J Epidemiol Community Health* 1985;39:169-74.
7. Bilir N, Güçüz B, Yıldız AN. Smoking behaviours and attitudes. Ankara: Hacettepe Public Health Foundation, International Development Research Centre; 1997. s. 1-9.
8. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1992;69:763-7.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Çalışması, Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003. Temel bulgular. Ed: Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Başara B. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2006.
10. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007;55:141-7.
11. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008. www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=215 erişim Temmuz 2013
12. Gilmore A, Pomerleau J, McKee M, et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *Am J Public Health* 2004;94: 2177-87.
13. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global youth tobacco survey. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy.htm>) erişim Ağustos 2013.
14. Ali SM, Chaix B, Merlo J, Rosvall M, Wamala S, Lindström M. Gender differences in daily smoking prevalence in different ages: a population-based study in southern Sweden. *Scand J Public Health* 2009;37:146-52.
15. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000. s. 3-9.
16. Keskinoglu P, Sözkese S, Sarıyer E, Kesik K, Öztürk R. Sosyoekonomik Düzeyi düşük bir bölgede 15 yaş üzerinde sigara içicilik sıklığı, içicilik maliyeti ve içiciliğin hastalık varlığına etkisi. *Toraks Dergisi* 2007;8:227-33.
17. Milli Eğitim Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi. Küresel Gençlik Tütün Araştırması, yayınlanmamış araştırma raporu, 2009. www.trg.docdat.com/docs/954/index-122598.html. Erişim Tarihi: Temmuz 2013.
18. Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, Niaura RS. Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug Alcohol Depend* 2000;1;59:83-95.
19. Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara Kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2000;1:38-42.
20. Mc Dermott D. The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use. *Adolescence* 1984;19:89-97.
21. Klitzner M, Gruenewald PJ, Bamberger E. The assessment of parental prevention programs: a preliminary assessment of impact. *J Drug Educ* 1990;20:77-94.

22. Reimers TM, Pamprehn PR, Becker SL, et al. Fathers for adolescent cigarettes smoking. The muscatin study. *Am J Dischild* 1990;144:1265-72.
23. Bozkurt AI, Şahinoz S, Özciarpici B, et al. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South East Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. *BMC Public Health* 2006;6:15.
24. Jarvik ME, Caskey NH, Wirshing WC, et al. Bromocriptine reduces cigarette smoking. *Addiction* 2000;95:1173-83.
25. Lawrence G, Steven D, Stellman D. Cigarette smoking among physicians, dentist and nurses. *Am Can Soc* 1986;1:50-6.
26. Aşut Ö. Hekim ve sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları: 1993. s. 4352.
27. Sezer RE, Öztürk Z, Bilgin N. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları. *Doğa Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 1990;14:381-90.
28. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. *Toraks Dergisi* 2002;3:253-6.
29. Altun R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun M, Örnek T. Tıp Fakültesi hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2004;5:63-7.
30. Özkurt S, Bostancı M, Altun R ve ark. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı ve nikotin bağımlılığı durumu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2000;48:140-7.
31. Çan G, Özlü T, Bülbül Y, Torun P. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1998;46:245-9.
32. Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan S, Şenveli B, Abay E. Hekimlerde Sigara içme alışkanlığı ve ruhsal örüntü. *Bağımlılık Dergisi* 2000;1:32-7.
33. Açık Y, Aslan D, Aşut Ö, ve ark. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü. Ülkemizde Sağlık Çalışanları Arasında Sigara İçme Sıklığı (http://www.ssuk.org.tr/savefiles/basin_bulteni_10_09_2012.pdf). Erişim Tarihi: Temmuz 2013.

Geliş tarihi: 27.05.2013

Kabul tarihi: 22.09.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 26.02.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Didem Sunay

Kızılkulesi Sokak 3/5

Gaziosmanpaşa, Çankaya, Ankara

e-posta: didemsunay@gmail.com

Nifedipine bağlı dişeti büyümesi: Olgu sunumu

Nifedipine-induced gingival overgrowth: a case report

Makbule Neslişah Tan¹, Ediz Yıldırım²

Özet

Nifedipin, stabil anjina pectoris ve hipertansiyon tedavisinde kullanılan kalsiyum kanal blokörüdür. İlaça bağlı dişeti büyümesine neden olabilir. Bu çalışmada; nifedipin kullanımına bağlı dişeti büyümesi şikayetiyle kliniğe başvuran bir olgu sunulmaktadır. Olguda, büyüyen dişeti dokularında cerrahi tedaviye gerek kalmadan, nifedipin kesilerek ve ağız hijyeni eğitimi verilerek yeterli iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Nifedipin, dişeti büyümesi, kalsiyum kanal blokörü.

Summary

Nifedipine is one of the calcium channel blockers used to treat hypertension and stable angina pectoris. The drug may induce gingival overgrowth. In this study, a case of gingival overgrowth induced by nifedipine is presented. It has been treated by discontinuation of nifedipine and oral hygiene instruction, without any surgical procedure for gingival overgrowth.

Key words: Nifedipine, gingival overgrowth, calcium channel blockers.

Dişeti büyümesi, dişeti boyutundaki artıştır. Büyümenin hücre sayısındaki artışa bağlı değil, dişeti bağ dokusu hücre dışı matriks hacmindeki artış sonucu olduğu düşünülmektedir.^[1] Dişeti büyümesi arttıkça, ağrı kaynağı haline gelir. Normal ağız hijyenini korumak ve çiğneme fonksiyonlarını devam ettirmek zorlaşır. Dişeti büyümesinin en yaygın nedeni kötü ağız hijyenidir; ancak lösemi, ilaç kullanımı, puberte, gebelik, diyabet ve lokal diş hastalıklarına bağlı olarak da ortaya çıkabilir.^[2] İlaça bağlı dişeti büyümesine neden olan ilaçlar üç grup altında toplanmaktadır; antikonvülzanlar (fenitoin, fenobarbital, vigabatrin, sodyum valproat),^[3] siklosporin A^[4] ve kalsiyum kanal blokörleri (nifedipin, diltiazem, verapamil).^[5,6] Bu ilaçlar içinde en fibrotik olanı fenitoin, ez az fibrotik olanı siklosporin A, orta dereceli indükleyen ise nifedipindir.^[7] İlaça bağlı dişeti büyümesi tüm dişeti bölgelerinde yaygın olabilir, ancak daha çok maksilla ve mandibula ön kısımlarında lokalizedir. Genellikle dişlerin olduğu bölgede görülen dişeti büyümesi, nadiren dişsiz bölgeleri etkiler.^[8] İlaça bağlı dişeti büyümesine ait prevalans çalışmaları %20 ile %83 arası çelişkili sonuçlar

ortaya çıkarmıştır.^[9] Nifedipinin dişeti büyümesi ile ilişkili olduğu kabul edilmiş olmasına rağmen, bu durumun görülme sıklığı ve şiddetine ait literatür bilgisi azdır. Kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik gösteren iki çalışmada nifedipin kullanan hastalarda dişeti büyümesi oranı %6.3 ve %7.3 olarak saptanmıştır.^[10,11] Literatürde kalsiyum kanal blokörlerine ve özellikle de dihidropiridin grubu ilaçlara bağlı dişeti büyümesine ait çalışmaların çoğunun diş hekimliği dergilerinde yayımlanması, klinik takipte bu yan etkiye dikkat edilmediğini ve bu hastaların diş hekimlerine başvurmaları sonucu gereksiz cerrahi girişimlere maruz kalabildiklerini düşündürmektedir. Bu olgu sunumunda; cerrahi yapılmaksızın tedavi edilen bir hastada, nifedipinin neden olduğu dişeti büyümesi, konuyla ilişkili kaynaklar ışığında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Hipertansiyon tanısıyla üç yıldır 60 mg/gün nifedipin kullanan 54 yaşındaki erkek hasta, dişetlerindeki büyüme-yi farkederek önce diş hekimine başvurmuştu. Hastaya,

¹⁾ 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Dr., İğdir

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



Resim 1. Nifedipin kullanan hastanın dişeti görünümü.



Resim 2. Nifedipin kesildikten sonra aynı hastanın dişeti görünümü.

oral hijyeninin oldukça kötü olduğu, dişetindeki fazla dokunun cerrahi yöntemle uzaklaştırılması gerektiği söylenmişti. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hasta, üç aydır devam eden dişeti büyümesi ile ortaya çıkan şekil bozukluğunun neden olduğu, çiğneme ve konuşma fonksiyonlarındaki zorlanma şikayeti ile kayıtlı olduğu aile hekimine başvurdu. Esansiyel hipertansiyon tanısıyla takip edilmekte olan hasta nifedipin ve irbesartan+hidroklorotiyazid kombinasyonu kullanmaktaydı. Eşlik eden bir hastalığı bulunmamaktaydı. Hastanın orofarinks muayenesinde; alt ön dişler bölgesinde, kolay kanayan, interdental dişeti bölgesinde yaygın, dişlerin kesici yüzeyine kadar ilerlemiş dişeti büyümesi tespit edildi (**Resim 1**). Yapılan fizik muayenede diş eti büyümesi haricinde sistem bulguları normaldi. Ayırıcı tanı için yapılan laboratuvar tetkiklerinde, karaciğer enzimlerinde sınırdan yükseklik ve CRP yüksekliği (SGOT: 55 U/L, SGPT: 57 U/L, CRP: 36.7 mg/l) dışında başka bulguya rastlanmadı. Hastadaki mevcut dişeti büyümesinin kullandığı kalsiyum kanal blokörüne (KKB) bağlı olabileceği düşünülerek nifedipin kesildi ve hipertansiyon tedavisine irbesartan+hidroklorotiyazid kombinasyonu ile devam edildi. Aylık yapılan kontrollerde dişeti büyümesinde gerileme oldu; üç ay sonrasında büyümenin neredeyse tamamen düzeldiği gözlemlendi (**Resim 2**).

Tartışma

Dihidropiridin türevi bir kalsiyum kanal blokörü olan nifedipin stabil anjina pectoris ve hipertansiyon tedavisinde kullanılmaktadır. Nifedipine bağlı dişeti büyümesi ilk olarak 1984 yılında bildirilmiştir. Patogenezi halen açıklanamamıştır. Kötü ağız hijyeni, yüksek doz ilaç kullanımı, genetik faktörler, kişisel yatkınlık ve dişeti fibroblastları ile ilaçlararası etkileşimin rolü olduğu düşünülmektedir. Nifedipin kullanan hastalarda interdental alandan başlayan dişeti büyümesi ilerledikçe nodül şeklini alır ve kesici yüzeyi örterek çiğnemeyi engeller. Genç hastalarda ilaca bağlı dişeti büyüme şiddetinin yaşlılara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir.^[12] Ancak 50 yaşın üzerindeki olgumuzda oldukça şiddetli dişeti büyümesi görülmüştür.

Dişeti büyümesinde, enflamasyon ve fibrozisin derecesinin ilacın kullanım süresi ve dozuna bağlı olduğu düşünülmektedir.^[7,13] Ellis'in çalışmasında gingival sekresyonda nifedipin konsantrasyonunun plazmadan 13-316 kez fazla olduğu ve gingival sekresyonda düşük düzeyde nifedipin konsantrasyonu olanlarda dişeti büyümesinin olmadığı gösterilmiştir.^[14] Olgumuzdaki hasta ilacı yüksek dozda, üç yıl gibi uzun bir süredir kullanmaktaydı.

İlaca bağlı dişeti büyümelerinin tedavisinde; bazı hastalarda hasta veya diş hekimi tarafından normal ağız hijyeninin sağlanması yeterlidir; ağız hijyeni cerrahi (gingivektomi) girişim ihtiyacını azaltır. Bu soruna neden olan ilacın kesilmesi veya değiştirilmesi de bir tedavi seçeneğidir ancak değişiklik sonrası cerrahi planlamadan önce dişeti büyümesinde gerileme için 6-12 ay beklemek gerekir.^[8,15,16] Olgumuzdaki tedavi yaklaşımımızda hastanın nifedipini kesildi ve ağız hijyen eğitimi verildi. Dişeti büyümesi aylar içinde gerileme gösterdi.

Aile hekimi, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.^[17] Bu hastaya aile sağlığı merkezinde uygulanan bütüncül yaklaşım sayesinde, hastanın kronik sağlık sorununun tedavisi sırasında ortaya çıkan akut yan etkiye müdahale edilerek genel sağlık durumunun iyileşmesi sağlanmıştır.

Bu olgu, nifedipin kullanımına bağlı ortaya çıkan dişeti büyümesinde, uygun hastada ilacın kesilmesi halinde, cerrahi girişime gerek kalmaksızın düzelme sağlandığını göstermektedir. Klinik uygulamada uzun süreli kalsiyum kanal blokörü kullanan hastaların takibinde bu yan etkiye dikkat etmek gereklidir.

Kaynaklar

1. Kataoka M, Kido J, Shinohara Y, Nagata T. Drug-induced gingival overgrowth-a review. *Biol Pharm Bull* 2005;28:1817-21.
2. Livada R, Shiloah J. Gummy smile: could it be genetic? Hereditary gingival fibromatosis. *J Mich Dent Assoc* 2012;94:40-3.
3. Brunet L, Miranda J, Roset P, Berini L, Farré M, Mendieta C. Prevalence and risk of gingival enlargement in patients treated with anticonvulsant drugs. *Eur J Clin Invest* 2001;31:781-8.

4. Somacarrera ML, Hernández G, Acero J, Moskow BS. Factors related to the incidence and severity of cyclosporin-induced gingival overgrowth in transplant patients. A longitudinal study. *J Periodontol* 1994;65:671-5.
5. Miranda J, Brunet L, Roset P, Berini L, Farré M, Mendieta C. Prevalence and risk of gingival enlargement in patients treated with nifedipine. *J Periodontol* 2001;72:605-11.
6. Miranda J, Brunet L, Roset P, Berini L, Farré M, Mendieta C. Prevalence and risk of gingival overgrowth in patients treated with diltiazem or verapamil. *J Clin Periodontol* 2005;32:294-8.
7. Subramani T, Rathnavelu V, Alitheen NB. The possible potential therapeutic targets for drug induced gingival overgrowth. *Mediators Inflamm* 2013;2013:639468.
8. Bharti V, Bansal C. Drug-induced gingival overgrowth: The nemesis of gingiva unravelled. *J Indian Soc Periodontol* 2013;17:182-7.
9. Pradhan S, Mishra P. Gingival enlargement in antihypertensive medication. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2009;48:149-52.
10. Ellis JS, Seymour RA, Steele JG, Robertson P, Butler TJ, Thomason JM. Prevalence of gingival overgrowth induced by calcium channel blockers: a community-based study. *J Periodontol* 1999;70:63-7.
11. Li X, Luan QX, Li P. Analysis of risk indicator for nifedipine-induced gingival hyperplasia. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2007;42:677-80.
12. Sunil PM, Nalluswami JS, Sanghar SJ, Joseph I. Nifedipine-induced gingival enlargement: Correlation with dose and oral hygiene. *J Pharm Bioallied Sci* 2012;4(Suppl 2):S191-3.
13. Nishikawa S, Nagata T, Morisaki I, Oka T, Ishida H. Pathogenesis of drug-induced gingival overgrowth. A review of studies in the rat model. *J Periodontol* 1996;67:463-71.
14. Ellis JS, Seymour RA, Monkman SC, Idle JR. Gingival sequestration of nifedipine in nifedipine-induced gingival overgrowth. *Lancet* 1992;339:1382-3.
15. de Carvalho Farias B, Cabral PA, Gusmão ES, Jamelli SR, Cimões R. Non-surgical treatment of gingival overgrowth induced by nifedipine: a case report on an elderly patient. *Gerodontology* 2010;27:76-80.
16. Ramsdale DR, Morris JL, Hardy P. Gingival hyperplasia with nifedipine. *Br Heart J* 1995;73:115.
17. Guldal D, Gunvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *Türk Aile Hek Derg* 2012;16:107-12.

Geliş tarihi: 16.07.2013

Kabul tarihi: 08.10.2013

Çevrimiçi yayım tarihi: 29.01.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Makbule Neslişah Tan

1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Iğdır

e-posta: drnesli293@hotmail.com

Orofarengeal tularemi erken tanısı için su hijyeninin sorgulanması önemlidir

Sayın Editör,

2013 yılı 1. sayısında yayınlanan “Orofarengeal tularemi tedavisinde streptomisin kullanımına bağlı vestibülotoksisite gelişimi: Olgu sunumu” isimli makaleyi ilgi ile okuduk^[1] ve bu konu ile ilgili olarak bir ekleme yapmak istedik.

Ülkemizde en sık görülen tularemi şekli orofarengeal tipidir ve ateş, farenjit, servikal lenfadenopati ile seyreder. Bildirimi zorunlu bir hastalıktır ve son yıllarda tularemi olgu sayısında artış görülmeye başlanmıştır.^[2] Orofarengeal tularemi olgularında kuyu suyu veya dağ suyu içilmesi gibi kontamine su kullanımı gözlenmektedir^[1,3] ve burada her iki olguya da ilk olarak beta-laktam antibiyotik başlanmıştır. *Francisella tularensis* beta laktamaz salgıladığından dolayı bu antibiyotiklere cevap alınamamıştır. Tedaviye cevap vermeyen inatçı üst solunum yolu enfeksiyonu olan olgular bize tekrar başvurabilmektedir. Bu hastalarda tularemi aklımıza gelmeli ve kontamine su (dağ, dere, sulama

kanalı, kuyu suyu gibi) kullanımını mutlaka sorgulanmalıdır. Sağlıklı su hijyeninin sağlanamadığı yörelerde tularemi erken tanısı için kontamine su kullanımı ilk sorulacak sorular arasında olmalıdır.

Kaynaklar

- Özgüneş N, Yılmaz Karadağ F, Aksoy Demirci S, Arıbal FC. Orofarengeal tularemi tedavisinde streptomisin kullanımına bağlı vestibülotoksisite gelişimi: olgu sunumu. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17:26-8.
- Engin A, Altuntaş EE, Cankorkmaz L ve ark. Sivas ilinde saptanan ilk tularemi salgını: 29 olgunun değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi* 2011;24:17-23.
- Şarlak H, Arslan E, Sarı O ve ark. Dağ suyu içilmesi sonucu gelişen ve lenfadenopati etkeni olarak tularemi: olgu sunumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11:245-7.

Saygılarımızla,

Dr. Erol Arslan, Dr. Hakan Şarlak, Dr. Ömer Kurt,
Dr. Mustafa Çakar, Dr. M. Fatih Bulucu

Gülhane Askeri Tıp Akademisi İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara.

e-posta: drmustafacakar@gmail.com

TAHUD Prof. Dr. Kemal Agun Araştırma Kütüphanesi Prof. Dr. Kemal Agun İçin (1930–2013)

*Inter-rete volantes, scripta manent**

Son söyleyeceğimi başta söyleyeyim: Derneğimiz yarıncıdan tezi yok bir kütüphane oluşturmamızdır. Kitaplık ve dijital kitaplık olarak iki bölümü içerecek bu kütüphane ülkemizde ve dünyada hekimliğin ve birinci basamak hekimliğini araştırarak olanlara - efemeralar da dâhil - her türlü basılı bilgi ve belgeyi saklamalıdır. Kütüphanemizi “TAHUD Prof. Dr. Kemal Agun Araştırma Kütüphanesi” adı ile şereflendirmek borcumuzdur.

Göğüs hastalıkları uzmanı Prof. Dr. Kemal Agun’u Aile Hekimliği Uzmanlığı Derneği’nin kuruluş günlerinde tanıdım. Genç cumhuriyetin mihnetli, velut günlerinde doğmuş. Doğduğum yıl; (1957) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni bitirmiş. Göğüs hastalıkları ihtisasını Cerrahpaşa’da yapmış. 1967’de 7 yıl kalacağı Almanya’ya gitmiş. 1973’te Erzurum’da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı’nı kurmuş.

Layıkıyla hatırlayanınız var mı o yılları? Ne kadar büyük bir umut içindeydik! Büyük savaşlar bitmişti.

Küçük savaşlar da geride kalacaktı, yakında!

Almanya! Avrupa’nın kilit ülkesi!

Endüstri devriminin ilk adımını 1760’da Büyük Britanya attı. Onu 1836’da Fransa izledi ağır, ağır. Geriden gelen Almanya, 1870’te çıktığı yolda dev adımlarla ilerledi. 1883’te dünyanın ilk sağlık ve sosyal güvenlik sistemini kurdu; Krankenkasse. Demiryolları ve kimya sanayii ile büyüdü.

Endüstri devriminin gerisinde bilimsel devrim yatıyordu. Bilim, ortaçağda ruhban sınıfının elindeki üniversitelerde değil, bilim derneklerinde gelişti: Bu derneklerin prototipi 17. yüzyılda İtalya’da kurulan Accademia Lincei idi; (Lincei Akademisi). Galileo Galilei kendisini “akademisyen” olarak tavsif ederek derneğin üyesi olduğunu belirtiyordu (başka bir yazıda ele alalım, Lincei’nin Osmanlı müteakabilini).

Prusya 1806’da Alexander von Humboldt önderliğinde Berlin Üniversitesi’ni kurdu. Üniversite ile endüstrinin iç içe çalışması bütün dünyayı etkileyecek bir gelişmeye yol açtı; belirlenen DIN (Deutsche Industrie Norme) dünyaya iktibas edildi.



Kliniğe dayanan Fransız tıbbi [1835–1850]’den başlayarak Alman tıbbının gerisine düşmüştü; zira Almanlar kliniğe, laboratuvarı eklemeyi başarmışlardı. Olan biteni kaygıyla izleyen, nedenini anlamaya çalışan Fransızlar, 1863’te Dr. Sigismund Jaccoud’yu yolladılar Almanya’ya: Napoléon işgaline karşı varlıklarını sürdürmek isteyen küçük Alman devletleri bilim ve düşünce yönelmişti. Almanya’nın her yanında birbiri ile dışı dışı yarışan 20’yi aşkın tıp fakültesi kurulmuştu. Fransa’da ise Sorbonne’daki Université de France tekti; akademik yükseltmeler orada gerçekleşir; gerisi “taşra” addedilirdi. Oysa Almanya’da Kiel, Koenigsberg ya da Jena’dan gelen, Berlin ya da Viyana’dan gelenden farklı muamele görmezdi (XX. yüzyılda öne geçen Amerikan tıbbi tamamen Alman ekolüne dayanır).

Dönelim ülkemize. 1973 Türkiye’si hâlâ ümit vardı: Doğu’nun önemli kenti Erzurum’da kürsü kurmak için “Alman tornasından geçmiş” üstün nitelikli bir insanı görevlendiriyor/görevlendirebiliyordu. Almanya üstündü; önce aydınlanmayı, sonra da endüstri devrimini yaşamıştı. Temel ilke “az laf, çok iş” ti. Toplum kişilere göre değil, kurallara göre yönetiliyordu. Esas, ubudiyet değil, liyakattı.

Kemal Hoca’nın vefatını haber alınca Toraks Derneği’nde önemli görevler alan bir arkadaşımı aradım. Nasıl bilirdi Kemal Hoca’yı? Benim kuşağımdandı; ne yazık ki tanıma fırsatını bulamamıştı. Ancak, dedi, “çok önemli insanlar sitayişle bahsettiler ardından. Ne kadar çalışkan adammış, kaç kürsü kurmuş.” Böyledir benim memleke-

*Verba volantes scripta manent = Söz uçar, yazı kalır. Beynelmillel şebekedekiler uçar, yazı kalır.

tim, güzel insanlar yaşarken bilinmez, ölünce – bir bakıma zararsız hale gelince – kendilerinden söz edilir.

Beynelmilel şebekeyi (*international network*) karıştırdım biraz. Meslektaşları Celal Karlıkaya ve Esin Karlıkaya ile birlikte hazırladığı “Tütün ve Sağlık Biyografisi; 1968–2001” son önemli eseri olmalı; yanılıyorsam düzeltin lütfen. Daha sonra Edirne Hudut Gazetesi’nde Ulu Camii’nin son cemaat yerinde saf tutanları gördüm naaşı önünde. Ulu Cami’den daha mükemmel bir seçim olmazdı Kemal Hoca’nın son yolculuğu için. Kadim, sade, sonsuz. Ne kadar isterdim orada olmayı...

Ulu Cami; Edirne’deki en eski, Avrupa topraklarındaki ilk önemli Cuma Camii. 19. yüzyıl sonu zevkine uygun iri çiçek bezemeleri, yalıtım sorunu nedeniyle tahrip olunca, bina restorasyona alınmıştı. Sayısını unuttuğum Edirne gezilerimden birinde mihrabın güneybatısında (Deveci Hanı tarafı), 1403–1414 yıllarından kalma beyaz zemine nakşedilmiş Uzakdoğu’nun sade ama etkili üslubunu çağrıştıran 12 selvi motifini ilk ve son kez gördüm.

Kurosawa’nın Rüya filminin son bölümü. Genç bir kentli, doğayla bütünleşmiş, kendi kendine yeten köyün yaşlı bilgisi ile konuşmaktadır. Uzaktan bir ses duyulur. Genç adam sorar:

- “Bu ne?”
- “Cenaze olmalı! Köyümüzde din adamı olmadığından cenazeleri köylüler götürür tepeye.
- “İyi ama ben neşeli bir müzik sesi duyuyorum. Nasıl olur bu?”
- “Eğer bir çocuk, bir genç yetişkin ölürse pek neşeli olmaz. Ama köyümüz doğa ile uyum içinde yaşadığından bu durum, pek görülmez. İnsan bir gün doğaya geri döner, bu sevinçli bir gündür.”

O sırada yapmakta olduğu işi bırakarak yekinir yaşlı adam:

- “Kusura bakma cenazeye katılmak zorundayım.”

Evine girer, mandarin rengi, kuşaklı tören kıyafetini giyer, elinde küçük bir çan dizisiyle, çiçek toplamaya başlar:

- “Kaç yaşındaydı ölen?”
- “93. Biliyor musun? O benim ilk aşkımdı. Ama beni başka bir delikanlı için bıraktı, bu beni üzdü. Kimileri hayatı sevmiyor, hayret ediyorum onlara. Hâlbuki hayat her gün sürprizlerle dolu ve çok eğlencelidir. Onu doğaya geri vermeye gidiyoruz.”

Neşe içinde elinde çanını çalarak ilerlemeye başlar. Genç adam peşindedir. Uzaktan rengârenk, önde çocuk-



ların yer aldığı tören alayı gözükür, her adımları koreografisi önceden yapılmışçasına gösterişlidir. Nefesliler bandosunun ritmik, sade, yineleyen ezgisine çocuk korosunun vokali eşlik eder. Rüya bu olağanüstü cenaze töreni ile sona erer.

1983’te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı’nı kurmuş Kemal Hoca. 1984’te bendeniz Alanya’ya mecburî hizmete gitmiştim. Her yerleşimin bize anlatacak özel bir hikayesi vardır; onu okuyabilirseniz aydınlanırsınız, yoksa gez, dön, dolaş, hep aynı yerde oyalanırsınız. Anadolu Selçukluları Karadeniz’de Sinop’a, Akdeniz’de Alanya’ya ulaşırlar ilk kez.

Yerlisi yörüktür Alanya’nın. Yörük = yürük = yürüyen = göç-ebe = gök-ebe; yağız yerin üzerinde mavi gökü sonsuza dek kovalayan. Yörükler ölenlerini “gömmezler”; “yataklarlar”. Bu, Kurosawa’nın köylüsünü andıran insancıl yaklaşımdır.

Kemal Hoca giderayak aydınlattı beni; Ocak 1993 tarihli Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nün Birinci Basamak Hizmetlerinin Gelişmesi İçin Aile Hekimliği Eğitimi Raporu’na onun sayesinde ulaştım. Kemal Hocanın, 9 Kasım 1996’da, ilk aile hekimliği uzmanlığı akademik yükseltme sınavı jürisinde yer aldığı da yazıyı kaleme alırken öğrendim. Belge ve bilgilere ulaşmanın böylesi tesadüflere bağlı olduğu ülkelerde kuşakların deneyimi birbirine eklenemez. Bu ülkeler başkalarının buluşlarının tüketicisi olmak zorunda kalırlar.

Biz de “TAHUD Prof. Dr. Kemal Agun Araştırma Kütüphanesi” ile yataklamalıyız büyüğümüzü. Ancak böylece gelecek kuşaklara karşı görevimizi layıkıyla yapmış olacağız.

LOVAH-WES Hollanda değişim programı deneyimlerim

Vasco da Gama Hareketi (Vasco da Gama Movement – VdGM) Türkiye üyesi olarak değişim programı (International Exchange) çerçevesinde 4-9 Haziran 2013 tarihlerinde Hollanda/Amsterdam’da bulundum. Avrupa Değişim Komitesi’nin (WES – the Dutch abbreviation for Committee for European Exchange) davetlisi olarak Hollanda Ulusal Aile Hekimliği Asistanları Birliği (the Dutch National Association of GP Trainees – LOVAH) tarafından düzenlenen geleneksel LOVAH kongresine katılma şansını yakaladım. Konferans Hollanda’nın Noordwijkerhout şehrinde NH Kongre Merkezinde idi. Noordwijkerhout şehri Amsterdam’dan yaklaşık 30 km uzaklıkta bir şehir. Konferans merkezi konakladığımız otele ait idi. Yaklaşık 1000 kişilik büyük konferans salonunun yanı sıra küçük grup çalışmaları (workshop) için ayrılmış 25 kişilik küçük salonların da bulunduğu büyük bir otel.

İlk gece bir aile hekimliği asistanının evine konuk oldum. Kendisi aile hekimliği uzmanlık eğitiminin üçüncü yılında idi. Ertesi gün aynı aile hekiminin çalıştığı klinikte onunla beraber bir gün geçirdim ve Hollanda’daki aile hekimliği uygulamasını yerinde inceleme fırsatı buldum. Akşam ise diğer Avrupa ülkelerinden LOVAH-WES davetlisi olarak gelen diğer VdGM üyeleri ile tanışma yemeği vardı. Beraber bir botla kanal turuna çıktık. Böylece diğer Avrupa ülkelerindeki aile hekimleriyle de tanışıp farklı ülkelerdeki aile hekimliği işleyişi hakkında da bilgi edinme fırsatım oldu. Üçüncü günün sabahı erken saatlerde bütün WES ve VdGM üyeleri ile Amsterdam Aile Hekimliği Eğitimi Enstitüsü’nda (GP Training Institute) bir araya gelip yaklaşık 3 saatlik bir çalıştay’a (workshop) katıldık. Çalıştayda “bir aile hekiminin hastaya yaklaşımı nasıl olmalı” ve “madde bağımlısı hastalara yaklaşım” konuları işlendi. İnteraktif konu anlatımı şeklinde olan çalıştay iki tiyatro oyuncusunun anlatılanları canlandırmalarıyla birlikte oldukça keyifli geçti. Amsterdam üniversitesindeki bu kısa çalıştayın ardından WES üyeleri eşliğinde tüm VdGM üyeleri ile beraber Amsterdam şehir turu yapıldı. Akşama doğru ertesi gün düzenlenecek LOVAH konferansının gerçekleşeceği otele yerleştik. Kısa bir dinlenmenin ardından otelin olduğu Noordwijkerhout’ta deniz kenarı bir restoranda akşam yemeği ve tanışma partisine katıldık. Dördüncü günün

nün sabahı LOVAH konferansı ve akşam ise gala yemeği ve parti vardı.

Bana ev sahipliği yapacak olan Dr. Floor Prins ile Organizasyon Komitesi aracılığıyla daha Amsterdam’a gitmeden internet üzerinden tanışmış ve haberleşmiştik. Dört Haziran’da öğlen saat 12.00 gibi Amsterdam’da olacağımı ilettiğimde kendisinin o saatte mesaide olacağını söyledi ve ekledi: “WES programına katılan VdGM üyesi bir başka Portekizli aile hekimi de seninle aynı saatte Amsterdam’da olacak ve eğer istersen kendisiyle irtibata geçebilirsin ve buluşacağımız saate kadar Portekizli aile hekimi arkadaşla Amsterdam’ı gezebilirsin.” İyi fikirdi. Tek başıma olmaksızın bir başka aile hekimiyle hiç bilmediğim bir şehri keşfetmek bana daha cazip gelmişti. Saat öğlen 12.00’de Amsterdam Schipol havalimanındaydım. Öğlen 13.00 gibi Portekizli Dr. Filipa Santos ile Amsterdam Tren istasyonunda buluştuk. Bir kanal şehri olup 1281 tane köprüsü olan Amsterdam’ı gezdik. Mesai bitiminde saat 17.00 gibi Dr. Floor Prins ve Dr. Filipa’ya ev sahipliği yapacak olan diğer WES üyesi Dr. Sofia bize katıldılar. Beraber sohbet edip soğuk birer limonata içtikten sonra Dr. Floor’un evine gitmek üzere ayrıldık.

Amsterdam’da hemen herkesin bir bisikleti olduğunu veya bisiklet kiralayarak ulaşımını sağladıklarını gördüm. Biz de şehir merkezinden Dr. Floor’un evine bisikletle gittik. Merkezden bisikletle 10 dakika uzaklıkta, klasik küçük bir Amsterdam evinde tek başına yaşıyordu Dr. Floor. İki odalı, küçük bir de balkonu olan sevimli bir evdi. Beraber akşam yemeği yedik ve sohbet ettik. Ertesi gün sabah kahvaltımızı yaptıktan sonra Dr. Floor’un çalıştığı kliniğe gittik. Mesailer sabah 08.00’de başlayıp 17.00’de bitiyordu. Fakat randevulu gelecek hasta yoksa 16.30’da çıkabiliyorlardı. Waterlelie adlı klinikteki diğer aile hekimleri, sekreter ve asistan olarak çağırıldıkları hemşire gibi görev yapan kişilerle tanıştım ve polikliniğe geçtik. Klinikte hemşireleri yoktu. Medikal asistan dedikleri yardımcı elemanları vardı. Medikal asistanlar hemşire değildi fakat enjeksiyon yapma, kan alma ve cerrahi işlemlerde doktora yardım etme gibi görevleri yerine getiriyorlardı. Bu konuda eğitilmiş kişilerdi. Burası bizdeki aile sağlığı merkezlerine benzer bir klinikti. Üç doktor, üç asistan ve iki

sekreter çalışıyordu. Her doktorun ayrı bir odası vardı. Ayrıca asistanlardan birinin hastalara solunum fonksiyon testini yaptığı bir odası vardı. Klinikte bir de küçük cerrahi işlemlerin yapıldığı bir oda bulunuyordu. Nevüs eksizyonu ve lipom eksizyonu gibi küçük cerrahi girişimler yapıyorlar, cerrahi materyalini bir form eşliğinde hastaya verip patolojiye göndertiyorlardı.

Hastalar içeri girince sağ taraflarında sekreterlerin olduğu desk bulunuyordu. Deskin karşısında 12-13 kişilik bir bekleme salonu vardı. Doktorlar beyaz önlük giymiyorlardı. Hastalar sekreterden telefonla randevu alıp geliyorlardı. Doktor bilgisayarında sırada kaç kişinin beklemediğini ve hastaların isimlerini görebiliyordu. Listede ev ziyareti yapacakları kırmızı renkte, telefonla aranacak hastalar yeşil renkte, cerrahi girişim yapılacak hastalar sarı renkte görülmüyordu. Ev ziyaretlerini saat 12.00-13.00 arasında yapıyorlardı. Ev ziyareti yapılan hastalar; 65 yaş üstü kronik hastalığı olan ve sürekli doktor kontrolündeki hastalardı. Zaten yatalak ya da düşkün yaşlılar devlet tarafından özel bakımevlerine yerleştirildiklerinden ve o bakımevlerinin kendi doktorları olduğundan ev ziyareti yaptıkları, yatalak hastalar değildi. Hollanda'dan farklı olarak bizim kültürümüzde yaşlı hastaların bakımını kendi aile bireyleri üstlendiğinden, evde bakım hizmeti verenlerin çoğunu yatalak hastalar oluşturmaktadır. Saat 13.00-14.00 arası telefonla görüşme randevusu alan has-

talari telefonla arayıp görüşüyorlardı. Telefon görüşmesi yapılan hastalar; kullandıkları ilaçla ilgili sıkıntıları varsa bunları danışıyor ya da ufak sağlık sorunlarını danışıp aile hekimliği merkezine gelmeye gerek olup olmadığını soruyorlardı.

Dr. Floor sıradaki hastasını bekleme odasına gidip çağırıyor, hasta odaya girerken elini sıkıyor ve hastaya beni tanıtıp görüşme sırasında odada bulunmamın mahsuru olup olmadığını soruyordu. Tüm hastalarla ben de el sıkışıp görüşme boyunca Dr. Floor'a eşlik ettim. Arada Dr. Floor bana dönüp İngilizce olarak hastanın ne şikayeti olduğunu tercüme ediyordu. Ayrıca bazı hastalara İngilizce biliyorlarsa şayet şikayetlerini İngilizce anlatabileceklerini söyledi. Bu şekilde iki hasta ile İngilizce görüşme yaptık.

Saat 10.00-10.30 arası çay-kahve molaları vardı. Molada kahve içip sandviç gibi atıştırmalık bir şeyler yedikleri bir mutfak odasında zamanlarını geçiriyorlardı. Böylece yorulmadan sürekli güler yüzle hasta görüşmesi yapmaya devam edebiliyorlardı. Tüm gün Dr. Floor tarafından yaklaşık 20 hasta görüldü. Bunların içinden üç hasta ya nevüs eksizyonu yapıldı. Bir hasta telefonla aranıp şikayetlerine yönelik önerilerde bulunuldu ve bir hasta evinde ziyaret edilip değerlendirildi.

Yaklaşık 16 milyon üzerinde nüfusu olan Hollanda'da 8200'ün üzerinde aile hekimi bulunmakta, bir aile



hekimine ortalama 2350 hasta düşmektedir. Kişiler kendi aile hekimlerini kendileri seçebilmekte ve bir yıldan önce aile hekimlerini değiştirememektedir. Bizde bir aile hekimine düşen nüfusun 3500-4000 olduğunu söyledim de oldukça şaşırdılar.

Dr. Floor randevu sırasına göre baktığı hastalara ortalama 10 dakika ayırıyordu. O gün gelen hastaların şikayetleri genel olarak kulak ağrısı, karın ağrısı ve üst solunum yolu şikayetleriydi. Kulak ağrısı olan hastaları otoskop ile muayene etti. Karın ağrısı olan hastayı bir takım tetkikleri yaptırmak üzere hastaneye sevk etti. Merkezde yapılamayan kan tahlili veya radyolojik tetkikler için hastaya bir form veriliyor ve anlaşmalı oldukları hastane veya laboratuvara yönlendiriliyorlardı. Doktor tarafından alınan cerrahi materyaller ise Aile hekimliği merkezi tarafından anlaşmalı oldukları laboratuvar veya hastaneye gönderiliyordu. Ayrıca Aile hekimleri tetkik sonuçlarını kendi bilgisayarlarında görebiliyorlardı.

Dr. Floor görüştüğü hastaların tanı ve muayene notlarını bilgisayarına düşüyordu. Tanı girildiğinde tedavi kısmında bu tanıya uygun yazılabilecek ilaç listesi (etken madde) otomatik olarak çıkıyordu. Bunun büyük bir rahatlık olduğunu düşünüyorum. Böylece ilaç adlarını ezberleme derdi kalmamış oluyor. Hastalar kliniğe en yakın eczaneden sadece adlarını ve soyadlarını söyleyerek ilaçlarını alabiliyorlar. Eğer kliniğin uzağındaki başka bir

eczaneden ilaçlarını almak istiyorlarsa doktor, reçete kağıdı yerine ilaçların yazılı olduğu küçük bir bilgisayar çıktısını alıp, kaşesini vuruyor ve hastaya veriyor. İnsülin dahil her ilacı reçete edebiliyorlar. Hollanda'da reçetesiz ilaç satmak yasak. Reçetelere ilaçların etken maddesi yazılıyor, jenerik isim belirtilmiyor.

Görüşmeye gelen hastaların çoğu orta yaşlı idi. Bunlardan sadece ikisi çocuk, üçü 25-30 yaşında genç hasta, diğerleri 35-45 yaş ve üstünde idi. Gençler kulak ağrısı ve üst solunum yolu şikayetleri ile gelmişti. Yaşlı hastaların çoğu kronik problemler nedeniyle başvuruyordu. Tansiyon şikayeti olan hastaların tansiyonlarını Dr. Floor kendisi ölçüyordu. Tanı ve tedavisinde zorlandığı komplike hastaları kliniğin patronu olan uzman Dr. Edvard'ı çağırarak danışıyordu. Dr. Edvard orta yaşlı, deneyimli bir aile hekimliği uzmanıydı.

Hastaların bütün verileri elektronik ortamda saklanıyor. Ayrıca radyolojik tetkik raporları, ilaç kullanım raporları gibi belgeler arşivleniyor ve hastanın dosyasına konuluyordu. Karakteristik Hollanda aile hekimliği uygulamasını sisteme giriş kapısı (gatekeeping) olarak nitelendiriyorlar. Yani Hollanda'da tam bir sevk zinciri bulunmaktadır. Bunun anlamı hastalar aile hekimine gelmeden diğer uzmanlık birimlerine başvuramıyorlar. Şayet diğer uzmanlara doğrudan başvururlarsa çoğu sigorta bunu karşılamıyor, yani kişinin ekstradan para ödeme-



si gerekiyor. Kişinin sevkle gideceği hastane ve bölümü aile hekimi belirliyor. Eğer o bölümde birden çok doktor varsa hasta gitmek istediği doktoru kendisi seçebiliyor.

Polikliniğe gelen hastanın bütün sağlık özgeçmişini doktorun ekranında görülebilir. Aile hekimleri gebe izlemi ve çocuklar için aşı uygulamalarını ve kanser taramalarını yapmıyorlar. Bunların yapıldığı özel klinikler var; oralarda dal uzmanları tarafından yapılıyor.

Hollanda'da tıp fakültesi altı yıl. Mezun olduktan sonra hastanede çalışıp uzmanlık yapacakları alanı belirliyorlar. İsteyen aile hekimliği uzmanı, isteyen diğer uzmanlık alanlarından birini seçebiliyor. Aile hekimliği uzmanı olmak için 3 yıl, diğer uzmanlık alanları için ise 4-5 yıl ihtisas görmek gerekiyor.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi:

1. yıl: Klinikte (Üniversite tarafından belirlenen bir aile hekimliği uzmanının kliniğinde) haftada dört gün çalışıp, bir gün üniversitede eğitim alıyorlar.

2. yıl: Hastanede: Akut hastalıklar: 6 ay, kronik hastalıklar: 3 ay, psikiyatri: 3 ay, yine haftanın dört günü hastanede, bir gün üniversitede eğitim var.

3. yıl: Tekrar klinikte haftanın dört günü çalışıp bir gün üniversitede eğitime katılıyorlar.

Üniversite eğitimleri sırasında asistanların danışmanları (supervisor) var ve her hafta ödev yapıyorlar, araştırma yapıyorlar, makale çeviriyorlar. Eğitim günlerinde danışmanlar asistanlara hasta görüşme videoları izletiyorlar. Videolar üzerinden eğitimler de alıyorlar. Eğitim günlerinin sabahını genelde hasta-hekim ilişkilerini geliştirmeye yönelik çalışmalara, öğleden sonraları ise klinik beceri ve tıbbi araştırmalara ayırıyorlar.

Asistanlığa başladıklarında hangi bölgedeki klinikte çalışacaklarına üniversite karar veriyor fakat bazı kliniklerde açık yerler varsa orayı tercih etmek istediklerini söyleyebiliyorlar. İstenme sırasına göre son kararı yine üniversite veriyor. Aile hekimliği asistanlarının uzman olduktan sonra üniversiteye bağlı bir klinikte en az beş yıl çalışmaları gerekiyor.

Aile hekimliği asistanlarının ayda bir acil nöbetleri oluyor. Nöbetler ve ev ziyaretine gittikleri hastalar için devlet tarafından ekstra ücret alıyorlar. Bu arada her aile

hekimliği uzmanı 10000 Euro, her aile hekimliği asistanı 2500-3000 Euro civarında maaş alıyor. Aile hekimi isterse klinikte sadece yarım gün çalışabilir, fakat maaşı da ona göre ayarlanıyor.

Biraz da LOVAH ve kongreden bahsetmek isterim. LOVAH, 1980'li yıllarda aile hekimliği asistanları tarafından oluşturulmuş ve şu anda yaklaşık 1500 aile hekimliği asistanından %98'nin üye olduğu bir dernek. WES, LOVAH'ın uluslararası kongre ve değişim programlarıyla ilgilenen kısmı ve 2005 yılında kurulmuş. Yaklaşık 15 farklı ülkeden aile hekimini ağırlayan ve kusursuz bir organizasyona ev sahipliği yapan LOVAH'ı görünce biz de acaba bir gün böyle organizasyonlara ev sahipliği yapabilecek miyiz diye düşünmedim değil. Gerek iki gün boyunca bana ev sahipliği yapan aile hekimi arkadaş olsun, gerekse son iki gün konakladığımız otele ulaşımımızı sağlayan ve diğer tüm güzel organizasyonlarla ilgilenen LOVAH-WES üyeleri olsun hepsi çok samimi ve düşünceli insanlardı. O kadar farklı kültürden insanı ağırlayıp memnun etmek kolay değildir. Ama ayrılırken hepimiz sevgiyle ve mutlulukla el salladık onlara.

Yaklaşık 70 yıllık bir aile hekimliği geçmişi olan Hollanda'nın oturmuş sistemini bizimkiyle kıyaslamak haksızlık olur. Fakat bu süreci onların da yaşadığını, onlarda da her şeyin zamanla oturduğunu ve eksikliklerinin zamanla giderildiğini öğrendiğimde içimde bir umut ışığı belirdi. Orada imrendiğim en büyük şey şu oldu; hasta aile hekimine saygılı ve aile hekimleri mutlu. Çünkü tükenmeden, zorlanmadan sınırlı sayıda hasta bakıyorlar. Randevusuz hasta bakılmıyor. Hastaneye gereksiz sevkler yapılmıyor. Emin olun oradaki hastalar da bizimkiler gibi antibiyotik kullanmak istiyor, piyeyi deve yapıyor. Ama doktor oturup karşısına, antibiyotik gereksiz kullanımının yol açacağı zararları anlatırken, bunu anlıyorlar. Çünkü aile hekiminin bunu güzel bir şekilde ifade edebileceği bolca vakti oluyor.

Ülkemizin aile hekimliği alanında kısa sürede çok mesafeler kat ettiğini düşünüyorum. Avrupa'nın şu anda ilerisinde olmasak dahi yakın zamanda onları yakalayabileceğimiz güzel günler, güneşli günler görebileceğimizi zannediyorum. Ülkemizdeki aile hekimliğinin hak ettiği yere geldiği, güzel günlerde çalışmak ve görüşmek ümidiyle...