

Türkiye

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Dergisi

www.turkaihehekderg.org

Cilt 18 Sayı 2 Nisan-Haziran 2014
Volume Number April-June

Türkiye’de birinci basamağın gücü

Mehmet Akman



Yastayız!

Okay Başak

Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları

Hüseyin Üçer, Hamit Sırrı Keten, Özgür Ersoy, Mustafa Çelik, Mustafa Haki Sucaklı, Hasan Kahraman

Yayın Kuralları | Instructions to Authors

* **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Demegü'nün (TAHUD) resmi yayın organıdır. Dergi üç ayda bir çıkar ve dön sayıya bir cilt tamamlanır. Derginin yayını dili Türkçe'dir, Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayınlanabilir.

* Derilinin içeriğini Aile Hekimliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konular oluşturmaktadır. Dergi, araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, derlemeleri (derlemeler, sadece davet ile kabul edilmektedir), sürekli tıp eğitime katkıda bulunacak yazılar, kısa raporları, başmakaleleri, editöre mektupları, önemli uluslararası belgelerin çevirilerini, yayını tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.

* Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha (önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayını için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayınlanabilir.

* Dergimiz ve derneğimiz yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiç bir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntı, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

* Dergiye gönderilen yazılar yayını kurulu tarafından incelenir. İncelenme sonucu derginin yayını amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayını amacına ve yayını kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayını tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayını kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.

* Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlarda aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıt göre karar verilir.

* Yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2.5 cm boşluk bırakarak. 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak hazırlanmış Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki işaretler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

* Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

Yazı Çeşitleri

Özgün araştırmalar: Özet, Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tanışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur (özel bilgileri için bakınız Yazı Kuralları). Giriş ve Amaç bölümünde başlıca konuyu, ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunarak konunun bilinen ve bilinmeyen, bilgi birikimi olmayan ya da çelişkili olan yönleri, araştırmanın bu eksiklerden hangisini ve neden tamamlamayı amaçladığı belirtilmelidir. Ayrıca bu bölümde çalışmanın aile hekimliğine beklenen katkısı ve uygulamada ne tür değişikliklere yol açmasının öngörüldüğü yer almalıdır. Gereç ve Yöntem bölümünde çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği ve örneklerin nasıl yapıldığı belirtilmeli, kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb) ayrıntılı olarak tanıtılmalı ve ölçeklerin geçerlik güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirme konusunda bilgi verilmelidir. Bulgular bölümünde, araştırma sonucu elde edilen bulguları ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, her ikisinde birden yinelenmemelidir. Tartışma bölümünde araştırmada elde edilen bulguların önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği eklenmelidir. Sonuç bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgulara dayanılarak varılan ana sonuçlar vurgulanmalı, aile hekimliğine katkısı aykırı olarak kaçınılmalı öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarındandır. Özgün araştırma yazıları, özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

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

Yorum yazıları ve editöre mektuplar: Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini geliştirmelerden haberdar

etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

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

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

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

Başmakale (Editöryal): Dergi yayını politikası ve yayını ilkeleri hakkıyla bilgi vermek ve Dergide yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konuları tartışma amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlarda dışından editöryallerin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilirler.

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıklar izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 100 en çok 350 sözcükten oluşmalı; özgün araştırma yazılarının özelleri şu alt başlıklar altında yapılandırılmalıdır: Amaç (Objectives) Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusions). Özellere Türkçe ve İngilizce en çok 3'er anahtar sözcük eklenmelidir.

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

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içinde geçiş sırasına göre parantez içinde verilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayını ise et al.) eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için bkz. http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler:

Makaleler için:

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

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

Kitap bölümü için:

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

İnternet sayfası için:

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

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

Yazıların Gönderilmesi

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

Baş Editör | Editor-in-Chief
Prof. Dr. Okay Başak

Editörler | Editors
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Prof. Dr. Dilek Güldal
Doç. Dr. Pınar Topsever
Doç. Dr. Ümit Aydoğan
Doç. Dr. Mehmet Akman

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board
Doç. Dr. Mehmet Akman
Uz. Dr. Işık Gönenç
Uz. Dr. Birgül Coşkun
Uz. Dr. Emrah Kırımlı
Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Sahibi | Owner
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Okay Başak

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor
Doç. Dr. Mehmet Akman

Yönetim Yeri | Administration Office
TAHUD Genel Merkezi
Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

Yazışma Adresi | Business Correspondence
e-posta: tahud@tahud.org.tr

Teknik Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator
Hüseyin Kandemir, huseyin@medikalakademi.com.tr

Grafik Tasarım | Graphic Design
Perihan Demirbaş, info@medikalakademi.com.tr

Sayfa Düzeni | Application
Tuba Günvar, tuba@medikalakademi.com.tr

Yayınevi | Publisher
Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Sti.
Halaskargazi Cad. No: 172, D: 134 - Şişli / İstanbul
Tel: (0537) - 309 29 55, Faks: (0212) 233 90 61
www.medikalakademi.com.tr



Kapak Resmi: Darren Thompson, Kazma 12x16cm, yağlı boya
Pickaxe / Kazma, ağır maden işçiliği ve işçi ölümleri hakkında
Thompson, tarafından yapılan resim serisinin önemli
örneklerinden sadece bir tanesi....

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board
Prof. Dr. Zekeriya Aktürk (Aile Hekimliği)
Atatürk Üniv. Tıp Fak. / Erzurum
Prof. Dr. Nafiz Bozdemir (Halk Sağlığı)
Çukurova Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Adana
Prof. Dr. Esra Saatçi (Aile Hekimliği)
Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana
Prof. Dr. Recep Erol Sezer (Halk Sağlığı)
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. - Aile Hek. ABD / Sivas
Doç. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara
Prof. Dr. Mehmet Ungan (Aile Hekimliği)
Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara
Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu (Aile Hekimliği)
Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board
Prof. Dr. Thomas Freeman (Family Medicine)
The Schulich School of Medicine and Dentistry,
The University of Ontario / Ontario, Canada
Prof. Dr. Michael Kidd (Family Medicine)
Faculty of Health Sciences, Flinders University /
Adelaide, Australia
Prof. Dr. Jan De Maeseneer (Family Medicine)
Faculty of Medicine and Health Sciences,
University of Ghent / Ghent, Belgium
Prof. Dr. Waris Qidwai (Family Medicine)
Aga Khan University / Karachi, Pakistan
Prof. Dr. Richard G. Roberts (Family Medicine)
School of Medicine and Public Health,
University of Wisconsin / Madison, WI, USA
Prof. Dr. Moira Stewart (Epidemiology & Biostatistics)
The Schulich School of Medicine and Dentistry,
The University of Ontario / Ontario, Canada
Assoc. Prof. Nabil D. Sulaiman (Family Medicine)
College of Medicine, University of Sharjah /
United Arab Emirates
Prof. Dr. Chris van Weel (Family Medicine)
Nijmegen Medical Centre, Radboud University /
Nijmegen, The Netherlands

Başmakale | Editorial

Yastayız! | 53

We are in mourning!

Okay Başak

Araştırmalar | Research Articles

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde 2007-2012 döneminde diyabetik ayağa bağlı operasyon olan hastaların özellikleri ile yaş ve cinsiyetin diyabetik ayak operasyonlarını tahmin ettirici etkisi | 54

Characteristics of patients with diabetic foot ulcer who underwent amputation or surgical debridement in Cumhuriyet University Hospital between 2007-2012, and effect of age and gender on diabetic foot ulcer related amputation or surgical debridement

Pınar Kalpakçı, Recep Erol Sezer, Sarper Yılmaz, Hayati Öztürk, Selman Erturhan

Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları | 58

Knowledge, attitudes and practices of family physicians about smoking cessation

Hüseyin Üçer, Hamit Sırrı Keten, Özgür Ersoy, Mustafa Çelik, Mustafa Haki Sucaklı, Hasan Kahraman

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği | 63

Prenatal Care Services in Bursa

Binali Çatak, Can Öner, Mehmet Gülay, Sevgi Baştürk, İrfan Oğuz, Resul Özbek

Durum Raporu | Position Paper

Türkiye'de birinci basamağın gücü | 70

Strength of primary care in Turkey

Mehmet Akman

Özetler | Abstracts

4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri 07-10 Kasım 2013 | 79

Abstracts presented at the 4th FamilyMedicine Research Days Nov. 2013, İzmir / Turkey

07-10 Kasım 2013 - İzmir & 07-10 November 2013, İzmir / Turkey

Olgu Sunumu | Case Report

Çocukluk Çağında Diyabetin Nadir Bir Nedeni: Glukokinaz Mutasyonu (MODY2) | 110

MODY2: A Rare Cause of Diabetes in Children

Hale Ünver Tuhan, Ahmet Anık, Gönül Çatlı, Sefa Kızıldağ, Ayhan Abacı, Ece Böber

Sekonder amenore ile başvuran bir ailevi Akdeniz ateşi olgusu | 113

Secondary amenorrhea as the presenting symptom of familial Mediterranean fever

Onur Sakallıoğlu, Hülya Parıldar

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i

Yastayız!

We are in mourning!

Okay Başak¹

Değerli okuyucular,

Dergimizi yayına hazırlarken hepimizi derin acıya boğan bir iş kazası meydana geldi. Soma'da bir maden ocağında gerçekleşen facia, "iş kazası" mı yoksa "iş cinayeti" mi tartışmalarını da beraberinde getirdi. Adına ne dersek diyelim, bir iş güvenliği sorunu olduğu apaçık ortadadır. İş ve işçi güvenliği sorunu işçi sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Şimdi kamuoyu, güvensiz koşullarda çalışan işçilerin durumuna dikkat çekmeye çalışıyor ve iş güvensizliği sorunu özellikle çalışma yaşamında giderek yaygınlaşan taşeronlaşma ile ilişkilendiriliyor.

Dergi olarak Soma'da yaşamını yitiren işçilerimizi saygıyla anıyoruz. Tüm Türkiye'nin başı sağ olsun! 21. Yüzyılda özellikle yer altı maden ocaklarında iş güvenliği ve işçi sağlığının tüm dünyada geldiği nokta dikkate alındığında Türkiye'nin acil alması gereken önlemler bulunmaktadır. İş güvenliği standartlarıyla ilgili ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) sözleşmesini ülkemiz acilen imzalamalı ve gereklerini yerine getirmelidir.

Ülkemiz sağlık sistemini değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Özellikle birinci basamak sağlık sistemini uluslararası standartlara göre değerlendiren birkaç çalışma bulunmaktadır. Otuz bir Avrupa ülkesinde birinci basamak sağlık sistemlerini değerlendiren araştırmasında Kringos, Türkiye'nin yapısal özellikler bakımından orta derecede güçlü ancak uygulama özellikleri bakımından zayıf ülkeler arasında yer aldığını saptamıştı^[1].

Bu sayımızda editörlerimizden Doç. Dr. Mehmet Akman, ülkemizde birinci basamağın gücü konusuna, özellikle yapılan iki araştırma bağlamında daha ayrıntılı ışık tutmaktadır^[2]. Değerlendirmeler özellikle sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda önemli bir boşluğun olduğunu göstermektedir. Sayın Akman'ın bu yazısının tartışılacağını düşünmekteyim. Konuyla ilgilenen akademisyenlerimizin ve okurlarımızın eleştiri ve yorumlarını gelecek sayılarımızda özel bir editöryal köşesinde yayınlamak istiyoruz.

Dergimiz bu sayıdan itibaren yeni bir yayıncı kuruluş tarafından yayınlanmaya başlamıştır. Dergimizin yayına başladığı 1997 yılından bu yana 17 yıl aralıksız olarak dizgi ve baskısını yapan DEOMED Yayıncılık'a sonsuz teşekkürlerimizi ifade etmek istiyorum. Dergimizin bu noktaya gelmesinde onların emeği çok büyüktür. Şimdi yeni yayıncı kuruluşumuz Medikal Akademi ile Dergimizi daha da ileriye taşıyacağız. Hedefimiz, kuşkusuz, Pubmed ve SCI kapsamında taranan bir dergi olmaktır.

Gelecek sayımızda buluşmak dileğiyle...

Kaynaklar

1. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013 63(616):742-50.
2. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(2):70-8.

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

Characteristics of patients with diabetic foot ulcer who underwent amputation or surgical debridement in Cumhuriyet University Hospital between 2007-2012, and effect of age and gender on diabetic foot ulcer related amputation or surgical debridement

Pınar Kalpakçı¹, Recep Erol Sezer², Sarper Yılmaz³, Hayati Öztürk⁴, Selman Erturhan⁵

Özet

Amaç: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde amputasyon ve debridman operasyonları yapılan hastaların özelliklerinin tanımlanması ve bu özelliklerden yaş ve cinsiyetin operasyona neden olma riskinin tahminidir.

Yöntem: Çalışma için Ocak 2007-Mart 2012 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 'Ortopedi ve Travmatoloji' ve 'Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi' Anabilim Dalları'nda diyabetik ayak sonucu yapılan tüm amputasyon ve debridman operasyonları retrospektif olarak tarandı, toplam olgu sayısı 144 idi. Diyabette yaş ve cinsiyetin diyabetik ayağa bağlı operasyonlara yol açma riskini hesaplayabilmek için 2008'de yapılmış Sivas diyabet prevalansı toplum taramasının diyabetikleri kontrol grubu (n=237) olarak seçildi. Diyabetiklerde yaş ve cinsiyetin diyabetik ayak operasyonlarıyla ilişkisini araştırmak üzere çoklu lojistik regresyon analizi tekniğini kullandık.

Bulgular: 2008-2011 döneminde yıllık operasyon sayısı ortalama 27.4 dür. Lojistik regresyonla yapılan analiz sonucu diyabetik ayağa bağlı operasyon riski yaşa göre düzeltilmiş (adjusted) odds oranı ve buna ait %95 güven sınırları; erkeklerde kadınlara göre 4,5 (2,78-7,58) olarak tahmin edilmiştir (p<0,01). Cinsiyete göre düzeltilmiş (adjusted) yaş ile ilgili odds oranları; 60-69 yaş grubunda 43-59 yaş grubuna göre 2,47 (1,36-4,49) (p<0,01), 70 yaş ve üzerinde 43-59 yaş grubuna göre 9,4 (5,11-17,36) (p<0,01) olarak tahmin edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma hastanenin diyabetik ayak amputasyonları yönünden yükünü tanımladığı gibi, bu çalışma ile diyabetiklerde yaşın ve cinsiyetin, diyabetik ayak nedeniyle operasyon (amputasyon ve debridman) riskini ne kadar artırdığı da tanımlanabilmiştir. Diyabetik ayağa bağlı amputasyon ve debridman operasyonları ile erkek cinsiyet arasındaki güçlü ilişki teyit edilmiş ve bu ilişkinin kuvveti tahmin edilmiştir. Bu ilişkinin nedenlerinin açıklanabilmesi için yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Diyabetik ayak, amputasyon, debridman

Summary

Objective: To describe the characteristics of the patients with diabetic foot ulcer who underwent surgical debridement or lower extremity amputation, and to examine the effect of gender and age on surgical debridement or amputation among patients with diabetes.

Methods: The medical records of all patients with diabetes who underwent surgical debridement or lower extremity amputation at the Plastic and Reconstructive Surgery or Orthopedics Clinics of Cumhuriyet University Hospital in Sivas (Turkey) during the period between January 2007 and March 2012 were reached by medical record screening. Of all cases (n=144), 122 underwent amputation, 22 surgical debridement. In order to estimate the effect size of age and gender on amputation or surgical debridement we used a control group (n=237) that included all diabetics identified in a population diabetes screening study conducted in Sivas in 2008. Multiple logistic regression analysis was used to estimate the adjusted odds ratios, and the model used included age and gender as independent variables.

Results: The mean number of patients with diabetic foot ulcer who underwent amputation or surgical debridement per year between 2008-2011 was 27.4. Compared with female diabetics, age adjusted odds ratio for amputation or surgical debridement was 4.5 (95% CI:2.78-7.58) in male diabetics (p<0.01). Compared with diabetics aged 43-59 years, gender adjusted odds ratio for amputation or surgical debridement was 2.47 (95% CI:1.36-4.49) in diabetics aged 60-69 years 0.01 and 9.4 (95% CI: 5.11-17.36) in diabetics aged >=70 years (p<0.01).

Conclusions: This study let us determine the yearly burden in the hospital regarding amputation or surgical debridement related to diabetic foot ulcer, and supported the evidence that men are more likely to undergo diabetes related lower extremity amputation or surgical debridement. New studies are needed to understand the causes for this gender difference.

Key Words: Diabetic foot, amputation, debridement

Günümüzde hızla gelişen yeni tedavi yöntemlerine paralel olarak diyabetli hastaların yaşam süresi uzamıştır. Ancak hastalığın kronik komplikasyonları hala önemli mortalite ve morbidite nedenleridir. Bu komplikasyonlardan nöropati ve periferik arter hastalığının sonucu meydana gelen iskemi zemininde, aşırı basıncın ve enfeksiyonun da

katılmasıyla oluşan diyabetik ayak; organ kaybına götürebilen, bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden çok fazla tahribata yol açan bir komplikasyondur.^[1] Her diyabet hastasının yaşamı boyunca %15 oranında diyabetik ayak ülseri gelişme riski vardır.^[2] Bu hastaların %7-20'sinde, sonunda, bir alt ekstremitte amputasyonu gerekmektedir.^[2]

1) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Arş. Gör. Dr., Sivas
2) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Sivas
3) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr., Sivas
4) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr., Sivas
5) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dr., Sivas

Morbidite ve mortalitenin önemli bir nedeni olan diyabetik ayak ülseri, Amerika’da yapılan bütün nontravmatik amputasyonların yaklaşık üçte ikisini oluşturmaktadır.^[3,4] Bu çalışmanın amacı, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi’nde diyabetik ayağa bağlı amputasyon ve debridman operasyonları yapılan hastaların özelliklerinin tanımlanması ve bu özelliklerden yaş ve cinsiyetin operasyona neden olma riskinin tahminidir. Diyabetikler arasında diyabetik ayağa bağlı operasyon ihtiyacının oluşması yönünden yüksek riskli grupların belirlenmesi, Aile Hekimliği çalışmalarında diyabetiklerin bu açıdan daha etkili korunmalarına ve daha erken tanı almalarına aracılık edebilir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, Ocak 2007- Mart 2012 tarihleri arasındaki Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi “Ortopedi ve Travmatoloji” ve “Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi” Anabilim Dalları’nda diyabetik ayak sonucu yapılan tüm amputasyon ve debridman operasyonları retrospektif olarak taranarak başlandı. Bu tarihler arasında diyabetik ayak sonucu operasyon olan toplam olgu sayısı 144 idi. Tarama sonucu kaydettiğimiz hasta özellikleri arasında; dosya numarası, cinsiyet, yaş, diyabet süresi, operasyon yılı, ek hastalıklar (periferik vasküler hastalık, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve diğer komorbiditeler), sigara kullanımı, hayatta olup olmadığı, operasyon şekli ve operasyonun yapıldığı klinik, reamputasyon ve bu hastaların ilk amputasyon yılı yer alıyordu. Bu özelliklere hasta dosya-larından ulaşıldı. Diyabette yaş ve cinsiyetin diyabetik ayağa bağlı operasyonlara yol açma riskini hesaplayabilmek için 2008’de yapılmış Sivas diyabet prevalansı toplum taramasının diyabetikleri kontrol grubu (n=237) olarak seçildi.

Çalışmamızda verinin analizi ve tasnifi için SPSS.20 programı kullanıldı. Diyabetiklerde yaş ve cinsiyetin diyabetik ayak operasyonlarıyla ilişkisini araştırmak üzere çoklu lojistik regresyon analizi tekniğini kullandık. Kontrol grubunda yalnızca yaş ve cinsiyet bilgilerinin olması ne-

deniyle lojistik regresyon modeline bağımsız değişkenler olarak sadece yaş ve cinsiyet alındı. Bağımlı değişken ise olgu-kontrol olma durumuydu. Sonuçlar düzeltilmiş odds oranı (adjusted odds ratio) olarak ifade edildi.

Bulgular

Diyabetik ayak sonucu, Ocak 2007 - Mart 2012 tarihleri arasında, hastanemizde operasyon olan 144 olgunun; 106’sı (%73,6) erkektir. 26’sı (%18) 43-59, 41’i (%28,5) 60-69 yaşları arasında, 77’si ise (%53,5) 70 yaş ve üzeridir. Bunların 122’sine amputasyon, 22’sine debridman yapılmıştır. 237 kişilik kontrol grubunun 96’sı (%40,5) erkektir. 116’sı (%48,9) 43-59, 80’i (%33,8) 60-69 yaşları arasında, 41’i (%17,3) ise 70 yaş ve üzeridir (Tablo 1). Çoklu lojistik regresyonla yapılan analiz sonucu diyabetik ayağa bağlı operasyon riski yaşa göre düzeltilmiş odds oranı ve buna ait %95 güven sınırları; erkeklerde kadınlara göre 4,5 (2,78-7,58) olarak tahmin edilmiştir (p<0,01) (Tablo 2). Cinsiyete göre düzeltilmiş (adjusted) yaş ile ilgili odds oranları; 60-69 yaş grubunda 43-59 yaş grubuna göre 2,47 (1,36-4,49) (p<0,01), 70 yaş ve üzerinde 43-59 yaş grubuna göre 9,4 (5,11-17,36) (p<0,01) olarak tahmin edilmiştir. Yapılan operasyonların 99’u (%68,5) hastanemiz Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı’nda, 45’i (%31,5) ise Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilmiştir (Tablo 2).

2007 Ocak -2012 Mart tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi’nde diyabetik ayağa bağlı yapılan operasyonların 10’u (%6,9) 2007 yılında, 27’si (%18,8) 2008, 33’ü (%22,9) 2009, 22’si (%15,3) 2010, 43’ü (%29,9) 2011 yılında, 9’u ise (%6,3) 2012 Ocak-Nisan ayları arasında gerçekleşmiştir. 2008-2011 döneminde yıllık operasyon sayısı ortalama 27,4 dür. Amputasyon yapılan 122 hastanın 55’ine (%45,1) minör (tarsometatarsal eklem distalinden yapılan), 67’sine (%54,9) majör amputasyon (tarsometatarsal eklem proksimalinden veya ayak bileğinin üstünden yapılan amputasyon) uygulanmıştır. 46 hastaya (%37,8) reamputasyon yapılmıştır.

Tablo 2: Hekimlerin sigara kullanan hastalarının sigarayı bırakmalarını sağlama konusundaki uygulamaları

Cinsiyet	Yaş	Olgu grubu	Kontrol grubu	Toplam
Kadın	43-59	5 (%13.2)	66 (%46.8)	71
	60-69	10 (%26.3)	50 (%35.5)	60
	70+	23 (%60.5)	25 (%17.7)	48
	Toplam	38	141	179
Erkek	43-59	21 (%19.8)	50 (%52.1)	67
	60-69	31 (%29.2)	30 (%31.2)	58
	70+	54 (%50.9)	16 (%16.7)	69
	Toplam	106	96	202
Toplam	43-59	26 (%18.1)	116 (%48.9)	133
	60-69	41 (%28.5)	80 (%33.8)	118
	70+	77 (%53.5)	41 (%17.3)	117
	Toplam	144	237	381

Olgu grubumuzun, dosyalarına göre, %47,9'unda hipertansiyon, %65,3'ünde periferik vasküler hastalık, %18,8'inde kronik böbrek yetmezliği saptanmıştır. %17,4'ünün ise hayatta olmadığı tespit edilmiştir.

Tartışma

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin diyabetik ayak amputasyonları yönünden yükünü tanımladığı gibi diyabetik ayak operasyonu olan kişilerin bazı özellikler yönünden tanımlanmasına da aracılık etmiştir.

Çalışmamızda cinsiyete göre düzeltilmiş yaşa bağlı odds oranları, amputasyon riskinin yaşla nasıl arttığını Sivas için betimlemiştir. Çalışmamızda diyabetik ayak nedeniyle yapılan operasyonların 43-59 yaş grubuna göre 60-69 yaş grubunda 2,47 kat, 70 ve üzeri yaşlarda 9,4 kat yüksek bulunması, diyabetik ayak ve amputasyonunda ileri yaşın önemli risk faktörlerinden biri olduğunu göstermektedir. Yaşla diyabetik ayak amputasyon riskinin artması, yaşla diyabet süresi ve aterosklerotik sürecin ilişkisinden kaynaklanmış olmalıdır ve beklenen bir sonuç olarak algılanmıştır.

Sivas diyabet prevalansı toplum taramasında diyabetin görülme sıklığının kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 1,5 kat daha fazla bulunmasına rağmen, çalışmamızda diyabetiklerde, diyabetik ayağa bağlı operasyon (amputasyon veya debridman) riskinin yaşa göre düzeltilmiş olarak erkeklerde 4,5 kat yüksek bulunması bu konuda aydınlatılması gereken bir özelliğin olduğunu düşündürmektedir. Yakın dönemde yapılan bazı yayınlarda, diyabetik ayak amputasyonları yönünden erkek cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu ve bunun altında yatan nedenlerin incelenmesi gerektiği görüşleri ifade edilmiştir.^[5] 2001'de ABD'de diyabetik ayağa bağlı amputasyon hızı erkek diyabetiklerde 55/100.000, kadın diyabetiklerde 28/100.000 olarak bildirilmiştir.^[6] Erkek diyabetikler için bildirilen yüksek amputasyon hızı tüm alt gruplar (siyah, beyaz, İspanyol kökenli) için geçerlidir. Erkek cinsiyette amputasyon riskinin yüksekliği için değişik açıklama spekülasyonları tartışılmaktadır.^[5] Erkeklerde sigara kullanımının daha yaygın oluşu sigara kullanımının amputasyonlar için bir risk faktörü olarak dikkate alınması gerektiğini akla getirmektedir. İnsüline bağımlı 943 genç (tip 1) diyabetiğin 25 yıl izlendiği bir çalışmada 87 (%9,2) bireyde alt ekstremitte amputasyonu olayı yaşanmış, amputasyon riski odds oranı erkeklerde kadınlara göre 3.9 (2,29-6,65) olarak saptanırken odds oranının içilen sigara miktarı ile orantılı olarak arttığı bulunmuştur.^[7] Ayakta duyu azalması biçimindeki nöropati odds oranının erkeklerde kadınlardan yaklaşık 2 kat fazla olduğu, sinir ileti anormalliklerinin erkeklerde daha şiddetli olduğu bildirilmiştir^[8-10] Sorensen ve arkadaşları, erkeklerdeki yüksek riskin, boyları gibi sinir boylarının da daha uzun oluşundan kaynaklanabileceğini, uzun liflerin zedelenmeye daha yatkın olduğunu bildirmiştir^[10] Hormonal faktörlerin kadınlar için bu konuda koruyucu bir rol oynayabileceği de öne sürülmektedir.^[11] Üzerinde durulan diğer bir faktör de erkekler ve kadınlar arasındaki biyomekanik özelliklerin farklılığıdır. Bir çalışmada oynak mobilitesindeki azalmanın ve yüksek ayak basıncının diyabetik ayak yaralarının oluşmasına katkı sağlayabileceği öne sürülmüş, erkeklerde

oynak mobilitesinin kadınlardan daha düşük olduğu, ayak basıncının ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[12]

Yakın dönemde yapılan bir sistemik derlemede diyabetik ayak yaralarının oluşumu yönünden de erkek cinsiyet riskli olarak bildirilmiştir.^[13] Diyabetik ayak ülseri risk faktörlerini belirlemek üzere yapılmış bu sistematik derlemede; diyabetik ayak ve cinsiyet ilişkisini ortaya koyan 34 çalışma değerlendirilmiştir, 10 çalışmada istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiş ve bunların tümünde erkek cinsiyet için risk artışı bulunmuştur.^[13] Demir T. ve ark. bir çalışmada; İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2002 yılından itibaren 8 yıllık periyotta izlenen 232 diyabetik hastadaki 288 ayak ülserinin %64,7'sinin erkeklerde, %35,3'ünün ise kadınlarda meydana geldiğini gösterdiler.^[14] Sivas'ta yapılan bir diyabet ve diyabetik alan taramasında diyabetik ayak prevalansı, erkeklerde belirgin düzeyde yüksek bulunmuştur.^[15] Diyabetiklerde, diyabetik ayağa bağlı amputasyon ve debridman yönünden erkek cinsiyetin dezavantajlı olduğu yönündeki saptamalar, bu çalışma ile Sivas için de doğrulanmış olmaktadır. Çalışmamızda amputasyon veya debridman operasyonu olanlar arasında erkeklerin oranı %73,6'dır. Bu oran İzmir Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 213 diyabetik ayağa bağlı amputasyon olgusu için %72,3 olarak bildirilmiştir. Erkek diyabetiklerin diyabetik ayağa bağlı amputasyon riskinin yüksekliğinde, erkek diyabetiklerde diyabetik ayak yarası riskinin yüksek oluşunun da payı olmalıdır.

Bu çalışma daha önce aynı isimle bir bildiri olarak sunulmuş ve özet olarak yayınlanmıştır.^[16] Bildiride kontrol grubu olarak yine Sivas diyabet prevalansı toplum taramasının diyabetikleri kullanılmıştı, fakat bu diyabetikler içerisinde diyabetik ayağı olan 13 kişi kontrol grubundan dışlanmıştı. Bu nedenle bu bildiride diyabetik ayağa bağlı operasyon riski yaşa göre düzeltilmiş odds oranı ve buna ait %95 güven sınırları; erkeklerde kadınlara göre 4,9 (2,95-8,14), cinsiyete göre düzeltilmiş (adjusted) yaş ile ilgili odds oranları ise; 60-69 yaş grubunda 43-59 yaş grubuna göre 2,45 (1,33-4,49) (p<0,01), 70 yaş ve üzerinde 43-59 yaş grubuna göre 9,1 (4,92-17) olarak tahmin edilmişti. Bu değerler bu makalede sunulan değerlere çok yakındır. Makale yazım aşamasında yaptığımız bir değerlendirme sonucu kontrol grubu tanımını diyabetik ayağı olan diyabetikleri de kapsayacak şekilde tüm diyabetikler biçiminde tanımladık.

Sonuç olarak; bu çalışma hastanenin diyabetik amputasyonlar yönünden yükünü tanımladığı gibi diyabetik ayak operasyonu olan kişilerin bazı özellikler yönünden tanımlanmasına da aracılık etmiştir.

Tablo 2. Diyabetiklerin diyabetik ayak sonucu operasyon geçirme riskinin yaş ve cinsiyet ile ilişkisi (Çoklu lojistik regresyonla tahmin edilen düzeltilmiş odds oranları)

Bağımsız değişkenler	Düzeltilmiş odds oranı	%95 güven aralığı	p	
Cinsiyet	Kadın	1 (Referens)		
	Erkek	4.5	2.78 - 7.58	<0.01
Yaş	43-59	1 (Referens)		
	60-69	2.47	1.36 - 4.49	<0.01
	70+	9.4	5.11 - 17.36	<0.01

Diyabetiklerde yaşın ve cinsiyetin diyabetik ayak nedeniyle operasyon (ampütasyon ve debridman) riskini ne kadar artırdığı tanımlanabilmiştir. Diyabetik ayağa bağlı operasyon riskinin erkek diyabetiklerde kadınlara göre 4.5 kat yüksek bulunmuş, diyabetik ayaktan korunmada erkeklerin önemli bir risk grubu olarak ele alınmasını gerektirir. Diyabetik ayak ve diyabetik ayağa bağlı ampütasyonlar ile erkek cinsiyet arasındaki ilişkinin nedenlerinin anlaşılabilmesi için yeni çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmüştür.

Kaynaklar:

1. Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet* 2005;366:1719-24. Diabetes Clinic and Home for Diabetics, Opposite Dhantoli Park, Nagpur 440 012. *Int J Diab Dev Countries* 1994;14.
2. Frykberg RG, Zgonis T, Armstrong DG, et al. Diabetic foot disorders. A clinical practice guideline (2006 revision). *J Foot Ankle Surg* 2006;45(5 Suppl):S1-66.
3. Ramsey SD, Newton K, Blough D, et al. Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:382-7.
4. Gregg EW, Sorlie P, Paulose-Ram R, et al. Prevalence of lower-extremity disease in the US adult population ≥ 40 years of age with and without diabetes: 1999-2000 national health and nutrition examination survey. *Diabetes Care* 2004;27:1591-7.
5. Peek ME. Gender differences in diabetes-related lower extremity amputations. *Clin Orthop Relat Res* 2011;469:1951-5.
6. Correa-deAraujo R, McDermott K, Moy E. Gender differences across racial and ethnic groups in the quality of care for diabetes. *Womens Health Issues* 2006;16:56-65.

7. Sahakyan K, Klein BE, Lee KE, Myers CE, Klein R. The 25-year cumulative incidence of lower extremity amputations in people with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:649-51.
8. The DCCT Research Group. Factors in development of diabetic neuropathy: baseline analysis of neuropathy in feasibility phase of Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). *Diabetes* 1988;37:476-81.
9. Kumar A, Mash B, Rupesinghe G. Peripheral arterial disease-high prevalence in rural black South Africans. *S Afr Med J* 2007;97:285-8.
10. Sorensen L, Molyneaux L, Yue DK. Insensate versus painful diabetic neuropathy: the effects of height, gender, ethnicity and glycaemic control. *Diabetes Res Clin Pract* 2002;57:45-51.
11. Lim SC, Caballero AE, Arora S, et al. The effect of hormonal replacement therapy on the vascular reactivity and endothelial function of healthy individuals and individuals with Type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:4159-64.
12. Dinh T, Veves A. The influence of gender as a risk factor in diabetic foot ulceration. *Wounds* 2008;20:127-31.
13. Monteiro-Soares M1, Boyko EJ, Ribeiro J, Ribeiro I, Dinis-Ribeiro M. Predictive factors for diabetic foot ulceration: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev* 2012;28:574-600.
14. Demir T, Yesil S, Akinci B, et al. Predictors of major amputations in diabetic foot ulcers: evaluation of episodes in 232 patients from western Turkey. *ENDO* 2006, June 24-27, 2006, Boston, MA.
15. Sezer RE, Yılmaz S, Sezer H, Erturhan S. Sivas'ta diyabet ve diyabetik ayak prevalansı, 2008. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012;16(SB-22):149.
16. Sezer RE, Kalpakçı P, Erturhan S. Diyabetik ayak amputasyonları ve sigara ilişkisi konusunda olgu-kontrol çalışması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012;16(SB-05):143.

Geliş tarihi: May 27, 2013

Kabul tarihi: December 13, 2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 05.04.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Pınar Kalpakçı

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas

e-posta: pinaryildiz85@hotmail.com

Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları

Knowledge, attitudes and practices of family physicians about smoking cessation

Hüseyin Üçer¹, Hamit Sırrı Keten¹, Özgür Ersoy², Mustafa Çelik¹, Mustafa Haki Sucaklı¹, Hasan Kahraman³,

Özet

Amaç: Çalışmamızın amacı aile hekimlerinin sigara bırakma tedavi ve teknikleri konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Kahramanmaraş il merkezinde görev yapan 154 aile hekiminden 123'üne ulaşıldı. Katılımcılara aydınlatılmış onamları alınarak, sosyodemografik özellikleri, sigara bırakma konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını sorgulayan standart anket uygulandı. Aile hekimlerine sigara bırakma teknik ve tedavilerine yönelik sorulan 14 soru için her bir soruya bir puan verilerek bilgi puanı elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin 92'si (%74,8) erkek, 31'i (%25,2) kadın ve yaş ortalaması ise 39,9±6,5 (22-66) idi. Hekimlerin görev yaptığı süre ortalaması 14,5±6,4 (2-39) yıl olarak bulundu. Katılımcıların 30'u (%24,4) sigara kullandığını, 67'si (%54,5) sigarayı bıraktığını belirtti. Sigara bırakma yöntemleri hakkında katılımcıların 104'ünün (%85,2) hiçbir eğitim almadıkları belirlendi. Hekimlerin 65'i (%53,3) sigara bırakma teknikleri hakkında eğitim almak istediklerini, 95'i (%79,8) ise hekimlerin sigara bağımlılığı ile mücadelede aktif rol oynaması gerektiğini belirtti. Hekimlerin sigara bırakma tedavi ve teknikleri konusunda bilgi düzeyi skoru ortalaması 8,9±3,0 (0-14) puan olarak tespit edildi.

Sonuç: Aile hekimleri sigara ile mücadelede gerektiği gibi yer almamaktadırlar. Aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi konusunda bilgi düzeyleri yetersizdir. Sigaranın zararları ve bırakma konusunda özel bir eğitim almamışlardır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, aile hekimi, bağımlılık, tedavi

Summary

Objective: This study aimed to determine knowledge, attitudes and practices of family physicians about smoking addiction treatment.

Material and Methods: A total of 123 family physicians participated in study out of all (n: 154) family physicians working in Kahramanmaraş. After obtaining their informed consent, a standard questionnaire comprising questions regarding socio-demographic characteristics, their knowledge, attitude and practices about smoking cessation was applied to participants. Knowledge score of family physicians was obtained by scoring each of 14 questions about smoking addiction treatment methods and smoking cessation techniques.

Results: Of physicians participating in the study, 92 (74,8%) were male and 31 (25,2%) were female, with a mean age of 39,9±6,5 (22-66) years. The mean duration of professional experience of physicians was 14,5±6,4 (2-39) years. Of all, 30 (24,4%) participants were cigarette smokers, while 67 (54,5%) had given up smoking. A total of 104 (85,2%) participants stated that they had no training about smoking cessation methods. While, 65 (53,3%) participants were willing to take education about smoking cessation methods, ninety-five (79,8%) participants stated that physicians should play an active role in the fight against smoking addiction. The average level of knowledge score of family physicians about smoking cessation techniques and addiction treatment was 8,9±3,0 (0-14).

Conclusion: Family physicians are not included in the health-care services against smoking as needed. The knowledge of family physicians about smoking cessation techniques and addiction treatment was insufficient. Furthermore, they had not received specific training about the hazards of smoking and smoking cessation, which causes interruption of an efficient fight against smoking. Therefore, training about fight against smoking should be implemented in family physicians' training programmes.

Keywords: Smoking, family physician, addiction, treatment

Sigara, bilinen en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Bu durum önlenabilir bir sağlık sorunu olması nedeniyle ayrıca önemlidir^[1]. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2006 yılında yapılan araştırmaya göre; Türkiye'de on sekiz yaş üstündekilerde sigara kullanma oranı %33,4 olup, bu yaş grubundaki erkeklerin %50,6'sı, kadınların ise %16,6'sı sigara kullanmaktadır^[2]. Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2012

sonuçlarına göre on sekiz yaş üstündekilerin %26,3'ü her gün sigara içmektedir; bu oran erkeklerde %40,0 iken kadınlarda %12,4'tür. Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda ise sigara kullanma sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda ise %13,1 olarak belirlenmiştir^[3]. Çalışmaların gösterdiği gibi, ülkemizde sigara kullanım sıklıkları hem kadınlarda hem de erkeklerde azalma eğilimindedir.

*Çalışmamız 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde (Kuşadası, 15-19 Mayıs 2013) poster bildiri olarak sunulmuştur.

- 1) Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş;
- 2) Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kahramanmaraş;
- 3) Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

2005 yılında ülkemizde sigaraya bağlı hastalıklardan 100.000 kişi hayatını kaybetmiştir; bu sayının 2030 yılında ise yılda 240.000 kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir^[4].

Ülkemizde yapılan çalışmalarda hekimlerde sigara kullanımı erkeklerde %40-55, kadınlarda ise %31-44 arası değişen oranlarda belirlenmiştir^[5-9]. Hekimlerde sigara içme oranı farklı ülkelerde %4-40 aralığında değişmektedir^[10,11]. Gelişmiş ülkelerde halkın sigara konusunda bilinçlendirilmesi ve sigara kullanımını kısıtlayıcı sosyal politikalar uygulanması neticesinde sigara kullanım oranları düşmüştür^[12,13]. Buna karşın gelişmekte olan ülkelere ise sigara kullanım oranları artma eğilimindedir^[13].

Hekimlerin sigara kullanan hastalara sigarayı bırakmalarına yönelik telkin, öneri ve desteklerinin, onları sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, cesaretlendirerek sigara bırakma denemesini sağladığı bilinmektedir^[14]. Yapılan bir çalışmada bırakma başarısının, hekimlerin hastalarına sadece sigarayı bırakmasını öğütlediği sigara bırakma programlarında %5, sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği programlarda ise %29 olduğu gösterilmiştir^[15]. Hekimlerin desteği ile sigara bırakma oranının akciğer hastalarında %10-76 olduğu bulunmuştur^[15]. Sigara ile mücadelede sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir ve bu konuda özellikle aile hekimlerinin daha etkin rol oynaması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı, ülkemizde sigara bağımlılığı ile mücadele için sigara bırakma poliklinikleri kurmuştur. Sigara bağımlılığı için kurulan bu merkezler az sayıda olup sigara ile mücadelede yeterli değildir. Aile hekimlerine sigara bıraktırma hizmeti için herhangi bir yükümlülük verilmemektedir. Aile hekimliğinin temel ilkeleri incelendiğinde sigara ile mücadelede, aile hekimliği gibi bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı içinde barındıran bir disipline büyük ihtiyaç vardır. Ayrıca gerek hizmet sunumundaki yeri, gerekse ulaşılabilirliği açısından aile hekimlerine sigara bırakma konusunda eğitim ve görev tanımlaması yapılmalıdır.

Çalışmamızın amacı aile hekimlerinin sigara bırakma tedavi ve teknikleri konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın evrenini Kahramanmaraş İl Merkezinde (Merkez ilçe ve Merkez ilçeye bağlı köy ve beldeler) görev yapan 154 aile hekimi oluşturdu. Ayrıca örnekleme yapılmayan ve tamamı çalışmaya alınan aile hekimlerine 01.02.2013-01.03.2013 tarihleri arasında ulaşılarak çalışmaya katılmaları davet edildi. Çalışma, katılmayı kabul eden 123 aile hekimi ile gerçekleştirildi (%79,8). Aydınlatılmış onamları alınan katılımcılara, sosyodemografik özelliklerini, sigara bırakma konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını sorgulayan standart bir anket araştırmacılar tarafından (HSK, HÜ, ÖE) yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

Literatürde yer alan benzer çalışmalar da dikkate alınarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu-

nun birinci bölümünde, hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve meslek bilgileri sorgulandı. Anketin ikinci bölümü hekimlerin, sigara kullanan hastaya sigara bağımlılığı konusunda gösterdikleri tutum ve uygulamaları araştıran beş sorudan oluşmaktaydı. Anketin son bölümünde ise hekimlerin sigara bırakma teknik ve tedavileri konusunda bilgileri sorgulandı. Aile hekimlerine sigara bırakma teknik ve tedavilerine yönelik sorulan 14 soru için her bir soruya bir puan verilerek toplam bilgi puanı (0-14) elde edildi.

Veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde frekans, ortalama ve standart sapma değerleri belirlendi; kadın ve erkek hekimler arasındaki karşılaştırmalar için t testi ve ki-kare testi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Bu çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından onay alındı.

Bulgular

Çalışmaya katılan 123 hekimin 92'si (%74,8) erkek, 31'i (%25,2) kadın ve yaş ortalaması ise $39,9 \pm 6,5$ (22-66 yaş arası) idi. Erkek ($39,0 \pm 5,9$) ve kadın hekimlerin ($39,5 \pm 4,7$) yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Görev yaptıkları süre ortalaması $14,5 \pm 6,4$ (2 – 39 yıl arası) yıl olan katılımcıların 87'si (%70,7) on yıldan daha uzun süredir hekimlik görevini sürdürmekteydi. Katılımcıların 30'u (%24,4) sigara kullandığını, 67'si (%54,5) hiç sigara içmediğini belirtti.

Hekimlerin sigara bağımlılığı tedavi ve teknikleri konusunda bilgi düzeyi puan ortalaması $7,5 \pm 3,0$ (0 – 14 puan arası) olarak tespit edildi. Erkek ve kadın hekimlerin bilgi puanları benzerdi (erkek hekimlerin bilgi puanı ortalaması $7,5 \pm 2,2$ ve kadın hekimlerin bilgi puanı ortalaması $7,4 \pm 2,3$; $p > 0,05$). Katılımcıların sigara bağımlılığı tedavi ve teknikleri konusunda sorulan sorulara verdikleri doğru yanıtlar Tablo 1'de belirtilmiştir. Katılımcı hekimlerin 104'ünün (%85,2) sigara bağımlılığı tedavi yöntemleri hakkında hiçbir eğitim almadıkları belirlendi. Eğitim almış olan hekimler ile almamış olan hekimlerin sigara bağımlılığı tedavi ve teknikleri konusunda bilgi düzeyleri benzer olarak bulundu ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 58'i (%47,2) sigara kullanan hastalarına "sigarayı bırakmalarını önermenin" sigara bırakmada etkili olmayacağını, %79,8'i (95 hekim) ise hekimlerin sigara bağımlılığı ile mücadelede aktif rol oynaması gerektiğini düşünmekteydi. Hastalarına "sigara bırakmayı önermenin" sigara bırakmada etkili olacağına inanan hekimler ile inanmayan hekimlerin sigara bağımlılığı tedavi ve teknikleri konusundaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$).

Katılımcıların 82'si (%66,7) kendilerine başvuran hastalarda Maraş otu (dumansız tütün) kullanımını sorguladığını ifade etti. Yalnızca 66'sı (%53,7) günlük uygulamada hastalarının sigara içip içmediğini sorgularken, 91 aile hekimi (%74,0) sigara içen hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye etmekteydi. Hekimlerin 23'ü (%18,9) sigara kullanan hastalarına medikal tedavi önerisinde bulunmaktaydı.

Aile hekimlerinin sigara kullanan hastalarının sigarayı bırakmalarını sağlama konusundaki uygulamaları Tablo 2’de verilmiştir.

Katılımcıların 110’u (%89,4) çalıştıkları aile sağlığı merkezlerinde sigaranın zararlarına yönelik poster veya broşürün var olduğunu belirtti. Aile hekimlerinin 65’i (%53,3) sigara bağımlılığı tedavi ve teknikleri hakkında eğitim almak, 66’sı (%53,7) sigara bırakmak isteyen hastalarına sigara bırakmaya yönelik teknik ve tedavileri uygulamak istediklerini ifade etti.

Tartışma

Yüz yüze yaptığımız bu anket çalışmasına Kahramanmaraş il merkezinde çalışan aile hekimlerinin büyük çoğunluğu katılmıştır (%80). Her dört katılımcıdan üçü erkek ve yaş ortalaması 40’tır.

Sigara gibi önemli bir bağımlılığı bırakma, davranış değişikliği gerektirir. Davranış değişikliğinin başarısındaki temel yöntemlerden biri örnek oluşturmaktır. Bu açıdan hastasına sigarayı bıraktırmaya çalışan bir hekimin kendisinin sigara içmesi ciddi bir talihsizliktir ve hastasının kendisine güvenini sarsacak en temel etkidir. Hekimler arasında sigara kullanma oranları genel nüfusun üzerindedir^[2,3,8,9].

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından hekimlerin sigara içme durumları çok büyük değişkenlik göstermektedir. Hekimlerde sigara içme oranı Birleşik Krallık’ta^[10] %4, Birleşik Amerika’da^[18] %4,7-7, Finlandiya’da^[19] %13, Danimarka’da^[20] %15, Almanya’da^[21] %18, Japonya’da^[22] %20, İtalya’da^[23] %28, Fransa’da^[24] %32, Çin’de^[25] %36, Yunanistan’da^[26] %38,6 ve Bosna Hersek’te^[11] %40 olarak saptanmıştır.

Ülkemizdeki çalışmalar bu oranın %16 – 54 arasında değiştiğini göstermektedir^[5,16]. Çalışmamıza katılan hekim grubunda sigara kullanma durumu ülkemizdeki genel durumu yansıtmaktadır. Son 20 yılda ülkemizde hekimlerin sigara kullanma sıklığı ciddi oranlarda azalmıştır; 1990’da %54,0 iken 2005’te %45,5’e düşmüştür^[5,9]. Hekimlerin sigara kullanma oranlarındaki bu düşüş, genel olarak tüm toplumun sigara kullanma oranlarında gözlemlenen düşüşle paralellik göstermektedir. Bu düşüşte son dönemde tütün ürünlerinin kullanımı ve bağımlılığın önlenmesine yönelik ülke çapında yürütülen farkındalık ve uygulama çalışmalarının etkisi olabilir.

Aile hekimlerinin bilgi düzeyleri

Kronik ve yaşlı hastalarda sigara bırakmanın gerekli ve psikososyal tedaviler dahil sigara bırakma tedavi yöntemlerinin etkili olduğu hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından bilinmektedir. Bırakmada kullanılan ilaçlar konusundaki bilgileri ise yetersiz görünmektedir. En çok bilinen yöntem nikotin bandı (%69), en az bilineni nazal spreydir (%29). En az bilgi düzeyi tedavi yöntemlerinin kullanım şekli ile ilgili sorularda izlenmiştir (%15). Cinsiyetin bilme üzerine etkisi yoktur.

Sigara bağımlılığı tedavi yöntemleri hakkında katılımcıların büyük çoğunluğu hiçbir eğitim almamıştır. Eğitim almış olan hekimler ile almamış olan hekimlerin sigara bağımlılığı tedavi ve teknikleri konusunda bilgi düzeyinin benzer olması, verilen eğitimlerin etkisiz olduğunu göstermektedir.

Aile hekimlerinin tutumları

Katılımcıların neredeyse yarısı sigarayı bırakmayı önermenin etkili olmayacağını düşünmektedir. Etkili olduğu yönünde bilimsel kanıtların giderek arttığı dikkate alınırsa bu oran oldukça yüksektir^[27]. Aile hekimlerinin bu tutumları sigara bağımlılığı ve tedavisi konusundaki bilgi düzeyleriyle ilişkili görünmemektedir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%80) hekimlerin sigara bağımlılığı ile mücadelede etkin olması gerektiğine inanması ise umut vericidir. Buna karşın eğitim almak ve sigara bırakma tedavisi uygulamak isteyen hekim sayısının fazla olmaması (yalnızca yarısı) bir paradokstur.

Aile hekimlerinin uygulamaları

Hekimlerin yarısı hastalarının sigara içme durumunu, yarıya yakını ise bırakmayı düşünüp düşünmediklerini her zaman sorgulamaktadır. Genellikle sigara içmeyi bırakma tavsiyesinde bulunma oranı ise yüksek olmakla birlikte her dört hekimden biri hala tavsiyede bulunmamaktadır. Sigara bırakmak isteyenlere sigara bırakmaya ilişkin bilgi verme oranı da yüksek değildir. Uysal ve ark’nın çalışmasında hekimlerin %89’unun hastaların sigara kullanım alışkanlığını sorguladığı, %93’ünün sigara kullanan hastalara bırakmasını önerdiği, %63’ünün hastalarına sigara bırakma tedavileri hakkında bilgilendirme yaptığı ve %32’sinin sigara kullanıcılarını sigara bırakma merkezlerine yönlendirdiği belirlenmiştir^[16]. Benzer çalışmalarda genel pratisyenlerin %33-56 oranlarında hastaların sigara kullanımını her zaman veya genellikle sorguladığı ve bırakmalarını önerdiği saptanmıştır^[27,28].

Sigara içme durumunu sorgulama ve bırakma yönünde tavsiyede bulunma konusunda aile hekimlerinin uygulamalarındaki eksiklik, sigara bırakma tedavisine başlama konusunda tam bir yetersizliğe dönüşmüş görünmektedir. Hekimlerin yalnızca %19’u sigara kullanan hastalarına medikal tedavi önerisinde bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hekimlerin %14,5’inin hastalarına medikal tedavi başladığı belirlenmiştir^[16].

Sonuç

Aile hekimleri sigara ile mücadelede gerektiği gibi yer almamaktadır. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusunda bilgi düzeyleri düşüktür. Sigaranın zararları ve bırakma konusunda özel bir eğitim almamışlardır. Bu durum sigara ile etkin mücadelede eksiklik oluşturmaktadır. Bu nedenle aile hekimlerine yönelik sigara ile mücadele konusunda eğitimler düzenlenmelidir.

Tablo 1: Katılımcıların sigara bağımlılığı tedavi ve teknikleri konusunda sorulan sorulara verdikleri doğru yanıt sayısı ve yüzdesi (s=123)

	İfadeler	S	%
1	Sigara kullanan kronik hastalarda sigara bıraktırmaya gerek yoktur. (Y*)	109	88,6
2	Sigara kullanan yaşlı hastalarda sigara bıraktırmaya gerek yoktur. (Y)	101	82,1
3	Sigara bırakma tedavi yöntemlerinin hiçbiri etkili değildir. (Y)	101	82,1
4	Sigara bırakmak için psikososyal tedaviler etkilidir. (D*)	100	81,3
5	Sigara bırakmak kolaydır. (Y)	93	75,6
6	Nikotin bandı sigara bırakma tedavisinde kullanılır. (D)	85	69,1
7	Nikotin sakızı sigara bırakma tedavisinde kullanılır. (D)	80	65,0
8	Bupropion (ZYBAN) sigara bırakma tedavisinde kullanılır. (D)	79	64,2
9	Varenekin (CHAMPİX) sigara bırakma tedavisinde kullanılır. (D)	61	49,6
10	Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içebilir. (Y)	53	43,1
11	Nikotin inhaler sigara bırakma tedavisinde kullanılır. (D)	43	35,0
12	Nikotin nazal spreyi sigara bırakma tedavisinde kullanılır. (D)	36	29,3
13	Bitkisel ilaçlar sigara bırakma tedavisinde etkilidir. (Y)	36	29,3
14	Sigara bırakmada tedavi yöntemleri en az 1 yıl kullanılmalıdır. (Y)	19	15,4

Tablo 2: Hekimlerin sigara kullanan hastalarının sigarayı bırakmalarını sağlama konusundaki uygulamaları

	Her zaman / Genellikle Sayı (%)	Bazen Sayı (%)	Nadiren / Asla Sayı (%)
Günlük pratiğimde hastalarımın sigara içip içmediğini sorgularım.	66 (%53,7)	36 (%29,3)	21 (%17,1)
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmalarını tavsiye ederim.	91 (%74,0)	20 (%16,3)	12 (%9,8)
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorgularım.	57 (%46,3)	41 (%33,3)	25 (%20,8)
Sigarayı bırakmak isteyenlere sigara bırakma yollarından bahsederim.	60 (%48,8)	34 (%27,6)	29 (%23,6)
Sigara bırakmak isteyen hastalarımın sigarayı bırakma polikliniğini öneririm.	77 (%62,6)	24 (%19,5)	22 (%17,9)

Kaynaklar:

1. Bartecchi CE, MacKenzie TD, Robert W: The human costs of tobacco use. *Schrie. N Engl J Med*, 1994; 330: 907-12.
2. Aile Yapısı Araştırması 2006. <http://www.tuik.gov.tr> adresinden 10.08.2013 tarihinde erişilmiştir.
3. Türkiye İstatistik Kurumu, 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> erişim tarihi: 03.03.2014.
4. T. C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, Ankara, 2008.
5. Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N, Açık Y, Çandır Z, Özdemir N. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve dış hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları. *Tr J Med Sci* 1990;14:381-90.
6. Ertugrul E, Erkan F, Cuhadaroglu C. Smoking behaviour and

attitudes of doctors in a university hospital in Istanbul. *J Smoking Related Dis* 1994; 5:177-81.

7. Demircan C, Önder Y, Emirler N, Deniz R, Oktar F, Şahin B. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *OMÜ Tıp Dergisi* 1994;11:165-72.
8. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da Hekimlerin Sigara İçme Alışkanlığı. *Toraks Dergisi* 2002; 3:253-6.
9. Sahin EM, Ozer C, Dagdeviren N, Akturk Z. Physicians smoke as much as their patients in Turkey. *Middle East Journal of Family Medicine* 2005;3(2).
10. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control* 2001;10:27-32.
11. Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Family Practice* 2004; 5:12-30.

12. Dilbaz N, Apaydın L. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme, bırakma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri, *Bağımlılık Derg* 2002; 3:73-83.
13. Warner KE. Tobacco taxation as health policy in the third world. *Am J Public Health* 1990; 80: 529-31.
14. Schwartz JL: Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am*, 1992; 76:451-76.
15. Schwartz JL: Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985. *NIH Publications*; 87-2940, 1987, 125-56.
16. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007;55:350-355.
17. Ünsal M, Topbaş M, Atıcı AG, Uğurlu D, Özer A, Erkan L. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktorlarının Sigara İçimi Konusundaki Bazı Düşünce ve Davranışları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2002; 50: 341-350.
18. Soto Mas FG, Papenfuss RL, Jacobson HE, Hsu CE, Urrutia-Rojas X, Kane WM. Hispanic physicians' tobacco intervention practices: A cross-sectional survey study. *BMC Public Health* 2005;5:120.
19. Barengo NC, Sandstrom HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. *Soz Praventivmed* 2005;50:355-60.
20. Kannegaard PN, Kreiner S, Gregersen P, Goldstein H. Smoking habits and attitudes to smoking 2001 among hospital staff at a Danish hospital-comparison with a similar study 1999. *Preventive Medicine* 2005;41:321-7.
21. John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *Eur J Cancer Prev* 2003;12:235-7.
22. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. *JAMA* 2001;285:2643-8.
23. La Vecchia C, Scarpino V, Malvezzi I, Baldi G. A survey of smoking among Italian doctors. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:320.
24. Josserean L, King G, Guilbert P, Davis J, Brucker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005;15:33-8.
25. Yan J, Xiao S, Ouyang D, Jiang D, He C, Yi C. Smoking behavior, knowledge, attitudes and practice among health care providers in Changsha city, China. *Nicotine and Tobacco Research* 2008;10:737-744.
26. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, et al. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health* 2007;121: 333-340.
27. Dolan TA, McGorray SP, Grinstead- Skigen CL, Mecklenburg R. Tobacco control activities in U.S. dental practices. *JADA* 1997;128:1669-79.
28. Albert DA, Severson H, Gordon J, Ward A, Andrews J, Sadowsky D. Tobacco attitudes, practices, and behaviors: a survey of dentists participating in managed care. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 9-18.

Geliş tarihi: Dec 16, 2013 09:32

Kabul tarihi: May 05, 2014 14:23

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.05.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Hamit Sırrı Keten

hsketen@hotmail.com

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği

Prenatal Care Services in Bursa

Binali Çatak¹, Can Öner², Mehmet Gülay³, Sevgi Baştürk³, İrfan Oğuz³, Resul Özbek³

Özet

Giriş ve amaç: Doğum öncesi bakım (DÖB) anne ve fetüsün sağlığı açısından önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Araştırmanın amacı Bursa ilinde aile hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının verdiği doğum öncesi bakımı nicelik ve kalite açısından değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tipte yapılan araştırmanın evrenini Bursa ilinde 4 Şubat 2013 tarihi itibarıyla gebe olan 18.817 kadın oluşturmuştur. Örnekleme alınacak gebe sayısı 744 olarak hesaplanmış ve aile hekimlerine kayıtlı gebeler arasında randomizasyonla belirlenmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formu kadının sosyodemografik, biyodemografik özellikleri ile doğum öncesi yapılması gereken ölçüm, test, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini içeren sorulardan oluşturulmuştur. Veriler ebe/hemşireler tarafından toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütler ile merkezi yığılım ve merkezi yaygınlık ölçütleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada 33 hafta ve üzeri gebeler ile doğum yapmış annelerin %96,3'ü aile hekiminden, tamamı ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanından doğum öncesi bakım almıştı. Bu gruptaki gebelerin %81,1'i aile hekiminden, %94,3'ü kadın doğum uzmanından ilk doğum öncesi bakımı ilk 14 hafta içinde almıştı. Aile hekiminden DÖB alan 33 hafta üzeri gebeler ve doğum yapmış annelerin %97,0'sinin kan basıncı ölçülmüş, %20,7'sinin kalbi dinlenmiş, %86,4'ünün kan tetkiki yapılmış, %51,5'ine emzirme konusunda eğitim verilmişti. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanından DÖB alan aynı gruptaki gebelerin %90,9'unun kan basıncı ölçülmüş, %30,3'ünün kalbi dinlenmiş, tamamının ultrasonografisi ve %97,1'inin kan tetkiki yapılmış, %40,6'sına emzirme konusunda bilgi verilmişti.

Sonuç: Bursa'da gebelere yeterli sayıda ancak düşük kalitede DÖB verilmektedir. Bu bağlamda DÖB veren sağlık personeline düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmeli ve DÖB Yönetim Rehberinin aktif kullanımı sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Doğum öncesi bakım, sağlık hizmetinin kalitesi, birinci basamak.

Summary

Introduction and Objective: Prenatal care (PNC) is an important preventive health service for health of the mother and the fetus. The aim of this study was to evaluate the quantity and quality of the prenatal care given by family physicians and gynecology experts in Bursa.

Materials and methods: Universe of this cross-sectional study conducted in Bursa, February 4, 2013 consisted of 18.817 pregnant women. Number of pregnant women in the sample was calculated as 744 and they were determined by randomization among pregnant women registered to family physicians. Data were collected using data collection form prepared by the researchers. Data collection form contained questions about women's socio-demographic, biodemographic features and measuring, testing, information and consultancy services which ought to be done in prenatal period. Data was collected by midwives / nurses. The collected data was analyzed by SPSS package program. In the analysis of data, descriptive statistics were used.

Findings: In the study, 96.3% of pregnant women who were in or over a 33-week pregnancy or had given birth received prenatal care from family physicians, while all of them received prenatal care from obstetrics and gynecology specialists. 81.1% of pregnant women in this group, received their first prenatal care from family physicians and 94.3% of them received their first prenatal care from obstetrics and gynecology specialists within first 14 weeks of pregnancy. Blood pressure of 97.0% of pregnant women, who were in or over a 33 week pregnancy or had given birth and received prenatal care from family physicians, was measured, 20.7% of them had cardiac auscultation, 86.4% of them had blood examination and 51.1% of them had informed about breastfeeding. In the same group, blood pressure of 90.9% of pregnant women who received prenatal care from obstetrics and gynecology specialists was measured, 30.3% of them had cardiac auscultation, all of them had ultrasound scanning and 40.6% of them had informed about breastfeeding.

Result: In Bursa, a sufficient number but low quality of prenatal care were given to pregnant women. In this context, health care personnel providing prenatal care should be given in-service trainings at regular intervals and Prenatal Management Guidelines should be used actively.

Key words: Prenatal care, quality of health care, primary care.

Anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel koruyucu sağlık hizmetlerinden olan doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli sağlık personeli tarafından izlenmesidir⁽¹⁾. DÖB, Kessner ve Kotelchuck tarafından

geliştirilmiş iki indeks kullanılarak değerlendirilmektedir. Kessner indeksi ile doğum öncesi bakımın başlama zamanı ve DÖB sayısı üzerinden yeterli, orta ve yetersiz olarak değerlendirme yapılır⁽²⁾. Ancak her iki indeksin de temel kısıtlılığı doğum öncesi bakımın yalnızca nicelik olarak değerlendirilmesidir.

1) Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Uz Dr, Bursa
2) İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Yrd. Doç. Dr., İstanbul
4) Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü

Ülkemizde DÖB, tüm ülkeyi temsil eden ve her beş yılda bir yapılan “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması” (TNSA) ile hem nicelik hem de nitelik olarak değerlendirilmektedir^[3].

DÖB, Sağlık Bakanlığınca 2008 yılında çıkarılan “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” ile hem nicelik ve hem de nitelik olarak standardize edilmiştir. Rehberde her gebenin 14 hafta içinde, 18–24, 30–32 ve 36–38 haftalar arasında olmak üzere 4 kez izlenmesi ve her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır^[4].

Bu araştırmada, Bursa’da aile hekimleri ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca verilen doğum öncesi bakımın hem nicelik ve hem de kalite açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Araştırma kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evreni Bursa ilinde bütün gebelerin kayıtlı olduğu Aile Hekimi Bilgi Sistemi’nden (AHBS) belirlenmiştir. 4 Şubat 2013 tarihinde AHBS’ye kayıtlı gebe sayısı 18,817’dir. 2008 TNSA’ya göre Bursa ilinin de içinde bulunduğu Doğum Marmara Bölgesinde kadınların %1,9’u DÖB almamıştır^[3]. Epi İno programında evreni temsil eden ulaşılabilecek örneklem büyüklüğü %2 prevalans, %1 yanılma payı ve %95 güven aralığında 724 olarak hesaplanmıştır. Ancak 753 aile hekiminin hizmet sunduğu ilde bütün aile hekimlerinden bir gebe alınmasına karar verilmiştir. Diğer yandan sekiz aile hekiminin üniversite öğrencilerine, bir aile hekiminin de cezaevi nüfusuna bakması ve bu hekimlere kayıtlı gebe olmaması nedeniyle örneklem büyüklüğü 744 olarak kesinleştirilmiştir. Örnekleme alınacak gebeler ildeki bütün gebelerin kayıtlı olduğu Aile Hekimi Bilgi Sistemi’nden randomizasyonla belirlenmiştir.

Örnekleme seçilen 744 gebenin 720’sine ulaşılmıştır (%96,8). Gebelere ulaşamamanın en önemli nedenleri gebenin evde bulunmaması (13 gebe) ve gebenin araştırmaya katılmayı ret etmesidir (11 gebe).

Çalışmanın veri toplama formu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması esas alınarak hazırlanmıştır^[3,4]. Veri toplama formu kadının sosyodemografik, biyodemografik özellikleri ile doğum öncesi yapılması gereken ölçüm, test, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini içeren sorulardan oluşturulmuştur.

Veriler 3 Şubat- 4 Nisan 2013 tarihleri arasında Toplum Sağlığı Merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve gebelerden sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır. Verileri toplamadan önce, veri toplayacak ebe ve hemşirelere altı saatlik bir eğitim verilmiştir. Eğitimde yapılan çalışmanın amacı, soruların neyi hedeflediği ve veri toplama aşamasında dikkat edilmesi gereken durumlar tartışılmıştır.

Veri toplama formunun ön denemesi, örnekleme seçilmeyen ve il merkezinde yaşayan beş gebe ile yapılmıştır. Toplanan veri formları incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Veriler SPSS paket programında analiz edilmiş olup, analizlerde tanımlayıcı ölçütler kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1’de gebelerin sosyodemografik özellikleri görülmektedir. Gebelerin %2,8’i, eşlerinin %0,6’sı okuma yazma bilmiyordu. Çalışmaya katılanların %61,8’i ev kadını, %14,6’sı özel sektörde çalışmakta; eşlerinin %11,1’i işsiz/ara işlerde çalışmakta, %6,0’sının sağlık güvencesi bulunmamaktaydı. Katılımcıların %40,0’i kirada oturmakta, %25,4’ü geniş ailede yaşamakta ve %20,1’inin evinde beş ve daha fazla kişi yaşamaktaydı. Çalışmaya katılan kadınların %4,0’ünün evlenme kararı ailesi vermişti. Kadınların %13,6’sı eşi ile akraba ve %2,4’ünün resmi nikâhı yokken, %6,4’ünden evlenirken başlık parası alınmıştı.

Bursa’da gebelerin %3,5’i 19 yaş ve daha küçüktü. Gebelerin %2,3’ünün kendisi, %2,0’sinin eşleri mevcut gebeliğini hiç istememiş, %5,6’sı beş ve daha fazla gebelik yaşamıştı. Daha önce en az bir kez doğum yapmış gebelerin %21,9’u kendiliğinden düşük, %9,3’ü istemli düşük, %4,2’si ölü doğum yapmış, %3,0’ünün 5 yaş altı çocuğu ölmüş, %7,8’inin üç ve daha fazla yaşayan çocuğu vardı. Gebelerin %32,6’sının doğum aralığı iki yıldan azdı (Tablo 2).

Araştırmada 33 hafta ve üzeri gebeler ile doğum yapmış gebelerin %96,5’i aile hekiminden, tamamı ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanından doğum öncesi bakım almıştı. Her iki hekim grubu birlikte değerlendirildiğinde gebelerin tamamı aile hekimi ve/veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanından DÖB almıştı (Tablo 3).

Tablo 4’de aile hekimince doğum öncesi bakımda verilen muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetlerinin gebelik haftasına göre dağılımı görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi 33 hafta üzeri ve doğum yapmış gebelerin %81,1’i aile hekiminden ilk doğum öncesi bakımını 14 hafta içinde almıştı. Gebelerin %97,0’sinin kan basıncı ölçülmüş, %20,7’sinin kalbi dinlenmiş, %86,4’ünün kan tetkiki yapılmış, %51,5’ine emzirme konusunda eğitim verilmiş ve %55,6’sının doğum yapacağı yer planlanmıştı.

Öte yandan 33 hafta üzeri ve doğum yapmış gebelerin %94,3’ü kadın hastalıkları ve doğum uzmanından ilk doğum öncesi bakımını 14 hafta içinde almıştı. Bu DÖB hizmetleri sırasında %90,9’unun kan basıncı ölçülmüş, %30,3’ünün kalbi dinlenmiş, tamamının ultrasonografisi çekilmiş, %97,1’inin kan tetkiki yapılmış ve %40,6’sına emzirme konusunda bilgi verilmişti (Tablo 4).

Tartışma

Gebelik sırasında yaşanan sağlık sorunlarının pek çoğu teşhis ve tedavi edilebilmektedir. Bununla beraber gebelik, doğum ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki bulunan kadınlar açısından önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleridir⁽⁵⁾. Bu açıdan DÖB ana ve bebek sağlığına yönelik temel koruyucu sağlık hizmetlerinin başında gelmektedir. Bu araştırmada gebelere verilen doğum öncesi bakımının nicelik ve kalite açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bursa’da gebelerin tamamı en az bir kez aile hekimi ve/veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanından DÖB almıştır. Nepal’de yapılan bir çalışmada gebelerin %28’i,

Nijerya’da yapılan bir çalışmada %44’ü ve Zambiya’da ise %2’si hiç DÖB almamıştır^[6-8]. Ülkemizde yapılan benzer saha çalışmalarından Burdur’da gebelerin tamamı en az bir kez DÖB almış iken, Adıyaman’da yapılan çalışmada gebelerin %1,7’sinin, İstanbul’da yapılan çalışmada %0,6’sının aile hekimi ve/veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanından DÖB almadığı gösterilmiştir^[9-11]. 2008 yılı TNSA verilerine göre de Bursa’nın da içinde bulunduğu Doğu Marmara’da gebelerin %1,9’u DÖB almamıştır^[3].

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005–2015” kapsamında ülke genelinde gebelerin %98’inin en az bir kez DÖB alma hedefinin^[12] Bursa’da gerçekleştiğini söylemek mümkündür.

DÖB Yönetim Rehberi’ne göre 15. haftadan itibaren DÖB almamış gebenin olmaması gerekmektedir. Ayrıca 15–24 haftalık gebelerin tamamının en az bir, 25–32 haftalık gebelerin tamamının en az iki DÖB alması gerekmektedir^[4].

Tablo 1: Gebeye ait bazı sosyodemografik özellikler (Bursa, 2013)

Sosyodemografik Özellikler	s (%)	Sosyodemografik Özellikler	s (%)
Kadının eğitimi		Eve giren toplam gelir*	
Okuma yazma bilmiyor	20 (2,8)	Ailenin geçimine yetiyor	274 (38,1)
Okuma yazma biliyor	17 (2,4)	Ancak yetiyor	351 (48,8)
İlkokul mezunu	247 (34,3)	Yetmiyor	88 (12,1)
Ortaokul mezunu	144 (20,0)	Evin mülkiyeti	
Lise mezunu	185 (25,7)	Kira	288 (40,0)
Üniversite mezunu	107 (14,9)	Kendine ait	432 (60,0)
Eşin eğitimi		Evdeki oda sayısı	
Okuma yazma bilmiyor	4 (0,6)	2	40 (5,6)
Okuma yazma biliyor	7 (1,0)	3	319 (44,3)
İlkokul mezunu	191 (26,5)	4 ve üzeri	361 (50,1)
Ortaokul mezunu	118 (16,4)	Aile tipi	
Lise mezunu	253 (35,1)	Geniş aile	183 (25,4)
Üniversite mezunu	147 (20,4)	Çekirdek aile	537 (74,6)
Kadının çalışma şekli		Evde yaşayan kişi	
Ev kadını	445 (61,8)	4 ve altı	575 (79,9)
Ücretsiz aile işçisi	85 (11,8)	5 ve üzeriz	145 (20,1)
Ev eksenli üreten	34 (4,7)	Evlenme kararı	
Kendi hesabına	21 (2,9)	Ailesi vermiş	29 (4,0)
Kamu sektöründe çalışan	30 (4,2)	Kendisi vermiş	691 (96,0)
Özel sektörde çalışan	105 (14,6)	Eş ile akrabalık	
Eşinin çalışması		Var	98 (13,6)
İşsiz/ara işler	80 (11,1)	Yok	622 (86,4)
Kamu sektörü	63 (8,8)	Resmi nikâh	
Özel sektör	432 (60,0)	Var	703 (97,6)
Kendi hesabına	139 (19,3)	Yok	17 (2,4)
Diğer (asker, öğrenci)	6 (0,8)	Başlık parası	
Sağlık güvencesi		Alınmış	46 (6,4)
Yok	43 (6,0)	Alınmamış	674 (93,6)
Var	677 (94,0)	Toplam	720 (100,0)
Toplam	720 (100,0)		

*7 veri eksik

Ancak aile hekimlerinden alınan DÖB sayısı gebelik haftasına göre değerlendirildiğinde 15–24 haftalık gebelerin %2,4'ünün hiç, 25–32 haftalık gebelerin ise %5,9'unun bir ve daha az, 33 haftadan büyük ve doğum yapmış gebelerin ise %4'ünün 2 ve daha az DÖB aldığı görülmektedir. Bulgularımız Burdur ve Karabük'te yapılan çalışmalarla benzer iken^[9,13], İstanbul'dan daha iyi durumda olduğu söylenebilir^[11].

DÖB sayısı kadın hastalıkları ve doğum uzmanları açısından değerlendirildiğinde ise gebelik haftası ilerledikçe kadın hastalıkları ve doğum uzmanına muayene olma düzeyinin arttığı ve 33 haftadan büyük ve doğum yapmış gebelerin %92,6'sının dört ve daha fazla DÖB aldığı görülmektedir. 2008 yılında Adıyaman'da gebelerin %45,5'i, 2011 yılında İstanbul'da doğum yapmış gebelerin %89'u, 2009 yılında Burdur'da ise gebelerin %61,3'ü kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından dört ve daha fazla DÖB almıştır^[10,11,14]. TNSA verileri gebeye DÖB veren en nitelikli sağlık personeline göre toplanmıştır. Gebelere ultrasonografisi uzmanların yaptığı düşünülürse, kadınların uzmana muayenesi USG sayısı ile aynı olduğu

sonucuna varılabilir. 2008 yılı TNSA'da USG yapılma düzeyi 97,9'dur. Bu bağlamda TNSA'da gebelerin aldığı DÖB sayısı kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının verdiği DÖB olarak düşünülebilir. Buna göre ülke genelinde gebelerin %73,7'si dört ve daha fazla DÖB almıştır^[3].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk gebelik tespitinin ve gebelik muayenesinin mümkün olduğunca gebeliğin erken dönemde yapılmasını önermektedir^[15]. DÖB Yönetim Rehberi'nde ilk gebe izleminin 14 hafta içinde yapılmasının gerekliliği belirtilmektedir^[4]. Araştırmada 14 haftadan küçük gebelerin tamamı ilk doğum öncesi bakımını aile hekiminden almış iken, 33 hafta üzeri gebeler ve doğum yapmış annelerin %81,1'i ilk doğum öncesi bakımını 14 hafta içinde almıştır. Nepal'da yapılan çalışmada gebelerin yaklaşık yarısının gebelikten 3 ay sonra DÖB aldığı bildirilmektedir^[6]. İstanbul'da doğum yapmış gebelerin %57,1'i, Karabük'te %84,3'ü ilk doğum öncesi bakımını ilk 14 hafta içinde almıştır^[11,13]. İlk DÖB zamanı kadın hastalıkları ve doğum uzmanları açısından değerlendirildiğinde ise 33 hafta üzeri ve doğum yapmış gebelerin %90'dan fazlası ilk doğum öncesi bakımını ilk 14 hafta içinde almıştır.

Tablo 2: Gebeye ait bazı biyodemografik özellikler (Bursa, 2013)

Biyodemografik Özellikler	n (%)	Biyodemografik Özellikler	n (%)
Kadının yaşı		Daha önce en az bir kez doğum yapmış gebelerde;	
19 ve daha küçük	25 (3,5)	Kendiliğinden düşük	
20–34	623 (86,5)	Var	133 (21,9)
35 ve daha büyük	72 (10,0)	Yok	341 (71,9)
Kadın bu gebeliği istemesi		İsteyerek düşük	
İstemiş	619 (86,0)	Var	44 (9,3)
Daha sonra istemiş	84 (11,7)	Yok	430 (90,7)
Hiç istememiş	17 (2,3)	Ölü doğum	
Eşinin bu gebeliği istemesi		Var	20 (4,2)
İstemiş	641 (89,0)	Yok	454 (95,8)
Daha sonra istemiş	65 (9,0)	5 yaş altı çocuk ölümü	
Hiç istememiş	14 (2,0)	Var	14 (3,0)
Toplam gebelik		Yok	460 (97,0)
1. gebelik	246 (34,2)	Yaşayan çocuk sayısı	
2. gebelik	242 (33,6)	0	50 (10,5)
3. gebelik	137 (19,0)	1	279 (58,9)
4. gebelik	55 (7,6)	2	108 (22,8)
5 ve daha fazla	40 (5,6)	3 ve daha fazla	37 (7,8)
Toplam	720 (100,0)	Doğum aralığı*	
*7 veri eksik		23 ay ve altı	152 (32,6)
		24 ay ve üzeri	314 (67,4)
		Toplam	474 (100,0)

Tablo 3: Gebelerin aile hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanından aldıkları DÖB sayısının gebelik haftasına göre dağılımı (Bursa, 2013)

DÖB sayısı	Gebelik haftası			
	14 hafta ve altı	15-24	25-32	33 hafta üzeri ve doğum yapmış
Aile Hekimi	s (%)*	s (%)*	s (%)*	s (%)*
0	3 (2,5)	6 (2,4)	4 (2,4)	6 (3,4)
1	58 (48,3)	52 (20,4)	6 (3,5)	6 (3,4)
2	39 (32,5)	67 (26,3)	31 (18,2)	9 (6,5)
3	11 (9,2)	69 (27,1)	43 (25,3)	23 (16,5)
>4	9 (7,5)	62 (24,3)	87 (51,2)	100 (71,9)
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı				
0	11 (9,2)	2 (0,8)	1 (0,6)	-
1	24 (20,0)	8 (3,1)	1 (0,6)	4 (2,3)
2	25 (20,8)	21 (8,2)	8 (4,7)	3 (1,7)
3	27 (22,5)	46 (18,0)	11 (6,5)	6 (3,4)
>4	33 (27,5)	178 (69,8)	149 (87,6)	162 (92,6)
Toplam	120 (100,0)	255 (100,0)	170 (100,0)	175 (100,0)

*Sütun yüzdesi

İstanbul ve Burdur’da yapılan araştırmalarda da gebelerin %90’dan fazlası kadın doğum uzmanlarından ilk doğum öncesi bakımını ilk 14 hafta içinde almıştır^[11,14]. 2008 TNSA’da ise gebelerin %74,2’si ilk doğum öncesi bakımını ilk 4 ay içinde almıştır^[3].

Tablo 4’de doğum öncesi bakımda yapılması gereken muayene, ölçüm ve danışmanlık hizmetleri görülmektedir. Tabloda belirtilen her değişken için yeterlilik düzeyi %90 ve üzeri alınırsa aile hekimleri sadece gebenin ağırlık ölçümü ve kan basıncı ölçümünde bu standarda ulaşmıştır. Filipinlerde yapılan bir çalışmada sadece kilo ölçümünde bu standart yakalanmıştır^[16]. Burdur, İstanbul ve Karabük’te yapılan araştırmalarda aile hekimleri benzer biçimde gebenin ağırlık ve kan basıncı ölçümünde belirtilen standartı yakalamıştır^[9,11,13]. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının verdiği DÖB açısından ise kan basıncı ölçümü, kan ve idrar tetkiki açısından standart yakalanmıştır. Adıyaman’da yapılan çalışmada sadece kan basıncı ölçümünde, İstanbul’da yapılan çalışmada kan basıncı, ağırlık ölçümü ve kan tetkikinde belirtilen standart yakalanmış iken, Burdur’da yapılan çalışmada belirtilen değişkenlerden hiç birinde standart yakalanamamıştır^[9-11,13,14]. İller arasında değişkenlerin yapıma düzeyleri arasındaki farklılıkların araştırmanın yapıldığı yıl, ilin sağlık kaynakları ve sağlık personeline verilen hizmet içi eğitim sayısı ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ancak araştırmamızda aile hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ayrımı yapılmadan gebelere verilen DÖB hizmetler birlikte değerlendirilirse, örneğin doğum yapmış gebelerde idrar tetkiki %96,6’ya, tehlike işaretleri konusunda bilgilendirme %88’e, ağırlık ölçümü %99,6’ya, kan basıncı ölçümü ise %100’e yükselmektedir.

Sonuç olarak, Bursa ilinde yürütülen bu çalışmada DÖB

Yönetim Rehberi’nde belirtildiği gibi her gebenin gebelik haftasına uygun sayıda muayene edilmesi ve ilk doğum öncesi bakımın ilk 14 hafta içinde yapılması her iki hekim grubu birlikte değerlendirildiğinde yeterli bulunmuştur. Ancak hekim grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde aile hekimlerinin verdiği DÖB öngörülen değere yaklaşmış iken, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının verdiği DÖB yeterli olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan her iki hekim grubu ayrı ayrı değerlendirildiğinde gebelere yeterli kalitede DÖB verildiğini söylemek oldukça güçtür. Aile hekimleri daha çok ağırlık, kan basıncı ölçümü, emzirme, beslenme ve gebelikte olabilecek yakınmalar konusunda bilgilendirmeyi öncelikmiş iken, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları kan, idrar tetkiki ve doğumun nerede yapılacağına planlanmasını öncelikmiştir.

Sonuçlar göz önüne alındığında, gerek birinci basamakta sağlık hizmeti sunucularına ve gerekse ikinci-üçüncü basamakta doğum öncesi bakım veren sağlık personeline, doğum öncesi bakım yönetim rehberinde belirtilen ilkeler doğrultusunda bilgilendirme eğitimlerinin verilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu eğitimler düzenli olarak tazelenmeli ve eğitimin etkisinin hizmete yansımaları yapılan saha çalışmaları ile değerlendirilmeli, sonuçlar hizmet sunucuları ile paylaşılmalı, tartışılmalı ve gerekiyorsa mevcut doğum öncesi bakım politikası revize edilmelidir.

Araştırma aile hekimlerine kayıtlı gebeler üzerinden yürütülmüştür. Aile hekimine kayıtlı olmayan gebelerin olma olasılığı araştırmanın en önemli kısıtlılığını oluşturmuştur.

Teşekkür: Çalışmaya katkılarından dolayı Bursa ilinde toplum sağlığı merkezlerinde çalışan ebe/hemşirelere teşekkür ediyoruz.

Tablo 4: Gebelerin aile hekiminden (AH) ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından (KHD) aldığı doğum öncesi bakımda yapılan muayene, ölçüm ve danışmanlık hizmetlerinin gebelik haftasına göre dağılımı (Bursa, 2013)

	Doğum haftası							
	14 hafta ve altı		15–24 hafta		25–32 hafta		33 hafta üzeri ve doğum yapmış	
	AH	KHD	AH	KHD	AH	KHD	AH	KHD
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
İlk DÖB zamanı								
14 hafta ve altı	117 (100,0)	109 (100,0)	231 (92,8)	242 (95,7)	142 (85,5)	161 (95,3)	137 (81,1)	165 (94,3)
15 hafta ve üzeri	-	-	18 (7,2)	11 (4,3)	24 (14,5)	8 (4,7)	32 (18,9)	10 (5,7)
Boy ölçümü								
Ölçülen	57 (48,7)	34 (31,2)	121 (48,6)	85 (33,6)	80 (48,2)	62 (36,7)	72 (52,1)	60 (34,3)
Ölçülmeyen	60 (51,3)	75 (68,8)	128 (51,4)	168 (66,4)	86 (51,8)	107 (63,3)	81 (47,9)	115 (65,7)
Ağırlık ölçümü								
Ölçülen	109 (93,2)	76 (69,7)	239 (96,0)	206 (81,4)	163 (98,2)	145 (85,8)	164 (97,0)	146 (83,4)
Ölçülmeyen	8 (6,8)	33 (30,3)	10 (4,0)	47 (18,6)	3 (1,8)	24 (14,2)	5 (3,0)	29 (16,6)
Kan basıncı ölçümü								
Ölçülen	107 (91,5)	78 (71,6)	241 (96,8)	209 (82,6)	164 (98,8)	146 (86,4)	164 (97,0)	159 (90,9)
Ölçülmeyen	10 (8,5)	31 (28,4)	8 (3,2)	44 (17,4)	2 (1,2)	23 (13,6)	5 (3,0)	16 (9,1)
Kalp oskültasyonu								
Yapılan	14 (12,0)	19 (17,4)	48 (19,3)	60 (23,7)	35 (21,1)	48 (28,4)	35 (20,7)	53 (30,3)
Yapılmayan	103 (88,0)	90 (82,6)	201 (80,7)	193 (76,3)	131 (78,9)	121 (71,6)	134 (79,3)	122 (69,7)
Çocuk kalp sesleri (*)								
Dinlenen	15 (12,8)	108 (99,1)	155 (62,2)	252 (99,6)	143 (86,1)	167 (98,8)	148 (87,6)	175 (100,0)
Dinlenmeyen	102 (87,2)	1 (0,9)	94 (37,8)	1 (0,4)	23 (13,9)	2 (1,2)	21 (12,4)	-
Kan tetkiki								
Yapılan	88 (75,2)	88 (80,7)	194 (77,9)	232 (91,7)	143 (86,1)	156 (92,3)	146 (86,4)	170 (97,1)
Yapılmayan	29 (24,8)	21 (19,3)	55 (22,1)	21 (8,3)	23 (13,9)	13 (7,7)	23 (13,6)	5 (2,9)
İdrar tetkiki								
Yapılan	61 (52,1)	75 (68,8)	154 (61,8)	201 (79,4)	118 (71,1)	149 (88,2)	116 (68,6)	159 (90,9)
Yapılmayan	56 (47,9)	34 (31,2)	95 (38,2)	52 (20,6)	48 (28,9)	20 (11,8)	53 (31,4)	16 (9,1)
Emzirme bilgisi								
Verilen	36 (30,8)	21 (19,3)	102 (41,0)	74 (29,2)	71 (42,8)	49 (29,0)	87 (51,5)	71 (40,6)
Verilmeyen	81 (69,2)	88 (80,7)	147 (59,0)	179 (70,8)	95 (57,2)	120 (71,0)	82 (48,5)	104 (59,4)
Beslenme bilgisi								
Verilen	87 (74,4)	67 (61,5)	191 (76,7)	173 (68,4)	131 (78,9)	119 (70,4)	125 (74,0)	124 (70,9)
Verilmeyen	30 (25,6)	42 (38,5)	58 (23,3)	80 (31,5)	35 (21,1)	50 (29,6)	44 (26,0)	51 (29,1)
Gebelikte olabilecek yakınmalar bilgisi								
Verilen	84 (71,8)	73 (67,0)	186 (74,7)	175 (69,2)	131 (78,9)	129 (76,3)	136 (80,5)	125 (71,4)
Verilmeyen	3 (38,2)	36 (33,0)	63 (25,3)	78 (30,8)	35 (21,1)	40 (23,7)	33 (19,5)	50 (28,6)
Tehlike işaretleri bilgisi								
Verilen	73 (62,4)	68 (62,4)	179 (71,9)	162 (64,0)	124 (74,7)	126 (74,6)	122 (72,2)	132 (75,4)
Verilmeyen	44 (37,6)	41 (37,6)	70 (28,1)	91 (36,0)	42 (25,3)	43 (25,4)	47 (27,8)	43 (24,6)
Doğumun yapılacağı yerin planlanması								
Yapılan	36 (30,8)	51 (46,8)	125 (50,2)	139 (54,9)	93 (56,0)	109 (64,5)	94 (55,6)	129 (73,7)
Yapılmayan	81 (69,2)	58 (53,2)	124 (49,8)	114 (45,1)	73 (44,0)	60 (35,5)	62 (44,4)	46 (26,3)
Toplam**	117 (100,0)	109 (100,0)	249 (100,0)	253 (100,0)	166 (100,0)	169 (100,0)	156 (100,0)	175 (100,0)

* KHD için ultrasonografi yapılan kişi oranları verilmiştir.

**Sütun yüzdesi

Kaynaklar

1. Akın A. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. İçinde: 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Ankara; 2002: 151–182.
2. Kotelhuck M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84(9): 1414-20.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye; 2009 p149–169.
4. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi; Ankara, 2009.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
6. Neupane S, Doku DT. Determinants of time of start of prenatal care and number of prenatal care visit during pregnancy among Nepalese woman. *J Community Health* 2012;37(4):865-73.doi:10.1007/s10900-011-9521-0.
7. Okoli U, Abdullahi MJ, Pate MA, Abubakar IS, Aniebue N, West C. Prenatal care and basic emergency obstetric care services provided at primary healthcare facilities in rural Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012;117:61-65.
8. Kyei NA, Chansa C, Gabrysh S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assement. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12:151.
9. Sütü S, Çatak B, Kılınç A.S, Taşdemir A.B, Dinç M, Ayaş H. Doğum öncesi bakımın neresindeyiz? Toplum tabanlı bir araştırma. *Sted* 2012;21(5):264-270.
10. Çatak B. Adıyaman 2 No’lu Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde 2007 Yılında Canlı Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası İzlemleri. Ankara. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008.
11. Çatak B, İkişik H, Kartal S.B, Öner C, Uluç H.H, Seğmen Ö. İstanbul’da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma. *Perinatoloji Dergisi* 2012;20(3):126-134.
12. Sağlık Bakanlığı. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf. Erişim tarihi: 5 Ekim 2011.
13. Çatak B, Davas A, Zencir M., Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. *TAF Prev Med Bull* 2012;11(2):1-10.
14. Çatak B, Sütü S, Kılınç S. Burdur ilinde 2. basamak sağlık kuruluşlarında verilen doğum öncesi bakımın nicelik ve niteliği. *Sağlık ve Toplum* 2011;21(2):15-23.
15. DSÖ: WHO, UNICEF, Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities. An Analyzes of Trend, Levels and Differentials, 1990-2001. Geneva: 2003.
16. Lavado RF, Lagrada LP, Ulep VT, Tan LM. Who Provides quality prenatal care in the Philippines? Available at: <http://dirp4.pids.gov.ph/ris/dps/pidsdps1018.pdf>. Erişim tarihi: 4/08/2013.

Geliş tarihi: Oct 22, 2013 06:06

Kabul tarihi: May 05, 2014 05:17

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.05.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Binali Çatak

bb.catak@hotmail.com

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü

Türkiye’de birinci basamağın gücü

Strength of primary care in Turkey

Mehmet Akman¹

Özet

Güçlü bir birinci basamak (BB) sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir. Türkiye’de son 10 yılda sağlık alanında önemli değişikliklere yol açan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılan bir sağlık reform programı kademeli olarak uygulanmıştır. Bu programın önemli bileşenlerinden birisi aile hekimliği uygulamasıdır. Bu yazının amacı, birinci basamağın ülkemizdeki gücünü literatürde yer alan kanıtlar ışığında yapısal ve uygulama özellikleri açısından ayrıntılarıyla ele almak, 2014 itibarı ile ulaştığı çıktılar göz önüne alındığında SDP’nin birinci basamağı ne oranda önceleyen ve güçlendirmeyi hedefleyen bir reform olduğunu tartışmaya açmaktır. SDP ile gerçekleştirilen yapısal ve uygulamaya dönük reformlara rağmen, Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmeti diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında yapısal özellikler ve uygulama özellikleri bakımından yeterli düzeyde değildir. Türkiye’de birinci basamağın temel sorunları sayıca ve nitelik olarak yetersiz insan gücü, aile hekimi başına düşen hasta sayısının yüksekliği, multidisipliner ve ekip çalışmasını destekleyecek uygulamaların azlığı, sivil toplum kuruluşları (STK) başta olmak üzere paydaşlarca dile getirilen BB politikalarının geliştirilmesine yönelik önermelerin dikkate alınmamasıdır. Ek olarak sağlık hizmetinin asıl koordinatörü işlevini gerçekleştirebileceği ortamın aile hekimine sağlanmaması, ilk temas noktası olarak alternatifsiz bir BB’ın var edilememiş olması, BB sağlık hizmetlerinin kapsamında önemli genişlemelere ihtiyaç duyulması, mesai dışı aile hekimliği hizmet ihtiyacının yönetilememesi diğer önemli sorunlardır. Sonuç olarak, SDP reformları birinci basamak odaklı değil, uzmanlaşma ve teknolojiyi destekler görünmektedir. Bu durum birinci basamağın sağlık sisteminin adeta “sosu” haline dönüşerek işlevsizleşmesi ve sağlık maliyetlerinin artması riskini içinde taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Reformu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Türkiye

Summary

Strong primary care is assumed to contribute positively to health system goals including equity in population health, sustainable health care expenditures, and responsiveness of care. During the last decade a health reform program called Health Transformation Program (HTP) was conducted step by step in Turkey, yielding important changes for the national health system. One of the important components of this program is the introduction of Family Medicine Scheme. The aim of this paper is to evaluate the strength of primary care in Turkey regarding structural and procedural features, with respect to evidence in the literature and also to discuss whether HTP is primary care oriented or not, as long as outcomes achieved by 2014 are concerned. Despite all structural and procedural reforms of HTP, recent literature claims that process and structure of primary care in Turkey is not as strong as most of the countries in Europe. Basic problems are: lack of manpower in primary care both quantitatively and qualitatively, high number of patients per family physician, lack of procedures supporting team and multidisciplinary work, recommendations of NGOs and other stakeholders regarding health politics are not taken into account. Besides lack of supporting environment for family physicians to coordinate health service, existing alternatives for first contact of care other than primary care, lack of organization for primary care service delivery out of office hours and need of expansion of comprehensiveness for health services delivered by primary care teams are other important problems. As a conclusion, HTP reforms are not primary care oriented, but more supportive for usage of technology and specialist care. These circumstances reveal the high risk of dysfunctional primary care service transformed to “sauce” of the health system and also very high health expenditures.

Key Words: Health Care Reform, Primary Care, Turkey

Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir^[1,2]. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 Dünya Sağlık Raporunda sağlık sistemlerinin olması gerektiği gibi çalışmadığına dikkat çekile-rek, temel sağlık hizmet-

lerinin iyileştirilmesi ile değişen dünyanın ihtiyaçlarına daha iyi ve daha hızlı yanıt veren bir sağlık sistemi oluşturulabileceği vurgulanmıştır. Aynı raporda sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt veren bir sağlık hizmetinin topluma ulaştırılması gerekliliği dile getirilir-ken, birinci basamakta insan merkezli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve yapılacak sağlık reformlarının bu hedefleri gözetmesi önerilmiştir.

Bu bağlamda hastalık veya tedaviye odaklı, iyileştirici bakımın fasilalı olarak gerçekleştiği, ilişkilenenin sadece karşılaşma anlarıyla sınırlı kaldığı, hizmet alanların sadece tüketici olarak görüldüğü bir sağlık hizmet sunumu anlayışı yerine; sağlık ihtiyaçlarına odaklanan, kapsamlı, sürekli ve kişisel bakımın sunulduğu, kişisel ilişkiye dayalı, hizmet alanları kendi sağlıklarının ve aynı zamanda toplum sağlığının geliştirilmesinde partner olarak gören bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu desteklenmektedir^[3]. 62. Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ üyesi ülkelere, 2008 raporu temel alınarak, birinci basamak prensipleri ve değerleri doğrultusunda sağlık sistemlerini güçlendirmeleri çağrısında bulunulmuştur (WHA62.12)^[4]. Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en zorlu problemlerdir. Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak en etkili yolların başında gelir^[5-7]. Bu anlamda bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmetini kişisel gereksinimleri göz önünde tutarak sunabilecek hekim, hastasıyla süreç içerisinde güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurmuş olan aile hekimidir.

Dünyada sağlık sistemleri ve birinci basamağın sis-tem içindeki yeri ile ilişkili tartışmalar bu şekilde sürerken, ülkemizde de son 10 yılda sağlık alanında önemli değişikliklere yol açan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılan bir sağlık reform programı kademeli olarak uygulanmıştır. Bu programın üç temel hedefi ve nihai gerçekleştirilme tarihleri şöyle sıralanabilir^[8]:

- Genel sağlık sigortasının uygulanması (2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu)
- Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede yaygınlaştırılması (2010 yılı sonu itibarıyla tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçildi)
- Hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulması (663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre, 2 Kasım 2012’de Kamu Hastane Birlikleri kuruldu).

SDP, aile hekimliği uygulaması temelinde birinci basamak sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırırken, beraberinde sağlık sigorta şemsiyesi kapsamında olan toplum kesimini genişletmek iddiasıyla genel sağlık sigortası uygulaması getirdi. Atun ve arkadaşları Lancet’te Haziran 2013’de yayımlanan makalelerinde, Sağlıkta Dönüşüm Programının 10 yıllık sürecini detaylı biçimde ele almış ve bu süreçte tüm nüfusa sağlık güvencesi sunulması (universal health coverage) ile sağlıkta eşitsizliklerin azaldığı vurgusunu ön plana çıkartmışlardır. Aynı yazıda sağlığa daha çok finansman ayrıldığı, sağlık düzeyi göstergelerinin iyileştiği, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde yeniden örgütlendiği, sağlık alt yapısı ve insan gücünde iyileşmeler olduğu, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştığı ve hasta memnuniyetinin arttığı ortaya konmuştur^[9]. Oysa, Türkiye Aile Hekimliği Der-

gisi’nin 2013 yılı son sayısında yayımlanan, Kringos ve arkadaşlarının Avrupa’da birinci basamağın gücünü araştırdıkları araştırmalarının sonuçlarına göre, Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmeti karnesi diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında pek de iyi değildir; ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetleri yapısal özellikler (birinci basamak yönetimi, ekonomik koşullar, insan gücü) bakımından orta düzeyde güçlü, uygulama özellikleri (ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm) bakımından ise zayıf bulunmuştur^[10].

Bu yazıda, yukarıda belirtilen iki makale temel alınarak, birinci basamağın ülkemizdeki gücü, yapısal ve uygulama özellikleri açısından ayrıntılarıyla ele alınacak, Sağlıkta Dönüşüm Programının 2013 itibarı ile ulaştığı çıktılar göz önüne alındığında birinci basamağı ne oranda önceleyen ve güçlendirmeyi hedefleyen bir reform olduğu tartışılacaktır.

Yapısal özellikler

Kringos ve arkadaşları birinci basamağın politik, ekonomik ve kültürel özelliklerine göre gücünü inceledikleri çalışmalarında, Avrupa ülkelerinin zenginlik, hükümetlerin politik yapısı, hakim olan değerler ve sağlık sistemi tipine göre farklılıklar gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmada, ağırlıklı olarak daha çok süre sol eğilimli hükümetler tarafından yönetilen ülkelerde birinci basamak yapısal özelliklerinin görece daha iyi olduğu saptanırken, ülkenin genel zenginliği ile birinci basamağın yapısal özellikleri arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir*. Ulusal sağlık sistemi (temel olarak sağlık giderlerinin vergilerden karşılandığı sistem) veya genel sağlık sigortası ile yönetilen sistemler arasında yapısal özellikler açısından bir fark bulunamamıştır^[12].

Sağlık yönetimi

Atun ve arkadaşlarına göre SDP ile sağlık sisteminin yönetiminde temelde 3 önemli değişiklik yapılmıştır: Vatandaşların sağlık hakkının tanımlanması (hasta hakları yönergesi 2003), sağlık hizmet sunucularının hesap verebilirliğinin güçlendirilmesi (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi- SABİM kurulması) ve Sağlık Bakanlığının rolünün hizmet vericiden çok koordine edici yönde yeniden tanımlanması^[9].

Birinci basamak vizyonunu ortaya koyan politika dokümanlarının yayımlanması (örneğin Aile Hekimliği Türkiye Modeli), kanun ve yönetmeliklerle birinci basamak hizmet sağlayıcılarının görev ve sorumluluklarının ve birinci basamak merkezlerin özelliklerinin tanımlanması, topluma (toplum sağlığı merkezleri) ve kişiye yönelik (aile sağlığı merkezleri) temel sağlık hizmetlerinin eşgüdümünün sağlanması için Halk Sağlığı Kurumunun kurulması ve finansmanın global bütçeden karşılanıyor olması, SDP sürecinde birinci basamak sağlık hizmeti sunumu açısından yönetim anlamında gerçekleşen olumlu gelişmeler arasında sayılabilir.

Bununla birlikte sağlık yönetiminin iyileştirilmesi gereken yönlerivardır.

*Çalışmanın incelediği 1993-2008 yılları arasında Türkiye’de koalisyonun büyük ortağı olarak sol görüşlü partilerin iktidarda olduğu süre yaklaşık 4 yıldır(11).

BB hizmet sağlayıcılarının dağılımları bölgeler arasında sayısal olarak farklılık göstermektedir. Bunun sonucunda aile hekiminin hizmet yoğunluğu kendisine bağlı nüfusun büyüklüğüne bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yerinde multidisipliner işbirliğini destekleyecek uygulamalar son derece sınırlıdır. Meslek örgütleri ve BB sağlık çalışanlarının kurdukları dernekler, hastaların oluşturduğu sivil toplum örgütleri gibi diğer paydaşların BB politikalarının geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınmaması, reform sürecine gerekli katkıyı verememelerine yol açmıştır. Örneğin gerek sözleşmeli aile hekimlerinin yarı zamanlı uzmanlık eğitimi gerekse aile hekimlerinin acil servislerde çalıştırılması gibi uygulamalar, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ve pratisyen hekim derneklerinin tüm gerekçeli itirazlarına rağmen hayata geçirilmeye çalışılmaktadır. Benzer durum tıp fakültesi mezunu bir hekimin aile hekimliği asistanlık sürecini tamamlamadan birinci basamakta tek başına hasta göremeyeceği tarihin, bir başka deyişle geçiş döneminin sonlanım tarihinin belirsizliğini korumasında da görülmektedir. İlgili derneklerin taleplerine rağmen bu tarih resmi olarak ilan edilmemiş, sözel olarak dile getirilen tarihler ise revize edilerek ertelenmiştir.

Günümüzde Batı Avrupa ülkelerinde birinci basamakta sunulan halk sağlığı hizmetleriyle aile hekimliği hizmetlerini bir arada sunan daha büyük ve bütünsel BB merkezlerin oluşturulması yönünde bir eğilim söz konusudur. Bu şekilde zaten güçlü olan ekip çalışmasını daha da güçlendirmek hedeflenmektedir. SDP, sağlık ocaklarında daha güçlü ve geniş bir ekip tarafından kişiye ve topluma yönelik olarak sunulan klinik ve koruyucu hekimlik hizmetlerini kişi ve toplum sağlığı hizmetleri olarak ayırmıştır. Her ne kadar Halk Sağlığı Kurumu düzeyinde eşgüdümün sağlanması hedeflenmişse de, ASM ve TSM bölünmesi ekip çalışmasını zayıflatmış, hatta yer yer iki birim arasında çatışmalara (Örneğin, denetçi-denetlenen ilişkileri) yol açmıştır. Böylece BB düzeyinde de hizmet sunumu parçalı (fragmente) hale gelmiştir. Kişiyeye yönelik temel sağlık hizmetlerinin, bir başka deyişle toplum ve aile sağlığı merkezlerinin, entegre sağlık hizmeti sunabilmesi için toplum yönelimli birinci basamak uygulamaları geliştirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir^[13]. Bu anlamda yerel toplumun katkısının sağlandığı toplum yönelimli BB uygulamaları önem kazanmaktadır. Gönüllüler ve toplum liderleri (öğretmen, muhtar, vb) ile işbirliği yapan, sağlığın geliştirilmesine yönelik ihtiyaç ve eylemleri birlikte planlayan, bu eylemlerde orada yaşayan kişilerin de sorumluluk alabilmesine imkan veren, temel sağlık hizmetlerine bütüncül yaklaşan bir model ile kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanabilir.

Ülkemizin bir gerçeği olarak çok farklı alanlarda (idarecilik, ana çocuk sağlığı, yetişkin hasta bakımı, aile planlaması vb) çalışma deneyimine sahip olan hekimler, yeni uygulamada aile hekimi olarak kendilerine bağlı her yaş ve cinsiyetten kişilere kapsamlı sağlık hizmeti sunmak durumunda kalmışlardır. Bu nedenle hizmet sunucunun niteliklerine bağlı olarak hizmet sunumu farklılaşabilmektedir. Birinci basamakta sunulan hizmetin

kalitesini denetleyecek mekanizmaların kurulması, kanıta dayalı klinik rehberleri temel alan standart hizmet sunumunu sağlamaya katkıda bulunacaktır. Bu mekanizmalar, hekimlerin poliklinik yaptıkları sırada önlüklü olup olmamaları gibi şekilsel denetimlerin ötesinde, hem sağlık hizmetinin sunulduğu sürecin hem de sağlık çıktılarının değerlendirilmesini içermelidir.

Ekonomik Koşullar

SDP sürecinde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan finansmanda rakamsal bir artış gözlenmektedir. Aile Hekimliğinin SB genel bütçesindeki payı, 2006 yılında sadece %0,2 iken 2009'da %6,3'e yükselmiştir. Bu rakamlar yorumlanırken 2006 yılında çok az ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olduğu unutulmamalıdır. SB genel bütçe harcamalarından koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan miktar, 2003-2009 döneminde yıllık ortalama %23,7 artmış; 1.135 milyon TL iken, 4.082 milyon TL'ye yükselmiştir. 2006 yılında SB bütçesinin %73,7'si olan hastane harcamaları 2009 yılında %67,7'ye gerilemiştir. Ancak bu azalma özel sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmet artışıyla birlikte değerlendirilmelidir. Nitekim 2002'de hastane muayeneleri arasında %4 olan özel sağlık kuruluşlarının payı 2008'de %21'e çıkmıştır^[13].

2001 yılında 4618 sayılı Yasa'da yapılan değişiklikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocakları içinde "Döner Sermaye İşletmesi" kurulması ya da kurulmuş olanlara katılım zorunluluğu getirilmiştir. Bu değişiklik birinci basamağa başvuran hastalardan katkı payı alınmasını beraberinde getirmiş, yasanın ek 2 başlıklı maddesine göre birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardaki ana çocuk sağlığı, sağlık ocağı ve halk sağlığı laboratuvarları gibi koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tedavi hizmetlerini kapsayacak bir döner sermayenin kurulmasının yolu açılmıştır. Bu uygulama Maliye Bakanlığı, SGK ve Sağlık Bakanlığı arasında birinci basamak tedavi hizmetlerinin sağlanması için global bütçe uygulamasına geçilinceye kadar devam etmiştir. 08/03/2007 tarih ve 5597 sayılı Kanunun 4. maddesi ve 5502 sayılı Kanuna eklenen Ek Madde-2 ile birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinde global bütçeye geçilmiş ve ödeyici kurumlarla doğrudan hizmet alımı sözleşmeleri imzalanmıştır. Böylece SB'nın kendisine bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen bütün sağlık hizmetleri yeniden ücretsiz hale gelmiştir^[13]. İlaçlardan alınan katkı payı uygulaması ise devam etmektedir.

Tablo1'de görüldüğü gibi 2006 yılında %3,8 olan aile hekimliği hizmetleriyle halk sağlığı hizmetlerinin toplam Sağlık Bakanlığı bütçesindeki payı, 2009 yılı itibarıyla %10'a ulaşmıştır. Avrupa Herkes için Sağlık (European Health for All) veri tabanına göre Türkiye'de 2009'da gayrisafi yurtiçi hasıladan (GSYİH) sağlığa ayrılan pay %5 iken, aynı yılın Avrupa Birliği ortalaması %8,8'dir^[14]. 2009'da sağlığa GSYİH'den ayrılan pay Türkiye İstatistik Kurumu kaynakları ile Atun ve arkadaşlarının makalesinde ise %6,1 olarak verilmiştir. 2012 yılı TÜİK verilerinde GSYİH'den sağlığa ayrılan payın %5,4'e gerilediğini görüyoruz^[15].

Bu pay kamu ve özel sağlık harcamaları olarak ayrıldığında kamu harcamaları %4,14'lük kısmı oluştururken özel sağlık harcamaları %1,25'lik kısma karşılık gelmektedir. Sağlığa ayrılan pay halen OECD ülkelerinin ortalamasının altındadır (2013 için %9,2)^[16]. Sağlık harcamaları içerisinde halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerine ayrılan pay Avrupa Birliği üyesi ülkelerde de farklılıklar göstermektedir; örneğin 2009 yılında Fransa'da %2,2, Hollanda'da %4,4 ve Finlandiya'da %5,6 olarak gerçekleşmiştir^[17]. Birinci basamak sağlık hizmetleri hem koruyucu hekimlik, hem de tedavi edici hekimlik hizmetlerini içerdiğinden koruyucu hekimlik ve halk sağlığı hizmetleri ile tedavi ve rehabilite edici hizmetler şeklindeki sınıflama kategorileri aile hekimliği hizmetine özgü maliyetleri net olarak ortaya koyamamaktadır. Ülkemiz için ASM'lere özgü olarak maliyet etkinlik analizi yapılabilmesi, çıktuları ile birlikte ASM'lerde sunulan hizmetlerin ve karşılığında bütçeden ayrılan payın büyüklüğünün değerlendirilmesi ile mümkün olabilir. Bu nedenle düzenli olarak her yıl ASM'lere ayrılan pay ve kaynağının ayrı bir kalem olarak sağlık istatistiklerinde yer alması yerinde olacaktır.

SDP, sigorta şemsiyesi altında yer alan nüfus oranı açısından değerlendirildiğinde, 2003 yılında en yoksul %10'luk grubun %25'i sigorta kapsamı altındayken, 2011 yılında aynı grupta sağlık sigorta kapsamında olanlar %85'e yükselmiştir^[9].

TÜİK 2012 sağlık araştırması verilerine göre Türkiye nüfusunun %80,3'ü SGK (sosyal güvenlik kurumu), %12,3'ü ise yeşil kart dahil GSS (genel sağlık sigortası) şemsiyesi altında sağlık güvencesine sahiptir^[18]. Bu rakamlar Atun ve arkadaşlarının iddiasının aksine, Türkiye'de evrensel sağlık kapsayıcılığına (herkesin sağlık sigortası kapsamına alınması) henüz ulaşamadığını göstermektedir. Nitekim yaklaşık %8'lik bir grup GSS şemsiyesi altında değildir. Ayrıca şehirlerde %7,1'e düşen yeşil kartlı yüzdesinin kırsalda %23,6'ya çıkması bölgesel farklılıkların aşırılığına bir örnektir^[18].

Gerek ilaç, gerekse muayene ücreti şeklinde hastalardan katkı payı alınması uygulamaları SDP sürecinde farklı şekillerde denenmiş ve uygulanmaya devam etmektedir. Atun ve arkadaşları cepten ödemelerin hane halkının yiyecek dışı masrafları içerisindeki payının 2003-2011 arasında azalma eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir^[9]. Şekil 1'de yer alan herkes için sağlık Avrupa veri tabanından alınan grafikte GSYİH ile cepten ödemeler karşılaştırılmalı olarak verilmiştir ve Türkiye'nin cepten harcama durumu, 2009 yılı itibarıyla orta Asya ve doğu Avrupa ülkelerinden daha iyi durumdayken, batı ve kuzey Avrupa ülkelerine göre daha fazladır. Bu grafikte, güney Kıbrıs gibi istisnalar olmakla birlikte, Avrupa bölgesinde GSYİH artışı ile cepten ödeme miktarlarında azalma olduğu eğilimi görülmektedir.

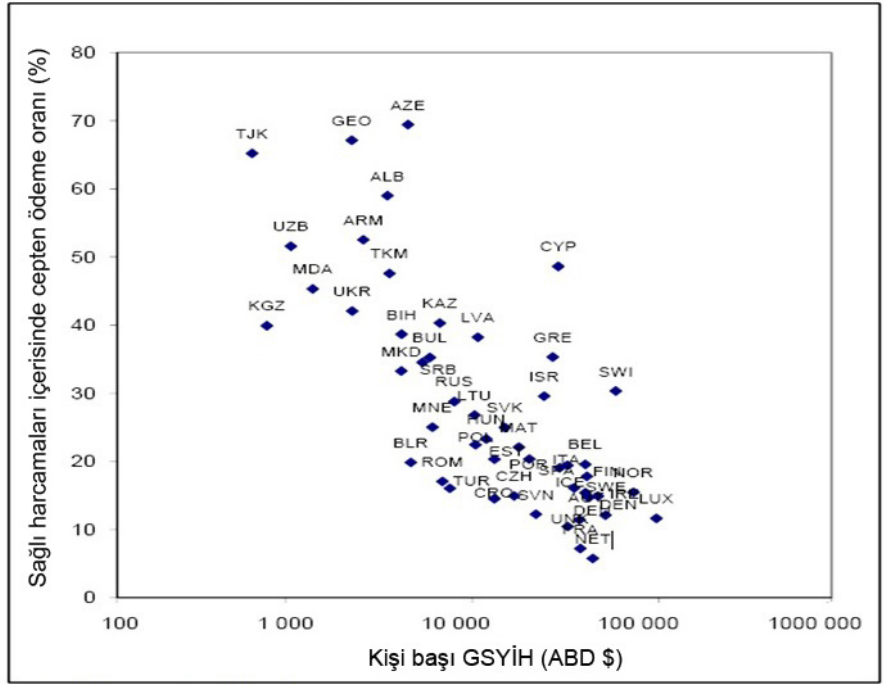
Tablo 1: SB Genel Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması

	milyon TL				%’lik Dağılım			
	2006	2007	2008	2009*	2006	2007	2008	2009*
Tıbbi Ürünler Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler	5	7	7	11	0,1	0,1	0,1	0,1
Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri	1.726	2.266	2.729	3.318	20,2	21,8	22,8	26,6
Aile Hekimliği Hizmetleri	19	242	466	785	0,2	2,3	3,9	6,3
Hastane İşleri ve Hizmetleri	6.294	7.587	7.843	8.428	73,7	73,0	65,5	67,7
Halk Sağlığı Hizmetleri	304	330	331	494	3,6	3,2	2,8	4,0
Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Hizmetleri	35	43	46	56	0,4	0,4	0,4	0,4
Diğer Sağlık Hizmetleri	112	126	979 [†]	111	1,3	1,2	8,2	0,9
Diğer Hizmetler (Genel Kamu, Eğitim hizmetleri v.b.)	63	32	32	36	0,7	0,3	0,3	0,3
SB Genel Bütçe Harcamaları	8.538	10.390	11.967	12.454	100	100	100	100

Kaynak: Sülkü SN. Türkiye’de sağlık dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı yayın no: 2011/414, Ankara, 2011 sayfa 59

Not::** 2009 yılı ödenektir. †: Diğer sağlık hizmetlerinin 2008 yılı ödeneği 124 milyon TL’dir. Fakat kamulaştırma ödenekleri, bu tertibe yıl içinde eklenmiştir.

Şekil 3: Avrupa veri tabanı
2009 verilerine göre
Avrupa bölgesinde
toplam sağlık harcamaları
içerisinde cepten
ödemelerin oranının kişi
başına düşen GSYİH ile
karşılaştırılması



Kaynak: European Health database.

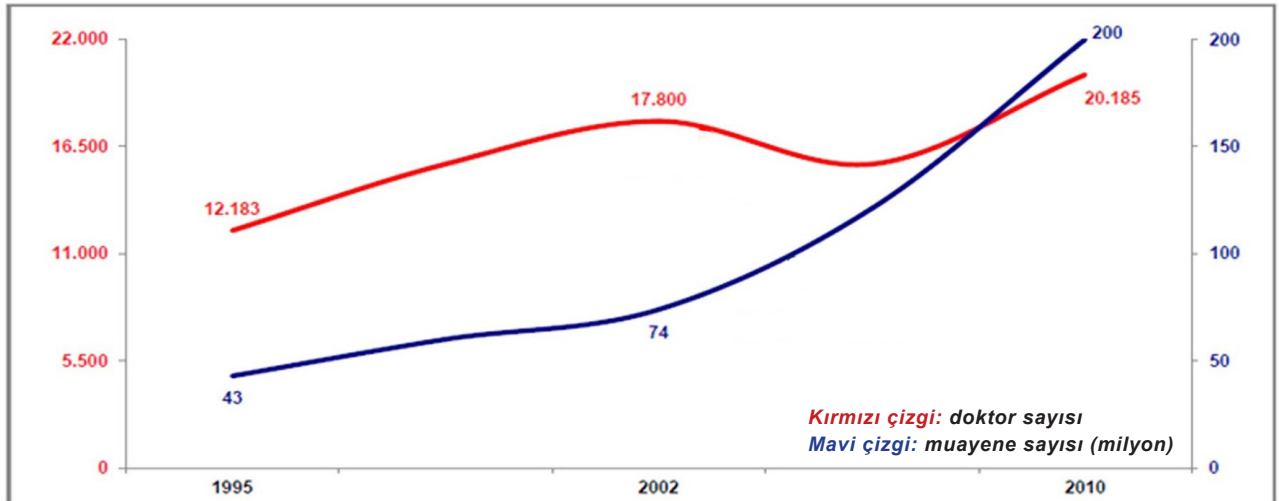
İnsan gücü

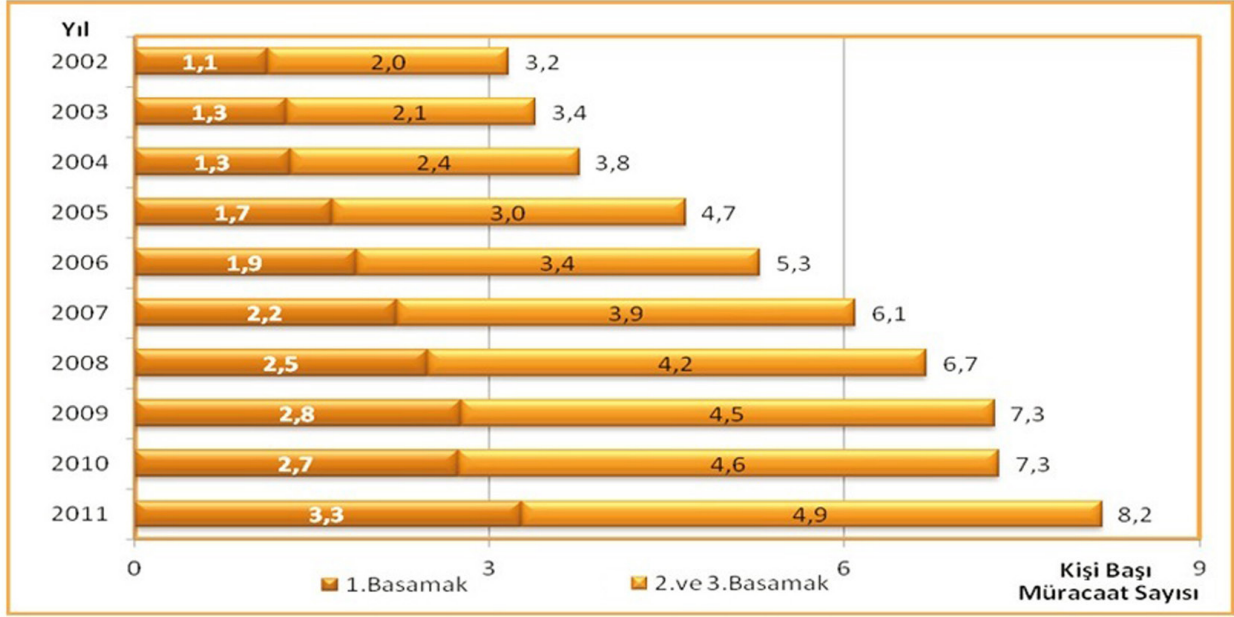
SDP'nin temel tespit ve icraatlarından bir tanesi de sağlıkta yetişmiş insan gücü yetersizliği ve bunun artırılması yönündedir. Türkiye'de 2012 yılında 100 bin kişiye 172 hekim düşerken, AB ortalaması 2011 yılı için 336'dır. Aynı nüfus başına hemşire ve ebe sayısı 2012 yılında Türkiye'de 249 iken 2011 yılı için AB ortalaması 689'dur^[14]. AB ortalamasının çok altındaki sağlık insan gücünü sayısal olarak artırmak için SDP kapsamında bir eylem planlanıp hayata geçirilmiştir. Bu eylemler arasında üniversitelerde tıp dahil sağlık bilimleriyle ilişkili fakülte-lerde öğrenci kontenjan sayısını artırmak, tam gün yasası ile sağlık personelini kamu sağlık kurumlarıyla özel sektör arasında tercih yapmaya zorlamak ve performansa bağlı geri ödemelerle her bir çalışanın verimliliğini artırmak, sağlık kurumlarında her bir doktor için bir hasta görüşme odası açarak verimliliğe katkıda bulunmak ve coğrafi olarak hekim dağılımı

eşitsizliğini ortadan kaldırmak için zorunlu devlet hizmeti yükümlülüğü uygulamasına geçmek yer almaktadır^[9].

Bu bağlamda birinci basamakta çalışan hekim sayısı 2002'den 2010'a kadar %11 artarken, aynı dönemde birinci basamakta görülen hasta sayısı 2,5 kat artmıştır. Bu durum hekim başına gerçekleşen görüşme sayısında ve dolayısıyla iş yükünde önemli artış olduğunu ortaya koymaktadır (Şekil 2)^[19]. Bu artış öyle bir noktaya varmıştır ki 2011 yılında kişi başına düşen yıllık poliklinik başvuru sayısı 8,2 olmuştur. Bu rakam aynı yılın OECD ülke ortalaması olan 6,4'ün çok üzerindedir^[19]. Türkiye'de sınırlı bir hekim gücüyle OECD ülke ortalamasından çok daha fazla hasta müracaatının karşılandığı göz önüne alındığında, sağlık hizmet sunum kalitesinden taviz verilme durumunda kalındığı sonucuna varılabilir (Şekil 3)^[19]. Bu nedenle sayısal verilerin yanında niteliksel verilerin de eş zamanlı değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Şekil 2: Birinci basamakta çalışan hekim ve yapılan poliklinik sayıları



Şekil 3: Kişi başı poliklinik başvuru sayısı

Tablo 2’de yıllara göre sağlık personeli sayısındaki artış verilmiştir. Bu tablo dikkatle incelendiğinde 2002 ile 2012 arasındaki 10 yıllık sürede yaklaşık 25 bin yeni uzman yetişirken, pratisyen hekim sayısındaki artışın 8 bin ile sınırlı olduğu görülecektir. Aynı yıllarda uzman hekim /pratisyen hekim oranı 1,47’den 1,80’e yükselmiştir. Bu tablo, şekil 3’den hareketle 7 yılda birincinin ayaktan poliklinik başvuruları içindeki payının sadece %3,5 yükselmiş olması verisi ile tamamlandığında, SDP sürecinde birincinin iş gücü veya hasta başvurusunda aldığı pay açısından desteklenmediğini göstermektedir.

SDP’nin 3 temel amacını tekrar hatırladığımızda (GSS, aile hekimliği ve hastanelerin finansal özerkleşmesi) ortak noktalarının sağlık maliyetlerini

düşürebilmek adına kendi kendine yetebilen sağlık birimleri oluşturmak ve mümkün olabildiğince öngörülebilir (global bütçe) bir maliyeti büyük oranda ödenen sigorta primlerinden karşılayabilmek olduğu söylenebilir. İş gücü verileri, sağlıkta teknoloji kullanımının yüksekliği ve sevk zincirinin olmaması ile birleştirildiğinde SDP’nin mevcut haliyle güçlü bir birincinin çok uzmanlaşmayı desteklediği, sağlık sorunlarının ana çözüm merkezi olarak hastaneleri gördüğü anlaşılmaktadır. Aile hekimlerine konan hastane acillerinde nöbet zorunluluğu uygulaması gereğinde birincinin iş gücünün ikinci basamakta sunulan hizmeti desteklemek için kullanılabileceğini, dolayısıyla hangi basamağın öncelendiğini açıkça göstermektedir.

Tablo 2 Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012
Uzman Hekim	45.457	60.655	63.563	66.064	70.103
Pratisyen Hekim	30.900	35.911	38.818	39.712	38.877
Asistan Hekim	15.592	22.075	21.066	20.253	20.792
Toplam Hekim	91.949	118.641	123.447	126.029	129.772
Diş Hekimi	16.371	20.589	21.432	21.099	21.404
Eczacı	22.289	25.201	26.506	26.089	26.571
Hemşire	72.393	105.176	114.772	124.982	134.906
Ebe	41.479	49.357	50.343	51.905	53.466
Diğer Sağlık Personeli	50.106	93.550	99.302	110.862	122.663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	197.386	198.694	209.126	209.736
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	609.900	634.496	670.092	698.518

İnsan gücü anlamında ülkemizde birincinin güçlü yönleri arasında son yıllarda sağlık çalışan sayısı olarak artış eğiliminin yavaş da olsa sürmesi, aile hekimleri için ulusal derneklerin ve aile hekimliği alanında ulusal kongrelerinin ve bilimsel dergilerin var olması sayılabilir.

Geliştirilmesi gereken yönler arasında en başta BB hizmet sunularının evrensel standart niteliklere sahip olması gelmektedir. TTB’nin yaptığı niteliksel bir araştırmada da aile hekimlerinin bilgi ve becerilerinin farklı açılardan yetersiz olduğu hekimlerin kendisi tarafından bildirilmiştir.

Bu çalışmaya katılan AH uzmanları, pratisyen aile hekimlerinin kronik hastalık yönetiminde yetersiz olduğunu düşünmektedir. Yine aynı çalışmada aile sağlığı elemanlarının eğitim gereksinimi olduğu dile getirilmiştir^[20]. Bu anlamda geçiş döneminin sonlanacağı ve aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamlamanın birinci basamakta hekim olarak çalışmak için tek seçenek olacağı tarihin ilan edilmesi ön koşuldur. Dal uzmanı yetiştirmeye verilen önem kadar aile hekimliği uzmanı yetiştirme konusuna da önem verilmesi gerekir. Tıpta Uzmanlık Sınavında aile hekimliği uzmanlık eğitimi kadroları 2004-2010 yıllarında tüm kadroların sadece %3-7'sini oluşturmuştur. Bu sayının artırılması birinci basamağa verilen önemi gösterecektir. Oysa ki, ilk kez Nisan 2014 TUS sınavında ilan edilen yarı zamanlı uzmanlık eğitimi kadroları ile alternatif bir aile hekimliği uzmanlık eğitimi yolu açılmış, buna karşılık tam zamanlı uzmanlık eğitimini özendirici önlemler alınmamıştır. Bu durum nitelikli eği-tim yoluyla birinci basamak hizmet sunum niteliğinin artırılması gibi bir hedefin olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca tam zamanlı eğitim sürecine saha eğitiminin dahil edilmesi olumlu bir adım olmakla beraber aile hekimliği akademisyenlerinin ASM'lerde bir fiil aile hekimliği uygulamasının içinde yer almalarını sağlayacak hukuksal düzenlemelerin yapılmamış olması çelişkili bir durumdur. Saha eğiticisi sayısının yetersizliği göz önüne alındığında akademisyenlerin BB'da çalışabilecekleri koşulların bir an önce oluşturulması önem kazanmaktadır.

Son olarak birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin de mesleki derneklerinin ve birinci basamağa özgü pratiklerinin gelişimine katkıda bulunacak şekilde ders programlarının ve uygulamalarının yapılandırılması ve birinci basamak hemşireliğine yönelik bilimsel dergilerinin olması insan gücünün gelişimine katkıda bulunacak bir başka önemli noktadır. Dernekleşme anlamında ilk adımların atılmış olması umut vericidir. Örneğin İstanbul'da İSTASED (İstanbul Aile Sağlığı Elemanları Derneği) kurulmuştur (<http://istased-com.webnode.com.tr>).

Kronik hastalıklar birinci basamak başvurularının içinde önemli bir ağırlığa sahiptir. Kronik hastalık yönetiminde ekip çalışması başarıyı artırmaktadır. Bu bağlamda BB'da çalışan insan gücü diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı mesleklerden bireylerle desteklenmelidir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde bir hekim ve bir aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerince kronik hastalığı olan hastaların ihtiyaç duyduğu multidisipliner hizmetin sunulması gerçekçi değildir.

Uygulama Özellikleri

Ulaşılabilirlik ve Süreklilik

Kringos ve arkadaşları, Türkiye gibi genel sağlık sigortası tarafından geri ödemeleri yapılan sistemlerin, İngiltere örneğinde olduğu gibi finansmanın genel bütçeden karşılandığı ulusal sağlık sistemine sahip ülkelere göre ulaşılabilirlik ve süreklilik anlamında görece daha zayıf olduklarını göstermişlerdir. Aynı çalışmada ülkelerin zenginlik artışı ile ulaşılabilirlik arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır^[12].

Aile hekimlerinin sayıca yetersiz olması, aile hekimi başına düşen kayıtlı kişi sayısının Avrupa ortalamasının

üzerinde olmasına ve dolayısıyla ulaşılabilirlik ve süreklilik anlamında hizmette aksamalara yol açabilmektedir. BB hizmetlerinin sürekliliğinin önündeki engellerden birisi de mesai saatleri dışında BB hizmetlerinin sağlanmasındaki güçlüklerdir. Bu durum hastaların mesai saatleri dışında kalan zamanlarda yoğun biçimde hastane acillerini kullanmalarına yol açmaktadır^[21]. Ulaşılabilirliği artırabilecek veya destekleyebilecek telefon / e-posta ile konsültasyon yollarına nadiren başvurulmakta, web tabanlı hizmetler ve randevu sistemleri yaygın kullanım alanı bulamamaktadır. Ev ziyaretlerinin aile hekiminin iş yükü içerisindeki oranı oldukça düşüktür. TTB'nin yaptığı niteliksel araştırmada ASM ve TSM hekimleri hastaların farklı nedenlerle çeşitli düzeylerde erişim sorunu yaşadığını belirtmiştir^[20]. Bu sorunların başında coğrafi engeller dile getirilmiştir. Yakındaki aile hekiminin listesinin dolu olması gibi nedenlerle kişilerin kendilerine uzak aile hekimlerine kayıtlı olmaları hizmete ulaşımı güçleştiren bir unsur olarak belirtilmiştir. Kendisine kayıtlı olmayan hastaların talepleri hekimler ve aile sağlığı elemanlarının zaman zaman güç durumda kalmalarına yol açmaktadır. Ayrıca iş yükü ve malpraktis endişesi gibi gerekçelerle aile hekimleri kendilerine kayıtlı olmayan hastalara bakmayı tercih etmemektedirler. Yine aynı çalışmada aile hekimleri listelerinde yer alan kişilerin %40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını, bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer sağlık kurumlarına erişimin kolay olduğu bölgelerde hizmet veren ve listesinde yer alan kişilerin büyük bölümü sağlıklı genç erişkinlerden oluşan aile hekimlerinin hiç karşılaşmadıkları hasta oranlarının ise % 80'lere kadar çıkabildiği dile getirilmiştir^[20].

Koordinasyon

Aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktası sevk zincirinin olmamasıdır. Sevk zinciri olmadan etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsedilemez. Aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısı olması beklenir. Sevk zinciri olmadığı aile hekiminin sağlık hizmetinin koordinasyonunu tam olarak sağlaması güçtür. Şekil 4'de, birinci basamağın hastalar tarafından tercih edilme oranının, sevk zinciri gibi zorunlu bir uygulama olmadıkça, yıllar içerisinde değişmeden nasıl sabit bir seyir izlediği gösterilmektedir. Kringos'un çalışmasında uygulama özellikleri itibarıyla Türkiye BB sağlık hizmet sunumunun zayıf kategorisinde yer almasına neden olan önemli etkenlerden birisi koordinasyon işlevini yerine getirememesidir^[10].

Aile hekimleri sevk zinciri uygulanmamasının getirdiği olumsuzluklar arasında özellikle kronik hastalıklar açısından ilk başvuru fonksiyonunun gerçekleştirilememesini de saymışlardır. Bununla birlikte aynı aile hekimlerinin mevcut koşullarda birinci basamağa sevk uygulaması getirilmesinin son derece olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünceleri dikkat çekicidir. Bu noktada temel kaygı iş yükünün aşırı artışı olarak ifade edilmiştir^[20]. Bunun dışında sevk zincirinin olmaması dal uzmanları ile birinci basamak hekimleri arasında kabul görüp izlenen resmi bir iletişim yolu kurulamamasına ve sonuç olarak birinci basamağın diğer basamaklarda konulan tanı, tetkik ve izlemlerden haberdar olamamasına yol açmaktadır.

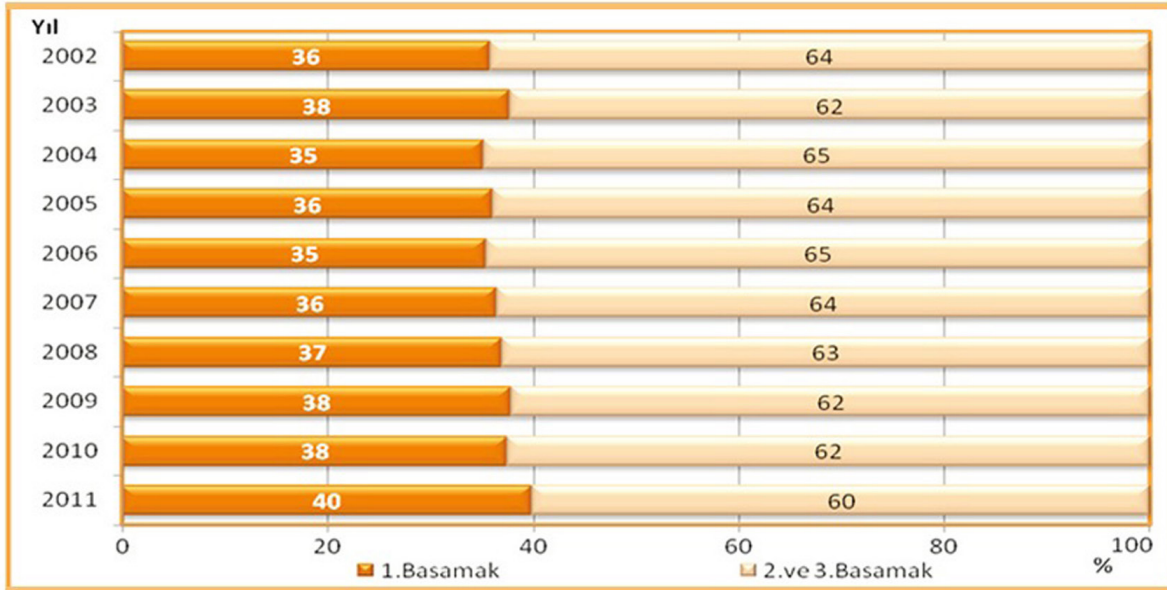
Kullanılan online veri giriş sistemlerinin entegrasyon ve hastanın farklı birimlerden aldığı hizmetleri bir arada gösterebilme açılarından geliştirilmeye ihtiyaç duyduğu birinci basamak hekimlerince dile getirilmiştir^[20]. Sevk zinciri birinci basamakla dal uzmanları arasındaki iş birliğini güçlendirecek ve farklı bir sağlık hizmet sunum kültürünün oluşumuna katkıda bulunacaktır.

Atun ve arkadaşları SDP ile BB sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlediğini vurgulamışlardır. Yazarlara göre, bağışıklama, ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamlarında genişleme ve ilk başvuru, tanı, tedavi ve izlem oranlarında artış gözlemlenmiştir^[9]. Buna karşılık hizmet verenlerin görüşleri alındığında ASM ve TSM hekimleri gebe, bebek izlemi ve bağışıklama hizmetlerinin iyi bir düzeyde yürütüldüğünü belirtmekle beraber bu hizmetlerin sağlık ocağı sisteminde de zaten iyi olduğunu ve önemli bir değişim gerçekleşmediğini ifade etmişlerdir. BB sağlık çalışanları negatif performans uygulanmasaydı izlem oranlarının bu kadar yüksek olamayacağını düşünmektedirler. Ayrıca

kronik hastalıklara yönelik hizmetlerin yetersiz düzeyde olduğunu ya da sağlık ocağı dönemine göre hiçbir gelişme göstermediği dile getirilmiştir^[20]. Şekil 4’de de görüldüğü gibi 2002-2012 arasında birinci basamağın tüm sağlık hizmetleri içindeki payı poliklinik sayıları bakımından %36’dan ancak %40’a çıkmıştır. Bu durum birinci basamağın ilk başvuru işlevinin geliştirilmesi açısından SDP sürecinde anlamlı bir ilerleme kaydedilmediğini göstermektedir.

Atun ve arkadaşlarının makalelerinde aile planlaması hizmetlerinin SDP sürecinde geçirdiği değişime ilişkin bir değerlendirme olmaması dikkat çekicidir^[9]. Oysa ki, aile hekimlerinin, TSM hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının önemli bir bölümü ASM’lerde hap ve kondom dağıtımıyla sınırlı bir AP hizmeti verildiğini, zaman zaman malzeme temininde sorunlar yaşandığını ve rahim içi araç takma hizmetinin artık hemen hemen terk edildiğini belirtmişlerdir^[20]. Bu durum en azından AP hizmetleri açısından kapsam genişlemesinden çok bir daralmanın söz konusu olabileceğini düşündürmektedir.

Şekil 4: Ayaktan hasta görme oranı (2011 sağlık istatistikleri yıllığı)



Türkiye’de sağlık alanında yoğun teknoloji kullanımı 2008 -2010 yılları arasında 1000 kişi başına düşen BT tetkiki sayısının %30, MR tetkiki sayısının ise %60 artışı ile kendini göstermektedir. 2010 itibarıyla 1000 kişi başına istenen 79,5 MR incelemesi aynı yılın OECD ortalaması olan 44,9’un neredeyse iki katıdır^[16]. Bu durumun olası nedenleri arasında uzmanlaşmanın desteklenmesi, hekimlerin performans kaygısı ve pazar ekonomisi dinamiklerine bağlı olarak teknoloji kullanımının desteklenmesi, aşırı hasta yüküne bağlı hekimin hastasına yeterince vakit ayıramaması sayılabilir. Ülkemizde sağlık alanında teknolojinin gereğinde ve etkin kullanılması isteniyorsa, birinci basamak odaklı reform ve düzenlemelerin yapılması, ayaktan tedavi hizmetlerinde birinci basamağın payının artırılması, kişi başına düşen poliklinik ziyaretlerinin niceliğinden çok niteliğinin sorgulanması uygun olacaktır.

Kapsamlılık

Birinci basamak, sağlık sistemi içinde en geniş ve kapsamlı hizmetin sunulduğu alandır. Birinci basamak

hizmet sunucuları tarafından sağlanan BB hizmetlerinin kapsamlılığını belirleyen, dört temel alan şunlardır: 1) tüm akut sağlık sorunları için ilk temas noktası olarak hizmet verilmesi; 2) küçük cerrahi veya tetkik amaçlı girişimler gibi işlemlerin ne ölçüde yapılabilirdiği; 3) akut veya kronik sorunları olan bireylerde hastalık yönetimi; 4) koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminin ne ölçüde verilebildiği^[10]. Kringos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamağın sağlık hizmetinde ilk temas noktası olarak en çok, kapı tutuculuk işlevinin aile hekimi tarafından yerine getirildiği Avrupa ülkelerinde işlev gördüğü gösterilmiştir. Aynı çalışmada BB hemşirelerinin tıbbi teknik işlemleri ancak sınırlı sayıda ülkede uygulayabildikleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise çalışmaya katılan ülkelerin çoğunda aile hekimleri de dahil olmak üzere çok geniş bir hizmet sunucu grubu tarafından verildiği ortaya konmuştur. Bu çalışmada Türkiye’nin BB’da hizmet kapsamlılığı anlamında çoğu ülkenin gerisinde olduğu görülmüştür.

Ayrıca Kringos ve arkadaşları neredeyse tüm ülkelerde, kapsamlılık boyutu ile ilgili olarak birinci basamağa ait yüksek nitelikli bilgilerin eksik olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle birinci basamak bilgi altyapılarının hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gelişimini sağlayacak yatırımların acilen yapılmasını önermişlerdir^[22].

Atun ve arkadaşları SDP'nin gerçekleştirilmesinde kapsamlı bir dönüşüm stratejisi izlendiğini ve bu stratejinin sağlık güvence şemsiyesi altına alınan toplum kesiminin artışına katkı yaptığını öne sürmüşlerdir. Ancak kapsamlı olduğu iddia edilen stratejinin birinci basamakta kapsamlı hizmet sunumunu desteklemekte yetersiz olduğu görülmektedir. Nitekim Atun ve arkadaşları makalelerinde temel sağlık hizmetlerine yönelik olarak yüksek kaliteli hizmet sunacak, sevk zincirine dayalı kapsamlı bir sistemin oluşturulabilmesi için ek yatırımlara ihtiyaç olduğunu belirtmişler ve Türkiye'nin topluma dayalı koruma ve tarama programlarının kapsamının, özellikle kanser ve kronik hastalıkların önlenmesi anlamında, genişletilmesi gerektiği tespitini yapmışlardır^[9].

Ülkemizde aile hekimleri tıbbi kayıtları elektronik ortamda tutmaktadırlar ve bu amaçla kullanabilecekleri bir kaç alternatif program mevcuttur. Aile hekimlerinin kaydettiği hasta bilgileri merkezi olarak belirli aralıklarla bakanlığa aktarılmaktadır. Bu veriler hem BB'da sunulan sağlık hizmetlerinin bugünkü durumu hem de geliştirilmesi gereken yönlerinin tespiti için kullanılabilir olacak önemli bir veri tabanını oluşturmaktadır. Bağımsız kurum ve araştırmacılara bu veri tabanı üzerinde araştırma yapma imkanı sunulması, objektif ve güvenilir araştırma sonuçlarına dayalı olarak BB'ın güçlendirilmesi sürecine katkıda bulunacaktır.

Sonuç

Türkiye'de son 10 yılda birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda köklü bir değişim gerçekleşmiştir. Ancak bu değişim süreci nitelikli hizmet sunumu ve koordinasyonu, insan kaynak kullanımı, ulaşılabilirlik, süreklilik ve kapsamlılık anlamında BB yönelimli görünmemektedir. Birinci basamakta iş gücü niteliğini artıracak ve hizmet kalite-sini yükseltecek evrensel aile hekimliği ilkeleri ve görev tanımı ile uyumlu^[23] uygulamaların çoğaltılmasına ihtiyaç vardır. Sağlık sisteminin iskeletini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturduğunda daha düşük maliyetlerle daha olumlu sağlık çıktıları elde etmek mümkündür^[1,2]. SDP sürecindeki reformlar ve uygulanış biçimleri uzmanlaşma ve teknoloji odaklı ve önceliği birinci basamağa vermeyen bir görüntü sergilemektedir. Bu durum birinci basamağın sağlık sisteminin adeta "sosu" haline dönüşerek işlevsizleşmesi ve sağlık maliyetlerinin artması riskini içinde taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes, within organization for economic cooperation and development (OECD) countries 1070-1998. *Health Services Research* 2003;38(3):831-65.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
3. WHO The world health report 2008:primary health care now more than ever. 2008, Geneva, WHO. ISBN 978 92 4 156373 <http://www.who.int/>

whr/2008/en/index.html Erişim tarihi: 6/01/2014.

4. Sixty-second World Health Assembly. Primary health care, including health care strengthening. Resolution WHA62.12. 2009. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_12-en.pdf erişim tarihi: 6/01/2014.
5. De Maesneer J, Roberts RG, Demarzo M et al. Tackling NCDs: a different approach needed. *The Lancet* 2012;379:1860-1.
6. De Maesneer JM, Van Driel ML, Green L.A., Van Weel C. Translating research into practice 2: the need for research in primary care. *The Lancet* 2003;362:1314-9.
7. Delnoij D, Van MG, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gate-keeping cut health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000;5(1):22-6.
8. Tatar M, Kanavos P. Health Care Reform in Turkey. *Eurohealth* 2006;12(1):20-2.
9. Atun R, Aydın S, Chakraborty S et al. Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet* 2013;382(9886):65-99.
10. Kringos DS, The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study *Turk Aile Hek Derg* 2013;17(4):165-79.
11. http://www.basbakanlik.gov.tr/Forms/_Global/_Government/pg_CainetHistory.aspx erişim tarihi: 6/01/2014.
12. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med* 2013;99:9-17.
13. Sülkü SN. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı yayın no: 414; 2011.p.59.
14. European Health for all data base, WHO European region. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db/> erişim tarihi: 6/01/2014.
15. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf> erişim tarihi: 10/01/2014.
16. OECD Health Data 2013. http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_by_id=health-data-en&doi=data-00542-en/ Erişim tarihi: 6/02/2014.
17. Eurostat year book 2012. p.181-3. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-12-001/EN/KS-CD-12-001-EN.PDF/ erişim tarihi: 15/01/2014.
18. TÜİK Sağlık araştırması 2012. Ankara p. 1. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223 erişim tarihi: 10/01/2014.
19. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri yıllığı 2011. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf/ erişim tarihi: 6/01/2014.
20. Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara.2013. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi.pdf/ erişim tarihi: 6/01/2014.
21. Pala K. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet* 2014;383:28.
22. Kringos DS, Boerma W, Bourgueil Y et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2011;63(616):e742-50.
23. WONCA Avrupa 2005 aile hekimliği Avrupa tanımı Türkçe çevirisi. Basak O, Saatçi E. (Eds). Türkiye aile hekimliği uzmanlık derneği yayınları no: 4. 2011. <http://www.tahud.org.tr/medya/kitaplar/aile-hekimligi-avrupa-tanimi-tam-metin/9/> erişim tarihi: 6/01/2014.

Geliş tarihi: Feb 27, 2014 03:46

Kabul tarihi: Apr 10, 2014 01:33

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.05.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Mehmet Akman

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği

Anabilim Dalı, İstanbul

E-mail: makman4@gmail.com

4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri 07-10 Kasım 2013

Abstracts presented at the 4th Family Medicine Research Days
November 2013, İzmir / Turkey

Aşağıda özetleri yer alan bildiriler, 4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri kapsamında 07-10 Kasım 2014 tarihlerinde İzmir’de Artemis Kongre Merkezi’nde sunulmuştur.

Bildiriler (B-01 — B-77)

B - 01

Bel ağrısı olan hastaların günlük yaşam performansı

Oktay SARI¹, N. Çağlar TEMİZ¹, Mehmet GÖLÜR², Ümit AYDOĞAN¹, Alpaslan TANOĞLU³, Özkan TEHLİ³

¹GATF Aile Hekimliği,

²GATF Beyin Ve Sinir Cerrahisi,

³GATF Haydarpaşa Eğitim Hastanesi,

Amaç: Bel ağrısı birinci basamakta oldukça sık karşımıza çıkmaktadır. Etyolojisinde spesifik bir neden saptamak kolay değildir ve büyük çoğunluğu (%97) mekanik kaynaklıdır. İşgücü kaybı, yaşam kalitesinde ciddi azalma ve tedavi maliyetleriyle önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmamızda, bel ağrısı yakınması olan hastalardaki ağrı şiddetinin günlük yaşam performansına etkisini araştırdık.

Yöntem: Çalışmaya 181 hasta dahil edildi. Hastalara; yaş, boy, kilo, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik veriler ve mekanik bel ağrısının özelliklerine (ağrının süresi, artıran sebepler, sabah tutukluğu, istirahat ve egzersizle ilişkisi, analjezik öyküsü) yönelik sorular soruldu. Ağrı şiddetlerini değerlendirmek için Visual Analog Skala (VAS), bel ağrısının günlük yaşamına etkisini belirlemeye yönelik ise Modifiye Oswestry Maluliyet Ölçeği (MOMÖ) kullanıldı.

Bulgular: Ortalama yaş 36.22±12.28 (19-82yıl) idi. Hastaların %64.6’sı (n=117) kadın, %71.9’u (n=130) lise ve üzeri eğitim seviyesinde, %57.1’i ise aşırı kilolu ve obez gruptaydı. Hastaların %68.5’inin 4 haftadan daha uzun ağrı yakınması olduğu, yaklaşık her 3 hastadan ikisinin ağrısının istirahatle azaldığı, %71.3’ünün ise çok ayakta durma ve egzersizle günün ilerleyen saatlerinde ağrısının arttığı tespit edildi. Hastaların %77.9’unda yarım saatten kısa süren sabah tutukluğu olduğu saptandı. Hastalarda sabah tutukluğu çekilen süre arttıkça, ağrı şiddetinde de anlamlı artış olmuştur (p=0.046). MOMÖ’ye göre hastaların sadece %4.5’inde ağrının önemli bir problem oluşturmadığı görüldü. Eğitim seviyesi azaldıkça hastaların günlük yaşam aktiviteler-

indeki kısıtlanma artmaktaydı (p=0.034). Egzersiz ile ağrıda meydana gelen artış, sabah tutukluğu varlığı ve süresinin artması hastaların günlük yaşam performansını etkilemekteydi (sırasıyla p=0.029, p=0.004, p=0.040). Hastaların VAS ile MOMÖ puanları arasında orta derecede ve anlamlı bir korelasyon vardı (r=0.52, p<0.001).

Sonuç: Hastalarda ağrının şiddeti ile günlük yaşam performansı arasında yakın bir ilişki olduğu ortaya çıkmaktadır. Bunun için hastalara multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Tedavide ağrının kontrol altına alınması yanında, egzersiz programlarının ve önerilere uyumun bir bütün olarak takip edilmesi gerekir.

Anahtar kelimeler: Bel ağrısı, performans, günlük yaşam

Tartışma soruları:

1. Ağrı subjektif bir his olduğu için kişinin psikososyal özelliklerinin çalışmaya etkisini minimuma indirebilmek için neler yapılabilir?
2. Araştırma için başka bir subjektif yakınmanın değerlendirilmesi çalışma sonuçlarını etkiler mi?

B - 02

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin empati düzeyleri ve etkileyen sosyodemografik özellikleri

M. Gökhan ŞEN¹, Mehtap KARTAL¹, Nilgün ÖZÇAKAR¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Empati genel anlamda, “kendini başkasının yerine koyma”, biraz daha netleştirildiğinde “başka kişinin duygusal durumunu ve bakış açısını doğru bir şekilde anlamayı içeren zihinsel bir süreç” olarak tanımlanmaktadır. Empatik tepkinin iki yolundan birincisi yüzümüzü, bedenimizi kullanarak onu anladığımızı ifade etmek; ikincisi ise onu anladığımızı sözlü olarak iletme. Hekim adayları hasta- hekim ilişkisinin tıbbi boyutunun yanı sıra medikososyal boyutunu yürütebilecek donanımı da kazanmalıdır.

Yöntem: Çalışma 2012-2013 eğitim öğretim yılı DEÜTF 1.sınıf (n=315), 3.sınıf (n=256), 4.sınıf (n=258), 6.sınıflarında (n=162) okuyan öğrencilerle Ocak- Mart 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Çalışmada öğrencilerin yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikleri, hasta-hekim iletişimine ilişkin önermeleri içeren 18 soruluk bir anket ve “Jefferson Hekim Empati Ölçeği”nin öğrenci versiyonu kullanılmıştır. Ölçek 20 madde içermekte ve 7’li Likert ölçeği ile değerlendirilmekte olup perspektif alma, şefkatle davranma, hastanın ayakkabısını giyme olarak isimlendirilen 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 20-140 olup yüksek puanlar empati düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Normal dağılım varsayımları sağlandığı için iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Student t testi kullanılmış; ikiden fazla gruba ait ortalamaların karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. Yüzdelerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare ile FisherExact testi kullanılmıştır. P değeri<0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 688 öğrenciden %54(368)’i erkek olup, yaş ortalamaları 21,1±2,1’dir. Öğrencilerin JSPE ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 101,5±15,3, perspektif alma alt ölçek ortalaması 51,9±9,7, şefkatle davranma alt ölçek ortalaması 37,8±7,8, hastanın ayakkabısını giyme alt ölçek ortalaması 8,3±2,7 bulunmuştur. Dönem 6 öğrencilerinin ölçek ve alt ölçek puanları diğer dönemlere göre düşüktür. Kız öğrencilerin empati düzeyinin hastanın ayakkabısını giyme alt ölçeği dışında yüksek olduğu görülmektedir. Yurtta yaşayan öğrencilerin empati seviyesinin, şefkatle davranma ve hastanın ayakkabısını giyme alt ölçeklerinin dışında diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Orta ekonomik seviyedeki öğrencilerin, hastanın ayakkabısını giyme alt ölçeğinin dışında empati seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür. Tıp fakültesini isteyerek tercih etme empati düzeyini yükseltmektedir.

Sonuç: Tıp eğitiminin insan ilişkilerinde tıbbi bilginin yanı sıra, medikososyal boyutu da kapsayacak şekilde olması, hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkilemektedir. Bu konudaki farkındalığın artması, tıp fakültesi müfredatında yeterince işlenmesi ve bu konuda yapılacak araştırma ve çalışmalar önümüzdeki yıllarda hekimlerin bakış açısına ışık tutacaktır.

Anahtar kelimeler: Tıp öğrencileri, empati, hastalar.

B - 03

Sigara bırakma isteğiyle polikliniğe başvuran hastalarda sigara bağımlılığının değerlendirilmesi

Fatih ULUDAĞI¹, Ruhuşen KUTLU¹, Derya IŞIKLAR ÖZBEKLİ¹,

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD.

Amaç: Günümüzde toplum sağlığını tehdit eden en büyük tehlikelerden biri sigara alışkanlığıdır. 1997 de EMASH (EuropeanMedicalAssociationSmokingorHealth) sigara bağımlılığı ve tedavisi için bir kılavuz yayınlamıştır. Bu testte hastalara sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı ne zaman süresi içinde içtikleri sorulmakta ve ilk yarım saat ve daha kısa süre içinde içenlerin orta ve yüksek derecede bağımlılığı olduğu kabul edilmektedir. Bu testin oldukça kısa ve basit olması nedeniyle polikliniğe başvuran tüm hastaların sigara kullanım durumu sorgulaması ve bağımlılık puanı değerlendirmesi kolaylıkla uygulanabilmektedir Biz bu çalışmada sigara bırakma nedeniyle başvuran hastalarda bağımlılık durumunu değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma Aile Hekimliği polikliniğine sigara bırakma nedeniyle başvuran 2044 hastada yapılmıştır. Hastalara Fagerström

Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve EMASH testi uygulandı. Hastaların cinsiyeti, yaşı, sigara kullanımı paket/yıl olarak incelendi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 37.6±1.2 (13-83) yıl idi. Çalışmaya katılan 2044 kişinin % 79.3’ü (n=1620) erkekti. İçilen sigara ortalaması 23.2±18.2 (0.50-200) paket/yıl idi. Bağımlılık puanı ortalaması 5.77±2.36 bulundu. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skoruna göre % 10.9 ‘unda (n=222) çok az bağımlılık, % 18.2’sinde (n=371) az bağımlılık, % 13.4’ünde (n=274) orta derecede bağımlılık, %31.9’unda (n=652) yüksek bağımlılık, % 25.7 ‘sinde (n=525) çok yüksek bağımlılık olduğu tespit edildi. EMASH klavuzuna göre 713 kişide (% 34.9) yüksek derecede bağımlılık mevcuttu. Sigara paket/yıl kullanımı artışı ile FNBT puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p=0.000). Biz bu çalışmamızda paket/yıl sayısı arttıkça Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanının arttığını tespit ettik (p=0.000).

Sonuç: Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan test Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi’dir. Bu testin genel mantığına baktığımız zaman; kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecesi incelenmektedir. Bu testin sonucuna göre 6 ve üstünde puan alanlarda, nikotin bağımlılığı yüksek derecededir denebilir. Özellikle sigara poliklinikleri dışında çalışan tüm hekimlere bu test önerilmelidir.

Anahtar kelimeler: Sigara bağımlılığı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, EMASH

B - 04

Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda meme kanseri riskinin değerlendirilmesi

Ümme BİÇER¹, Ruhuşen KUTLU¹,

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD.,

Amaç: Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 20 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri riskinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma NEÜ Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 20 yaş ve üzeri 867 kadında yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce Meram Tıp Fakültesi Etik kurulunun onayı alındı. Tüm katılımcılara çalışma öncesinde bilgilendirme yapılarak sözlü onamları alındı. Veriler literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildi. Anket formuna hastanın yaşı, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, mevcut hastalıkları ve ilaç kullanımı kaydedildi. 6 sorudan oluşan meme kanseri risk anketi uygulanarak meme kanseri gelişme riski hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 38 ±13.9 (20-80)yaş, 604’ü evli (%69.7), 187’si bekar (%21.6), 76’sı dul (8.8), 37’si okuryazar değil (%4.3), 15’i okuryazar (%1.7), 318’i ilköğretim eğitimi (%36.7), 169 ‘u lise mezunu (%19.5), 266’sı fakülte mezunu (%30.7), 475’i ev hanımı (%54.6) idi. Meme kanseri riski taşımayan kadınların oranı % 83.16 (n=721) bulundu. Araştırma sonucunda kadınların %13.1 (n=114)’inin meme kanseri yönünden düşük, %2.8’inin (n=24) orta, %0.34’ünün (n=3) yüksek, %0.69’unun (n=6) çok yüksek riske sahip olduğu belirlendi. Veriler kadınların %24.6’sının (n=213) kendi kendine meme muayenesini (KKMM) yaptığını gösterdi. Daha önce meme USG ya da mamografi yaptıran oranı ise %33.7(n=292) idi.

Sonuç: Çalışma grubundaki kadınlarda meme kanseri gelişimi riski düşüktü, ancak KKMM yapma bilincinin yeterince oluşmadığı görüldü.

Erken tanıda çok önemli yeri olan KKMM'sinin önemi vurgulanarak kadınların eğitilmesi sağlanmalıdır. Bu çalışmada kullanılan meme kanseri risk anketi yönlendirici, kolay uygulanabilir, basit ve maliyet etkin olacaktır.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri risk anketi, KKMM, kadın.

Tartışma soruları:

1. Meme Kanseri Riski Gelecekte Daha da Artar mı?
2. KKMM Eğitimleri Yeterli mi?

B - 05

İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi; toplum tabanlı bir araştırma

Binali ÇATAK¹, Hatice İKİŞİK², Savaş BAŞAR KARTAL², Can ÖNER³, Hande HAZAL ULUÇ², Özgür SEĞMEN²,

¹Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü,

²İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü,

³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Doğum öncesi bakım (DÖB) gebe ve bebek sağlığı açısından en önemli unsurlardan birisidir. Araştırmada İstanbul ili düzeyinde aile hekimleri ve kadın doğum uzmanlarınca verilen DÖB değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte yapılan araştırmanın evrenini İstanbul'da 27 Kasım 2011 tarihinde aile hekimlerine kayıtlı 99.254 gebe oluşturmuştur. Örneklem alınacak gebe sayısı 1.454 olarak hesaplanmış ve alınacak gebeler randomizasyonla belirlenmiştir. Veriler, hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. Örneklem %94,0'ne ulaşılmıştır. Verilerin analizinde yüzde, frekans, ortalama ve ortanca kullanılmıştır.

Bulgular: Doğum yapmış kadınlara göre değerlendirildiğinde gebelerin %12,3'ü aile hekiminden, %3,5'i kadın doğum uzmanından ve %1,3'ü ise hiçbir sağlık personelinin DÖB almamıştır. DÖB alan doğum yapmış kadınlarda 4 ve daha fazla DÖB alanlar aile hekimlerinde %53,3, kadın doğum uzmanlarında %89,0 olarak bulunmuştur. Gebelerin %74,0 aile hekiminden, %94,0'ü kadın doğum uzmanından 14 hafta içinde ilk DÖB'ını almıştır. Aile hekiminden DÖB alan doğum yapmış gebelerin %96,0'ının kan basıncı, %92,5'nin ağırlık ölçümü, %25,1'inin kalp oskültasyonu yapılmıştır. Kadın doğum uzmanından DÖB alan doğum yapmış gebelerin %95,4'ünün kan basıncı, %91,8'inin ağırlık ölçümü, %98,2'sinin ultrasonografik tetkiki, %90,0'ının kan tetkiki yapılmıştır; %31,5'ine aile planlaması danışmanlık hizmetleri verilmiş olduğu görülmüştür.

Sonuç: İstanbul'da gebelere sayısal olarak yeterli, ancak düşük kalitede DÖB verilmiştir. Bu bağlamda; DÖB veren sağlık personeline düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmeli ve Sağlık Bakanlığı izlem rehberinin daha aktif kullanımı sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Doğum öncesi bakım, aile planlaması

B - 06

İstanbul Pendik ilçesinde evde sağlık hizmeti alanların özellikleri ve hizmet alımıyla ilişkili faktörler

Can ÖNER¹, Binali ÇATAK², Mecnun YILDIZ³, Berrin TELATAR¹

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

²Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü,

³Pendik Çınardere ASM,

Amaç: Evde sağlık hizmetleri hekimlerin önerileri doğrultusunda hastalara aileleri ile yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından

tıbbi gereksinimlerini sağlayacak biçimde sağlık hizmeti sunulmasıdır. Bu kapsamda 2005 yılından itibaren hastaneler bünyesinde kurulan birimlerce evde sağlık hizmeti verilmektedir.

Yöntem: Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alanların özelliklerini göstermeyi amaçladık. Kesitsel olan bu çalışmada kullanılan veriler Haziran 2012-Ağustos 2012 tarihleri arasında Pendik Devlet Hastanesi tarafından evde sağlık hizmeti verilen 800 kişi arasından randomize olarak seçilen 60 kişi ile çalışmacılarca oluşturulmuş anket formunun yüzyüze doldurulması ile elde edilmiştir. Randomizasyon sırasında ilçenin mahallelerinde bakım hastası ağırlığına göre dağılım yapılmıştır. Veriler SPSS 16.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 38'i kadın (%63,3) ve 22'si erkek (%38,2) olup yaş ortalaması 61.0±1,41yıl (min 14 – max 88) idi. Katılımcıların %48,3'ü (n=29) dul ve %40'ı (n=24) evli idi. Yalnızca %13,4 (n=7) kişi 5 yıldan fazla eğitim almıştı. Katılımcıların %88,4'ü eş veya çocukları ile birlikte yaşamaktaydı. Bakım alan hastaların büyük bir kısmı kısmi felç nedeniyle bakıma ihtiyaç duymaktaydı (%40, n=24), bunu demansif problemler takip etmekteydi (%23,3 n=14). Hastaların %20,3'ü nazogastrik sonda veya idrar sondası kullandığından, %20'si yara bakımı ve pansuman amaçlı olarak başvuruyordu. Hastaların %43,3 (n=23)'ü tam bağımlı idi. %11,7 (n=7)'sinde yatak yarası bulunmaktaydı. Hastaların %60,0 (n=36)'ına çocukları veya çocuklarının eşleri, %20 (n=12)'sine eşi tarafından informal bakım verilmekteydi. Formal bakım alan kişi oranı ise sadece %1,7'dir (n=1).

Sonuç: Evde sağlık hizmeti sunulan kişilerin çoğunun eğitim düzeyi düşük felç veya demans problemi olduğu; çoğunun yatağa tam bağımlı olduğu ve çocukları tarafından bakıldıkları görülmektedir. İlerleyen yıllarda evde bakım hastalarında sayısal artışlar yaşanacağı dikkate alınırca multidisipliner ve daha iyi organize olmuş, "Evde Bakım Birimleri"nin kurulması ve işletilmesi, informal bakım verenlerin bakım konusunda eğitilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, birinci basamak, sosyodemografik özellikler

B - 07

Üst solunum yolu enfeksiyonunda antibiyotik kullanımı

Seda COŞKUN¹, Zehra DAĞLI¹, Ayşe SELDA TEKİNER¹, Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER¹, Mehmet UNGAN¹,

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Aile Hekimliği polikliniklerinde antibiyotik reçetelerinin çoğu solunum yolu enfeksiyonları için düzenlenir. İdeal antibiyotik kullanımı için doğru tanı sonrası doğru antibiyotik etkin doz ve optimum aralıklarla uygun süreyle verilmelidir. Bu çalışmanın amacı bir üniversitenin Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) tanısı alan hastalarda tercih edilen oral antibiyotiklerin ve oranlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Geriye dönük, tanımlayıcı olarak planlanan çalışmaya Ankara ilindeki bir üniversitenin Aile Hekimliği polikliniğine 01.08.2012-31.07.2013 tarihleri arasında başvuran, ÜSYE tanısı alan 688 hastadan bir kez reçete düzenlenen 434 (%63,0) hasta alınmıştır. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenler ortalama ve yüzde değerleri ile belirtilmiş, gruplar arası farklar için ki-kare testi kullanılmış, p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 33,45±16,36 yıl olup, %63,4'ü kadın olan 434 hasta sıklık sırasına göre akut tonsillit (%30,9), akut sinüzit (%30,0), akut farenjit (%16,4), ayrışmamış ÜSYE (%11,8), akut nazofarenjit (%9,2), influenza (%1,2), kronik sinüzit (%0,5) ve hem akut sinüzit hem de akut farenjit (%0,2) tanısı almıştır.

Hastalara en fazla amoksisilin/klavulanik asit (%59.0) reçete edilmiş, bunu semptomatik tedavi (%27.9) ve klaritromisin (%6.0) izlemiştir. Antibiyotikler gruplandırıldığında da en sık sentetik penisilinlerin (%60.0) tercih edildiği, bunu semptomatik tedavi (%27.9), makrolidler (%7.3) ve sefalosporinlerin (%4.1) izlediği görülmüştür. Tanı ile seçilen tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p=0.000$), influenza tanısı alan hastalara antibiyotik reçete edilmezken, akut nazofarenjit tanısı alanların %17.5'ine antibiyotik tedavisi verildiği belirlenmiştir.

Sonuç: Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan hastaların en sık amoksisilin/klavulanik asit ile tedavi edildiği, ancak viral kaynaklı akut nazofarenjitte olguların beşte biri kadarına antibiyotik tedavisinin başlandığı gözlenmiştir. Bu durumun, hastaların bakım hizmetinin daha çok aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan, hekimlik deneyimi görece az olan hekimler tarafından verilmesine ve hastaların ısrarla antibiyotik istemelerine bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bu yüzden hem uzmanlık eğitiminde hem de sürekli tıp eğitiminde sık sık akılcı antibiyotik kullanımı ve hasta-hekim iletişimi üzerinde durulması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Uygunsuz antibiyotik kullanımı, aile hekimi

Tartışma soruları:

1. Aile Hekimlerinin üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik seçimini etkileyen faktörler neler olabilir?
2. Tedavi için seçilen antibiyotik tanı ile uyumlu mudur?

B - 08

Geriatrik yaş grubunda sosyal aktivitenin mental fonksiyon üzerine etkisi; bir müdahale çalışması

Ayşe AKAY¹, Ayşegül ULUDAĞI¹, Erkan Melih ŞAHİN¹,
¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

Amaç: Türkiye İstatistik Kurumu 2012 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzerindeki nüfus oranı %7.5'tir. 2023 yılında bu oranın %10.2'ye yükseleceği düşünülmektedir. Geriatrik yaş grubunun yaşam kalitesinin artırılması için bu yaş grubunun kapsamlı şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada geriatrik yaş grubunda sosyal aktivitenin mental fonksiyonlarına etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı tipte, müdahale çalışmasıdır. Araştırmanın evreni; Çanakkale il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılardır. Çalışmaya 50 kişi müdahale ve 50 kişi kontrol olarak alınacaktır. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇOMUTF) Aile Hekimliğine başvuran ve çalışmayı kabul eden 65 yaş ve üzerindeki hastaların sırayla 1 müdahale, 1 kontrol şeklinde olması planlandı. Veri toplama yöntemi:

1. **Görüşme:** 65 yaş ve üzeri kişiler ÇOMUTF Aile Hekimliği Polikliniğinde çalışmaya davet edilecektir. Kabul eden yaşlıların sosyodemografik özellikleri, medikal değerlendirme (kronik hastalıkları, ilaçları, beslenme, ağız ve dişler, işitme, görme, ağrı, üriner inkontinans), zihinsel değerlendirme (bilişsel durum, duygudurum, manevi durum) ve fiziksel değerlendirmeleri (fonk-siyonel durum, denge-yürüyüş ve düşmeler) yapılacaktır.
2. **Görüşme:** Görüşme hastanın evinde gerçekleştirilecek ve yaşam ortamı ve çevre değerlendirmesi yapılacaktır. Sosyal aktivite açısından ev içi ve dışı uğraşları sorgulanacaktır. Hastalara mini mental testi, Mini Nutrisyonel değerlendirme testi ve kısa geriatrik depresyon ölçeği, Modifiye Barthel indeksi ve Lawton Enstrümental Günlük yaşam aktiviteleri testleri yapıp değerlendirilecektir. Kontrol grubundaki hastalarla 3 ay sonrasında görüşülecektir. Müdahale grubu ile görüşmeden sonra elde edilen verileri değerlendirilerek hastayla 3. görüşme için randevulaşılacaktır.

3. Görüşme: Hasta için uygun sosyal aktivite belirlenecek ve yüz yüze motivasyonel görüşme yapılacaktır. Hasta için uygun sosyal aktivitenin yoğunluğu, süresi ve şekli kararlaştırılacak ve 1 hafta sonra tekrar görüşmek üzere randevulaşılacaktır. 4. Görüşme: Hastanın sosyal aktiviteye uyumu, engelleri ve duygudurumu değerlendirilecektir. Bundan sonraki görüşmelerin 2 haftada bir ev ziyareti şeklinde, motivasyonel görüşme şeklinde olması planlanmaktadır. 3 ay sonrasında kontrol ve müdahale grubuna mini mental ve kısa geriatrik depresyon ölçeği uygulanacaktır.

Bulgular: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Sonuç: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, kognitif fonksiyon, sosyal aktivite

Tartışma soruları:

1. Çalışmanın metodolojisi ile ilgili önerileriniz nelerdir?

B - 09

Yan dal polikliniğine başvuran hastalarda tanı koyma sürecinde birinci basamağın yeri

Naciye IRMAK¹, Arzu UZUNER¹, Abdurrahim ENGİN¹,
¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği,

Amaç: Sevk zincirinin etkin olmadığı ülkemizde hastalar uygun gördükleri sağlık kurumlarına doğrudan başvurma hakkına sahip olduklarından ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hasta yükü artmakta, yoğun iş yükü yan dallara erişimi engellemektedir. Amaç: Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (MÜ-PEAH) yandal polikliniklerine başvuran hastaların tanı sürecinde birinci basamağın yerini araştırmaktır.

Yöntem: Gözleme dayalı tanımlayıcı bir araştırmadır. MÜ-PEAH iç hastalıkları yandal polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara 01.04.2013-30.06.2013 tarihleri arasında, anket formu doldurtularak gerçekleştirildi.

Bulgular: Araştırmaya MÜ-PEAH hematoloji, gastroenteroloji, nefroloji, romatoloji ve endokrinoloji polikliniklerine başvuran toplam 277 hasta katıldı. Yaş ortalaması 45.5±15.6; K %68.5 E %31.5; ortalama eğitim süresi 8.8±4.6; %78.5'i evli; %48.8'i çalışmayan; %39.5'i ev hanımıydı; %94.7'si SGK kapsamındaydı. Tanı %63.1'ine 1 ayda; 26.6'sına 3-6 ayda; %40.3'üne 6 aydan daha uzun sürede konulmuştu. Hastaların %50.4'ü tanı kesinleşene kadar 3 ve daha fazla sayıda kuruma başvurmuştu. Yan dallar arasında başka kurumlara başvurma sayısı açısından fark saptanmazken, tanı konma süresinin gastroenteroloji ve romatolojide hematolojiye (sırasıyla fisherexact test $p=0.041$; $p=0.010$), nefrolojiye ($p=0.016$; $p=0.001$), endokrinolojiye ($p=0.013$; $p=0.001$) göre daha uzun olduğu saptandı. Yan dallara hastaların aile hekimleri tarafından yönlendirilme sıklığı %2,0, şikayetleri başladığında birinci basamak (BB) sağlık kuruluşlarına (sağlık ocağı-aile hekimi) başvuranların oranı %10,1'di. Genel olarak AH'den hizmet aldığını söyleyenlerin %65,3'ü aldığı hizmetten memnun kaldığını belirtti. Üniversite hastanesine başvurunun ilk nedeni "hastalığımı sadece uzman hekim anlayabilir" (%43.5); "üniversitede daha iyi tedavi olacağına inancım" (%42.9); "üniversitede daha fazla laboratuvar imkanı olması" (%41.2) idi. Hastaların %57.2'si aile hekimine reçete tekrarı için gidiyordu. 18-35 yaş grubu ≥ 56 yaş grubuna göre "her türlü hastalığımda" AH'e gideceğini daha fazla belirtirken ($p=0.005$), ≥ 56 yaş grubu daha çok reçete yazdırmaya gideceğini belirtti ($p=0.009$).

Sonuç: Bu araştırma küçük ölçekli olmasına karşın ülkedeki sağlık hizmet kullanımının bir örneğini olması açısından yol göstericidir.

Sevk zincirinin etkinleştirilmesi, BB hizmetlerinin topluma benimsetilmesi ve kullanımının sağlanması sonucu hastanelerdeki yoğunluk azalacak, yan dal uzmanlığı gerektiren durumlarda hastalar hizmete daha kolay ulaşabileceklerdir.

Anahtar kelimeler: Yan dal uzmanlığı, birinci basamak, tanı

Tartışma soruları:

1. Neden hastalar öncelikle birinci basamağa başvuruyorlar?
2. Sevk sistemi başlarsa sağlık hizmetlerinin kalitesi artar mı?
3. Gençler neden BB'ı tercih etmiyor?

B - 10

Hipertansiyon yönetiminde hasta uyumu ve hastaların sağlık anlayışlarına yönelik bir girişimin uyum üzerine etkisi

Nur Şeyda ŞAHİN¹, Okay BAŞAK¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

Amaç: HT ciddi bir sağlık sorunu olmasına ve kan basıncını düşürücü etkili ilaçların bulunmasına karşın tüm dünyada hipertansif bireylerin durumlarının farkında olması ve kan basıncının kontrol altında olması konularında büyük sıkıntılar vardır. Tedaviye rağmen kan basıncı kontrolündeki başarısızlığın 3 ana nedeni var: Hasta uyumsuzluğu, tedavi yetersizliği ve dirençli HT. Yönetim planlarına ve kan basıncı düşürücü ilaçlara uyum yokluğu, dünya çapında kötü HT kontrolünün başlıca nedenidir. Çalışmamızın amacı, HT sıklığı ve hasta uyumuna ilişkin tanımlayıcı veriler elde etmek,uyumun artması, kanbasıncının düşmesi, uyum ile KB arasındaki ilişkiyi irdelemektir.

Yöntem: Araştırma kesitsel çalışma, devamında girişimsel çalışma olarak tasarlanmıştır. TUIK verileri kullanılarak Aydın ili ve ilçelerindeki 18 yaş ve üstü nüfustan tabakalı, sistemik rastgele örnekleme yapıldı,örneklem büyüklüğü 1075 olarak belirlendi. Haziran- Temmuz 2013 aylarında, çalışmaya alınacak kişilere yaşadıkları ortamlarda, yüzyüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı, standardize edilmiş yöntemle kanbasıncı ölçüldü, HT tanısı olan kişilerin tedaviye uyumlarını ölçmek için MMAS kullanıldı ve girişimsel çalışmaya katılmayı kabul edenlerin isim listeleri oluşturuldu.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 45.68±15.30 idi; %51.63'ü kadın, %54.6'ı ilköğretim mezunu, %81.1'i evli, %65.4'ü kentsel bölgede yaşıyordu.Kişilerin %38.4'ü yemeklere başlamadan önce hiç tuz kullanmıyordu,%5.3'ü düzenli olarak alkol,%30.6'ı sigara kullanmakta ve %64.0'ı egzersiz yapmamaktaydı ve %24.6'ı daha önce hiç tansiyonunu ölçtürmemiş.Bilgi düzeyleri sorgulandığında %46.5'i normal tansiyon değerlerini tam doğru olarak biliyordu. Katılımcıların %20.6'ı daha önce HT tanısı almıştı,%12.6'ı düzenli olarak ilaç kullanıyordu ve en sık (%2.6) ARB-diüretik kombinasyonu kullanılıyordu, %8.8'i hipertansiyon hastası olduğunun farkında değildi. Hastaların MMAS puan ortalaması 5.81±2.91 ve %13.8'i ilaç tedavisine uyuyordu. İlaçlarını düzensiz kullandığını veya hiç kullanmadığını belirten 86(%8) hastanın tedaviye uyumsuzluk nedenleri sorgulandığında ilk sırada hastalığın semptom yaratmaması(%5.1),ikinci sırada ise ilaç almayı unutmaması(%4.7) olarak bulundu. Tedaviye uyum ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, mesleği, gelir düzeyi, sigara icme alışkanlıkları, alkol kullanma, egzersiz yapma ve ek hastalığı olma durumu arasında anlamlı fark bulunamadı(p>0.05) Kırsal bölgede yaşama ve tuz kullanma miktarı ile tedaviye uyum arasında anlamlı fark gösterildi.

Sonuç: Bölgemizin antihipertansif tedaviye uyum oranı oldukça iyi olmakla beraber HT ile ilgili bilgi eksikliği mevcuttur.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, sağlık anlayışı, hasta uyumu

SB - 11

Bir üniversite hastanesinde meme kanseri tanısı almış hastaların tanımlayıcı özellikleri ve tanı süreci

Bayram Ali Üner¹, Ayfer Gemalmaz¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

Amaç: Meme kanseri hem sık görülmesi hem de ölümcül bir hastalık olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Meme kanserinde sağlığı koruma/geliştirmenin, morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemi erken tanı ve tedavidir. Erken tanının sağlanması da bu konuda kadınların eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile olur. Hastaların erken tanı alamamalarının nedenlerini ortaya koymak gereklidir. Hastaların tarama programlarına dahil olmama nedenlerini, tanı ve tedavi gecikmelerinin olası nedenlerini ve tanısal süreçte hastaların karşılaştıkları zorlukları ortaya çıkarmayı amaçlamaktayız.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 01 Ocak 2010- 30 Haziran 2013 tarihleri arasında meme kanseri tanısı alan tüm hastalar dahil edilecektir. Yapılan ön çalışma sonucunda belirtilen tarihler arasında en az 1000 hasta öngörülmektedir. Patoloji kayıtları tek tek incelenerek tanı almış olan tüm hastaların dosya kayıtlarına ve gerektiğinde Adnan Menderes Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda bulunan kayıtlarına ulaşılabilecektir. Telefon ile ulaşılan hastalardan randevu alındıktan sonra yüz yüze görüşülerek araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan anket formu doldurulacak ve onam formu imzalatılacaktır. Anket formu demografik özellikler, risk faktörleri, tarama davranışları ve tanısal süreci sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Standartizasyon amacıyla uygulama öncesinde anketörlere eğitim verilecektir. Hastalardan mental durumu uygun olmayanlar çalışma dışı bırakılacaktır.

Bulgular: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Sonuç: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, tanı süreci

Tartışma soruları:

1. Meme kanseri ile diyet ilişkisi nasıl sorgulanabilir?

B - 12

Menopoz dönemindeki kadınlarda; beslenme, egzersiz ve bağımlılıkların osteoporoz üzerine etkisi ile ilgili bilgi ve tutum düzeyinin, davranışları üzerine etkisi nedir?

Özge BERFU GÜRBÜZ¹, Burcu BULUT¹, İlyas ERKEN¹, Ediz YILDIRIM¹, Vildan MEVSİM¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Menopoz; overyan fonksiyonun bitmesine bağlı olarak menstrüel siklusun kalıcı olarak kesilmesi durumudur. Menopoz döneminde kadınlarda osteoporoz gelişme riski ve buna bağlı fraktürler sık görülür. Osteoporoz gelişiminde, östrojen hormonu azalmasının yanında; menopoz öncesi kadının beslenme ve fizik aktivite durumu, obezite, sigara kullanımı da etkindir. Diyetle alınan kalsiyum ve fizik aktivite düzeyi arttıkça, osteoporozla ilgili fraktürler azalmaktadır. Yüksek düzeyde kafein, tein, alkol ve sodyum alımı idrarla kalsiyum atılımını arttırarak kemik yoğunluğunu azaltır. Alkol, barbitüratlar ve sigaranın da osteoporozu arttırdığı saptanmıştır. Bu araştırmanın amacı, menopoz dönemindeki kadınlarda; beslenme, egzersiz ve bağımlılıkların osteoporoz üzerine etkisi ile ilgili bilgi ve tutum düzeyinin osteoporozu önleyen davranışları üzerindeki etkisini saptamaktır.

Yöntem: Araştırma kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma evrenini 1 ocak- 28 şubat 2014 arasında Dokuz Eylül Tıp Fakültesi (DEÜTF) menopoza polikliniğine başvuran yaklaşık 320, 45 yaş üzeri menopoza girmiş kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmaya tüm evren alınacak olup, ayrıca örneklem seçilmeyecektir. Veri toplama yöntemi olarak yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanacaktır. Bu araştırmaya katılan kadınlara, demografik veriler, beslenme, egzersiz durumu, bağımlılıklar ve osteoporoz konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan bir anket uygulanacaktır. Veri değerlendirmesinde SPSS 15.0 programı kullanılacak olup, istatistik analiz olarak tanımlayıcı analizler, bağımlı gruplarda T testi, ki kare analizi, korelasyon ve lojistik regresyon analizi yapılacaktır. Menapozda olan kadınların osteoporoz konusundaki bilgi ve tutum düzeyleriyle, osteoporozu önlemede etken olan beslenme, egzersiz, ve bağımlılıklar konusundaki davranışları değerlendirilecektir.

Bulgular: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Sonuç: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Osteoporoz, menopoza, birinci basamak

Tartışma soruları:

1. Veri toplamak için uygulanacak ankette, egzersiz, beslenme ve bağımlılıklar ile ilgili nasıl veriler toplanmalıdır?
2. Bu tartışmanın birinci basamakta yürütülmesi nasıl katkı sağlar?

B - 13

Meme kanseri sosyodemografik özellikleri ve risk etmenlerinin değerlendirilmesi

Özden GÖKDEMİR YAZAR¹, Muhteber ÇOLAK¹, Seval YAPRAK¹, Ediz YILDIRIM¹, Dilek GÜLDAL¹,

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Meme kanseri, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen kadın kanseridir. Ortalama riske sahip bir kadında yaşam boyu meme kanseri gelişme olasılığı %13'dür. IARC'nin 2002'de yaptığı değerlendirmede, tüm dünyada 1,150,000 yeni tanı konulmuş meme kanserinin 2020'de 2.500.000 olacağı öngörülmektedir. Meme kanserine yakalanma riskleri arasında genetik yatkınlık, aile öyküsü, önceden meme kanseri geçirilmiş olması, artmış BMI, diyabet, fiziksel aktivite azlığı, ağır alkol alımı, sigara içimi, tiroid hastalıkları, radyasyon etkisi, sosyoekonomik etmenler, eğitim düzeyi, Metabolik Sendrom, seks hormonları gibi bir çok neden sayılmıştır. Ancak başka bir toplum için ön planda olan bir risk etmeni bizim için listenin sonlarında yer alabilmektedir. Özellikle birinci basamakta yürütülmekte olan tarama çalışmalarında, erken tanı için özgün risk etmenlerinin bilinmesi önemlidir. Bu çalışmada ülkemize özel önlenebilir risk etmenlerinin belirlenmesi, hangi risk etmeninin daha baskın olduğunun anlaşılabilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Olgu-kontrol deseninde planlanan çalışmaya İzmir Dokuz Eylül Tıp Fakültesi (DEÜTF) Hastanesi Genel Cerrahi, Kadın Doğum, Radyasyon Onkolojisi polikliniklerine meme kanseri tanısıyla başvuran kadınlar olgu grubu olarak dahil edildi. Kontrol grubu ise aynı polikliniklere meme kanseri dışında nedenlerle başvuran kadınlar arasından oluşturuldu. Örneklem sayısı; P:% 85 güç, OR:3, %5 hata payı ve %10 prevalansla, kontrol/olgu oranı 1/1 olarak yapılan hesaplamada 67 olgu, 67 kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Örneklem kadınlarda olması nedeni ile yaşa göre eşleştirme yapılmıştır. Etik kurul onayı DEUTF Girişimsel Olmayan Bilimsel Çalışmalar Etik Kurulundan alındı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, SPSS Version 15,0 programı ile yapıldı.

Bulgular: İki grup arasında BMI, sigara, birinci derece akrabada

meme kanseri olması, uzak akrabada meme kanseri bulunması, ailede meme kanseri dışında kanser bulunması, menapoz yaşı arasında anlamlı fark saptanırken, alkol kullanımı, ilk adet yaşı, ilk gebelik yaşı, son gebelik yaşı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Lojistik regresyon çözümlemesinde birinci derece akrabada meme kanseri tanısı olması, olmamasına göre meme kanseri riskini 5,7 kat arttırırken DM tanısı almış olmak almamış olmaya göre meme kanseri riskini 3 kat arttırdığı gözlenmiştir. Ailede meme kanseri dışında kanser varlığının da bulunmayanlara göre meme kanseri riskini 2 kat arttırdığı gösterilmiştir.

Sonuç: Çalışmanın sonuçları arasında literatürden farklı ya da uyumlu veriler edinilmiştir. Toplumda özgü çalışmaların arttırılması yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, risk etmenleri

Tartışma soruları:

1. Meme kanseri tarama yöntemi nasıl olmalıdır?
2. Preventif onkoloji konusunda ne düşünüyorsunuz?
3. Toplumda kanser tarama programları nasıl olmalıdır?

B - 14

Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda doğum yapan kadınların aile hekimi tarafından izlenme durumları ve etkileyen etmenler

Mehmet Ali KURNAZ¹, Hüseyin CAN¹,

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Amaç: Dünyada her gün yaklaşık 1000 kadın gebelik ve doğuma bağlı sorunlar nedeniyle kaybedilmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir ve büyük çoğunluğunu önlenebilir ölümler oluşturmaktadır. Doğum öncesi bakım (DÖB) bu ölümlerin önlenmesindeki en önemli araçlardan biridir. DÖB'ün temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Gebelerin ilk üç ayda en az bir kez görülmeleri, gebelik süresince eğitimli sağlık personeli tarafından izlenmeleri, sağlıklı ve güvenli bir gebelik geçirilmesi ve olası risk etmenlerinin erken belirlenmesi açısından önemlidir. DÖB hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri açısından öncelikli ve özel bir yere sahiptir. Gebeliğin birinci basamakta izlenmesi; gebe ve bebeğin, başıksıkama, uygun eğitimlerin verilmesi, riskin erken dönemde saptanması gibi tüm koruyucu hizmetlere erişimini arttırır ve istenmeyen sonuçların sıklığını azaltır. Birinci basamakta izlem, erişimin hem ulaşım, hem ekonomik nedenlerle daha kolay olması nedeniyle hizmette sürekliliği arttırır. Bu araştırmanın amacı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan kadınların aile hekimi tarafından izlenme durumlarını ve etkileyen etmenleri incelemektir.

Yöntem: Çalışma anket çalışması olup hastaların onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anketin uygulanması planlanmaktadır. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formunun İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapmış olan kadınlara uygulanması planlanmaktadır. Araştırmada 3 aylık sürede minimum 200 kadına ulaşılması hedeflenmektedir. Araştırmada kontrol grubu oluşturulmayacaktır. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ: 1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olma 2. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış olmak 3. Soruları yanıtlayabilecek düzeyde akıl sağlığı yerinde olma ÇALIŞMAYA DAHİL OLMAMA KRİTERLERİ: 1.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeme 2. Evde, 1. ya da 2. basamak sağlık kuruluşlarında doğum yapmış olmak 3. Akıl sağlığı yerinde olma 4. Gebeliğin adli vaka olarak değerlendirilmiş olması. Hastaların sosyo-demografik verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak özetlenecektir. Uygun parametrik ya da non-parametrik testler kullanılarak alt grup analizleri yapılacaktır. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilecektir.

Bulgular: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Sonuç: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Gebe izlemi, birinci basamak

Tartışma soruları:

1. Araştırma yöntemi ile ilgili önerileriniz nelerdir?

B - 15

İşitme engelli bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti alımında yaşadığı iletişim sorunları ve başa çıkma yöntemleri

Erkan DAMAR¹, Ümit AYDOĞAN¹, Oktay SARI¹,

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Ülkemizde işitme engellilerin genel nüfustaki oranı %0.6 olarak bilinmektedir. İşitme engelli bireylerde okuma yazma gibi dilin etkin kullanımını gerektiren becerileri kazanmada sorunlar yaşanabilir. İşitme engelli bireylerin yaşadığı bu sorunlar sağlık hizmeti alımı sırasında da karşımıza çıkmaktadır. Hasta görüşmesi ve fizik muayene esnasındaki hastanın işbirliği işitme engelli olmayan hastalara göre daha yetersiz kalmaktadır. Bu durum tanı koymada zorluklar yaşanmasına ve işitme engellilerin aldığı sağlık hizmetinin kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Çalışmamızda, işitme engelli bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti alırken karşılaştığı iletişim sorunları ve bu sorunlarla başa çıkma yöntemlerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (GATF) Aile hekimliği Anabilim Dalı tarafından, Ankara İşitme Engelliler Derneklerine kayıtlı olan işitme engelli bireyler üzerinde yapılacaktır. Çalışmaya işitme engel durumu ile ilgili tıbbi tanı almış olan, sözlü iletişim sağlayacak kadar dil gelişimi olmayan, çalışmaya katılmaya istekli, bilişsel fonksiyonları yerinde, ek başka bir engeli bulunmayan 18 yaş üstü katılımcılar dahil edilecektir. Araştırmacılar tarafından katılımcıların sağlık hizmeti alma sırasında yaşadığı sorunlara yönelik soru formu hazırlanacaktır. Soru formunda katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin yanında, sağlık hizmeti alma sıklıkları, sağlık hizmetine ulaşma yolları, sağlık hizmeti alırken yaşadığı iletişim sorunlarını da kapsayan anket sorularına yer verilecektir. Formlarındaki sorularda anlaşılmayan durumlar işitme engelliler ile iletişim konusunda uzman tercümanlar (işaret dili kullanılarak) aracılığı ile röportaj olarak yapılacaktır. Katılımcıların izin vermesi durumunda görüşme video kayıt altına alınacak ya da çevirmenin ses kaydı, veri toplama materyali olarak kullanılacaktır. Bir grup katılımcıya da internetten elektronik posta ve sosyal paylaşım sitelerinin iletişim kanalları ile ilgili anket ve soru formu gönderilecektir. Veriler istatistik ortamına aktarılarak değerlendirilecektir. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve engel durumuna yönelik kategorik verilerin değerlendirilmesinde yüzde ve sayı; numerik verilerin değerlendirilmesinde ise ortalama ve standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum kullanılarak hesaplanacaktır.

Bulgular: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Sonuç: Çalışma henüz planlanma aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: İşitme engelliler, birinci basamak sağlık hizmeti

Tartışma soruları:

1. Bu çalışma için en az kaç katılımcıya ulaşmam gerekir?
2. Sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili uygulamayı önerdiğiniz ek bir ölçek var mı?

B - 16

Sağlık çalışanlarında tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemlerinin kullanım sıklığı ve bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması

Tolga ÜNLÜER¹, Oktay SARI¹, Ümit AYDOĞAN¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Yirminci yüzyılın ortalarından başlayarak hastalıkların tanı ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmeler tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımında artışı da beraberinde getirmiştir. Bu tür uygulamaların sağlık konusunda büyük bir pazar potansiyeli olan ülkemizde de yakın gelecekte var olacağı düşünüldüğünde, bu sürece hazırlıklı olmak için ülkemizde mevcut olan Sağlık Bakanlığı yönetmeliğinde revizyon için çalışma yürütülmektedir. Ülkemizde sağlık çalışanlarının bu yöntemlere bakış açıları ve tutumlarına ilişkin araştırmalar sınırlıdır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının TAT kullanım sıklığı ve bu konudaki tutum ve davranışlarını araştırmayı amaçlıyoruz.

Yöntem: Bu çalışma, sağlık çalışanlarında TAT kullanım sıklığını ve bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyen bir çalışma olacaktır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu yüz yüze uygulanacaktır. Araştırmada verilerin toplanmasında kullanılan soru formu iki bölümden oluşacaktır. Birinci bölümde; katılımcıların demografik özellikleri, TAT kullanımını etkileyeceği düşünülen faktörler, bakış açıları ve TAT kullanım tutumlarının değerlendirildiği soru formu hazırlanacaktır. İkinci bölümde katılımcıların TAT hakkındaki tutum ve düşüncelerinin değerlendirilmesi için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış TAT Sağlık İnanışı Anketi kullanılacaktır. Bu anket alternatif tıp teorilerine ve uygulamalarına ilişkin tutumları ölçmek amacıyla hazırlanmış 7'li Likert-tipi bir ölçektir. Anket 10 sorudur ve TAT hakkındaki inanışları değerlendirmektedir. Katılımcı sorulara inanışları ile en çok örtüşen seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. "1" kesinlikle katılmıyorum'u "7" ise kesinlikle katılıyorum'u ifade eder. Maksimum puan 70, minimum puan 10'dur. Yüksek puan TAT modalitelerine karşı güçlü bir tutumu tanımlar. 35'lik bir skor nötr, tarafsız tutumu ifade eder. 11-34 arası skor ise negatif tutumu ifade eder. Elde edilen verilerde sayı ile ifade edilecek numerik veriler ortalama standart sapma ile, kategorik veriler ise n ve yüzde ile hesaplanacaktır. Numerik verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilecektir. Değerlendirme sonrası karşılaştırılmalı analizler yapılacaktır. Katılımcıların TAT kullanım yaygınlığı, kullanma amaçları, TAT kullanımının hekim ve yardımcı sağlık personelleri arasında karşılaştırılması ve TAT kullanımı hakkındaki tutumlar değerlendirilecektir. Çalışma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, sağlık çalışanları

Tartışma soruları:

1. Sağlık personelinin TAT kullanımına yönelimini etkileyen faktörler ne olabilir?

B - 17

Fibromiyalji tanısı almış hastalarda huzursuz bacak sendromu sıklığı ve antidepressan tedavinin etkisi

Onur MAHMUTOĞLU¹, Oktay SARI¹, Ali ONAY², Ümit AYDOĞAN¹

Amaç: Fibromiyalji Sendromu (FMS) etiyolojisi bilinmeyen, yaygın kas – iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk ve çok sayıda hassas noktanın varlığı ile karakterize inflamatuvar olmayan kronik bir romatizmal hastalıktır. Huzursuz Bacaklar Sendromu (HBS), istirahatle başlayan, özellikle bacaklarda kendini gösteren, istemsiz hareketler ve parestezik şikayetlerin olduğu semptomlarla karakterize nörolojik bir bozukluktur. Literatürde FMS ile HBS birlikteliğini gösteren yayınlar mevcuttur. Serotonerjik sistemdeki benzer bir patofizyolojinin her iki hastalığında nedeni olabileceği düşüncesi kabul görmektedir. Her iki hastalığın tedavisinde de antidepressanların kullanımı bu düşüncüyü desteklemektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu esnasında yaygın vücut ağrıları ile başvuran hastalarda FMS tanısı hekimlerin ön tanıları arasında nadiren yer almaktadır. Yaygın vücut ağrısı şikayeti ile gelen hastalarda FMS ön tanısı düşünülmesi ve bu hastalarda HBS semptomları da sorgulanmalıdır. Çalışmamızda FMS tanısı almış hastalarda HBS sıklığını araştırmayı ve antidepressan tedaviye yanıtı değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (GATF) Aile hekimliği Anabilim Dalı tarafından, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji AD. polikliniğine başvuran ve FMS tanısı alan hastalar üzerinde yapılacaktır. Hastaların fizik muayenelerini takiben HBS tanısı ve hastalığın şiddetini belirlemeye yönelik HBS tanı kriterleri sorgulanacak HBS tanısı alan hastalardan HBS Şiddet Skalası doldurmaları istenecektir. Farklı bir tablodan dolayı psikiyatrik tedavi alan hastalar ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakılacaktır. Sonrasında hastalara FMS'ye yönelik tedavi başlanacak ve 3 ay sonra kontrol için çağrılacaktır. 3. Ayın sonundaki kontrol vizitinde hastaların şikayetleri tekrar sorgulanacak, aynı değerlendirme anketleri yapılacak, hastaların yakınmaları tekrar değerlendirilecektir. Veriler SPSS v15.0 programı kullanılarak analiz edilecektir.

Literatürdeki bilgilere benzer şekilde FMS ile HBS birlikteliğinin sık olacağını tahmin etmekteyiz. FMS tanısı alan hastaların tedavi sürecinde HBS belirtilerinde azalma beklemekteyiz. Antidepressan tedaviye olumlu yanıt alınması durumunda, serotonerjik sistemin ortak bir bozukluğunun bu iki klinik duruma sebep olabileceğini düşündürecektir. FMS tanısı alan hastalarda HBS birlikteliğinin de akılda tutulması ile tek bir tedavi ile iki klinik durumda da iyileşme sağlayacağına inanmaktayız.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Fibromiyalji, huzursuz bacak sendromu, antidepressan tedavi

Tartışma soruları:

1. FMS tedavisini değerlendirirken hastanın ağırlı noktalarındaki azalmanın yanı sıra Vizüel Ağrı Skalası (VAS)'ı kullanmak faydalı olur mu?
2. HBS tanısı alan hastalara HBS şiddet skalası yanı sıra Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksini (PUKİ) uygulamak sizce faydalı olur mu?

B - 18

Kortikosteroid kullanan hastaların bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi

Ahmet ÖZEN¹, Ümit AYDOĞAN¹, Oktay SARI¹, Bayram KOÇ¹

¹ Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Kortikosteroidler, antiinflamatuvar, antialerjik ve immünespresif etkileri nedeniyle sık kullanılan ilaçlardır. Pek çok hastalıktaki belirgin iyileştirici etkisi, yaygın olarak kullanılmasına neden olmuş ve beraberinde yan etkileri de ar-

tan sıklıkla görülmeye başlanmıştır. Hastalarda ilaç uyumunun sağlanması, ilacın tedavi edici etkisinin oluşmasıyla bireyin iyilik durumunun geliştirilmesi, ilacın istenmeyen etkilerinin önlenmesi ve ilaçla ilgili ekonomik yükün azaltılması açısından önemlidir. Yüksek doz, düşük doz veya düzensiz ilaç alımı ilacın etkisini azaltır, yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olur ve tedavide başarısızlık sağlar. İlaç uyumsuzluğu tedavi maliyetinde artışları beraberinde getirir. Çalışmamızda kortikosteroid kullanan hastaların ilaç uyumu ve olası yan etkiler açısından bilgi ve tutumları incelenecektir.

Yöntem: Bu çalışma, araştırmacılar tarafından, GATA'ya ayak-tan tanı ve tedavi amacıyla polikliniklere müracaat eden ve yatan hastalar üzerinde yapılacaktır. Hastaların sosyodemografik verileri ve kortikosteroidler ile ilgili bilgi düzeyini sorgulayan soru formu hazırlanacak sonrasında ön test uygulanarak, anlaşılır olmayan sorular düzeltilecektir. Araştırmaya dahil olma kriterleri; kortikosteroid kullanıyor olması, 18 yaşından büyük olması, 65 yaşından küçük olması çalışmaya katılmaya istekli olması ve onam vermesi ve bilişsel fonksiyonlarının yerinde olması, araştırmaya dahil olmama kriterleri ise; hastanın çalışmaya katılmak istememesi, 18 yaşından küçük olması, 65 yaşından büyük olması, bilişsel fonksiyonlarının yerinde olmaması, kanserli hastalar, akut hastalığı olanlar olarak belirlenecektir. Gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, katılımcıların yazılı onamları alınarak hazırlanan hasta soru formundaki sorular hastalara yüz yüze sorulacaktır. Katılımcılara çalışma kapsamında herhangi bir invaziv işlem yapılmayacaktır. Anlamlı olması için çalışma minimum 200 katılımcı ile yapılacaktır. Veriler Statistical PackageforSocialSciencesfor Windows 15 versiyonuna aktararak değerlendirilecektir. Elde edilen verilerden sayı ile ifade edilenlerin nümerik verileri ortalama standart sapma ile, kategorik veriler ise n ve yüzde ile hesaplanacaktır. Nümerik verilerin normal dağılıma uygunluğu KolmogrovSmirnov testi ile değerlendirilecektir. Değerlendirme sonrası karşılaştırmalı analizler yapılacaktır. Kortikosteroid kullanan hastaların çoğunluğunun kullandıkları ilacın etkileri, kullanım şekli, yan etkileri ve tedavi süresi hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını ve araştırma sonucunda ortaya çıkan veriler ışığında kortikosteroid tedavisi başlanacak hastalara bilgilendirme yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: İlaç uyumu, kortikosteroid, bilgi, tutum

Tartışma soruları: Hastaların ilaç uyumu hakkında yeterli bilgi veren bir ölçek nasıl olmalı?

B - 19

Genç erişkinlerde sigara kullanımı, VKİ ve fiziksel aktivite ile solunum fonksiyon testleri arasındaki ilişki

Tuğba ONAT¹, Kübra GÜLER¹, Oğuz YILMAZ¹, Ediz YILDIRIM¹, Dilek GÜLDAL¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Bu çalışmanın amacı; henüz bir hastalığa yol açmamış olsa da bazı risk durumlarının kısa sürede solunum fonksiyon testlerinde bir etki yaratıp yaratmadığının araştırılmasıdır. Fiziksel aktivite fizyolojik, metabolik, psikolojik parametreleri iyileştirir, bir çok kronik hastalık ve erken mortalite riskini azaltır. VKİ ile yapılan obezite sınıflandırmaları günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Obezite birçok kronik hastalık ve mortalite riskini artırır. Tıp Fakültesi öğrencilerinde de zaman kıstlığı, zorlu eğitim dönemi uzun çalışma saatleri nedeniyle fiziksel aktiviteler gün geçtikçe azalmakta, bunun yanı sıra obezite, sigara kullanımı büyük oranda artmaktadır.

Sigara içenlerin %20 sinde KOAH gelişmektedir. Ancak KOAH sinisi bir hastalık olup belirtileri oldukça geç ortaya çıkmaktadır. Erken dönemde SFT'lerinde olası bir değişiklik erken tanı ve tarama ile ilgili bakışımızı değiştirebilir.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel, analitik bir çalışma olacaktır. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi'nde (DEÜTF) okuyan yaklaşık 174 öğrenciye (%95 CI, %7 Hata payı ile) araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket ile İPAQ anketi düzenlenecek, VKİ hesaplanacak ve SFT uygulanacaktır.

Bulgular: Çalışma henüz tamamlanmamıştır.

Sonuç: Çalışma henüz tamamlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: SFT, fiziksel aktivite, sigara

Tartışma soruları:

1. Sigara, BKİ artışı, fiziksel aktivite azlığı SFT'yi etkiler mi?
2. Sigara, BKİ artışı, fiziksel aktivite azlığından hangisi SFT üzerine daha baskın bir risk etmenidir?
3. Fiziksel aktivite artışı SFT'yi ne ölçüde etkiler?

B - 20

DEÜTF öğrencilerinde tükenmişlik sendromu ve risk faktörleri

Kübra GÜLER¹, Oğuz YILMAZ¹, Tuğba ONAT¹, Ediz YILDIRIM¹, Dilek GÜLDAL¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Sağlık çalışanları sürekli olarak hastaların ihtiyaçlarına karşılık vermekte, onların yaşamlarının en hassas yanlarıyla sürekli karşı karşıya kalmakta, yaşamları tehlike altında olan insanlarla çalışmakta, aile ve hastaların büyük beklentileri ile karşılaşmaktadır. Bu durum onları yoğun stresle ve stresin doğurduğu sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır. Sağlık personeli ve intörn doktorlarla yapılan bazı çalışmalarda tükenmişliğin iş performansında azalmaya, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına, depresif duygulanıma, huzursuzluğa, konsantrasyon bozukluğuna, üretimin azalmasına, iş değişikliğine, işe devam edememeye neden olduğu gösterilmiştir. Staj döneminde tükenmişlik durumunun belirlenmesi ve bu duruma zemin hazırlayan risk faktörlerinin ortaya çıkarılması önenebilir olması açısından önemlidir.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışma olacaktır. İki aşamalı yapılacak olan bu çalışmanın ilk aşamasında delphi tekniği kullanılarak tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim süreçlerini olumlu ve olumsuz etkileyen faktörler belirlenecektir. İkinci aşamasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile beraber delphi yöntemi sonucu elde edilen veriler kullanılarak bir anket düzenlenecektir. Bu anket DEÜTF 4, 5 ve 6. sınıflardan toplam 247 öğrenciye uygulanacaktır. Anket uygulanacak öğrenci sayısı %50 prevalans ve %5 hata payı alınarak evreni bilinen örneklem hesabı formülüne göre belirlenmiştir. Veriler SPSS programında analiz edilerek, analizlerde ki kare, student t testi ve logistik regresyon uygulanacaktır. Tıp Fakültesi öğrencilerinde tükenmişlik sendromu varlığı ve bu durumu etkileyen risk faktörleri belirlenecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik sendromu, tıp eğitimi, risk faktörleri

Tartışma soruları:

1. Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6. sınıflarda yapılacak olan araştırmaya tıp fakültesi 1,2 ve 3. sınıflar dahil edilmeli midir?

B - 21

Erkek berberlerinin bulaşıcı hastalıklar ile ilgili bilgi tutum ve davranışları

Oğuz YILMAZ¹, Tuğba ONAT¹, Kübra GÜLER¹, Ediz YILDIRIM¹, Dilek GÜLDAL¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Berber salonları toplumda birçok insana hizmet veren yerler arasındadır. Bu hizmeti alan kişilerin kan yoluyla ve direkt temas yoluyla bulaşan hastalıklardan korunarak hizmet almaları gereklidir. Bu salonlarda çalışan berberler hijyen koşullarına, çalışma aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon, sterilizasyonlarına, atıkların yok edilmesine ve ortamın temizliğine önem vermedikleri zaman bulaşıcı hastalıklardan müşterilerini ve kendilerini korumaları olanaksızdır. Sağlık davranışlarının bilgi ile yakın ilişkisi bir çok çalışmada ortaya çıkarılmıştır. Berber salonlarında çalışanların kan yoluyla ve saç ve saçlı deriyle bulaşan hastalıklar konusunda görüşlerinin belirlenmesi, davranış profiline ortaya çıkarılması ve eğitilmesi toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Yöntem: Bu çalışmada; evreni bilinen örneklemden yapılan hesaplama ile %95 güven derecesi, %7 hata payı ile 180 berber salonuna ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla Berberler Odasında kayıtlı Balçova, Narlıdere ve Konak ilçelerinde bulunan erkek berberlerinin içerisinde rastgele seçilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Bulaşıcı hastalıklar, berberler, bilgi, tutum

Tartışma soruları:

- 1- Berber salonunda çalışanların bulaşıcı hastalıklar ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları nelerdir?
- 2- Berber salonunda çalışan kalfa, çırak ve usta olarak nitelendirilen çalışanların bilgi, tutum ve davranışları arasında fark var mıdır?
- 3- Berber salonu çalışanları hijyen, dezenfeksiyon ve sterilizasyon konusunda yeterli bilgiye sahipler mi?
- 4- Berber salonu çalışanları kendilerini ve müşterileri koruyabilecek davranış profiline sahipler mi?

B - 22

12 yaş ve altındaki çocuklara bakım verenlerin, çocuklarının hastalıkları durumunda üçüncü basamak sağlık hizmetlerini seçme nedenleri

Seval YAPRAK¹, Ediz YILDIRIM¹, Özden GÖKDEMİR YAZAR¹, Ülkü BULUT¹, Muteber ÇOLAK¹, Dilek GÜLDAL¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Çalışmamızda, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nevvar-Salih İşgören Çocuk Hastanesi Genel Pediatri Polikliniğine başvuran hastaların bakım verenlerinin sosyodemografik özellikleri, çocuklarının yakınmaları ve hastalıklarına dair algıları, üçüncü basamak sağlık hizmetini tercih etme nedenleri tespit edilerek önceki literatür ile karşılaştırılması, bu konuda ülkemizde yapılmış sınırlı sayıda çalışmalara katkı sağlanması, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunulan kurumlarda yoğunluğun azaltılması ya da birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda hizmet niteliğinin artırılabilmesi için veri oluşturulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı özellikteki çalışmamızda evreni

bilinen örneklem formülüne göre %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile toplam 235 bakım veren anket uygulandı. Anket formunda bakım verenin cinsiyeti ve yakınlık derecesi, bakım verenin yaşı, eğitim durumu, mesleği sorgulandı. Ayrıca çocuğun cinsiyeti, yaşı, bakım verenin yaşadığı yerin üniversite hastanesine yakın olup olmadığı, ilk defa mı başvuruyor yoksa sürekli takipli bir hasta olup olmadığı, çocuğun yakınması, yakınmasının ne kadar zamandır var olduğu, bakım verenin çocuğunun hastalığına dair düşüncesi, endişesi, aynı yakınma ile başka bir sağlık kurumuna başvurma durumu ve üniversite hastanesini tercih etme nedeni sorgulandı.

Bulgular: 235 çocuk hastanın yaş ortalaması 56,05±6,97 ay, bakım verenlerin yaş ortalaması ise 34,47±8,2 yıldır. 235 bakım verenin özelliklerine bakıldığında; %74,5'inin çocuğun annesi, %44,3'ünün ortaokul-lise mezunu olduğu, %68,5'inin çalışmadığı, %45,5'inin sağlık merkezine yakın oturduğu gözlenmiştir. 35 yaşın altındakilerin anne-baba dışında bakıcıları anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,000). Başvuru yakınmalarının %40'ı solunum-dolaşım sistemi, %14,9'u gastrointestinal sistem, %11,9'u deri-göz-kulak yakınmalarıydı. Bakım verenlerin %79,1'inin var olan durumla ilgili endişeli olduğu saptandı. Bakım verenlerin üniversite hastanesini tercih etme nedenlerine bakıldığında %88,1 oranla gerekli tetkiklerin yapılabilmesi ilk sıradaydı. Yaşadığı yeri yakın olanlar yakın olmayanlara göre (p=0,018), herhangi bir hastalıktan şüphe edenler hiç bir şüphesi olmayanlara göre (p=0,001) daha erken dönemde başvurmaktaydılar (p=0,001).

Sonuç: Aile Hekimliğinin yaygın olarak uygulanmasına rağmen üçüncü basamak hastanelere başvuruların sürmesinin nedenleri arasında öncelikle yakınlık ve semptomların uzun sürmesi gelmektedir.

Anahtar kelimeler: üçüncü basamak hastaneleri, sağlık hizmeti kullanımı, çocuklar.

B - 23

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerde bireysel iş yükü algısının yaşam doyumu ile ilişkisi

Rana GÜNDOĞAN¹, Kübra UYAR¹, Ülkü YILDIZ¹, Ediz YILDIRIM¹, Dilek GÜLDAL¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: İlk kez Neugarten tarafından ortaya atılan “yaşam doyumu” kavramı için pek çok tanımlama yapılmış, bu kavram tarih boyu sosyal bilimcilerin ilgi odağı olmuştur. Yaşam doyumu; mutluluk, moral vb. gibi değişik açılardan iyi olma hali, günlük ilişkiler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olması, bireyin hayata karşı genel tutumu, kişinin kendi yaşamından duyduğu memnuniyet, bireyin yaşamında yer alan olgulara dayanarak, öznel gönenç ve yaşam kalitesi hakkında ulaştığı yargıları temsil eder. Genel olarak yaşam doyumu kişinin; iş, boş zaman ve diğer iş dışı zaman olarak tanımlanan yaşama gösterdiği duygusal tepki olarak tanımlanabilir. İş ortamı, bir alt yaşam alanı olarak, bireylerin yaşam doyumlarını doğrudan etkileyen bir kavramdır. Gününün önemli bir kısmını işinde geçiren insanın iş yükü ile yaşam doyumu arasında bir ilişki olabilir. Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistan hekimlerde bireysel iş yükü algısının yaşam doyumu ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı, analitik nitelikte olan bu araştırma için, DEÜTF Hastanesinde farklı birimlerde çalışan asistan hekimlere dağıtılacak olan 3 adet anket formu kullanılacaktır. Katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, çocuk

sahibi olma durumları, çalışılan birim, çalışma şekilleri, nöbet sayıları, çalışma süreleri ve kurumda çalışma sürelerini içeren sorulardan oluşan tanıtıcı bilgi formu, Cox tarafından 2003 yılında geliştirilmiş bireysel iş yükü algı ölçeği (BİYAÖ); Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen, yaşam doyumu ölçeği – The Satisfactionwith Life Scale (SWLS) kullanılması planlanmaktadır. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği'nde çalışanların iş ortamı algılarını; yönetici desteği, meslektaş desteği, birim desteği, çalışma ortamı iş yükü özellikleri ve mevcut işi sürdürme şeklinde 5 başlık altında değerlendiren toplam 31 soru yer almaktadır. Yaşam Doyumu Ölçeği ise Likert tarzı 7 dereceli 5 maddeden oluşmaktadır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: iş yükü, yaşam doyumu, asistan hekimler

Tartışma soruları:

1. BİYAÖ Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmamış olması nasıl bir sorun yaratabilir?

B - 24

Çocuk ve ergenlerde bedensel işlevsellik değerlendirme aracı (BİDA) Türkçe güvenilirlik çalışması

Demet MERDER COŞKUN¹, Arzu UZUNER¹, Evrim KARADAĞ SAYGI², Özge KENİŞ², Alp Eren ÇELENLİOĞLU², Mehmet AKMAN¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon AD

Amaç: Pediatric Outcomes Data Collection Instrument (PODCI)/ Bedensel İşlevsellik Değerlendirme Aracı (BİDA), 2-18 yaş ortopedik sorunu olan hastaların işlevsel kayıplarının değerlendirilmesi, tedavi gereksiniminin belirlenmesi ve tedavi sonrası gelişimin takip edilmesi amacıyla oluşturulmuştur. “Üst ekstremité ve fiziksel işlev”, “transfer ve temel hareketlilik”, “spor ve fiziksel işlevsellik”, “ağrı/konfor” ve “mutluluk”la ilgili beş skala ve “global işlevsellik” skalasını içermektedir. Farklı dillerde güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Araştırmanın amacı, PODCI'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliğini kas-iskelet sistemi bozuklukları olan çocuk ve ergenlerde değerlendirmektir.

Yöntem: Metodolojik bir araştırmadır. Ölçek iki araştırmacı tarafından Türkçeye, sonra her iki dile de hakim bir uzman tarafından yeniden İngilizceye çevrilerek karşılaştırılmıştır. Nisan 2013ten beri devam eden araştırmaya fizik tedavi polikliniklerinde izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 2-18 yaş engellilerin ebeveynleri dahil edildi. BİDA yüz yüze görüşme ile ilk gün ve 2-4 hafta sonra tekrar dolduruldu.

Bulgular: Çalışmaya henüz 74 engelli çocuk(n=60) ve ergenin(n=14) ebeveyni katıldı. Ebeveynlerin yaş ortalaması 36,9±7,2;K/E %68,9/31,1; ortalama çocuk sayısı 2,3±1,1. Ebeveynlerin %9,5'inin başka çocuğu da engelliydi; başka engelli çocuğu olmayanların %11,9'unun evinde başka engelli birey vardı. Çocukların cinsiyeti K/E %57,5/42,5; ortalama yaşı 7,2±3,6; hastalık süresi 6,2±3,5 yıldır. Skalaların cronbachalpha test ve retest değerleri sırasıyla: “üst ekstremité ve fiziksel işlev” için 0,88-0,90 (r=0,829 p=0,000); “transfer ve temel hareketlilik” 0,95-0,94 (r=0,925 p=0,000); “spor ve fiziksel işlevsellik” için 0,92-0,89 (r=0,895 p=0,000); “mutluluk” için 0,71-0,81 (r=0,488 p=0,000); “global işlevsellik” skalası için 0,96-0,95 (r=0,930 p=0,000) bulundu.

Sonuç: Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı, kas iskelet

bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin işlevsel durumlarının değerlendirilmesinde kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Bedensel işlevsellik, geçerlik, güvenilirlik

Tartışma soruları:

1. PODCI'nin kas-iskelet sistem bozuklukları ile seyreden çeşitli hastalık grupları için ayrı ayrı kullanıldığı çalışmalar mevcuttur. Örneğimizde çeşitli hastalık gruplarının bir arada bulunması sonuçlarımızı etkiler mi?

B - 25

Evde Sağlık Birimi'ne başvuran hastaların ve bakım vericilerin beklentileri nelerdir?

Sevim AKSOY KARTACI¹, Pemra C. ÜNALAN¹, Serap ÇİFÇİLİ¹

1Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinin Evde Sağlık Birimi'ne başvuran hastaların ve bakım vericilerin beklentilerinin araştırılmasıdır. Hasta merkezli hizmet sunmaya odaklanmış olan Aile Hekimleri, hizmet sundukları bireylerin ihtiyaçlarını öğrenerek, bu yönde hizmetleri önceliklendirmeye çalışır. Böylece hem hasta memnuniyeti hem de hekim memnuniyeti sağlanabilir. Ayrıca bu araştırma, hasta ve bakım vericilerin beklentilerinin mevcut yönetmelikler ile ne kadar uyumlu olduğunu tartışmamıza fırsat verecektir. Böylece bu konuda neler yapılması gerektiği belirlenerek politika düzenleyicileri için öneriler geliştirebilmemizi sağlayacak ve Evde Sağlık Birimi'nde görev yapan ekibin tanımlanması konusunda da bilgi verecektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olarak tasarlanan bu araştırmanın evreni Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne başvuran hastalar ve bakım vericileri olup, yüz yüze anket uygulanarak yapılacaktır. Hasta ve bakım vericiye olmak üzere iki tip anket oluşturulacak ve ankette açık uçlu sorular da yer alacağı için standart bir açıklama getirebilmek için tek araştırmacı tarafından uygulanacaktır. Eylül 2013 itibarıyla birimimizin 450 bakım hastası olduğu bilindiğine göre evren büyüklüğümüz 450, güven aralığı %95, hata payı %5 ve yanıtlanma oranı %70 olarak kabul edilerek yapılan örneklem büyüklüğü hesabıyla 189 katılımcı sayısına ulaşılmıştır. Anketler, örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar birimimizin rutin ziyaretleri sırasında gidilecek tüm evde bakım hastaları ve bakım vericileri arasından çalışmaya katılmayı kabul edenlere uygulanacaktır. Veri toplama sürecinin aynı mevsim içinde (Aralık-Ocak-Şubat) tamamlanması planlanmıştır. Araştırmanın sayısal verileri tanımlayıcı istatistikler, niteliksel verileri ise tema analizi ile değerlendirilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: İş yükü, yaşam doyumu, asistan hekimler

Tartışma soruları:

1. Anket içeriği konusundaki görüşleriniz nelerdir? Hedefler doğrultusunda eklenmesini önerdiğiniz sorular var mıdır?
2. Araştırmanın niteliksel hedeflerine uygun başka bir veri toplama yöntemi/aracının eklenmesi önerilir mi?

B - 26

Bir aile hekimliği biriminde 65 yaş üstü nüfustaki hastalıkların dağılımı

Şevket AKAR¹

¹Konak 28 No.lu Aile Sağlığı Merkezi

Amaç: Bir aile hekimliği biriminde 65 yaş üstü nüfustaki hastalıkların dağılımını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Aile hekimliği birimine ait 65 yaş üstü nüfusta hastalıkların dağılımı ortaya konmuştur.

Bulgular: Aralık 2011 tarihi itibarıyla kesin kayıtlı nüfus sayısı 2892 dir. 65 yaş üstü kesin kayıtlı nüfus sayısı ise 598 (%20.67)'dir. ICD 10 kodlarına göre, büyükten küçüğe doğru konulan tanımlar şu yüzdelerle sıralanmışlardır: Esansiyel Hipertansiyon: %65.88, Ağrı: %56.18, Eklem Bozukluğu: %54.18, A.Nazofarenjit: %52.00, P.Ulcus: %43.47, Kas Bozukluğu: %37.12, Lipoprotein Metabolizması Bozukluğu: %35.95, A.Farenjit-A.Tonsillit-A. Sinüzit: %31.10, Diyabet: %29.43, Dispepsi: %29.43, Dermatit: %26.58, Yineleyen Depresif Bozukluk: %25.58, Kronik İskemik Kalp Hastalığı: %18.06, Demir Eksikliği Anemisi: %17.05, Barsak Hastalığı tanımlanmamış: %16.22, Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonları: %16.08, Kabızlık: %15.88, Üriner Sistem Enfeksiyonu: %13.54, Vajinanın inflamatuvar bozukluğu: %13.37, Venöz Yetersizlik: 13.14, Vertijinöz Sendromlar: %13.08, Reflü: %11.53, Tiroid Bezi Bozukluğu: %10.70, Deri ve Derialtı dokunun diğer tanımlanmış bozuklukları: %10.70, Benign Prostat Hiperplazisi: %9.69, Uyku Bozukluğu: %9.19, Diyare ve Gastroenterit: %8.52, Kardiak Aritmi: %8.02, Osteoporoz: %6.85, Travma: %6.85, Hemoroidler: %6.52, KOAH: %5.51, Glukom: %4, Solunum Bozukluğu: %3.84, Kalp Yetmezliği: %3.54, Mesanenin nöromuskuler disfonksiyonu: %3.51, Astım: %2.34, Yaygın Anksiyete Bozukluğu: %2.34, Parkinson: %2.34, Bunama: %2, Erkek Genital Organlarının Malign Neoplazması: %1.5, Tinnitus: %0.83, İBS: %0.83, Tremor: %0.66, Bipolar Duygulanım Bozukluğu: %0.33, Katarakt: %0.33, Kronik Böbrek Yetmezliği: %0.33.

Sonuç: Birinci basamağa ait 65 yaş üstü nüfustaki hastalıkların dağılımını ortaya koyan bu ve benzeri çalışmalardan elde edilen verilerin önemli olduğunu düşünmekteyim. Gerek hastalarımıza yaklaşırken, gerekse de uzmanlık eğitim programlarımızı hazırlarken bu dağılımları göz önünde bulundurmanın yararlı olacağı kanaatindeyim.

Anahtar kelimeler: Sağlık merkezi, hasta spektrumu, birinci basamak

Tartışma soruları:

1. Bir aile hekimliği birimi bazında ortaya konulan bu verilerin ilçe-il-bölge-ülke bazında belli periyotlarda dökümant edilerek aile hekimlerine mail yoluyla bildirimini sağlanması konusunda neler yapılabilir?
2. ICD 10 koduna göre girilen tanımlar gerçeği ne derecede yansıtıyor? (repete hekimliği vs).
3. Hastaların sahip oldukları ilaç raporlarına göre girilen tanımların doğruluk derecesi nedir? Bir aile hekimi tanı koyarken yeterince zamana sahip mi?
4. Hastalar hekim üzerinde ne derece baskı kuruyor?
5. Bu baskılar ne derecede yanlış tanımlara yol açıyor? (Antibiyotiksiz iyileşmem doktor bey).

B - 27

Hipertansiyon hastalarının besinlerin tuz içeriği ile ilgili düşünceleri ile bu besinleri tüketmedeki uyumluluk durumları

Olgu YILDIRIM¹, Serkan YAVUZ¹, Kemal AYGÜN², Ediz YILDIRIM¹, Dilek GÜLDAL¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği AD

²Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları AD

Amaç: Hipertansiyon, önemli komplikasyonları olan sağlık

sorunudur. Etkili kan basıncı kontrolü sağlanabilen hipertansiyonlu hastaların çoğunda ilaç kombinasyonlarına gereksinim olduğunu ortaya konmuş ancak, yaşam tarzı değişiklikleri gerçekleştirilmediği durumlarda; antihipertansif ilaç kombinasyonlarıyla bile yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamamıştır. Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının besinlerin tuz içeriği ile ilgili düşünceleri, bu besinleri tüketmedeki uyumlulukları araştırılmıştır.

Yöntem: Olgu kontrol olarak planlanan çalışmamızda %95 güvenilirlik ve 0,7 hata payı ; odds oranı 2 olarak belirlendiğinde 111 olgu ve 111 kontrol grubuna gereksinim duyulduğu belirlenmiştir. Olgu grubu kardiyoloji polikliniğine başvuran HT hastalar arasından, kontrol grubu kardiyoloji Aile Hekimliği Anabilim Dalı polikliniklerinden yaş grubuna göre benzer olarak seçilmiştir. Gönüllü olmayanlar, konuşma engeli olanlar hariç bırakılmıştır. Katılımcılara 30 soruluk bir anket düzenlenerek besinler için bilme - kullanma düzeyleri araştırılmıştır. Besinlerdeki tuz miktarları az , orta-çok olarak, besinleri kullanma durumları ; az ve orta-sık olarak kodlanmıştır. Tuz içeriği az olarak bilinen besinlerin orta-çok kullanılması, tuz içeriği orta-çok olarak bilinen besinlerin az kullanılması uyumlu olarak, diğer durumlar uyumsuz olarak nitelendirilmiştir. Veriler SPSS for Windows 15 veri tabanı analizlerde ki kare ve t testi kullanılmıştır. P<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların ortalama yaşı 44.5 (\pm 12.3), %37.2'si kadın, %68.2'si evli, %49.3'ü yüksek öğretim, %95.1'inin sağlık güvencesi mevcuttu. Olgu, kontrol grupları arasında yaş, medeni durum açısından fark bulunmazken; cinsiyet açısından fark bulunmaktaydı. Katılımcıların tüm besin maddelerinin tuz oranları hakkındaki bilgileri ile bunları kullanmaları arasındaki uyuma toplu olarak bakıldığında olgu grubunun kontrol grubuna göre daha uyumlu olduğu gözlenmiştir ($t=2.109$, $p=0.36$). Puanlamada kesim noktası 45 alındığında katılımcıların %63.7'sinin az - çok uyumlu, 36.3'ünün ise uyumsuz olduğu, olgu ve kontrol grupları arasında yine olgu grubunun lehine anlamlı fark bulunduğu gözlenmiştir ($p=0.045$).

Sonuç: Hipertansiyonu olanların %30.3'ünün bilgi-davranışları arasında fark olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Tuz, hipertansiyon, yeme alışkanlığı

Tartışma soruları:

1. Komorbid hastalıkları olan bireylerin davranış durumları farklılık gösteriyor olabilir mi?
2. Cinsiyet tutum ve davranış durumunu etkiler mi?

B - 28

Çocuk sahibi bireylerin doğum şekli seçimini etkileyen faktörler

Pemra C. ÜNALAN¹, Sevim Aksoy KARTCI¹, Doruk AK², Sedef DİNÇER², Yunus Emre KIZILKAN², Tamer MUTLU², Aysu OKTAY²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Amaç: Normal canlı doğum iki yolla gerçekleşmektedir. Bunlardan biri vajinal yol diğeri ise sectioabdominalis adı verilen sezaryendir. Bu çalışmada amaç; çocuk sahibi bireylerin doğum şekli seçimlerinin nasıl oluştuğunu, kimler tarafından etkilendiğini ve gebeliğin hangi aşamasında belirginleştiğini ortaya koyarak sağlık çalışanlarına yol göstermektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada; Kadıköy'ün geliş-

güzel seçilmiş 5 farklı mahallesinden bireylerle yüzyüze anket uygulaması yapılmıştır (n=234). Araştırmamız için seçilen bireylerin tamamı çocuk sahibi erkek ve kadınlardır. Çocuk sahibi bireylerin demografik bilgileri ile çocuk sahibi olma sayıları, doğum şekli seçimleri, bu kararı veren kişi, karar zamanı, nedeni ya da kararı etkileyen faktörler ile kişilerin düşünceleri ve bilgi düzeyleri sorulmuştur. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri yüzdelikler ile verilmiş, kesikli veriler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %77'si kadındır (n=180). Katılımcıların yaş ortalaması 42.7 \pm 10,9, eğitim durumları %71 lise ve üzeri, medeni durumları ise %84 evli olarak tespit edilmiştir. Ortalama çocuk sayısı 2.1 olmuştur. Aile içi sağlık konularıyla ilgilenen kişi %63.6'sında anne olarak bildirilmiştir. Katılımcılar arasında ilk doğumdan önce düşünülen doğum şekli kararı %82 normal doğum olmuştur. Düşünülen ilk doğum şekli kararı için erkeklerin %55'i "eşimin kararı" (n=34) derken, kadınların %55'i kendi kararını (n=99) demiştir. Gerçekleşen ilk doğum şekli ise %64.5 normal doğum olmuştur. Uygulanan ve düşünülen doğum şeklinin farklı olma nedeni %50 "doktor önerisi" olarak, % 39.7 sıklıkla da "doğum sırasında böyle olması gerektiği kararlaştırıldı" şeklinde belirtilmiştir. Eşlerin %47'sinin ilk doğumdan önce sezaryen hakkında bilgisi yokken (n=110), bu oran kadınlarda %43 (n=77) olmuştur.

Sonuç: Bireyler çocuklarının doğum şekli kararının verilmesinde doktorlarıyla beraber annenin etkili olduğunu belirtmektedir. Yaklaşık 5 doğumdan birinde düşünülen doğum şekli normal vajinal yol iken sezaryen ile gerçekleştirilmesine karar verildiği görülmüştür. Ancak eğitim düzeyi oldukça yüksek olan araştırma grubumuzda bile sezaryen ile doğum konusunda eşlerin ancak yarısının bilgisi vardır. O halde sezaryenle doğum konusunda kadınlar gebelikleri sırasında bilgilendirilmeli ve hazırlanmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Sezaryen, normal doğum, karar verme

B - 29

Suriye iç savaşının Reyhanlı Devlet Hastanesi aciline yansımaları

Nurşah ÖZKAN¹, Dilek GÜLDAL²

¹Reyhanlı Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Hatay

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Aile Hekimliği AD, İzmir

Amaç: Suriye iç savaşının başlangıcından itibaren yaklaşık üç yıllık süreçte acil servisimize ayakta veya ambulansla başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve verilen hizmetin değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bunu yanı sıra aynı coğrafyada yaşanan savaşın sağlık anlamında doğurduğu ihtiyaçları, salgınları, yaş gruplarına göre başvuru nedenlerini araştırmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: 15 Mart 2011'de günümüze Reyhanlı Devlet hastanesi acil servisine başvuran Suriye'li hastalar çalışmaya alınacak. Veriler hastanemiz bilgisayar sisteminden geriye dönük olarak taranarak toplanacak (yaş, cinsiyet, başvuru şikayeti, tanısı, hangi bölümden değerlendirme istendiği veya sevk edildiği, yapılan tetkikler vs). Sonuçların tanımlayıcı istatistiklerinde; ortalama, yüzde ve standart sapma değerleri ile niceliksel verilerin analizinde t testi ve mann-whitney U testi, niteliksel verilerin analizinde Ki-kare testi uygulanacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Tartışma soruları: Savaş, sağlık hizmetleri, mülteci

B - 30**Aile hekimlerinin bağımlılık yapıcı maddeler hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi**Emrah KIRIMLI¹, Senem ASLAN TANGÜREK², Tolunay DEMİRDAMAR³, Tijen ŞENGEZER⁴¹Beykoz ASM, ²Esenyalı ASM, ³Gazi Mahallesi ASM, ⁴Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

Amaç: Aile hekimliği pratiğinde sağlık verilerini güncel olarak kayıt altında bulundurmak, toplum ve birey sağlığı açısından koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek birinci basamakta temel görevidir. Tütün, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler hakkında aile hekimlerinin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışma aktif olarak Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan aile hekimleri ile yapılması planlandı. Araştırmacılar tarafından düzenlenen üçü Likert Tipi olmak üzere 10 soruluk yarı yapılandırılmış anket hazırlandı. Bu anketin aile hekimleri mail gruplarında yanıtlanması ve çıkan verilerin birinci basamak sağlık hizmeti içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlı kullanılması planlandı.

Bulgular: Araştırma henüz tamamlanmadı

Sonuç: Araştırma henüz tamamlanmadı

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, bağımlılık yapıcı maddeler, bilgi tutum

B - 31**9 ay 10 gün değil mi?**Ayşegül KABANLI¹, Fulya AKPAK², Nuri Seha YÜKSEL², Tolga GÜNVAR³, Dilek GÜLDAL³¹İzmir Bornova 3 No'lu Koşukavak Asm, ²İzmir Bornova Altındağ 17 No'lu Asm, ³DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Amaç: 37 haftadan önce gerçekleşen doğumlar "erken doğum", 37-42 hafta arasında gerçekleşen doğumlar ise "zamanında (term) doğum" olarak tanımlanmaktadır. Gebelik süresi anne ve çocuk sağlığına etkileri birinci basamakta verilecek hizmeti önemli ölçüde etkileyecektir. Özellikle bakım planları ve içeriğinin, bu alana ayrılan kaynakların yeniden gözden geçirilmesini gerektirecektir. Bu araştırmanın amacı son adet tarihinden yola çıkarak tahmini doğum zamanını hesapladığımız Naegele formülünün geçerliliğini sorgulamak ve ortalama gebelik süresinde bir değişiklik olup olmadığını araştırmak ve eğer varsa bu değişiklik ile ilişkili faktörleri saptamaktır.

Yöntem: Mayıs 2007- Mayıs 2012 yılları arasında doğum yapmış Altındağ-Koşukavak ASM Birimlerine bağlı 15-49 yaş kadınların son doğumları incelenmiştir. Bu birimler bünyesinde son beş yıl içinde gerçekleşen ve çalışma kriterlerini karşılayan doğumların sayısı yaklaşık 600'dür. Örneklem büyüklüğü %50 prevalans, %5 hata payı, ve %95 güvenilirlik ile 207 olarak hesaplanmıştır. Örneklem grubundaki hastalara rastgele seçim yöntemi ile ulaşılmış ve veriler anket yolu ile toplanmıştır. Analiz için SPSS 16 programı ile ki kare ve T testi kullanılmıştır.

Bulgular: 207 katılımcının gebelik süresi 225 gün ile 300 gün arasında değişmekte olup ortalaması 271.82 ± 10.56 gün olarak gerçekleşmiştir. Bu değer 280 günlük ortalama gebelik süresinden anlamlı bir şekilde küçüktür. Naegele formülü ile hesaplanan tahmini doğum tarihi ile gerçek doğum tarihi arasındaki fark ise -55 ile 17 arasında değişmekte olup ortalaması 8.33 ± 10.37 olarak bulunmuştur. Lise ve üzerinde eğitim görmüş olan, 2 ve

daha az sayıda gebelik öyküsü olan, gebelik sürecinde folik asit kullanmış ve gebeliği sırasında 21 kilonun üzerinde almış annelerin gebelik süreleri anlamlı olarak kısadır. Bebeğin doğum kilosu ve boyu ile gebelik süresi arasında korelasyon mevcuttur. Bebekler açısından ise doğum sonrası hastane yatışı, yenidoğan sarılığı geçirmesi ve ilk iki yıllık gelişiminin yaşlılarına göre geri olması kısa gebelik süresi ile ilişkilidir.

Sonuç: Bu çalışmadaki bulgularımız doğumların beklenenden daha erken gerçekleştiğini düşündürmektedir. Bu durum ve nedenleri daha ileri çalışmalar ile incelenmelidir.

Anahtar kelimeler: Naegele formülü, gebelik süresi, tahmini doğum tarihi

Tartışma soruları:

1. Gebelik süresinde gerçek bir kısalma nasıl bir çalışma ile ortaya konabilir?
2. Bunun birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu üzerine nasıl etkileri olacaktır?

B - 32**LGBT bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili deneyimleri**Selin BOZDAĞ¹, Demet ÇELİKKAYA², Dilek GÜLDAL¹,¹DEÜTF Aile Hekimliği AD,²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Amaç: LGBT bireyler lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel bireyleri kapsamakla birlikte bunlarla sınırlı değildir. Birçok ülkede yapılan çalışmalarda LGBT bireylerin toplumun %5-8 civarını oluşturdukları ileri sürülmüştür. LGBT bireyler kendi yaş grupları içerisinde gereksinim duyulan tüm sağlık izlemlerine gereksinim duyarken ek olarak bazı açılardan izlenmelidir. Yapılan çalışmalarda bu grupta heteroseksüel gruba göre daha fazla depresyon, intihar, tütün, alkol kullanımı, madde kullanımının çok görüldüğü gösterilmiştir. LGBT bireyler dünyanın hemen her yerinde en kötü ayrımcılığa uğramaktadır. Bu araştırmanın amacı LGBT bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili deneyimlerini, beklentilerini, engeller ve kolaylaştırıcılar ile ilgili düşüncelerini araştırmaktır.

Yöntem: Niteliksel Araştırma olarak gerçekleştirilen çalışmada amaçlı örneklem olarak kartopu yöntemi kullanılmıştır. Toplam 29 kişi ile görüşmeler yapılmıştır. Analizlerde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık hizmetlerini kullanma davranışları hastalanmak ve sağlık hizmetine gereksinim duyma konusunda oldukça olumsuz duygu ve düşünceleri olup, sağlık hizmetlerini bir bütün olmaktan çok özel ve resmi olarak kategorize etmekteydiler. Özel sağlık hizmetlerini parayla alınabilmesi nedeni ile hükmedilebilir, ticari kaygı ile müşteri memnuniyetini önceleyen yerler olarak tanımlamakta ve tercih etmekteydiler. Aile hekimlerine başvuruyu engelleyen en önemli etken tüm aile ve yakın çevrenin aynı hekime bağlı olmasıydı. Açığa çıkma korkusu sağlık hizmetlerine başvuruyu ve memnuniyeti etkileyen en önemli nedenler arasında yer almakta idi. Gizlenebildikleri ölçüde normal sağlık hizmetleri alabiliyorlardı. Yönelimlerini gizlemeleri nedeni ile yakınmalarının tam olarak anlaşılamayacağından da korkmaktaydılar. Sağlık personelinin davranışı değerlendirildiğinde: Kimi yerde sıkıntı çekmemeleri için öncelik verilmesi, hekimlerin kendilerini yargılamaması olumlu deneyimler olarak anlatılırken, aşağılanma, kaçınılma, reddedilme karşılaştıkları olumsuz davranışlar arasındaydı. Olumsuz davranışların nedenleri arasında hekimlerin LGBT bireyler hakkında bilgisiz olması, toplumun bir parçası olarak homofobik yetiştirilmeleri gibi bir çok neden sayılmıştır. Ayrıca etiketlenme ve fişlenme önemli kaygıları arasında idi. Sağlık hizmetlerinin kendi gereksinimlerine yanıt verecek nitelikte evrilmesini istemekteydiler.

Sonuç: LGBT bireyler gereksinim duydukları sağlık hizmetlerine doğrudan ve yeterince ulaşamadıklarını belirtmektedirler.
Anahtar kelimeler: LGBT, sağlık hizmetleri, memnuniyet

B - 33

Üniversite öğrencilerinde obesite oluşumunda internet bağımlılığının etkisi

Ülkü YILDIZ¹, Vildan MEVSİM¹, Tolga GÜNVAR¹,

¹DEÜ Aile Hekimliği AD,

Amaç: Obezite toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemidir. Özellikle çocuk ve gençlerde görülen obesite sorunu yaşamın ileri dönemlerinde obesiteye bağlı ortaya çıkacak sağlık sorunlarını önlemek açısından önemlidir. Obezite oluşumundaki en önemli etkenler dengesiz beslenme, egzersiz yapmama, aktif olmayan yaşam tarzı olarak karşımıza çıkmaktadır. Gençlerin televizyon, bilgisayar karşısında uzun süreler geçiriyor olmaları az hareket etmelerine ve sağlıksız beslenmelerine neden olmaktadır. Teknoloji çağı olarak adlandırabileceğimiz bu dönemde bilgisayar ve internet kullanımı artık hayatın vazgeçilmez gereçleri haline gelmiştir. İnternetin tahmin edilenden de hızlı yaygınlaşması patolojik aşırı kullanıma ve yeni bir bağımlılık türü olarak nitelenebilecek internet bağımlılığına yol açmaya başlamıştır. Türkiye’de internet bağımlılığı problemi daha ziyade bu teknolojiye daha yatkın olan gençlerde ve çocuklarda daha fazla görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde obesite oluşumunda internet bağımlılığının etkisini saptamaktır.

Yöntem: Bu araştırma yuvalanmış olgu kontrol (nested case study) çalışması olarak planlanmıştır. Araştırma evreni İzmir ilinde 18-25 yaş arası Dokuz Eylül Üniversitesi öğrencileri olarak belirlenmiştir. Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesinde 2013-2014 eğitim öğretim yılında 1. sınıfta okuyan öğrenciler üzerinde yürütülecektir. Aşırı kilolu ve obesite prevalansı % 44 ve internet bağımlılığı prevalansı %11 olacağı tahmini ile alınması gereken örnek büyüklüğü %95 güven aralığında, testin gücü %90 olacak şekilde en az 706 kişi olarak hesaplanmıştır. BMI >30 olan obezler ve BMI 25-30 arasında olan aşırı kilolular olgu grubuna, BMI<25 olanlar kontrol grubuna alınacaktır. Veri toplama yöntemi olarak internet bağımlılığı değerlendirme ölçeği olan “İnternette bilişsel durum ölçeği” ve demografik verilerle birlikte obesite oluşmasına neden olan değişkenlerin sorulduğu soru formu kullanılacaktır. Olgulara ulaşmak için önce rastgele örneklem yöntemi kullanılarak okullar seçilecek ve seçilen okulların birinci sınıf öğrencilerine anket formu ve ölçek uygulanacaktır. Daha sonra anketler veri tabanına girilecek ve olgular kontroller belirlenecektir. Veri analizinde SPSS 15.0 paket programları kullanılacaktır. İstatistik analiz olarak tanımlayıcı analizler, Khi kare, student t testi ve logistik regresyon kullanılacaktır. Obezitenin olup olmaması bağımlı değişken olacak; obesiteye neden olan faktörler ve internet bağımlılığı bağımsız değişken olacaktır. Obezitenin oluşumunda internet bağımlılığının etkisi değerlendirilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: İnternet, obesite, bağımlılık

Tartışma soruları:

1. İnternet bağımlılığının obesite oluşumundaki etkisi konusunda farklı bir araştırma deseni kullanılabilir mi?
2. Farklı bir örneklem sayı ve yöntemi kullanılabilir mi?

B - 34

Aydın’da evde bakım hizmeti alan yatağa bağımlı kişilerin genel profili, tıbbi ve sosyal sorunları

Mehmet AYDIN¹, Güzel DİŞÇİGİL¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Amaç: Evde bakım hizmetleri ülkemizde giderek artan bir öneme sahip olmaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte bu hizmete gereksinim de artmaktadır. Aydın nüfusunun %10,8 inin 65 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmektedir. Bu hizmet alanında yatağa bağımlı kişilerin gereksinimleri özellik göstermektedir. Biz de bu nedenle Aydın’da evde bakım hizmeti alan yatağa bağımlı kişilerin genel profilini çıkarmak ve dile getirdikleri tıbbi ve sosyal sorunları saptamak amacıyla bir çalışma planladık.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel araştırma olarak planlanan bu çalışma için gerekli izinler alındıktan sonra Aydın il merkezinde evde bakım hizmeti alan kişiler veya yakınlarına telefonla ulaşılarak sağlık durumlarıyla ilgili anket uygulandı.

Bulgular: Aydın ilinde kayıtlı evde bakım hizmeti alan yatağa bağımlı 157 kişi mevcuttur. Hizmet alanların 112’si kadın(%71,3) ve 45’i erkek(%28,7), ortalama yaş 70.61±22,345 ve yaş aralığı 7-98 yıldır. 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 124(%78,9)’tür. Toplam 11 (%7) çocuk mevcuttur. Kronik hastalıklardan en sık hipertansiyon görülmektedir (s=74, %47,1), hipertansiyonu SVO(s=53, %33,8), DM(s=35, %22,3), Alzheimer(s=33, %21) izlenmektedir. KAH(s=24,%15.4), travmatik fraktür(s=20, %12.7), osteoporoz (s=13, %8.3), KKY (s=10, %6.4), epilepsi(s=10, %6.4), KBY(s=9, %5.7), malignite (s=9, %5.7), CP(s=8, %5.1), travmatik pleji (s=6, %3.8), parkinson (s=5, %3.2), demans (s=5, %3.2), KOAH (s=5, %3.2), astım (s=5, %3.2), nörometabolik hastalık (S=3, %1.9), romatizmal hastalık (%1.9) bildirilen diğer hastalıklardı. Hizmet alımıyla ilgili tıbbi sorunlar sorulduğunda ise hizmetin yetersizliği (s=7, %4.5), ulaşım sorunu (s=7, %4.5), psikiyatrik destek eksikliği (s=4, %2.5), fizik tedavi ihtiyacının karşılanmaması (s=3, %1.9), düzenli kontrol olmaması (s=3, %1.9), genel ilgi azlığı (s=3, %1.9) bildirilmiştir. Tıbbi sorunlar dışında yaşadıkları sosyal sorunlar ise; dışarı çıkamama (s=30, %19.2), hareket edememe (s=22, %14), sağlıklı olma isteği (s=20, 12.8), yaşadıkları hayatın sıkıntılı olması (s=17, %10.8), parasal sorun (s=12,7,6), yalnız kalmak istememe (s=11,%7), kendisini kısıtlanmış hissetme (s=7, %4.4) olarak dile getirilmiştir.

Sonuç: Aydın ilinde evde bakım hizmeti alan yatağa bağımlı kişilerde kronik hastalıkların yüksek oranda olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmeti alan yatağa bağımlı hastalara verilen hizmetin bu sorunlara çözüm getirecek şekilde gözden geçirilmesi verilen hizmetin niteliğini arttıracaktır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı sağlığı, evde bakım, aile hekimleri

Tartışma soruları:

1. Evde bakım hizmetlerinin geleceği nasıl olacak (geri ödeme, aile hekiminin yeri, ortak veri tabanı, multidisipliner yaklaşım), Yaşlı sağlığımın durumu,

B - 35

Tip 2 diyabeti olan ve olmayan bireylerde QT mesafesi ve ayak bileği-kol indeksi

Esra ÖZTAŞYONAR¹, Kamile MARAKOĞLU¹, Ahmet AVCP²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Hastalıkları Anabilim Dalı,

Amaç: Diyabetli hastalarda kardiovasküler hastalıklar en önemli morbidite ve mortalite nedenidir.

Bu amaçla diyabetik hastalarda EKG'den ölçülen QT analizi ve periferik arter hastalığını tarama testi olan ayak bileği-kol indeksi (ABI) çalışmalarda kullanılmıştır. Düşük ABI (<0,9), kardiyovasküler olaylar ve inmeler için bir belirteç olup koroner veya serebral morbidite ve mortalitenin yüksek riskleri ile ilişkilendirilmektedir. Biz de bu çalışmada Tip 2 diyabetli ve diyabetli olmayan bireylerde kardiyovasküler risk belirteci olan QT mesafesi ile ABI ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma vaka kontrol tipinde analitik bir araştırmadır. Araştırmamızın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "evreni bilinmeyen örnekleme alınacak birey sayısını saptamaya" yönelik hazırlanmış olan formülden yararlanılmıştır. Bu çalışma kapsamında 01.04.2013 ile 31.01.2014 tarihleri arasında Amerikan Diyabet Cemiyetinin kılavuzunda belirtilen kriterlere göre daha önce teşhisi konulmuş olup takip ve tedavi altında olan, erişkin (≥ 18) Tip 2 diyabetli 185 hasta ile kontrol amacıyla S.Ü. Aile Hekimliği Periyodik Muayene Polikliniğine başvuran en az 8 saatlik açlık sonrası açlık kan şekeri 100 mg/dl altında olan 185 sağlıklı bireyin alınması planlanmaktadır. Her iki gruptaki hastalar yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi açısından benzer özellikte tutulacaktır. QT mesafesi; standart 12 derivasyonlu EKG üzerindeki derivasyonlardan hesaplanacaktır. QT mesafesi Q dalgasının başlangıcından T dalgasının izoelektrik hatta dönüşüne kadar geçen süre elektrokardiyogramlardan elle ölçülerek milisaniye cinsinden ölçülecek. Ayak bileği-kol indeksi; İşlem öncesinde en az 5 dakika supin pozisyonunda istirahat etmiş olan hastanın ayak bileğine manşon sarılarak dorsalis pedis ve tibialis posteriordan doppler ile sistolik tansiyon değerleri ölçülecek ve bu değerlerden yüksek olan değer kollardaki yüksek olan sistolik tansiyon değerine bölünerek hesaplanacaktır. Ayak bileği-kol indeksi 1,0-1,3 arası normal olarak kabul edilmektedir. ABI $\leq 0,9$ olması periferik arter hastalığı tanısı koydurmaktadır. Anket formundan ve ölçümlerden elde edilen veriler SPSS 16.0 programına kaydedilip gerekli istatistiksel analizler bu program kullanılarak yapılacaktır. Önemlilik düzeyi olarak $p < 0,05$ alınacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Diyabet, QT mesafesi, ABI

B - 36

Denizli merkeze bağlı altı aile sağlığı merkezinde kayıtlı kişilerin aile hekimliği yeterlilikleri hakkında bilgi düzeyleri: kesitsel bir çalışma

Fatih Ahmet KIZILKAYA¹, Hakan BİLGİÇ¹, Kenan TOPAL¹, Aysun ÖZŞAHİN¹, Tamer EDİRNE¹,

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Amaç: Ülkemizde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması, 2005 yılında Düzce'de başlatıldıktan sonra 2006 yılında 10 ve 2007 yılında 13 pilot ilde sürdürülmüştür. Aile hekimliği uygulaması, 2010 yılı sonuna kadar ülkenin tamamına yayılmıştır. Bu gelişmenin etkisini değerlendirmek için halen çalışmalar yapılmaktadır. Denizli ili, 2006 yılında pilot uygulamaya tabi 10 ilden biridir. Bu çalışma, Denizli il merkezinde halkın aile hekimliği çekirdek ilkeri hakkında bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmamız, Mart-Eylül 2013 zaman aralığında Denizli ili merkeze bağlı, birbirinden farklı sosyoekonomik düzeye sahip 6 Aile Sağlığı Merkezine(ASM) başvuran vatandaşlara anket uygulanarak yapıldı. Çalışmamızda 328 kişiye ulaşılarak sonuçları değerlendirildi. Anket formunda sosyodemografik özellikleri ve aile hekimliği yeterlilikleri ile ilgili bilgi düzeyi, aile

hekimliği uygulamasından yararlanma düzeylerini sorgulayan sorular yer almaktadır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde t-testi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Bu çalışma için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda 189 kadın 139 erkek toplam 328 kişi yer aldı. Anketlerden elde edilen verilere göre 1.basamağa müracaatların yaklaşık %36,1'i muayene, %35,3'ü ilaç yazdırma, yaklaşık %4,3 kadarı aşı, % 5,8 takip amaçlı ve %18,2 diğer nedenlerdedir. Her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında ortalama yıllık aile hekimine müracaat sayısı 5,87 olarak hesaplanırken, son 1 yıl içinde ortalama Devlet Hastanesine müracaat sayısı 3,37 idi. Çalışma grubunun %46'sı aile hekiminin kemik ve eklem rahatsızlıklarının teşhis ve tedavisini yapabildiğini düşünürken %54'ü bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir.

Sonuç: Aile hekimliği modeliyle birlikte birinci basamak hasta müracaat sayısında artış olmakla birlikte; sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, sevk zincirinin hayata geçirilmemesinden dolayı 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı da her geçen gün yükselmektedir. Bu yüzden gereksiz üst merkezlere müracaatların önüne geçilmesi için halkın Aile hekimliği ile ilgili daha fazla bilgilendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine duyulan güvenin artırılması önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, temel yeterlilikler, bilgi düzeyi

B - 37

1-3 yaş çocuklarda dil gelişim geriliğinin tespiti ve elektronik cihazlar ile ilişkisi

Fulya AKPAK¹, Nuri Seha YÜKSEL¹, Gökben YASLP², Ayşegül KABANLI³, Dilek GÜLDAL⁴,

¹Altındağ 17 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir,

²İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, 33 Nolu Koşukavak Aile Sağlığı Merkezi, İzmir,

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Bilgisayar ve internetin aşırı kullanımı her geçen gün biraz daha artmaktadır. Söz konusu artış küçükten büyüğe bütün yaş gruplarında görülmektedir. Dil gelişim geriliği olan çocukların erken tespiti ve tedavisinin hem dil hem de eşlik edebilen başka bozukluklar için faydalı olduğu bilinmektedir. Kliniğimizde yapılan çocuk izlemleri esnasında dil gelişimi daha geri olan çocukların bu tür cihazlarla etkileşiminin daha fazla olduğunu gözlemlenmiştir.

Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Bornova Altındağ Bölgesindeki 3 aile hekimine kayıtlı 1-3 yaş grubu çocuk oluşturmaktadır. Herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmayacak olup örneklemin tamamına ulaşılması hedeflenmektedir (n=372). Çalışma 6 ay olarak planlanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni konuşma bozukluğudur. Veri toplama yöntemi olarak kullanılacak anket poliklinik hizmetleri sırasında yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulacaktır. Ankette sosyodemografik veriler, elektronik cihaz kullanım süreleri, Denver 2 dil gelişim ölçeği kullanılacaktır. Araştırma dışında bırakma kriterleri; kliniğe primer bakım veren kişi dışında birisi tarafından getirilmiş çocuklar ve herhangi bir doğumsal hastalık veya yaralanma sonucu dil gelişim bozukluğu olan çocuklardır. Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programı yardımı ile yapılacaktır. Araştırmadan elde edilecek sonuçlarla kendi bölgemizde dil gelişim bozukluğu olan çocuklarda tespit edilecek erken tedavi için danışmanlık hizmeti verilecektir. Elektronik cihazlarla ilişki tespit edilirse yapılacak bireysel veya toplumsal eğitimler/müdahaleler ile hatalı tutum saptanan alanlarda daha doğru bir tutum geliştirilmesine yardımcı olunacaktır. Aile Hekimliği Biriminde hizmet organizasyonu açısından dersler çıkarılacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: İştme engelli, çocuklar, gelişme geriliği

B - 38

Evde bakım hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Yeşim CENGİZ BALYEN¹, Tahsin ÇELEPKOLU¹, P. Gamze ERTAN BUCAKTEPE¹,

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Tıp alanında kaydedilen gelişmeler yaşam kalitesinin yükselmesine ve ortalama yaşam süresinin uzamasına; buna bağlı olarak da kronik hastalıkların artmasına ve kronik hastalıklara bağlı yatağa bağımlılıkta artışa neden olmuştur. Yaşlı ve/ veya yatağa bağımlı hastaların sağlık kuruluşlarına giderken yaşadıkları sorunlar, kişilerin kendi yaşam koşullarında daha rahat olmaları, hastanede yatış sürelerinin azalmasının istenmesi, hastane enfeksiyonlarına daha az maruziyet ve daha düşük maliyetin hedeflenmesi evde bakım hizmetlerine ihtiyaç doğurmuştur. Ülkemizde yapılan evde bakım hizmetleri kişilere tanı koyma dışında var olan hastalığın takibi, tedavisi, hastalıkla ilgili psikolojik ve rehabilitasyona yönelik desteklerin verilmesine yöneliktir. Bu çalışmanın amacı; Diyarbakır ilinde evde bakım hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, kişilerin sosyodemografik ve kültürel yapılarının bu bakımdaki etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Diyarbakır il merkezinde oturan ve il sağlık müdürlüğü bünyesindeki ekiplerce hizmet alan bakım hastaları ve yakınları evrenimizi oluşturacak. Üniversitemizden alınacak etik kurul onayı ve Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin sonrası tabakalama yöntemi ile anlamlı olabilecek hasta sayısı tespit edilecek. Tespit edilen adreslere gidilerek, gönüllülük esasına uygun olarak katılımcıların onamları alınması planlandı. Daha önceden hazırlanan hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik-ekonomik-kültürel özelliklerini yansıtan 21 soruluk anket uygulanması planlandı. Çalışmamızın ana anketi ise validasyonu olan SF-36 anketi ile de katılımcıların yaşam kalitesini yansıtan anket uygulanması planlandı. Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 18.0forwindows istatistik paket programı kullanılması planlandı.

Bulgular: Çalışma henüz planlama aşamasındadır

Sonuç: Çalışma henüz planlama aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, hasta yakını, yaşam kalitesi

B - 39

Yenidoğan ve annelerin idrar iyotu ve tiroid fonksiyon testleri ile anne sütü iyot düzeyinin karşılaştırılması

Derya IŞIKLAR ÖZBERK¹, Ruhuşen KUTLU¹,

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD,

Amaç: İyot eksikliği hastalıkları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Gebelik ve emzirme dönemindeki anneler ve onların fetus ve yenidoğanlarında normal tiroid fonksiyonlarının sürdürülmesi için iyot alımının yeterli olması gerekmektedir. İyot eksikliği durumunda, beyin gelişimi için çok önemli ve kritik bir dönem olan intrauterin dönem ile doğumdan sonraki ilk üç ayda beyin fonksiyonları geri dönüşümü olmayan bir düzeyde olumsuz et-

kilenir. İyot eksikliği önlenebilir zeka geriliği nedenleri arasında ilk sıralarda yer almakta olup, dünyada 1.6 milyar insan iyot eksikliği riski altında bulunmaktadır. İyot yetersizliği hastalıklarının değerlendirilmesinde; yenidoğan döneminde tiroid fonksiyonları, bebek idrarında ve anne sütünde iyot düzeyi kriter olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda Türkiye'de iyot yetersizliği prevalansı hiçbir bölgede %2'nin altına inmemekte, bazı bölgelerde ise %50'nin üzerine çıktığı bildirilmektedir. Bu çalışmamızda yenidoğan ve annelerin idrar iyotu ve tiroid fonksiyon testleri ile anne sütü iyot düzeyini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kesitsel analitik tipteki bu araştırmaya 18-49 yaş arasında Konya il ve ilçelerinde yaşayıp, doğum yapmak üzere Meram Tıp Fakültesi ve Faruk Sükan Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi'ne yatan 200 miyadında kadın ve bu kadınların sağlıklı olarak doğan 200 yenidoğan bebekleri alınacaktır. Verilerin toplanmasında anne ve bebek anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanacaktır. Annelerin idrar ve kan numuneleri doğum öncesi, bebeklerin TSH, sT3,sT4 ve tiroglobulin düzeylerinin tespit edilmesi için numuneler doğum esnasında göbük kordonundan, plasenta ayrıldıktan sonra alınacaktır. Bebeklerin idrar iyot düzeyi için idrar numuneleri ve anne sütü iyot düzeyi için anne sütü numuneleri doğum sonrası ilk hafta içerisinde 1 kez alınacaktır. İdrarla atılan iyot konsantrasyonuna göre sonuçlar DSÖ tarafından belirlenen şekilde:<150 µg/L: yetersiz olarak değerlendirilecektir. Yenidoğan bebeklerde ise; 100 µg/L altında idrar iyot konsantrasyonuna sahip olanlar yetersiz olarak değerlendirilecektir. Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarda SPSS 16.0 programı kullanılarak yapılacaktır. Veriler Ki-Kare testi ve korelasyon analizi ile değerlendirilecektir.

Bulgular: Henüz sonuçlanmadı.

Sonuç: Henüz sonuçlanmadı.

Anahtar kelimeler: İyot eksikliği, anne sütü, tiroid fonksiyon testleri

Tartışma soruları:

1. İyot eksikliğine bağlı bozuklukların önlenmesinde en uygun yöntem nedir?
2. Çalışmada tiroglobulin düzeyinin değerlendirilme sebebi nedir?
3. Daha önce bu konuda Türkiye'de hangi çalışmalar yapılmıştır?

B - 40

Çanakkale il merkezi 1-8. sınıf öğrencilerinde sağlık taraması; kesitsel tipte prevalans çalışması

Ayşegül ULUDAĞ¹, Yusuf Haydar ERTEKİN¹, Murat TEKİN¹, Sibel CEVİZCİ², Erkan Melih ŞAHİN¹,

¹Çanakkale Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

²Çanakkale Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Amaç: Çanakkale il merkezi 1-8. Sınıf öğrencilerinde sağlık taraması yapmak. Araştırma Sorusu: Çanakkale il merkezinde 1-8. sınıf öğrencilerinde; 1. Hipertansiyon sıklığı 2. Büyüme gelişme geriliği ve obezite sıklığı, 3. Göz görme kusuru sıklığı 4. Kulak burun boğaz patoloji sıklığı 5. Fibromiyalji ve hipermobilitate sıklığı 6. Cilt lezyonlarının sıklığı nedir?

Yöntem: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı niteliktedir. 2012-2013 yılı Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim Rehberi'ne göre Çanakkale ili merkezinde ilkokulda toplam 4.903 öğrenci; genel orta öğretimde toplam 2.676 öğrenci bulunmaktaydı. Çalışmanın evrenini toplam 7.579 öğrenci oluşturdu. Çalışmamızda örneklem büyüklüğü, N=7.579, t=1.96, p=0.5, d2=(0.05)2 olarak alınmış ve optimum örneklem 366 kişi olarak hesaplanmıştır. Ancak, Çanakkale il merkezinden mahallelere göre sosyo- ekonomik düzey dikkate alınarak toplam 4 okulun çalışmaya dahil edilmesi

düşünülmüş ve örneklem büyüklüğü minimum $366 \times 4 = 1.464$ olarak belirlenmiştir. **Veri Toplama Araçları:** 1. Veli Bilgi Formu: Öğrencilerin doğum kilosunu, doğum şekli, okul öncesi eğitim alma durumu, alerji ve kronik hastalık varlığı, velilerin eğitim, alışkanlık ve kronik hastalık, maddi durumlarının sorgulandığı anket formudur. Öğrencilerle birlikte aydınlatılmış onam formu ile eve gönderilecektir. 2. Muayene Formu: Öğrencilerin ad-soyad, okul, sınıf, şube, cinsiyet, doğum tarihleri ile boy-kilo, tansiyon, göz, kulak burun boğaz patolojileri, iskelet sistemi ve cilt değerlendirme bulgularının kaydedildiği muayene formudur. Kullanılan klinik ölçme metodları: Göz muayenesi: Görme keskinliği: Snellen Eşeli kullanılarak 6 metreden gösterilen harf ve işaretlerin gösterilmesi ile görme keskinliği değerlendirilecektir. Renk körlüğü: İshihara Kitabı Şaşılık: Örtme-açma testi Kulak-Burun-Boğaz muayenesi: Otoskop ve spekulum. Cilt lezyonları muayenesi: ışıgın yeterli olduğu düşünülen bir odada paravanla ayrılarak yapılır. Boy-kilo ölçümü: kalibre edilmiş boy-kilo ölçer, referans büyüme eğrileri Tansiyon ölçümü: Kalibre edilmiş yaşa uygun manşonlu tansiyon aleti. Fibromiyalji ve Hipermobilitenin değerlendirilmesi FTR Hekimi tarafından. Sağlık taramaları: ÇOMUTF Aile Hekimliği, Halk Sağlığı, FTR, Dermatoloji ve KBB Hastalıkları uzmanları tarafından uygulanacak.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Ergenler, tarama, prevalans

Tartışma soruları:

1. Araştırmaya hangi muayene ve tarama yöntemleri eklenebilir?

B - 41

Kemalpaşa Armutlu beldesinde gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı

Ayşen MERT BENGİ¹, Vildan MEVSİM²,

¹Kemalpaşa Armutlu 6 No'luASM, İzmir,

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Gestasyonel diyabet (GDM), ilk kez gebelikte ortaya çıkan veya gebelik sırasında tanı konulan herhangi bir derecedeki glikoz intoleransdır. Farklı popülasyonlarda %1-14 oranında görülmektedir. Türkiye'de GDM prevalansı %3-8'dir. Sık görülmesi ve perinatal morbidite ve mortaliteyi önemli oranda etkileyebilmesi nedeniyle GDM önemli bir sağlık sorunudur. Doğum sonrası bu hastaların %3- 35'inde bozulmuş glikoz toleransı, bozulmuş açlık glikozu, 5 yıl içerisinde %10-50 oranında tip 2 diyabet geliştiği gösterilmiştir. GDM gelişiminde obezite, ailede diyabet öyküsü, daha önceki gebeliklerde GDM öyküsü, makrozomik ve anomalili bebek, prematürite, polihidramnios, intrauterin ölü bebek, üç ve daha fazla abortus, şimdiki gebelikte polihidramnios varlığı ve fetusun gebelik haftasına göre iri olması, ileri gebelik yaşı, glikozüri varlığı gibi çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir. GDM'de kan şekeri düzeyleri regüle edildiğinde, oluşabilecek olan fetal makrozomi, omuz distosisi, sezeryan sıklığında artış, uterinaton, polihidramnios, gebeliğin indüklediği hipertansiyon, preterm eylem, piyelonefrit ve yenidoğan döneminde ortaya çıkabilen hipoglisemi, polisitemi, hipokalsemi, hiperbilirubinemi gibi komplikasyonlar da önle-nelir. GDM için tanı ve tarama testleri gebeliğin 24- 28. haftalarında yapılmaktadır. 100 gr glikozla yapılan oral glikoz tolerans testi (OGTT), GDM tanısında altın standart testtir. Gebeye 50 gramlık glikoz solüsyonu içirilip 1. saatte kan şekeri ölçülür. Plazma glikozu 140 mg/dl ve üzeri çıkan gebelere 100 gr OGTT yapılır. Kan şekeri düzeylerinden (açlık, 1. 2. ve 3. saat kan şekeri düzeyleri) iki veya daha fazlası eşik değeri aştığında GDM tanısı konulur. Tedavide diyet düzenlemesi, egzersiz ve insülin tedavisi yapılır. Bu çalışma ile Kemalpaşa Armutlu beldesindeki gebelerde

GDM prevalansının, ilişkili risk faktörlerinin ve tanı alan hastalara uygulanan tedavilerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Ocak 2012-Ekim 2013 tarihlerinde Kemalpaşa Armutlu 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde takip edilen gebeler çalışmaya alınacaktır. Dosyalar retrospektif olarak taranacaktır. 50 gr glikoz tarama testi ve 100 gr OGTT sonuçları, gebelerin GDM risk faktörleri, demografik özellikleri ve GDM tanısı konulan gebelere uygulanan tedaviler belirlenecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Gestasyonel diyabet, prevalans, risk faktörleri, birinci basamak

Tartışma soruları:

1. Kemalpaşa Armutlu beldesindeki gebelerde GDM prevalansı nedir?,
2. Bu gebelerde GDM ile ilişkili risk faktörleri ve tanı alan gebelerin almış oldukları tedaviler nelerdir?,
3. Bu gebelere birinci basamakta neler yapabiliriz?

B - 42

Aile hekimliğinde sosyal medyanın yeri ve önemi

Fikret MERTER ALANYALI¹, Berk GEROĞLU¹

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

Amaç: Yeni iletişim teknolojileri insanlara, düşüncelerini ve eserlerini paylaşacakları olanaklar yaratan, paylaşım ve tartışmanın esas olduğu bir medya sunmaktadır. Sosyal medya olarak adlandırılan bu sanal ortam, kullanıcı tabanlı olmasının yanında kitleleri ve insanları bir araya getirmesi ve aralarındaki etkileşimi artırması bakımından önem taşımaktadır. Bu çalışmada aile hekimliğinde sosyal medyanın yeri ve öneminin araştırılması ve geliştirilmesi amaçlanmıştır. İzmir ilindeki aile hekimliği asistan ve uzmanlarının araştırma kapsamına alınması hedeflenmiştir.

Yöntem: Kesitsel tipte bir araştırma olması planlanmaktadır. Çalışmada, örneklem seçilmemiş olup, evrenin tümüne yani İzmir ilindeki aile hekimliği asistan ve uzmanlığı yapmakta olan tüm kişilere ulaşmak hedeflenmiştir. Aile hekimliğinde sosyal medyanın yeri ve önemini ortaya koymayı amaçlayan bir anket formu, çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere uygulanacaktır. Toplanan veriler SPSS 20.0 istatistik programı ile değerlendirilecektir. Çalışma sonucunda, hastaların internet üzerinden yanlış bilgiler edinmelerinden dolayı ve gerekli bilgilere ulaşmalarının sağlanması, hekimler tarafından genel sağlık bilgileri ve tavsiyeler şeklinde paylaşımların geliştirilmesi için aile hekimliğinde sosyal medyanın gerekliliği öngörülmektedir. Sosyal medyanın, hastaların aile hekimleri hakkında geri bildirim yapabilmelerini ve bunlara hekimlerin kolayca ulaşabilmelerini sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda hekimlerin meslek hayatları boyunca edinmiş oldukları tecrübelerin paylaşılması, internetteki itibarlarının artırılması, haklarının savunulması ve mesleki uygulamaları modernize etmeleri hakkındaki düşüncelerinin ortaya konulması için sosyal medyanın ne ölçüde kullanıldığı ve önemi hakkında sonuçlara ulaşmak istenmiştir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Sosyal medya, aile hekimliği, iletişim

Tartışma soruları:

1. Sizce örneklem büyüklüğü uygun mudur?
2. Sosyal medyanın aile hekimliğinde kullanımını gerekli midir?
3. Ulaşılması hedeflenen kişilere aile hekimliğinde sosyal medya ile ilgili neler sorulabilir?

B - 43

Planlı ve plansız gebeliklerin gebelik sürecine etkileri

Berk GEROĞLU¹, Fikret MERTER ALANYALI¹,

¹*İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,*

Amaç: Günümüzde birçok aile, hayat şartlarının giderek zorlaşması, iş ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle çocuk sahibi olmak için gebeliği planlamak istemektedirler. Ancak gebeliklerin hepsi planlı olamamaktadır. Plansız bir gebelik durumunda karşılaşılabilecek riskler ve yapılması gerekenler hakkında bir çalışma planlanmıştır. Planlı ve plansız gebeliklerin farklarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: İzmir ilindeki eğitim ve araştırma hastanelerine başvuran daha önce bilinen bir kronik rahatsızlığı olmayan 18-35 yaş arası tüm gebelerin araştırma kapsamına alınması hedeflenmiştir. Kesitsel tipte bir araştırma olması planlanmaktadır. Planlı ve plansız gebeliklerdeki farkları ortaya koymayı amaçlayan bir anket formu, çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere uygulanacaktır. Toplanan veriler SPSS 20.0 istatistik programı ile değerlendirilecektir. Gebelik sürecini etkileyebilecek destek tedavilerin (folik asit vb.), maruz kalınabilecek teratojen maddelerin (radyasyon, bazı antibiyotikler, alkol, sigara vb.), varsa kullanılan kontraseptif yöntemlerin etkilerinin ve gebeliğin getireceği biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik durumların planlı ve plansız gebeliklerde sonuçlarının farklı olacağı öngörülmektedir. Ayrıca gebenin sosyal çevresinin ve eşinin planlı veya plansız gebeliğe desteğinin de farklı olabileceği düşünülmektedir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Planlı gebelik, plansız gebelik, sağlığa etkileri

Tartışma soruları:

1. Sizce örneklem büyüklüğü uygun mudur?,
2. Gebelerde sorgulanması gereken farklı bir boyut var mıdır?

B - 44

Lise çağındaki adolesanlarda beden algısı, obezite, benlik saygısı ve özgüven

Elif AVŞAR¹, Senem DEDE¹, Feyza YÜCEL¹, Nevgül DEMİR¹, Didem SUNAY¹,

¹*Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, ANKARA*

Amaç: Günümüzde obezite erişkinlerde olduğu gibi çocuk ve adolesanlarda da önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Dramatik fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı adolesan dönemde obezite ve fazla kilolu olmanın hem fiziksel hem de mental sağlığı etkileyebileceğini düşünmek ütopik olmayacaktır. Bu çalışmada lise çağındaki adolesanların beden algıları, fiziksel görünüşleri ile ilgili düşüncelerini değerlendirmek ve obezite ve fazla kilolu olmanın özgüven ve benlik saygısı üzerine etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Ankara ili Keçiören ilçesinde belirlenen lise ve dengi okul öğrencileri arasında yapılacaktır. Öğrencilerin ve ebeveynlerinin sosyo-demografik özellikleri, vücut ağırlıkları, diyet ve fizik egzersiz ile ilgili düşünceleri ve tutumları ile ilgili bilgiler anket formu aracılığıyla elde edilecektir. Öğrencilerin boy ve vücut ağırlıkları ölçülüp beden kitle indeksleri hesaplanacaktır. Beden algısını değerlendirmek için Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilen ülkemizde geçerlilik çalışması Hovardaoglu tarafından yapılmış, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlayan Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ),

benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroglu tarafından yapılmış Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin (RBSÖ) benlik saygısını ölçen ilk 10 maddesi kullanılacaktır. Özgüven için "Piers-Harris Çocuklarda Özgüven Ölçeği"nin Çataklı tarafından yapılan Türkçe uyarlaması kullanılacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Adolesan, obezite, benlik saygısı, özgüven

Tartışma soruları:

1. Örneklem seçimi nasıl olmalıdır?,
2. Seçilen ölçekler değerlendirmeler için uygun mudur?

B - 45

Kadın sağlık personelinin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi

Mine TUNA¹, Hüseyin CAN¹,

¹*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,*

Amaç: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre; tüm çocukların %96,8'i bir süre emzirilmiştir. Doğumdan sonra iki ay içerisinde sadece anne sütü ile beslenme oranı %43,5'e düşerken, sadece anne sütü ile beslenme ortalama süresi 0,7 aydır. Yapılan çalışmalar; ülkemizde ek gıdalarla birlikte olsa da anne sütü ile beslenmenin yaygın olmasına rağmen, bunun çocuk sağlığı üzerine olumlu etkilerinin görülmemesinin nedeni olarak ailelerin anne sütü ile beslenme konusunda hatalı uygulamaları olarak göstermiştir. Bu bulgular, toplumumuzda anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda annelerin bilgi eksikliği olduğunu göz önüne sermektedir. Annelerin çocuk sağlığı konusunda doğru bilgilendirilmelerinde en önemli payın sağlık personeline ait olması beklenir. Yapılacak eğitim için en etkili yöntemin, sağlık personelinin anneler ile yüz yüze yaptıkları eğitim olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada; hastanemiz bünyesinde çalışan 15-49 yaş kadın sağlık personeli ile sağlık personeli olmayan 15-49 yaş kadın grubunun anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının karşılaştırılması, çalışma sonrasında bu kişilerin anne sütü ve emzirmeyle ilgili bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma anket çalışması olup hastaların onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anketin uygulanması planlanmaktadır. Araştırmanın iki grup üzerinde yapılması planlanmaktadır. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formunun İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 15-49 yaş arası kadın sağlık personeli (ebe-hemşire-doktor) ve her hangi bir nedenle hastanemize başvurmuş olan 15-49 yaş arası sağlık personeli olmayan kadınlara uygulanması planlanmaktadır. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ: 1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olma 2. 15-49 yaş arası kadın popülasyon içerisinde yer alma 3. Soruları yanıtlayabilecek düzeyde akıl sağlığı yerinde olma. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMAMA KRİTERLERİ: 1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme 2. 15-49 yaş arası kadın popülasyonu içerisinde yer almama 3. Akıl sağlığı yerinde olmaması 4. Aktif olarak anne sütü ve emzirme hakkında danışmanlık yapıyor olmak Hastaların sosyo-demografik verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak özetlenecektir. Uygun parametrik ya da non-parametrik testler kullanılarak alt grup analizleri yapılacaktır. p<0.05 anlamlı olarak kabul edilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık personeli, anne sütü, emzirme

B - 46

Demir eksikliği anemisi olan 1-2 yaş çocuklarda profilaktik demir preparatı kullanım özellikleri

Handan ATSIZ SEZİK¹, Hüseyin CAN¹,

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Amaç: Dünyada bol bulunan bir element olmasına rağmen demir eksikliği dünyada en sık karşılaşılan beslenme sorunudur ve çocukluk çağı anemisinin en sık nedenidir. Türkiye’de 1974’te 0-5 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada demir eksikliği anemisi sıklığı %73, Marmara bölgesinde 1975’te 0- 12 yaş arası çocuklarda %79 ve İstanbul’da 1997’de yapılan diğer bir çalışmada %44.3 olarak bulunmuştur. 2005 yılında yapılan bir çalışmada İstanbul’da okul çağı çocuklarında anemi sıklığı %28 olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre ülkemizde okul öncesi çocukların %32.6’sında demir eksikliği vardır. Dünya Sağlık Örgütü 6 ay-6 yaş arası çocuklarda 11 gr/dL, 6-14 yaş arası çocuklarda ise 12 gr/dL altındaki hemoglobinin değerlerini anemi olarak kabul etmektedir. Demir eksikliği anemisinin toplum sağlığı açısından en ciddi olumsuz sonucu, tedavi ile düzelmeyebilen motor mental geriliktir. Gelişmenin hızlı olduğu ve gereksinimin arttığı dönemlerde profilaktik olarak ve aneminin doğrulandığı durumlarda tedavi edici olarak demir desteği ve tedavisi verilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında “Demir Gibi Türkiye Projesi” ile sağlık ocaklarında ve takiben aile hekimliği tarafından temel sağlık hizmetlerinde 4-12 aylık çocuklara demir preparatı dağıtılmaya başlanmıştır. Çalışmamızdaki amacımız demir preparatlarının dağıtım durumu, aileler tarafından uygun doz ve sürede kullanılıp kullanılmadığının saptanmasıdır.

Yöntem: Çalışmamız bir anket çalışması olarak planlanmıştır. Hastanemiz bilgi işlem sisteminden 2010-2013 yılları arasında anemi tanısı alan 1-2 yaşlarındaki hastaların ailelerine telefon ile ulaşılabilecek ve sözlü onamları alındıktan sonra uygun literatür taranarak hazırlanmış olduğumuz anket uygulanacaktır. **ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ:** 1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olma 2. 1-2 yaş grubunda ve anemi tanısı almış çocuk sahibi olma **ÇALIŞMAYA DAHİL OLMAMA KRİTERLERİ:** 1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme 2. Bilgi işlem sisteminden telefon numaralarına ulaşılamayanlar 3. 1-2 yaş grubu dışında anemi tanısı almış olan çocuklar. Hastaların sosyo-demografik verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak özetlenecektir. Uygun parametrik ya da non-parametrik testler kullanılarak alt grup analizleri yapılacaktır. p<0.05 anlamlı olarak kabul edilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Demir eksikliği, çocuklar, profleksis

B - 47

İzmir merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri’nde çalışan aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi

Zeynep AYI, Hüseyin CAN¹,

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Amaç: Ülkemizde ve dünyada anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, sağlıklı bebekler ve sağlıklı bir gelecek için gebeliğin uygun şekilde takibi büyük önem arz etmektedir. Doğum öncesi bakım (DÖB); anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimi bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye’de dört ve üzerinde doğum öncesi bakım alan kadınların oranı kentte %80 iken kırsal alanda %55 düzeyinde kalmıştır. Gebelerin %25’i beşinci ay ve sonrasında tespit edilmektedir. İlk trimesterde DÖB’a başlamak annede gebelik öncesinde de var olan hastalıkların erken teşhisi açısından faydalıdır. İzlemler düzenli aralıklarla olmak üzere ek hastalığı veya gebeliğe ilişkin sorunu olmayan gebelerde en az 6 kez, riskli gebeliklerde ise gebenin durumuna göre kararlaştırılmak üzere daha fazla sayıda yapılmalıdır. İzlem sayısı kadar izlemin niteliği de DÖB’da son derece önemlidir. Doğum öncesi kontrollerde kadının düzenli olarak tartılması, kan basıncının takip edilmesi, kan tahlillerinin yapılması gibi takipler anne ve bebekte oluşabilecek sağlık sorunlarına karşı erken dönemde önlem alınmasını sağlayacaktır. Bu çalışmada İzmir il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının karşılaştırılması, çalışma sonrasında aile hekimlerinin birinci basamakta gebe takibi ile ilgili bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma anket çalışması olup kişilerin onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anketin uygulanması planlanmaktadır. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formunun İzmir merkez ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimlerine uygulanması planlanmaktadır. **ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ:** 1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olma 2. Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimleri görev yapma **ÇALIŞMAYA DAHİL OLMAMA KRİTERLERİ:** 1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme 2. Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimleri görev yapmama. Hastaların sosyo-demografik verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak özetlenecektir. Uygun parametrik ya da non-parametrik testler kullanılarak alt grup analizleri yapılacaktır. p<0.05 anlamlı olarak kabul edilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Gebe izlemi, aile hekimleri, tutum

B - 48

Tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencilerinin organ nakli konusundaki bilgi, tutum ve davranışları

Rıfki ÖNDER¹, Hüseyin CAN¹, Mehmet Ali KURNAZ¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Amaç: Vücutta görev yapamayacak kadar hasta ve hatta bedene zararlı hale gelen bir organın bir yenisi ve sağlamı ile değiştirilmesi düşüncesi çok eski zamanlardan beri insanların ilgisini çekmiştir. Organ bağıışı, bir kişinin hayatta iken serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesidir (1). Organ nakillerinde verici kaynağı canlı ve kadavra olarak ikiye ayrılmaktadır. Canlı kişilerden organ alınması, organ veren kişinin yaşamını riske sokmayacak çift organların birini almakla mümkündür (2-4). Beyin ölümü tanısı konan kimse tıbben ölü kabul edilmekte ve bunlara kadavra organı denmektedir. 1960’lı yılların başlarında pek çok hasta ile ilgili organ bağıışlayanlar

yalnızca aile bireyleri olmasına karşın, günümüzde kadavradan organ naklinin yaygınlaştırılması çalışmaları ağırlık kazanmıştır. Avrupa ülkelerinde organ vericilerinin %80'i kadavra, %20'si canlı kaynaklı iken Türkiye'de tam tersine organ vericilerinin %75'i canlı, %25'i kadavra kaynaklıdır (2-5). Toplumumuzun organ bağışi konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı görüşünden yola çıkarak eğitilmiş kesim olarak tıp fakültesi öğrencilerinin organ nakli ve bağışi konusunda düşüncelerini değerlendirmek amacıyla bu çalışma tasarlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel tipte tasarlanan araştırma tek grup üzerinden tasarlanmış olup, kontrol grubu alınmayacaktır. Öğrencilerin onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anketin uygulanması planlanmaktadır. **ÇALIŞMAYA DAHİL OLMAMA KRİTERLERİ:** 1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olma 2. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKCÜ) Tıp Fakültesi üçüncü sınıf öğrencisi olma 3. Soruları eksiksiz olarak cevaplamış olmak **ÇALIŞMAYA DAHİL OLMAMA KRİTERLERİ:** 1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme 2. İKCÜ Tıp Fakültesi öğrencisi olmama 3. Anket formunu eksik doldurmuş olma. Hastaların sosyo-demografik verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak özetlenecektir. Uygun parametrik ya da non-parametrik testler kullanılarak alt grup analizleri yapılacaktır. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilecektir.

Bulgular: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Sonuç: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Organ nakli, tıp eğitimi, tutum, bilgi

B - 49

Obezitenin nörokognitif fonksiyonlar üzerinde etkisi var mı?

Kübra UYAR¹, Rana GÜNDOĞAN¹, Mehtap KARTAL¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Obezite her geçen gün artan prevalansıyla günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezitenin kendisi ve komplikasyonları sadece endokrin, kardiyovasküler ve kasiskelet sistemi etkilemekle sınırlı değildir. Dikkat, hafıza, algılama, yargılama, gerçeği değerlendirme, lisan, hesaplama, karar verme gibi nörokognitif fonksiyonları da olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar vardır. Araştırmalarda obezitenin, tüm beyinde özellikle prefrontal bölge, temporal lop ve hipokampüste volüm azalmasına etkisi bulunmuştur. Benzer bir sonuç olarak bel çevresindeki her bir birim artışının frontal lop ve temporal lop beyaz cevher azalmasına anlamlı etkisi bulunmuştur. Bu bulgular ışığında obezitenin kognitif fonksiyonlar üzerine etkisinin araştırılması planlanmaktadır.

Yöntem: Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet Polikliniğine Mart-Haziran 2014 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası obez olan ve olmayan bireylerde uygulanmak üzere planlanmış bir olgu-kontrol çalışmasıdır. Araştırmanın dışlama kriterleri; mental fonksiyon bozukluğu olması, öğrenme güçlüğü olması, duysal fonksiyon bozukluğu olması ve başvuru öncesinde bilinen nörokognitif fonksiyon bozukluk (demans) ve depresyon gibi nörokognitif fonksiyonları olumsuz etkilediği bilinen psikiyatrik hastalığı olma durumlarıdır. Obezite değerlendirmesinde VKİ ve bel çevresi (BÇ) kullanılacaktır. VKİ > 30 ve BÇ kadınlarda > 88cm ve erkeklerde > 102cm olanlar obez olarak değerlendirilecektir. Nörokognitif fonksiyon bozukluğunu değerlendirmek için Mini Mental Test ve kognitif fonksiyonları etkileyen depresyon tanısını ekarte etmek için Beck depresyon ölçeği kullanılacaktır. Mini mental testte toplam 30 puan üzerinden hasta değerlendirilir. Her

doğru yanıt 1 puan verilir ve 24-30 puan arası normal, 20-23 puan arası hafif bilişsel bozukluk, 19 puan ve altı şiddetli bilişsel bozukluk olarak değerlendirilir. Beck depresyon ölçeği 21 sorudan oluşmaktadır. Her soru için 0-3 arasında puanlama yapılmaktadır. 10-16 puan=hafif düzeyde depresif belirtiler, 17-29 puan=orta düzeyde depresif belirtiler, 30-63 puan=şiddetli depresif belirtiler şeklinde yorumlanmaktadır.

Bulgular: Araştırma henüz tamamlanmamıştır

Sonuç: Araştırma henüz tamamlanmamıştır

Anahtar kelimeler: Obezite, nörokognisyon, depresyon

Tartışma soruları:

- 1) Çalışmanın yeri için önerileriniz nelerdir? Birinci basamak mı? Üçüncü basamak mı?
- 2) Çalışma yöntemi için olgu-kontrol uygun mudur?
- 3) Yöntem uygunsuz olgu ve kontrol seçimleri için nelere dikkat edilmelidir?

B - 50

Dermatoloji hastalarının aile hekimlerine başvurularının incelenmesi

Coşkun ÖZTEKİN¹, Aynur ÖZTEKİN¹, Hüseyin CAN², Mete ÖNDE³, Sercan BULUT ÇELİK¹

¹Batman Merkez 11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi,

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

³Batman Merkez 1 No'lu Toplum Sağlığı Merkezi

Amaç: Bir hizmet modeli olarak Aile Hekimliği anlayışı, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık gözetmeksizin birlikte incelenmesi gerektiği görüşünden hareketle geliştirilmiş bir sağlık hizmeti anlayışı ya da biçimidir. Bu modelde, aile hekimi bütün aile bireylerini tanır, ailenin yaşam biçimini, konutunu, çalışma ortamını ve sağlık sorunlarını yakından bilir. Ailenin bütün bireyleri aynı kurumdan ya da hekimden koruyucu ve tedavi hizmeti görürler. Bu hekim, genellikle bir pratisyen hekim ya da genel pratisyen gibi çalışan bir uzman hekimdir. Bu uzman, "Aile Hekimliği" uzmanı da olabilir. Aile hekimi gerekli durumlarda sevk sistemini kullanarak birinci basamak ile 2. ve 3. basamak arasındaki koordinasyonu sağlar. Bu koordinasyonu sağlarken hasta ile iletişimi son derece önemlidir. Ülkemizde henüz zorunlu sevk sistemi bulunmamasına rağmen hekimler hasta ile diyalogları sonrası gerek yazılı, gerek sözlü gerekse de telefon ile irtibata geçerek hastanın sevkini sağlamaktadır. Sevk sisteminin zorunlu olmaması nedeniyle hastanın 2. ya da 3. basamağa başvurusu ancak hekimin doğru ve güvenilir bir yönlendirme yapması ile mümkün olacaktır. Yine sevk sisteminin zorunlu olmaması sebebiyle hastalar aile hekimlerine uğramaksızın 2. ve 3. basamağa başvuru yapabilmektedirler. Bu çalışmanın amacı; Batman Bölge Devlet Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların aile hekimlerine başvuruları ve sevk durumlarının incelenmesidir.

Yöntem: Çalışma anket çalışması olup Dermatoloji uzmanı tarafından hastaların onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anketin uygulanması planlanmaktadır. Çalışma 3 aylık süre ile sınırlandırılmış olup, bu süre zarfında yaklaşık 1000 hastaya ulaşılabilecektir. Çalışmanın sonuçları buna göre değerlendirilecektir. Çalışmanın sonuçlarına göre gerekirse çok merkezli çalışmalar planlanacaktır. Herhangi bir gruplandırma yapılmayacaktır. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formunun Dermatoloji polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara uygulanması planlanmaktadır.

Hastaların sosyo-demografik verileri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak özetlenecektir. Uygun parametrik ya da non-parametrik testler kullanılarak alt grup analizleri yapılacaktır. $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edilecektir.

Bulgular: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Sonuç: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Dermatolojik yakınmalar, aile hekimleri, birinci basamak

B - 51

04-11 yaş arası kronik hastalığı bulunan çocukların kronik hastalığı bulunmayan çocuklarla psikososyal açıdan karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi

Ediz YILDIRIM¹, Özden GÖKDEMİR YAZAR¹, Muhteber ÇOLAK¹, Seval YAPRAK¹, Yunus Emre OKUDAN², Dilek GÜLDAL¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

²Van Yüzyüncü Yıl Üniversitesi

Amaç: İlerlemiş medikal tedavi yöntemleriyle birlikte kronik hastalığı olan çocuk sayısında artış meydana gelmiştir. Ülkemizde; tıpta izlenen tüm yenilikler, teknikler ilgili uzmanlık alanları tarafından takip edilmekle birlikte, hastanın tedavisinde çok önemli olduğu vurgulanan ve gelişmiş ülkelerde öncelik ve önemliliği tartışılmaz durumda olan hastaya psikolojik destek konusuna yeterince önem verilmemektedir. Hastanın psikolojik durumu, hastalığın seyrini önemli ölçüde etkilemektedir. Hele de bu grup çocuk hastalardan oluşuyorsa, psikolojik desteğin önemi tartışılmaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle psikososyal açıdan yapılmış olan araştırmaların yeterli olmaması dikkat çekmektedir. Son zamanlarda kabul gören biyopsikososyal yaklaşım medikal tedavinin yanında psikososyal olarak değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Bu nedenlerle kronik hastalığı olan 04-11 yaş arası çocukların psikososyal davranışlarının kronik hastalığı bulunmayan çocuklarla kıyaslamalı olarak değerlendirilmesi bu hastalıkların çocukların üzerindeki etkilerinin saptanmasına, yarattığı eksikliklerin fark edilmesine yardımcı olabilecektir. Anlamlı farklılık saptanması durumunda kronik hastalığı bulunan çocukların kronik hastalığı bulunmayan çocuklardan farklı olduğuna ve yaklaşımın da farklı olması gerektiğine vurgu yapılacaktır.

Yöntem: Olgu kontrol olarak planlanan çalışmamızda yapılan hesaplamalara göre, %80 güç, %95 güven aralığında, OR=3, kontrol grubunda $P=0.10$ olmak üzere en az 111 kişinin olgu, 111 kişinin ise kontrol grubuna alınması gerektiği belirlenmiştir. Olgu pediatri servisinde yatmakta olan ve dal polikliniklerinde takip edilen hastalar arasından ardışık olarak seçilecektir. Kontrol grubu ise pediatri genel ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran ve yakınması olmayan ya da 10 günden az süren yakınmaları olan ve araştırmada belirlenmiş kronik hastalıkları bulunmayan çocuklar alınacaktır. Kontrol grubuna alınacak çocuklar yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilecektir. Araştırmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran poliklinik ve servis hastalarından 111 kronik hastalığı bulunmayan çocuk, 111 kronik hastalığı bulunan çocukla kıyaslanacaktır. Araştırmamızda 4-11 yaş arası çocuklar için ebeveyn güçler ve güçlükler anketi ve demografik bilgiler anketi kullanılacaktır. Anket sonuçları SPSS 15 programında analiz edilecektir.

Bulgular: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Sonuç: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalık, çocuklar, psikolojik etkilenme

Tartışma soruları:

- 1- Kronik hastalığı olan çocukların kendilerine yönelik algıları nasıldır?
- 2- Kronik hastalığı olan çocuklara bakım verenlerin benlik algıları nasıldır?

B - 52

Kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınlarının kanser tarama programları hakkındaki bilinç düzeyi

Fatih AYDIN¹, Oktay SARI¹, Ümit AYDOĞAN¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Kolorektal kanser, erkeklerde dördüncü, kadınlarda üçüncü sıklıkta en yaygın kanserdir ve erkeklerde biraz daha fazla tespit edilmiştir. ABD, Kanada ve hemen tüm Avrupa ülkelerinde akciğer kanserinden sonra kanserden ölümlerin ikinci nedenidir. Erken evrelerde tanı konduğunda 5 yıllık hayatta kalım süresi %90'lara ulaşır. Sporadik kolorektal kanser vakalarının %20 sinde aile öyküsü saptanmaktadır. En az bir birinci derecede akrabasında (anne, baba ve kardeşler) kolorektal kanser bulunan insanlarda kolorektal kanser gelişme riskinin 2-3 kat daha fazla olduğu, iki veya daha fazla sayıda birinci derece akrabasında kolon kanseri bulunanlarda ise bu riskin 3-4 kat arttığı gösterilmiştir. Sporadik kolon kanseri vakalarının birinci derece akrabalarında kolorektal kanser görülme sıklığı 2 ila 3 kat artmıştır. Kolorektal kanser nedeniyle tedavi gören hastaların birinci derece yakınlarının farkındalık düzeyinin kanser tarama programlarına olan ilgiyi artırıp artırmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya GATF Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde tedavi görmekte olan kolorektal kanser tanısı almış hastaların birinci derece yakınları dahil edilecektir. Yüz yüze görüşme metodu ile hazırlanan anket formu yardımıyla kolon kanseri tarama programlarından haberdar olup olmadıkları, tarama programlarından haberleri varsa yakınlarının hastalığından önce mi sonra mı öğrendikleri ve hangilerini bildikleri, tarama testlerinin yararlarına inanıp inanmadıkları, tarama testlerini yaptırıp yaptırmadıkları yaptırıldılarsa hangilerini yaptırdıkları gibi sorular yöneltilcektir. Kontrol grubu olarak birinci derece akrabalarında kanser hastası olmayan sağlıklı gönüllü bireylere aynı anket uygulanacaktır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS programı kullanılarak analiz edilecektir. Hasta grubu ve kontrol grubu sonuçlarının analiz edilmesi neticesinde birinci derece akrabalarında kolorektal kanser bulunan kişilerin tarama programları hakkındaki farkındalık düzeyinin daha fazla olmasını beklemekteyiz. Bunun yanı sıra kolon kanseri tarama programları ile ilgili farkındalık düzeyinin genel olarak düşük bulacağımızı tahmin ediyoruz.

Bulgular: Çalışma öneri aşamasındadır

Sonuç: Çalışma öneri aşamasındadır

Anahtar kelimeler: Kolorektal kanser, hasta yakını, tarama

Tartışma soruları:

1. Anket formunda sorulmasının yararlı olacağını düşündüğünüz sorular nelerdir?
2. Anket uygulayacağımız kişileri tamamen sağlıklı bireylerden mi seçmeliyiz?
3. Kronik hastalığı olanları karıştırıcı faktör olarak değerlendirip çalışma dışında bırakmalı mıyız?

B - 53

Evde bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumlarının değerlendirilmesi

Muhter Çolak¹, Özden Gökdemir Yazar¹, Mehtap Kartal¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Ekonomik gelişmelerle birlikte hastaların izole bireyler olarak tedavi edilmemeleri gerektiği ortaya çıktı. ABD’de 42 milyon bakım veren kişi, 40 milyar saatlik 450 milyar dolar/yıllık değerinde sağlık bakımını ücretsiz sunmaktadır. Avusturya, İngiltere gibi kişi başına düşen gelir düzeyi gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek olan ülkelerde de yaşlı ve yetersizlikleri bulunanlara bakım için resmi olmayan bakım (informalcare) adı altında aile üyeleri, arkadaşlar ya da komşulardan komşulardan oluşan, emeği karşılığında ücretlendirilmeyen kesim gittikçe artmaktadır. Evde bakım sadece sosyal ve ekonomik yönüyle değil sağlık yönüyle de tartışılması gereken önemli bir konudur. Artan yaşam süresine bağlı yaşlılık ve kronik hastalıklar için ihtiyaç duyulan bakım hizmetlerinde de öncelikle ve en fazla katkı sağlayanlar aile bireyleridir. Birçok çalışma bakımın, bakım verenlerin fiziksel, ruhsal sağlığı ve iyilik halinin bileşeni olduğunu bildirmektedir. Evde, bakım gereksinimi olan bir hastanın bulunması bakım verenin de fiziksel, ruhsal vb. tüm yaşamını, kendi sosyal ve ekonomik durumunun yanında sağlığını da olumsuz etkileyen bir durumdur. Günümüzde bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalar ruh sağlığı sorunları, tükenmişlikleri ve yaşam kaliteleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çalışma ile amacımız bakım verdikleri yakınlarının bağımlılık durumlarının yanında bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, kendi sağlık sorunlarının tespit edilerek sağlık bakım önceliklerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada izin alınabilen evde sağlık hizmetleri biriminde bakılan hasta listeleri üzerinden ev ziyaretleri yapılacaktır. Bu ziyaretlerde evde bakılan bireyin bağımlılık durumları Katz ve GYAÖ değerlendirilerek bakım verene ait sosyodemografik özellikleri, bakıma ilişkin özellikleri, sağlık sorunları, aldıkları ve ihtiyaç duydukları sağlık bakım önceliklerine yönelik hazırlanan anket uygulanacaktır.

Bulgular: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Sonuç: Araştırma henüz tamamlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, sosyodemografik özellikler, sağlık durumu

Tartışma soruları

1. Bakım verenlerin sağlık değerlendirmeleri için önerdiğiniz bir araç var mı?
2. Bakım verenlerin sağlık değerlendirmeleri için ölçek yerine fizik muayene, rutin kan tahlilleri, vb gibi değerlendirmeler olmalı mı? Neden?
3. Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri açısından önerileriniz nelerdir?

B - 54

Lise öğrencilerinde sağlıklı internet kullanımının öğretilmesinde akran eğitiminin etkisi

Yusuf Can MATRAK¹, Rumeysa DOĞAN¹, Tolga GUNVAR², Vildan MEVSİM³,

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Son yıllarda aşırı internet kullanımı yeni bir araştırma sahası haline gelmiştir ve çalışmalar bu alanda yoğunlaşmaktadır.

İnternet bağımlılığının tedavisinde bilişsel davranışsal terapiyi de içeren pek çok model uygulanmaktadır. Akran eğitimi davranış değişikliği oluşturmada pek çok disiplinde kullanılan popüler bir yöntemdir. Bu çalışmada, akran eğitiminin internet bağımlılığı tedavisinde de yararlı olabileceği düşüncesinden yola çıkarak adölesanlar üzerinde bir müdahale çalışması planlanmıştır.

Yöntem: Müdahale çalışması olarak tasarlanan çalışma üç aşama olarak yürütülecektir. Çalışmaya İzmir ilindeki liselerden seçilecek olan liselerin 9,10,11. sınıf öğrencileri alınacaktır. Akran eğiticiğini de Tıp fakültesi Dönem 2, 3 ve 4. öğrencileri yapacaktır. Birinci aşamada; akran eğitimcilerinin, DEÜTF Aile Hekimliği AD öğretim elemanları tarafından eğitimleri verilecektir. İkinci aşamada; akran eğitimcileri seçilen okullardaki lise öğrencilerine bir saatlik hazırlanan eğitimi vereceklerdir. Üçüncü aşamada eğitim verilen okullarda internet bağımlılığı saptanan müdahale grubundaki lise öğrencilerine geliştirilecek olan “Web tabanlı sağlıklı internet programı” uygulanacaktır. İkinci aşamada akranlar tarafından verilecek sınıf eğitimi öncesinde lise öğrencilerine demografik verileri, internet kullanımı ile ilgili bazı soruları içeren anket ve Davis’in geliştirdiği “İnternette bilişsel durum ölçeği (İBDÖ)” uygulanacaktır. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda internet bağımlılığı olan en az 60 öğrenci müdahale ve kontrol grubuna ayrılacaktır. Müdahale grubunda olan öğrenciler “Web tabanlı sağlıklı internet programı”na alınacaktır. Bu öğrenciler 6 ay süreyle programa devam edeceklerdir. 6 ay sonunda İBDÖ’yi tekrar uygulanacak ve bağımlılıkları değerlendirilecektir. Veriler SPSS 17.0 veri tabanında değerlendirilecek olup istatistiksel analiz olarak tanımlayıcı analizler, bağımlı ve bağımsız gruplarda t-test, khi kare analizi kullanılacaktır. Yapılan müdahalenin öğrencilerde sağlıklı internet kullanımlarını üzerine etkisi değerlendirilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Akran eğitimi, internet, lise öğrencileri

Tartışma soruları:

1. Akran eğitimi nasıl uygulanabilir?
2. Akran eğitimi internet bağımlılığı tedavisinde faydalı olur mu?

B - 55

Samsun ili 15-18 yaş arası orta eğitim öğrencilerinde sigara kullanma sıklığı ve bunun kısa semptom envanteri ile ilişkisi

Onur ÖZTÜRK¹, Başar DEMİR¹, B. Murat YALÇIN¹, Mustafa ÜNAL¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

Amaç: Yapılan çalışmalar sigara bağımlılığının oluşmasında ergenlik döneminin önemini işaret etmektedir. Ergenler eğlenmek, sosyal ve duygusal gereksinimlerini gidermek, heyecan aramak, aileden ve diğer otorite figürlerinden bağımsızlaşmak veya arkadaş etkisi ile sigara kullanmayı deneyebilir. Yapılan çalışmalar 18 yaşından sonra sigara bağımlılığının kazanılma riskinin düştüğünü ve tedavi edilmesinin kolaylaştığını göstermektedir. DSÖ 1988 Madrid toplantısında alınan kararlar uyarınca ergenlerin bu bağımlılıktan uzak tutulmaları için bir eylem planı hazırlanmıştır. Bu amaçla ergenlerin sigara kullanım sıklıkları, özellikleri ve sigara kullanmalarına neden olan faktörler araştırma kapsamında öncelik kazanmıştır. Bu çalışmada 15-18 yaş arası orta eğitim öğrencilerinde sigara kullanım oranları ve bununla ilişkili olabilecek psikolojik belirtilerin sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışma Ocak - Mart 2014 tarihleri arasında Samsun merkez ilinde faaliyet gösteren okullardaki

öğrenci örnekleme üzerinde gerçekleştirilecektir. Samsun Millî Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinlerle birlikte orta öğretimde eğitim gören toplam öğrenci sayısı ve buna bağlı olarak temsil örnekleme grubu belirlenecektir. Çalışmaya dâhil olan öğrencilere Ergenlerde Riskli Davranışlar Envanteri (ERDE) ile birlikte (63 soru) Kısa Semptom Envanteri (KSE) (53 soru) uygulanacaktır. ERDE çoktan seçmeli, boşluk doldurmalı gibi pek çok farklı soru tipi içermektedir. KSE dörtlü Likert tarzı bir ankettir (Aşağıdaki belirtilerden son bir haftadır sizde ne kadar var? Hiç=0, Çok fazla=4) ve alt ölçekleri anketin uygulandığı kişideki somatizasyon, obsesifkompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm belirtileri gösterip göstermediğini belirlemektedir. Elde edilen veriler ile ergenlerde (erken, orta ve geç dönemler) sigara deneme sıklığı, halen sigara içme sıklığı, sigara kullanama nedenleri araştırılıp bu sonuçlar KSE ile karşılaştırılacaktır.

Bulgular: Araştırma sürmektedir.

Sonuç: Araştırma sürmektedir.

Anahtar kelimeler: Sigara, kısa semptom envanteri, ergenler

B - 56

Hekimlere yönelik şiddet tıp öğrencilerini nasıl etkiliyor?

Aylin DEMİRCİ¹, Ediz YILDIRIM¹, Dilek GÜLDAL¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

Amaç: Sağlıkta şiddet, hasta, hasta yakınları ya da diğer birey(ler)den gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırıdır. Hekime yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Ülkemizde hekime yönelik şiddet yüksek oranlardadır; bildirim azdır. Hekimlerin %60.9'unun çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddetle karşılaştığı görülmüştür (intörn doktorlarda %65.5, asistanlarda %59.5). Şiddete maruz kalan hekimlerde kızgınlık, hayal kırıklığı, şaşkınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı, kendini suçlama, akut stres bozukluğu, depresif duygulanım, ruhsal sıkıntının bedensel etkileri, kaçınma veya aşırı önlem alma davranışları görülebilir. Hastalarından korkma, onları potansiyel şiddet olarak görme; dolayısıyla diğer hastalara sunduğu hizmet kalitesinin düşmesi ve tüm bunların sonucunda işlerinden ayrılma veya iş değiştirme gibi semptom ve davranışların geliştiği belirtilmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38'inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir. Son zamanlarda artan bu şiddet olaylarının, tıp öğrencileri üzerindeki etkileri, mesleki kaygıları ve tercihleri konusunda çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız ile tıp fakültesi öğrencilerinin bu konudaki düşünce, kaygı ve tutumları; bu durumun meslek tercihlerini nasıl etkilediğini araştırmak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırma modelimiz iki aşamalı olarak planlanmıştır. Araştırmanın evreni Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencileridir. Yedi kişilik dört odak grupta öğrencilerin hekimlere yönelik şiddet konusundaki algıları saptanacaktır. Bu çalışmadan çıkan sonuçları temel alan bir kesitsel-anket çalışması ulaşılabilecek tüm dönem 6 öğrencilerine uygulanacaktır. İstatistiksel çözümler SPSS Version15.0 paket programı kullanılarak, "Mann-Whitney U testi" ve "Pearson ki-kare testi" yardımıyla yapılacak olup p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir. Araştırma sonucunda, tıp öğrencilerinin hekime yönelik şiddet konusunda düşünce, kaygı ve tutumları öğrenilecek ve bu durumun meslek tercihlerine etkileri ortaya konacaktır. Sonuçlar, tıp eğitimi sırasında ne tür yaklaşımlar

geliştirilebileceği konusunda yöneticilere/öğreticilere fikir verebilecek, öğrencilerin de iç gözü kazanması sağlanacaktır.

Bulgular: Araştırma, öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma, öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Şiddet, tıp öğrencileri, gelecek kaygısı

Tartışma soruları:

1. Veri toplama materyali ile ilgili önerileriniz nelerdir?

B - 57

Samsun ili kamyon, minibüs ve otobüs şoförlerinde sigara kullanma sıklığı ve bunun uyku kalitesi ile ilişkisi

Başar DEMİR¹, Onur ÖZTÜRK¹, B. Murat YALÇIN¹, Mustafa ÜNAL¹,

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. ,

Amaç: Ülkemizde sigara bağımlılığına bazı meslek dallarında oldukça sık rastlanmaktadır. Öğretmenler, gazeteciler ve sağlık çalışanları bu duruma örnek gösterilebilir. Bunun yanında şehir içi ve uzun mesafe ulaşım ve yük şoförlerinin sigara kullanım sıklıkları net bilinmemektedir. Bu tip vardiyalı işte çalışan emekçilerin uyku düzenleri normal nüfustan farklılık göstermekte olabilir. Sigaranın ise uyku üzerinde çeşitli farklı etkileri bulunmaktadır. Sigara bu tip mesleklerde uyarıcı ve dikkat toplayıcı olarak kullanılabilen ancak öte yandan sağlığa birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar özellikle uykusuz şoförlerin daha fazla trafik kazasına karıştığını göstermektedir. Bu çalışmada Samsun ilindeki kamyon, minibüs ve otobüs şoförlerindeki sigara kullanım oranları ve uyku kalite düzeyleri araştırılacaktır.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışma Mart – Mayıs 2014 tarihler arasında Samsun merkez ilinde hal, şehirlerarası otogar ve minibüs hat duraklarında çalışan şoförlere uygulanacaktır. İlk olarak meslek odalarından (Samsun şoförler ve otomobilciler esnaf odası vb.) Samsun ilinde profesyonel çalışan şoför sayısı tespit edilerek ortalama bir temsil grubu belirlenecektir. Bu gruba sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanım durumları (sigara kullanıyorsa Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Anketi, paket yıl ve sigara kullanımı) sorgulayan bir anket, ayrıca Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) uygulanacaktır. PUKİ çeşitli alt ölçeklerden oluşan 10 sorudan oluşmaktadır. PUKİ uyku süresi, uyku bozukluğu, uykuya dalma gecikmesi, uykuya bağlı günlük işlevsel kayıp, uyku etkinliği, genel uyku kalitesi, uyku için ilaç takviyesi konularını değerlendirmektedir. Elde edilen bilgiler sigara kullanımı ve diğer faktörler açısından incelenecektir.

Bulgular: Araştırma sürmektedir

Sonuç: Araştırma sürmektedir

Anahtar kelimeler: Sigara, bağımlılık, uyku kalitesi

B - 58

İzmir il merkezinde 65 yaş ve üstü yaşlılarda depresyon prevalansı

Ergün AKYOL¹, Mehtap KARTAL¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Yaşlı nüfus giderek artmakta olup bu dönemde psikiyatrik hastalıklar içinde depresyon özellikle öne çıkmaktadır. Yaşla depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların bazılarında anlamlı ilişki bulunamamış olmasına karşın çoğunda yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı gösterilmiştir.

Bu yaş grubunda kayıpların daha fazla yaşanması, fiziksel inaktivite ve komorbid hastalıkların ortaya çıkması nedeniyle, depresyon daha ciddi işlev kaybına ve hatta ciddi intihar girişimlerine yol açabilmektedir. Ayrıca tamamlanmış intiharlar yaşlı popülasyonda genel popülasyona göre iki kat fazla görülmektedir. Bu da yaşlı popülasyonda depresyonun erken tanı ve tedavisinin önemini arttırmaktadır. Ülkemizde yapılmış çalışmalar, ağırlıklı olarak huzurevleri veya yaşlı bakımevleri gibi kurumsal alanda yaşayan yaşlılar üzerinde yapılmış çalışmalardır. Bu çalışmanın amacı İzmir İl merkezinde birinci basamağa başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlılarda Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanarak depresyon prevalansını saptamaktır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı olarak planlanan araştırma İzmir ili merkez ilçelerinde rastgele örneklem yöntemi ile seçilen Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) gerçekleştirilecektir. Seçilen ASM'ye kayıtlı 65 yaş ve üstü yaşlılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dahil edilirken, bilinç durumu değişikliği, konuşma ve duyma problemi nedeni ile kooperasyon kurulamayan hastalar çalışmaya alınmayacaktır. Çalışmamız, İzmir il merkezindeki ASM'lere kayıtlı 750 yaşlı ile görüşülerek yürütülecektir. Yaşlılara, Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15)'nin kullanılması planlandı. Ayrıca, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA), Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA), Mini Mental Test (MMT) ve Eğitimsizler için Mini Mental Test (MMS-E)'lerin dışında depresyon için bilinen risk faktörlerinin sorulduğu anket yüz yüze görüşme ile uygulanacaktır. SPSS 15 kullanılarak yapılan tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde ile belirtilecektir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini gösteren çapraz tablolarda ise kıkare testi kullanılacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, depresyon, günlük yaşam aktiviteleri

B - 59

Göğüs ağrısı olan hastalarda trombosit parametrelerinin akut miyokard infarktüsü açısından tanımsal değeri

Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK¹, Yusuf KURTULMUŞ², Orhan Polat ÖRS¹

¹KHK İzmir Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

²KHK İzmir Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kardiyovasküler hastalıkların tanı ve tedavisindeki gelişmelere rağmen ateroskleroz ve komplikasyonlarından olan akut miyokardinfarktüsü(MI) halen tüm dünyada morbidite ve mortalite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Sigara, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet gibi bilinen ve kanıtlanmış risk faktörlerinin yanı sıra son yıllarda başka risk faktörleri tartışılmaktadır. Aterosklerotik sürecin başlangıcından trombus oluşumuna kadar tüm süreçlerde trombositlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Büyük trombositlerde metabolik ve enzimatik aktivite artışının, aterosklerotik süreç ve koroner arter hastalığı patofizyolojisinde rol oynayabileceğini tanımlayan çalışmalar mevcuttur. Artmış OTH'nin biyolojik ve prognostik değeri halen tartışmalıdır ve trombosit büyüklüğündeki artışın nedenleri tam olarak açıklanmamıştır.

Yöntem: Araştırma vaka kontrol çalışması olarak planlanmaktadır. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 1 Ekim 2012 ile 1 Ekim 2013 tarihleri arasında göğüs ağrısı nedeniyle başvuran troponin ve hemogram tekikleri yapılmış hastalar biyokimya laboratuvarı veritabanı üzerinden geriye dönük incelenecektir. Troponin yüksekliği saptanarak akut MI tanısı almış hastalar vaka grubu

olarak değerlendirilecektir. Aynı tetkiklerin planlandığı troponin düzeyleri normal saptanarak non MI göğüs ağrısı tanısı alan hastalar kontrol grubunu oluşturacaktır. Olguların yaş, cinsiyet, troponin değerleri ortalaması(başvuru anından itibaren ilk üç değer) tam kan sayımındaki trombosit parametreleri (trombosit sayısı, ortalama trombosit hacmi, trombosit dağılım hacmi) kaydedilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Göğüs ağrısı, akut miyokard enfarktüsü, trombosit parametreleri

B - 60

Tetkik yaptırmak istiyorum. Ne için?

Tijen ŞENGEZER¹, Yusuf ÖZDAĞ², Senem DEDE², Burçin MIDİK², Didem SUNAY²

¹Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 1Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Günlük pratiğimizde hiçbir şikayeti olmayan sadece tetkik yaptırmak için başvuran hastalarla sıklıkla karşılaşırız. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız giriş sağlama, etkili ve uygun sağlık bakımı sunabilme, hastanın sağlık sistemi içinde uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlayabilmenin yanı sıra gereksiz taramalar, testler ve tedavilerden koruyuculuk da aile hekimliği disiplininin temel özelliklerindedir. Gereksinim olmadan yapılan girişimler zarar verebilir ve değerli sağlık hizmeti kaynaklarının boşa harcanmasına yol açar. Dolayısıyla tetkik yaptırmak için başvuran hastaların ne için tetkik yaptırmak istediği, neden şüphelendiği, ne için kaygılandığını bilmek ve buna göre gerekli girişimlerde bulunmak ve danışmanlık vermek hastayı gereksiz girişimlerden koruyacaktır. Bu çalışmada tetkik yaptırmak için başvuran hastalarda başvuruya sebep olan biyopsikososyal faktörler ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Kasım 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında Ankara Numune ve Keçiören Eğitim ve Araştırma hastanelerinin Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir şikayeti olmayıp sadece tetkik yaptırmak için başvuran hastalar dahil edilecektir. Hastaların sosyo-demorafik özellikleri, kendilerinin ve ailelerinin klinik öyküleri, neden ve ne tetkikleri yaptırmak istedikleri, sağlıkla ilgili bilgi kaynakları ile ilgili bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formları ile değerlendirilecektir. Katılımcıların başvuru anında ve değerlendirilmelerden sonra anksiyete düzeyleri Beck Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Gereksiz tetkik, anksiyete, aile hekimliği, birinci basamak.

B - 61

Kilolu ve obez kadınlarda grup görüşmelerinin vücut ağırlığına, iyilik haline ve sağlık denetim odağına etkisi

Merthan TUNAY¹

¹Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

Amaç: Obezite günümüzde en önemli sağlık sorunları arasındadır. Morbiditesi, mortalitesi, ekonomik ve sosyal yükü son derece fazla olan obezite için aile hekimleri daha fazla sorumluluk üstlenmelidir.

Ülkemizde aile hekimlerine kayıtlı hasta sayısının yüksek olması, bireysel görüşmelere ayrılan zamanı bu tür girişimler için yetersiz kılmaktadır. Grup görüşmeleri (GG) zaman yönetimi ve bireylerin güçlendirilmesi açısından önemli bir yöntemdir.

Projenin amacı: GG'nin kilolu ve obez kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi geliştirilmesine, kilo kaybının sağlanmasına, yaşam kalitesinin artırılmasına etkisini incelemek. GG ile kilolu, I. ve II. derece obez kadınlarda anlamlı kilo verme sağlanabileceğini göstermek. GG'ine katılan hastalarda iyilik halinde artış sağlamak. GG'den sağlık denetim odağının içsele çevrilmesinde etkisini göstererek yaşam tarzı değişikliği oluşturmada payı hakkında bilgi sahibi olmak. Bu bilgilerin ışığında günümüzün önemli sağlık sorunlarından birisi olan ve tedavi başarısı yüksek olmayan obezite için birinci basamakta uygulanabilecek farklı bir görüşme yöntemi sunumu sağlamak.

Yöntem: Araştırmanın konusu gereği, randomizasyonla yeterli benzerlik sağlanamayacağından "kendi kendine kontrollü çalışma" yapılacaktır. Çalışmaya beden kütle indeksi 25-39,9 arasında olan 80 kadın alınacaktır. Dört gruba ayrılan gönüllüler altı ay boyunca iki hafta arayla eğitim ve danışmanlıkların verildiği GG'ye alınacaktır. Çalışmanın başında her hasta için; total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol, trigliserid, TSH, ST4, HsCRP, AST, ALT, BUN, kreatinin, kortizol, tam kan sayımı, AKŞ, insülin tahlilleri, boy, ağırlık, bel çevresi, bazal metabolizma hızı ölçümü ve kardiyopulmoner egzersiz testi yapılacak ve Sağlık Denetim Odağı Ölçeği ve SF36 anketlerini uygulanacaktır. Daha sonra yapılan ölçümler temel alınarak egzersiz planları ve Beslenme Bilgi Sistemiyle (BeBİS) yeterli, dengeli ve düzenli beslenme planları belirlenecektir. Bireysel dosyalara obezite öyküsü, takip kayıtları, öztakip formları eklenecektir. Çalışmanın sonunda başlangıçta yapılmış olan tüm ölçümler (boy ölçümü ve kortizol dışında) tekrarlanarak çalışma sonlandırılacaktır. Verilerin analizinde SPSS ve parametrelerin karşılaştırılmasında ANOVA, Paired Sample t testi kullanılacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Obezite, BMI, sağlık denetim odağı

B - 62

Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde depresyon ve anksiyete durumu ile gebelerin doğum yöntemi seçimi

Kürşad AKKAYA¹, Candan KENDİR ÇOPURLAR¹, Evrim DİZDAR¹, Nilgün ÖZÇAKAR¹,

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Gebelik fizyolojik bir olaydır, fakat tüm sistemler etkilendiğinden doğum öncesi bakımın önemi büyüktür. Gebelikte tüm sistemler etkilendiği gibi psikolojik olarak da bazı değişiklikler meydana gelebilir. Gebelik dönemini sağlıklı ve rahat geçirmek hem anne hem de bebek için çok önemlidir. Doğumda meydana gelebilecek bazı riskler anneyi endişelendirir ve strese girmesine sebebiyet verir. Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon ve anksiyete bozuklukları oranları farklılıklar içermektedir ancak genel olarak bildirilen oranlar toplum oranlarından yüksektir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon oranları %27,9, %27,3 ve %12 olarak bildirilmiştir. Birçok çalışmada gebelikte görülen depresyon ve anksiyetenin gebelerin yaşları, çocuk sayıları, eğitim düzeyleri, sigara kullanımını, gebeliğin kaçınıcı trimesterde olduğu, gebeliğin istemli olup olmadığı gibi durumlarla ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bazı kadınlarda doğum yöntemi seçimi daha gebe kalmayı planladığı ilk andan itibaren endişe sebebidir.

Bu nedenle kadınlar gebelik süreci boyunca normal doğum veya sezaryen doğum konusunda kararsızlığa düşüp korku içine girebilirler. Kadınlar anestezi altında acı duymadan gebeliğin sonlandırılabilmesini ancak bebeğin ve kendi sağlığı açısından sıkıntı oluşturacağını düşünebilirler. Karar veremeyip çıkmaza girebilirler, bu korku gebenin depresyonunu derinleştirebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir. Ancak ülkemizde sezaryen oranı bu hedefin üzerinde olup Türkiye Nüfus Sağlık Araştırma verilerine göre sezaryen oranı % 21,2 dir.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışma DEÜTF Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelerde depresyon ve anksiyete durumu ile doğum yöntemi seçimini belirlemek amacıyla Ocak -Şubat 2014 tarihleri arasında yürütülecektir. Gebelerde sosyodemografik özellikleri, doğum yöntemi düşüncesini ve seçeceği yöntemi Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ile ilgili soruları içeren araştırmacı tarafından oluşturulan bir anket formu kullanılacaktır. Gebe olmak, testleri okuyup yanıt verecek düzeyde olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak çalışmanın dahil edilme kriterleridir. Araştırma verileri SPSS 15.0 programı ile değerlendirilerek analizlerde p<0.05 anlamlı kabul edilecektir. Gebelikte görülen depresyon ve anksiyete durumu, yaş, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, gebelik haftası, gebeliğin istemli olup olmadığı sorgulanacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır

Anahtar kelimeler: Gebelik, anksiyete, depresyon

B - 63

İnsülin direnci olan ve olmayan fazla kilolu kadın hastalarda yeni bir parametre olarak ortalama trombosit hacmi (mpv) ve trombosit sayısının değerlendirilmesi

Handan DAL¹, Kamile MARAKOĞLU¹,

¹Selçuk Üniversitesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Çoğu birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde insülin direnci bakılmamaktadır. Birinci basamakta kullanılabilecek daha basit, ucuz ve tarama testi olarak kullanılabilecek ortalama trombosit hacmi (MPV) ve trombosit sayısını değerlendirerek hastanın metabolik sendroma yatkınlığını tespit etmeyi ve erken dönemde tedbir alabilmeyi amaçladık. **GİRİŞ:** Metabolik sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölümcül bir endokrinopatidir. Ortalama trombosit hacmi trombosit fonksiyon ve aktivasyon göstergesidir. Büyük trombositler daha yoğun granül içerir, daha enzimatik ve daha aktif trombosit potansiyeline sahiptirler. Büyük trombositler daha reaktifler, daha fazla protrombotik faktör üretirler ve daha kolay adhezyon gösterirler. Trombosit hiperaktivasyonu, artmış tromboksan (TxA2) ve/veya azalmış prostosiklin düzeyine yol açmaktadır. Büyük trombositlerden salgılanan artmış TxA2 hem bir vazokonstriktördür hem de trombosit agregasyonunu kolaylaştıran bir maddedir. Bu nedenle trombositlerin anormal bir şekilde çoğalmasının, ateroskleroz gelişimindeki en erken basamaklardan biri olduğuna inanılmaktadır. Trombosit fonksiyonları aterosklerotik kalp hastalığının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Aterosklerotik kalp hastalığının fizyopatolojisinde artmış trombosit aktivasyonu ve agregasyonu önemli bir yer tutmaktadır. İnsülin direnci ve T2 DM'de yine kollajen ve adenozin difosfata (ADP) karşı gelişen trombosit agregasyonu cevabında ve granül salgılanma cevabındaki artış kardiyovasküler

komplasyonlardan sorumlu tutulan mekanizmalardandır. Ayrıca insülin trombositleri inhibe edici etkiler göstermekte, obez hastalarda insülin direnci nedeniyle bu etki bozulmaktadır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışma Ocak 2014-Haziran 2014 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran fazla kilolu ($25 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$) kadın hastalarda planlanmaktadır. Katılımcılara insülin direnci olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılacaktır. Katılımcılara sosyo-demografik özellikleri, kronik hastalıklarının, kullandığı ilaçların, sigara içip içmediğinin, alkol alıp almadığının sorgulandığı bir anket formu doldurulacaktır. Veriler SPSS 16.0 programına kaydedilerek, gerekli istatistiksel analizler bu program kullanılarak yapılacaktır. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilecektir.

Bulgular: Araştırma henüz planlanma aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma henüz planlanma aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: İnsülin direnci, obezite, trombosit sayısı

B - 64

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların birinci basamak deneyimleri

Eren GÖKÇE¹, Güzel DİŞÇİGİL¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılı verilerine göre dünyada ruhsal ve davranışsal sorunlara sahip olan 450 milyon kişinin olduğu ve her dört kişiden birinin yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal sorun yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca tüm hastalıklardan kaynaklanan yeti kaybı nedeniyle kaybolan yaşam yıllarının %13'ünün nöropsikiyatrik bozukluklardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Dünyanın birçok bölgesinde her 4 hastadan birinin tedavi edilebilir ruhsal bozukluklar nedeniyle sağlık arayışı içinde olduğu öngörülmektedir. Bu durum bize ruhsal hastalıklardan korunma, tanı ve izlem aşamalarında birinci basamağın ne kadar önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Biz de bu düşünceden yola çıkarak üniversitemiz hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların birinci basamak deneyimlerini araştırmayı planladık. Psikiyatri polikliniğine gelinceye kadar hangi aşamalardan geçtiklerini, beklentilerini, beklentilerine aldıkları yanıtları, tanı, tedavi ve izlem açısından birinci basamağa yaklaşımlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Gerekli izinler alındıktan sonra 1 ay süresince psikiyatri polikliniğine başvuran tüm hastalara bir anket formu uygulanacaktır. Anket formunda hastaların demografik bilgilerinin yanı sıra daha önceki birinci basamak deneyimleri, birinci basamağa başvuru nedenleri, başvuru nedenleri arasında psikiyatrik hastalıkların yeri, psikiyatrik hastalıklar için aile hekimlerinin yaklaşımı, hastanın beklentileri, beklentilerin ne oranda karşılandığı, sonrası için aile hekiminden beklentileri ve hastalığı çerçevesinde aile hekimine baktı açısının sorgulanması planlanmaktadır.

Bulgular: Araştırma fikir aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma fikir aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: psikiyatrik hastalar, sağlık hizmeti kullanımı, birinci basamak

B - 65

Major depresyon tanılı hastaların izleminde metabolik sendrom gelişme sıklığı

İlyas ERKEN¹, Nilgün ÖZÇAKAR¹,

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Bu çalışmada major depresyon tanılı hastalarda bir yıl içinde metabolik sendrom gelişme sıklığı ve major depresyonu olmayan hastalarla metabolik sendrom gelişme sıklığı açısından karşılaştırılması hedeflenmiştir. Metabolik sendrom ve major depresyon tanıların birinci basamak sağlık hizmetleri pratiğinde sık karşılaşılan durumlar olması, her ikisinin de tedavi edilebilmeleri ve/veya yönetilebilmeleri nedeniyle, ayrıca bu konuda daha önce Türkiye'de birinci basamakta yapılmış tek bir çalışma olduğundan yapacağımız çalışma metabolik sendrom ile major depresyon ilişkisini tanımlamada değerli olacaktır.

Yöntem: Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgileri içeren bir anket ve Beck Depresyon Ölçeği, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından uygulanacaktır. Ayrıca NCEP/ATPIII metabolik sendrom kriterleri doğrultusunda hastaların birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde yapılmış olan açlık plazma glikozu, HDL, LDL, Trigliserid değerleri, tansiyon arteriyel değerleri, bel çevresi ölçümleri eğer birden fazla veri var ise sonuncusu veri olarak kabul edilecek ve çalışmada kullanılacak. Araştırma 1 senelik izlem şeklinde planlandığından bir yıl sonra major depresyonu olan hastalar ile olmayan hastalar metabolik sendrom yönünden tekrar değerlendirileceklerdir.

Bulgular: Araştırma henüz planlanma aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma henüz planlanma aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, metabolik sendrom, obezite

B - 66

Aile hekimliği tercihi: Tıp fakültesi öğrencilerinin ve uzmanlık yapmamış hekimlerin uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler

Emrah KIRIMLI¹, Pemra C. ÜNALAN², Serap Saliha ÇİFÇİLİ³, Kemal Murat ÜNALMIŞ⁴,

¹TAHUD İstanbul / Beykoz 5 Nolu ASM, ²TAHUD İstanbul / Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği AD, ³TAHUD İstanbul/Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği AD, ⁴TAHUD İstanbul/ Kozyatağı ASM,

Amaç: Aile hekimliği uzman sayısının daha fazla olduğu yerlerde mortalitenin daha düşük olduğu ve birinci basamak başvuru sayısı arttıkça kanserden ölümün azaldığı gösterilmiştir. Ülkemizde de, Sağlık Bakanlığı uzman sayısının artırılması için yöntemi belirsiz olmakla birlikte çalışmalar başlatmıştır. Ülkelerin sağlık göstergelerini iyileştirebilmeleri için Birinci Basamak Uzmanlığını talep etmeleri beklenir. Bu konu eğitimden uygulamaya, hizmet sunumundan araştırmaya pek çok tarafı ilgilendirmektedir. Dolayısıyla konunun gelecek planlamasını yapan tarafları olmalıdır. Bunlar; öğrenciler, uzmanlık yapmamış sözleşmeli aile hekimleri, hizmet alan halk, aile hekimleriyle iletişimde olması beklenen ikinci basamak hekimleri, birinci basamağın etkili kullanılmasını bekleyen politika yapıcılar, halk sağlığı etkinlik çıktılarını izleyen kamu kurumları, meslek odaları, sivil toplum örgütleri, hasta-hasta yakınları, sağlık finansman kurumları olarak sıralanabilir. Bu nedenle uzmanlık eğitimi alacak hekimlerin görüşlerini değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlığını kimler hangi gerekçelerle tercih ediyor? Öğrencilerin kariyer tercihinde aile hekimliği nerede? Aile Hekimliği Uzmanlığının tercihinin artırmak için dengeğimiz neler yapabilir? Aile Hekimliği Uzmanı sayısını arttırmak isteyen Bakanlığımız neler yapabilir? Tıp fakültelerinin aile hekimliği konusundaki farkındalığı nedir? sorularına yanıt aranacaktır.

Yöntem: Ülkemizdeki çalışmalarda preklirik dönem (ilk 3 sene) ile klinik dönem (4-5-6. sınıf) öğrencilerinin uzmanlık tercihlerinin farklılaştığı gösterilmiştir. Araştırmamızda bu iki dönemdeki tercihleri belirlemek için farklı illerdeki tıp fakültesi 2. ve 5. sınıf öğrencilerinin %60'ına ulaşılabilecektir.

Geliştirilecek anket ile öğrencilerin kariyer tercihleri ve aile hekimliğine bakışları değerlendirilecektir. Ayrıca ASM veya TSM hekimleri olarak çalışan uzmanlık eğitimi yapmamış hekimlerin aile hekimliği uzmanlığına bakışları tanımlayıcı istatistikler ile değerlendirilecektir. Açık uçlu soruların yanıtları listelenerek gruplanacaktır. Gruplanmış verilere ki-kare testi uygulanacaktır.

Bulgular: Araştırmanın bulguları; Katılımcı özellikleri, öğrencilerin aile hekimliği uzmanlık tercihleri, tercih sıralaması ve gerekçeleri, tercihlerde aile hekimliğini öne çıkartan, geride bırakan nedenler ve hekimlerin deneyim süreleri, aile hekimliği uzmanlığı tercihleri, nedenleri, soruları/şüpheleri, beklentileridir.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Tıp öğrencileri, uzmanlık tercihi, aile hekimliği

Tartışma soruları:

- 1-Çalışmanın evreni yeterli midir?
- 2-Çalışmada açık uçlu sorular da kullanılacaktır. Yanıtlama oranı ve yanıtların derinliğine göre niteliksel çalışma planlanabilir mi? Nasıl bir yol izlenmeli?
- 3- Örneklem seçilirken hangi yol izlenmeli?
- 4-Hangi veri toplama yöntemini önerirsiniz?

B - 67

Aile hekimliği hizmetlerini kullanmayanların özellikleri ve etkileyen etkenler

Özer ÇELİK¹, Nebi SÖKMEN¹, Süleyman ÇİFTÇİ¹, Funda GÖKSOY¹, Okay BAŞAK¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Sağlık sistemlerinin birinci basamağında görev yapan aile hekimlerinden, kendilerine kayıtlı nüfusun sağlık gereksinimlerinin büyük bir kısmını karşılaması beklenmektedir. Sevk zincirinin olmadığı ülkemizde bir yılda gerçekleşen tüm hasta hekim görüşmelerinin yalnızca %40'ı birinci basamakta yapılmaktadır. Halkın çoğunluğu ikinci ve üçüncü basamak hastanelerden ve hastane uzmanlarından hizmet almayı tercih etmektedir. Son on yılda Türkiye genelinde yıllık başvuru sayıları birinci basamakta %330, ikinci basamakta %216, özel sağlık kuruluşlarında %837 artış gösterirken, birinci basamaktan yapılan sevk oranları %22'den, %0,7'e gerilemiştir. Aile hekimlerinin hastanelere sevk oranlarının düşüklüğü dikkate alınırsa hastaların hastanelere doğrudan başvurdukları söylenebilir. Çalışmanın amacı, aile hekimlerinin listelerinde kayıtlı bulunan, ancak aile hekimliği hizmetlerinden yararlanmayan bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve aile hekimlerine başvurmama nedenlerini belirlemektir.

Yöntem: Aydın merkezde dört aile hekimliği biriminin bulunduğu bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireyler araştırmanın evrenini oluşturacaktır. Aralık 2010 – Kasım 2013 tarihleri arasında aile hekimlerinin hasta başvuruları değerlendirilecek ve son bir ve üç yıl içinde aile hekimlerine en az bir kez başvuruda bulunma oranları ve hiç aile hekimine gelmemiş bireyler saptanacaktır. Aile hekimine başvurmayanlar arasından rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenecek bir örneklem grubuna adreslerinde ulaşılarak yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanacaktır. Anket formu katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sağlık hizmeti kullanma davranışlarını ve aile hekimlerine gitmeme nedenlerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Bulgular: Ülkemizde sağlık sistemine giriş noktalarını belirleme, aile hekimlerine gitmeyen ve doğrudan ayaktan bakım birimlerinde ve hastanelerde çalışan sistem uzmanlarına başvuran kişilerin demografik özelliklerini ve aile hekimlerine gitmeme nedenlerini saptamayı beklemekteyiz.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, hizmet, sevk zinciri

B - 68

Boğaz ağrısı yönetiminde aile hekimlerinin antibiyotik yazma davranışları ve etki eden etkenler

Ali Ömer KOÇAK¹, Okay BAŞAK¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Boğaz ağrısı aile hekimlerine yapılan sık başvuru neden-lerindedir. Genellikle viral kaynaklı enfeksiyonlara bağlıdır. Antibiyotikler boğaz ağrısı yakınmasıyla gelen hastalarda hastalığın seyrini pek değiştirmemektedir. Boğaz ağrısı akılcı antibiyotik kullanımının en önemli olduğu ve o ölçüde de ihlal edildiği bir klinik durumdur. Hekimlerin antibiyotik yazma davranışını etkileyen başka etkenler de vardır; zaman kısıtlılığı, hasta kaybetme kaygısı gibi. Aile hekimleri boğaz ağrısında antibiyotiklerinin etkisinin sınırlı olduğunu bilmektedirler. Ancak zaman kısıtlılığı, aktif bir şeyler yapma isteği, yasal kaygılar, hastalarını diğer doktorlara kaptırma kaygısı gibi nedenlerle antibiyotik yazmaktadırlar. Çalışmamızın amacı aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerine gelen ve başlıca yakınması boğaz ağrısı olan hastaların antibiyotik beklentilerini, aile hekimlerinin hastalarının beklentilerine ilişkin algılarını ve bunların hekimlerin antibiyotik yazmaları üzerine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma ileriye dönük bir anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın evrenini Aydın, Bursa ve Afyon illeri merkez ilçelerinde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerine başvuran hastalar oluşturacaktır. Üç aylık süre içinde, çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimlerine başvuran hastalar içinden başlıca yakınması boğaz ağrısı olanlar ve bu yakınması için ilk kez başvuranlar çalışmaya davet edilecektir. Araştırmacı ve anketörler, aile hekimlerinin çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla yaptıkları görüşme sonrasında hekimler için hazırlanan anket formunu doldurmalarını isteyecek ve hastalarla yüz yüze görüşerek onlar için hazırlanmış anket formunu dolduracaklardır. Anket formlarında demografik bilgileri sorgulayan soruların yanı sıra hasta ve hekimler için ayrı olarak gerçekleşen görüşme ile ilgili algı, beklenti, tutum ve davranışların sorgulandığı sorular bulunmaktadır. Her araştırma merkezinde en az 30 aile hekimini ve 300 hastanın çalışmaya katılması hedeflenmektedir. Aile hekimlerinin her çalışma gününde çalışmaya katılma ölçütlerine uyan ilk hastaları çalışmaya dahil edilecektir. Toplanacak veriler bir istatistik programında analiz edilecektir.

Bulgular: Yapacağımız bu araştırma birinci basamak sağlık sisteminde çalışan aile hekimlerinin antibiyotik yazma davranışları, hastaların antibiyotik beklentilerinin ve hekimlerin bu beklentilere ilişkin algılarının hekim davranışları üzerine etkileri konusunda yeni veriler ortaya çıkaracaktır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Boğaz ağrısı, antibiyotik, aile hekimliği

B - 69

15-49 yaş arası kadınlarda smear testi yaptırmama nedenlerinin analizi

Nebi SÖKMEN¹, Okay BAŞAK¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Aile hekimlerinin görevleri arasında yer alan ve gelecekte ücretlendirme kriterleri arasında da yer alması beklenen,

hayat kurtarıcı özelliği olan servikal smear taramalarının bugüne kadar istenen düzeyde yapılmış olmamasına rağmen, bunun olası sebepleri yeterince araştırılmamıştır. Çalışmanın amacı doğurganlık çağındaki kadınların servikalsmear yaptırma özelliklerini, smear yaptırmanın önündeki engelleri ve smear yaptırma durumunu etkileyen etkenleri belirlemektir.

Yöntem: Aydın il merkezinde dört aile hekiminin çalıştığı bir aile sağlığı merkezinde kayıtlı bulunan 15-49 yaş grubundaki kadınlar çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır. Sistemantik rastgele örnekleme yoluyla her beş kadından birinin örnekleme grubuna alınması hedeflenmiştir; beklenen örneklem büyüklüğü 640'tır. Belirlenen kadınlara telefonla ulaşılarak aile hekimliği uygulamasının yapıldığı Aralık 2010 - Kasım 2013 tarihleri arasındaki dönemde, servikal smear testi yaptırma özellikleri ve test yaptırmanın önündeki engelleri sorgulayan bir anket uygulaması yapılacaktır. Bir veri tabanına işlenecek ve bir istatistik paket programı kullanılarak analiz edilecek olan veriler, tanımlayıcı istatistikler ve binary lojistik regresyon, ki-kare ve student t testleri kullanılarak değerlendirilecektir.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Smear testi, aile hekimliği, tutum

B - 70

Halkın aile hekimliği hizmetlerini kullanım özellikleri

Funda GÖKSOY¹, Ali Ömer Koçak¹, Özer Çelik¹, Ahmet POLAT¹, Okay BAŞAK¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Aile hekimliği (AH) uygulaması ülkemizde Ekim 2005 tarihinde pilot uygulama olarak başlamış ve Aralık 2010 tarihi itibarıyla tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. Aydın, uygulamaya en son giren iller arasında yer almıştır. Sağlık ocaklarının bölge/nüfus tabanlı örgütlenmesinin tersine, aile sağlığı merkezlerinde (ASM) aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı nüfuslarının olması, bireylere sunulan sağlık hizmetlerinde sürekliliği geliştirici bir durumdur. Öte yandan, kamuya/topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin toplam sağlığı merkezlerinde (TSM) ayrı bir ekip tarafından verilecek şekilde örgütlenmesiyle, Birinci Basamak (BB) hekiminin iş çeşitliliği ve yükünün azaltılması öngörülmüştür. Ancak BB sağlık hizmet sunumunda istihdam edilen genel hekim azlığının da etkisiyle, başta düşünülmemeyen birçok iş ve görev aile hekimlerinin görev tanımına eklenmiş bulunmaktadır. AH hizmetlerinin kapsamlılığı konusunda da kuşku vardır. Kayıtlı bireylerin aile hekimlerine başvuru özelliklerinin bilinmesi ve buna yönelik olarak aile hekimlerinin sundukları hizmetlere ilişkin kendi kayıtlarının incelenmesi, onların gelecek pratikleri açısından yönetsel önem taşımaktadır. Ülkemiz sağlık sisteminde sevk zinciri bulunmamaktadır. Bu durum, kayıtlı nüfusun bir kısmının aile hekimine uğramadan diğer basamaklardan hizmet almasını sağlamaktadır ve buna bağlı olarak aile hekimleri bu kişilerle temas kurmada sıkıntılar yaşamaktadır. Hastanelerden de hastaları aile hekimlerine yönlendirici bir yaklaşım, sağlık sistemindeki mevcut performans uygulaması nedeniyle olanaksız görünmektedir. Sonuç olarak bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin koordinasyonu sağlanamamaktadır. Bu sorunun çözümünde, öncelikle sorunun boyutunun saptanması önemlidir. Çalışmamızın iki amacı vardır: 1) Aydın merkez ilçede çalışan aile hekimlerinin kayıtlı nüfus özelliklerini ve sundukları hizmetlerin kapsamlılığını belirlemek ve 2) Bireylere sunulan sağlık bakımının koordinasyonu açısından durum saptaması yapmaktır.

Yöntem: Aydın merkez ilçe nüfusu 255.292'dir. Bu nüfusun 191.037'si şehir merkezinde, 64.255'i ise kırsal bölgede yaşamaktadır.

Merkez ilçe sınırları içinde 54'ü şehir merkezinde ve 15'i kırsal bölgelerde olmak üzere toplam 69 AH birimi bulunmaktadır. Altısı şehir merkezinden ve ikisi kırsal bölgeden olmak üzere sekiz aile hekimliği birimi rastgele seçilerek çalışmaya dahil edilecektir. Aile hekimlerinin elektronik veri kayıtları, çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan bir veri toplama formu kullanılarak incelenecektir. Elde edilen veriler bir istatistik paket programıyla analiz edilecektir. Tanımlayıcı istatistikler – sıklık, ortalama, standart sapma – karşılaştırmalar yapılacaktır. Tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışma sekiz AH birimindeki aile hekimleri tarafından yürütülecek ve ADÜ Tıp Fakültesi AH Anabilim Dalı'ndan araştırma danışmanlığı alınacaktır.

Bulgular: Araştırma öneri aşamasındadır.

Sonuç: Araştırma öneri aşamasındadır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, sağlık hizmeti, kullanma

B - 71

Çanakkale ili Kepez beldesinde bir ortaokulda görme kusuru sıklığı

Zeynep DAĞLI¹, Birol ÇIBIK¹, Öznur ERBAĞ¹, Simgede DEKTAŞ¹, Murat TEKİN¹, Yusuf ERTEKİN¹, Ayşegül ULUDAĞ¹, Erkan Melih ŞAHİN¹

¹Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Çocuk yaş grubunda görme kusuru oldukça sık olan bir patolojidir. Öğrenciler bu durumla baş etmede ön sıralara oturmak, notları arkadaşına bakarak yazmak gibi stratejiler geliştirirler. Bu durum öğrencilerin okul başarılarında düşmeye de neden olmaktadır. Araştırmada Çanakkale ili Kepez beldesinde bir ortaokulda öğrencilerin görme kusuru sıklığını öğrenmek amaçlandı.

Yöntem: Çalışmanın evrenini Çanakkale ili Kepez beldesinde bir 450 kişilik ortaokulda 5-8.sınıf, 10-15 yaş grubu öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem yapılmamış, tüm öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışma için Etik Kurul onayı ve İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden izin alındıktan sonra okul idaresi ile görüşülerek öğrencilere 18.09.2013-24.09.2013 tarihleri arasında göz muayenesi yapıldı. Öğrenciler iyi aydınlatılmış bir odaya ikişer ikişer alınarak göz muayenesi yapıldı. Aile hekimliği uzmanı tarafından göz kırma kusurunu değerlendirmek için 6 metreden Snellen Eşeli, şaşılık için örtme-açma testi, renk körlüğü için İshihara Kitabı kullanılmıştır. Snellen Eşelinde gösterilen tüm harfleri okuma '10/10- tam görme', 9/10 ve altı okuma 'kırma kusuru vardır' şeklinde kabul edilmiştir. Elde edilen veriler frekans, mean, median olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada 235 öğrenciye, okul mevcudunun % 52,2'sine ulaşıldı. Öğrencilerin % 43,8'ü kız, % 56,2'si erkekti. Öğrencilerin yaş ortalaması 12,57±1,205 idi. Çalışmada öğrencilerin % 28,4'ünün sol gözünde kırma kusuru, % 27,1'inde sağ gözünde kırma kusuru vardı. Öğrencilerin %4'ünde renk körlüğü ve %3,9'unda şaşılık saptandı.

Sonuç: Okul dönemindeki çocukların sık aralıklarla görme kusuru açısından değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, görme kusuru, sıklık

B - 72

Gebelikte görülen fizyolojik deri değişikliklerinin trimesterlere göre dağılımı

Ayşe Neslin Akkoca¹, Erhan Yengil¹, Oya Soylu Karapınar¹, Raziye Kurt¹, Bilge Bülbülşen¹, Celalettin Karatepe¹,

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

Amaç: Bu çalışmanın amacı gebeliğe özgü deri bulguları ve bunların trimesterlere göre dağılımını incelemektir.

Yöntem: Bu çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Kadın Doğum Kliniği'ne başvuran, yaşları 17-49 arasında olan 400 gebe dahil edildi.

Bulgular: Gebelerin yüzüncü (%29) nullipar olup, ikiyüzseksendört gebe (%71) multipar idi. Hastaların yaşları 17-49 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 25 idi. Gebelerde saptadığımız en sık fizyolojik deri değişikliği sırasıyla hiperpigmentasyon üçyüzonbir (%77), hipertrikoz yüzyirmidört (%31), hipotrikoz onbeş (%3,7), hirsutizm yirmibir (%5,2), saçlarda gürleşme yetmişaltı (%19), saçlarda dökülme 92 (%23), tırnak şikayeti onsekiz (%4,5), sitriadisdensa yüzaltmışaltı (%41), palmareritem yüzyirmiyedi (%31), spideranjom elliiiki (%13), ödem yüzotuziki (%33), purpura üç (%0,8), varis elli (%12,5), hemoroid altmış (%15), gingivalhiperimi doksan (%22,5), gingivitis elli (%12,5) tespit edildi. Hiperpigmentasyon bulguları üçüncü trimesterdaki gebelerin %80'inde, ikinci trimesterdaki gebelerin %70'inde mevcut olup istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p<0,05$). Kıl değişiklikleri (hipertrikoz, hipotrikoz, hirsutizm, saçlarda dökülme ve gürleşme) ikinci trimesterdaki gebelerin %60'ında, üçüncü trimesterdaki gebelerin %70'inde mevcut olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Kıl değişikliklerinden yalnızca saçlarda gürleşme üçüncü trimesterdaki gebelerin %30'unda mevcut olup istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0,05$). Sitrea distensanın trimesterlere göre dağılımı ise birinci trimesterdaki gebelerin %55'inde, üçüncü trimesterdaki gebelerin ise %45'inde görülmekte olup bu oranlar anlamlı kabul edildi ($p<0,05$).

Sonuç: Gebelerde çok sayıda fizyolojik olan veya olmayan deri bulgusu saptandı. Bu değişikliklerin bazılarının hastaların yaşı ile bazılarının ise gebelik sayısı ve gebelik haftası ile ilişkili olarak ortaya çıktığı sonucuna vardık.

Anahtar kelimeler: Gebelik, fizyolojik değişiklikler, cilt bulguları

Tartışma soruları:

1. Gebelikte görülen fizyolojik deri bulgularının trimesterlere göre dağılımı, klinisyenlere tanı koymada yardımcı olabilir mi?
2. Fizyolojik deri bulguları tedavi edilmeli midir?, Tedavi edilmesi gereken fizyolojik bulgulardan hangisi olmalıdır?
3. Gebelik sayısı ve gebelerin yaşı fizyolojik deri bulgularının görülmesinde artışa ya da azalışa yol açıyor mu?

B - 73

Bireye yönelik bakımın koordinasyonu ve sistem uzmanlarına başvuran hastaların sağlık hizmeti kullanma özellikleri

Nazım UZUNCAI¹, Okay BAŞAK¹,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Amaç: Çalışmamızın amacı, bireylere sunulan sağlık bakımının koordinasyonu çerçevesinde, bir üniversite hastanesindeki sistem uzmanlarına başvuran hastaların sağlık hizmeti kullanma özelliklerini belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanan çalışmanın evrenini ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine(aile hekimliği ve acil poliklinikleri dışında) başvuran 18 yaş ve üstündeki yetişkin bireyler ile çocuk polikliniklerine başvuran hastaların ebeveynleri oluşturdu. Örneklem büyüklüğü 1500 olarak belirlendi, veri toplama 2013 Mayıs-Haziran aylarında yapıldı. Çalışma döneminde hastanemizde etkin olarak çalışan 38 polikliniğe başvuran kişilerle yüz yüze görüşülerek anket uygulandı. Anketin ilk kısmında demografik bilgilerin alındığı sekiz soru, sonraki kısmında sağlık

hizmetlerini kullanma özellikleri ile ilgili bilgileri (başvuru bilgilerini, aile hekimleri ile olan ilişkilerini, sağlık arayışı davranışlarını, son bir yıl içinde her hangi bir sağlık çalışanına başvurma durumlarını ve hastane başvurusu sonrası aile hekimine gitme tutumlarını) sorgulayan 14 soru bulunmaktaydı.

Bulgular: Katılımcıların($s=1573$) %62,0'si ($s=975$) kadın, %38,0'i ($s=598$) erkekti; %97,5'i bir aile hekimi olduğunu biliyor, %82,6'sı ($s=1300$) kendi aile hekimini tanıyordu; son bir yıl içinde ortalama hekime başvuru sayısı $6,8\pm 4,8$ idi. Katılımcıların yarısı yeni bir klinik durum ve yakınma nedeniyle, üçte biri daha önceki bir başvuruyla ilgili izlem görüşmesi için başvurmuştu. Şimdiki rahatsızlığı nedeniyle daha önce başka bir hekime başvuran 1295 kişinin %67,1'i ($s=1072$) ilgili dal uzmanına, %40,5'i ($s=37$) aile hekimine başvurmuştu. Katılımcıların %24,5'i ($s=386$) hastanedeki işlemleri bittikten sonra aile hekimine gideceğini ifade ederken, %64,8'i ($s=1019$) aile hekimine gitmeyi düşünmediğini belirtti; %10,7'si ($s=168$) ise kararsızdı. Bir aile hekimi olduğunu bilenler, kendi aile hekimini tanıyanlar, şimdiki rahatsızlığı dahil son bir yıl içinde herhangi bir nedenle aile hekimine gitmiş olanlar ve sağlıklarıyla ilgili kararlar verirken aile hekimlerine danışanlar hastane sonrasında aile hekimine yeniden gitmeyi daha çok istemektedirler.

Sonuç: Aile hekimi ile ilişki kurmuş ve aile hekimliği hizmetlerinden yararlanıyor olma, başka kurum ve hekimlerden sağlık bakımı hizmeti almış da olsa aile hekimini bilgilendirme ve aile hekimisiyle ilişkisini sürdürme bakımından olumlu bir etkidir. Bakımın koordinasyonu açısından aile hekimine kayıtlı nüfusun aile hekimleriyle iyi ilişkiler kurmuş olması önemli gözükmektedir.

Anahtar kelimeler: Bakım Koordinasyonu, sistem uzmanları, aile hekimleri

B - 74

Serum vitamin B12 testi isteme özellikleri, pozitif sonuçlar ve klinik kararlara etkisi

Handan ÖZDEMİR¹, Okay BAŞAK¹, Mukadder SERTER²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya AD

Amaç: Klinik Vitamin B12 eksikliği tanısı, genellikle klinik hastalık bulgularıyla birlikte 200pg/mL'nin (150 pmol/L) altında serum vitamin B12 düzeyleriyle konur. Serum vitamin B12 testi, günlük uygulamada çok fazla kullanılmakta ve pozitif test sonucu sıklığı da oldukça yüksek görülmektedir. Düşük ön olasılık durumlarında bunların çoğu yalancı pozitiflerdir. Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde 2012 yılı içinde yapılan tüm vitamin B12 incelemelerinde pozitif test sıklığını belirlemek ve test isteme endikasyonlarıyla klinik B12 eksikliği ön olasılıklarını dik-kate olarak test sonuçlarının klinik kararlara etkisini tartışmaktır.

Yöntem: Çalışmamız geriye dönük tanımlayıcı bir araştırmadır. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Biyokimya Laboratuvarında 2012 yılı içinde yapılan tüm vitamin B12 testleri değerlendirilmeye alındı. Veriler hastane kayıtlarından elektronik olarak elde edildi ve test istemi ile ilgili tüm bilgiler, oluşturulan veri tabanına işlendi. Aynı kişide yapılan birden fazla test uygulamaları dikkate alındı. Veriler bir istatistik paket programında işlenerek istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Bir yılda 2725 kişiden 3196 biyokimyasal vitamin B12 testi istenmişti. Yüzde 53,9'u ($s=1722$) kadın olan hastaların yaş ortalaması $50,2\pm 24,2$ idi (1-98 yaş arası). En çok test isteyen bölümler Nefroloji (%16,6), Hematoloji (%13,3), Nöroloji (%11,6), Medikal Onkoloji (%7,9) ve Gastroenteroloji (%7,7) bölümleriydi. Test öncesi düşünülen ön tanıları arasında vitamin B12 eksikliği kliniği ile ilişkili olarak %20,1 ile hematolojik hastalıklar,

%19,3 ile nörolojik hastalıklar ve %3,0 ile mide-barsak bozuklukları ilk sıralarda yer almaktaydı. Test yapılan hastaların 611'inde (%19,7) biyokimyasal vitamin B12 eksikliği saptandı. Test sonrası hastaların %4,7'sine vitamin B12 eksikliği tanısı konmuştu ve %5,0'ine oral, %3,4'üne parenteral B12 vitamini verilmişti.

Sonuç: Biyokimyasal vitamin B12 eksikliği oranı %19,7 olarak saptanmıştır. Serum vitamin B12 düzeyinin belirlenmesine ilişkin testin istenme ön tanıları arasında vitamin B12 eksikliği kliniği ile ilişkili olmayanlar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Vitamin B12 eksikliği ön olasılığının düşük olduğu bu durumlar, yüksek orandaki pozitif test sonuçlarının önemli bir kısmının yalancı pozitifler olabileceğini düşündürmektedir. Test pozitif saptanan hastaların büyük çoğunluğuna Vitamin B12 destek tedavisi verilmemiş olması dikkate alındığında, biyokimyasal vitamin B12 testlerinin çoğunun gereksiz istendiği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: B12 vitamini, birinci basamak, endikasyon

Tartışma soruları:

1. Vitamin B12 test sonuçlarının klinik kararlara etkisi nedir ?,
2. Vitamin B12 testi isteme özellikleri ne olmalıdır?,
3. Yalancı pozitif vitamin B12 test sonuçlarını azaltmak için neler yapılabilir?

B - 75

Tıp fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığının uyku kalitesi üzerine etkisi

Rumeysa DOĞAN¹, Yusuf Can MATRAK¹, Vildan MEVSİM², Emel KURUOĞLU³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, ³Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü

Amaç: İnternet günümüz teknolojisinde hayatımızın bir parçası haline gelmiştir. Kolaylaştırıcılığı ve bilgi zenginliği açısından faydası tartışılmaz bir gerçektir. Ancak özellikle eğitim gören öğrenciler gözlemlendiğinde, yanlış kullanım nedeniyle birçok zararının olduğu görülür. Davranış bozukluğu, yeme bozuklukları, obesite, ortopedik sorunlar ve okul başarısında azalma gibi pek çok soruna neden olduğu gösterilmiştir. Literatürde internet bağımlılığının öğrencilerde uyku üzerindeki etkisiyle ilgili çok az sayıda yayın olmakla birlikte genel olarak uyku kalitesi üzerine etkisi konusunda çalışmaya rastlanmamıştır. Tıp eğitimi mesleğinin özelliği ve eğitiminin ağırlığı nedeniyle pek çok zorluk içermektedir. Bu zorluklarla baş edebilmek için tıp fakültesi öğrencileri fiziksel ve ruhsal sağlıklarını en iyi koşullarda tutmalıdırlar. Uyku kalitesi bozukluğunun da fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda pek çok soruna yol açması nedeniyle internet bağımlılığıyla ilgisi araştırılmak istenmiştir. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının uyku kalitesi üzerine etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel analitik olarak planlanan araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1, 2, 3 öğrencilerini kapsamaktadır. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak demografik verilerin toplandığı soru formu, "İnternet'te Bilişsel Durum Ölçeği (İBDÖ)" ve "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" kullanılmıştır. Veri değerlendirmede SPSS 17.0 istatistik programı kullanılmış olup istatistik analiz olarak tanımlayıcı analizler, t testi, khi kare analizi ve korelasyon kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 477 öğrencinin %55,1'i erkek, %44,9'u kız olup yaş ortalaması 19,90±1,42'dir. Öğrencilerin ortalama internet kullanma süreleri 16,36±21,94 saat olarak saptanmıştır. İBDÖ puan ortalaması 80,84±36,32 ve PUKİ puan ortalaması 6,36±2,10 İBDÖ puanı yükseldikçe PUKİ puanı yükselmektedir an-

cak aralarındaki ilişki zayıf olarak bulunmuştur (r= 0,15; p=0,01).

Sonuç: İnternet Bağımlılığı yaygınlaşan teknolojiyle özellikle üniversite öğrencilerinde gittikçe artan bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Uyku kalitesi üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür. Tıp Fakültesi öğrencilerinde patolojik internet kullanımı arttıkça uyku kalitelerindeki bozulma da artmaktadır.

Anahtar kelimeler: İnternet, uyku kalitesi, bağımlılık

B - 76

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

Canan TUZ¹, Gökhan Eminsoy¹, Fisun SÖZEN¹, Altuğ KUT¹, Meriç ÇOLAK², Betül AKBUĞA ÖZEL³

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Ankara, ²Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Ankara, ³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Ankara

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

Yöntem: Tanımlayıcı türde retrospektif bir kayıt araştırmasıdır. Acil servise 2010-2011 yılları arasında başvuran 24890 erişkin hastadan 3442'si yeniden başvurdu. İlk 24 saat, 24-48 ve 48-72 saat sonra başvuranlar olarak üç gruba ayrıldı. Birden fazla sayıda ve 72 saat sonrasındaki başvurular çalışma dışı bırakılarak 360 hasta çalışmaya alındı. Tanılar ICD-10 tanı sınıflamasına göre değerlendirildi. Veriler SPSS 11.5 veri tabanında analiz edildi.

Bulgular: Yeniden başvuran 360 erişkin hastanın 109'u (%30,3) ilk 24 saat içinde; 40'ı (% 38) 24-48 saat içinde ve 114'ü (%30,8) 48-72 saat içinde başvurmuştur. Varyans analizinde yaş gruplarına göre anlamlı farklılık görülmedi. Cinsiyete göre bakıldığında kadınların erkeklere göre istatistiksel yönden anlamlı olarak fazla başvurduğu görüldü (%61,8; %38,9, t-test). İlk 24 saat içindeki tanılarının %78,6'sının; 24- 48 saat sonraki tanılarının %67,1'inin ve 48-72 saat sonraki tanılarının %58,6'sının geliş tanılarıyla ilişkili olduğu anlaşıldı. İlk 24 saat içerisinde acil servise yeniden başvuran hastaların geliş tanılarıyla yeniden başvuru tanıları arasında istatistiksel ilişki bulunmadı. 24-48 saat sonra yeniden başvuran hastalarda geliş tanıları en sık olarak akut tonsillit (%10,71) ve ürtikerdir (%9,28). Bu hastaların en sık yeniden başvuru tanıları ise yine ürtiker (%7,85) ve pnömoni (%7,14) olarak bulunmuştur. 48-72 saat sonra yeniden başvuran hastaların ise ilk tanılarında karın ağrısı (%10,81) ilk sırada yer alırken en sık yeniden başvuru tanıları %9.91 ile yine karın ağrısı ve %9.01 ile üriner sistem taşı olmuştur.

Sonuç: Yeniden başvuru oranları sağlık hizmetlerinin performans değerlendirilmesinde kriter olarak kabul edilmektedir. Önlenebilir yeniden başvurular bakımından bilinen nedenler arasında tedavi sonrası bakımda, hasta takibinde ve hasta yönlendirmesinde yetersizlikler veya hasta tercihleri bulunmaktadır. Bu çalışmanın verilerinin de ortaya koyduğu üzere önlenebilir yeniden başvuruların büyük kısmında ikinci başvuru nedeni birinci basamak veya poliklinikler tarafından tedavi edilebilecek sorunlardan oluşmaktadır. Hastaların tedavileri için birinci basamak sağlık hizmetlerine ve hastalığına yönelik polikliniklere yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Acil servis, gereksiz kullanım, hizmet kalitesi

Tartışma soruları:

1. İlk 24 saatteki yeniden başvuru tanıları ile ilk geliş tanıları arasında anlamlı fark bulunamamasının gerekçesi ne olabilir?
2. Benzer bir çalışma çocuk acili için uygulanabilir mi?

B - 77

Bir üniversite hastanesi acil servisinde yeşil alan uygulamalarına dahil edilen hastaların istatistiksel analizi

Zeliha ÖZBAKIR¹

¹Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Amaç: Araştırmanın amacı, Üniversite Acil Servisine başvuran hastalarda yeşil alan kod uygulamasına dahil edilen hastaların profilinin oluşturulmasıdır. Acil servis yükünü azaltarak, 1. basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili kullanılmasının önemi anlaşılmıştır.

Yöntem: Araştırmada Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi çocuk ve erişkin Acil Servis Birimine 22 Ocak 2012–22 Mart 2012 arasında yapılan acil servis başvurularındaki 9039 hastanın verileri kullanılmıştır. Araştırma tanımlayıcı türdedir. Yeşil alan başvurusu olan hastaların yaş, cinsiyet gibi bilgileri, tanıları, yapılan işlemler, acil triyaj derecesi, muayene süresi, başvuru günleri ve saatleri gibi değişkenler değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenler t-testi, kesikli değişkenler Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. Hipotez testlerinde $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: 9039 acil servis başvurusunun %64,1'i (n=5790) acil başvuru, %35,9'u (n=3249) ise yeşil alan başvurusudur. 4320 çocuk acil servis başvurusunun %45,7'sinin (n=1973), 4719 yetişkin acil servis başvurusunun %27,1'inin (n=1276) yeşil alan başvurusu olduğu saptanmıştır. Yeşil alan başvuruları yetişkinlerde en çok %41,3 (n=404) ile 18-24 yaş grubunda, çocuklarda ise %47,8 (n=1164) ile 0-5 yaş grubunda gözlenmiştir. Cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yetişkin acil yeşil alan başvuru tanıları en çok A. Tonsillit (%16,8) en az Migren (%2,0) olduğu, çocuk acil yeşil alan başvuru tanıları en çok A. Tonsilit (%17,9), en az A. Sinüzit (%7,4) olduğu görülmüştür.

Sonuç: Acil servis başvurularında gerçekten acil olmayan başvuruların acil başvurulardan ayrılarak ayrı hizmet alması amaçlanmıştır. Bu yapılanma özellikle başvuruların yaklaşık yarısının yeşil alanda olduğu çocuk acillerinde hizmeti kolaylaştırmıştır. Erişkinlerde ise acil yükünün yaklaşık %30'u bu yolla çözümlenmiştir. Yeşil alan muayene hizmeti alan hastaların tanıları incelendiğinde ise hemen hepsinin 1. basamak sağlık hizmeti veren ASM'lerde muayene, tetkik ve tedavisi mümkün hastalıklardan oluştuğu gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, yeşil alan, verimlilik

Tartışma soruları:

1. Acil servis yeşil alan başvurularını ASM'lere yönlendirmek için neler yapabiliriz?
2. Birinci basamak sağlık hizmetleri kaliteli hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek için uygun mu?

B - 77

Yenidoğan muayenesi: bir hayat kurtarmak

Senem ASLAN TANGÜREK¹, Bayram AKMAN¹, Tolunay DEMİRDAMAR²

¹Esenyalı ASM, ²Gazi Mahallesi ASM,

Amaç: Yenidoğan muayenesi aile hekimliği polikliniğine başvuran her yenidoğan için tüm sistemleri içeren kapsamlı bir şekilde yapılmalıdır. Göz muayenesi de bu muayeneler kapsamında ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Bu muayene kapsamında Oftalmoskop ışığı pupillaya tutulduğunda normalde kırmızı refle alınır. İki tarafta da kırmızı refrenin alınması katarakt

ve intraoküler patolojinin olmadığını gösterir. Kırmızı refle yerine beyaz refle alınıyorsa buna lökokori adı verilir. Lökokori yapan nedenler arasında; Katarakt, Retinoblastom, Koriyoretinitis, Prematüre retinopatisi, Persistent hiperplastik primer vitreus sayılabilir

Yöntem: 10. gününde fenilketonüri taraması için aile hekimliği birimimize başvuran bebeğin yenidoğan muayenesi yapılmıştır.

Bulgular: Oftalmoskop ışığı ile yapılan pupilla muayenesinde; sol gözde kırmızı refle yerine soluk/kısmi beyaz- kırmızı refle alınmıştır. Bebek 15 gün sonra kontrol amaçlı tekrar polikliniğe davet edilmiştir. Tekrarlanan muayenesinde aynı sonuç elde edilen bebek göz hastalıkları uzmanına durum bildirir hekim notu ile yönlendirilmiştir.

Sonuç: Yapılan tetkikleri sonucu sol gözde kitle saptanmış ve tedavisi için İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yönlendirilmiştir. Poliklinik şartlarında geniş kapsamlı ve basit bir yenidoğan muayenesi bu vakada olduğu gibi hayat kurtarıcı olabilmektedir. AH sistemi içinde denetleme formlarında bulunan işitme tarama bilgileri içine göz muayenesinin de eklenmesi, kongenital sorunların çözümünü kolaylaştırabilir.

Anahtar kelimeler: Yenidoğan muayenesi, Lökokori- kırmızı refle, göz tümörü

Çocukluk Çağında Diyabetin Nadir Bir Nedeni: Glukokinaz Mutasyonu (MODY2)

MODY2: A Rare Cause of Diabetes in Children

Hale Ünver Tuhan¹, Ahmet Anık¹, Gönül Çatlı¹, Sefa Kızıldağ¹, Ayhan Abacı¹, Ece Böber¹

Özet

Gençlikte Ortaya Çıkan Erişkin Tip Diyabet [Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY)] monogenik olarak kalıtılan, beta hücre fonksiyon kaybına ikincil ortaya çıkan nadir bir diyabet tipidir. En yaygın formları sırasıyla glukokinaz (GCK) ve hepatosit nükleer faktör 1- α mutasyonlarının neden olduğu MODY 2 ve MODY 3'tür. MODY2'ye neden olan glukokinaz geninin heterozigot inaktive edici mutasyonlarında doğumdan itibaren olan açlık kan şekerinde ılımlı yükseklik (100-144 mg/dl) gözlenmektedir. Bu olgu sunumunda, ailede diyabet öyküsü olması nedeni ile bakılan açlık kan şekeri yüksek saptanan ve GCK geninin moleküler analizinde heterozigot Ala53Val mutasyonu saptanarak MODY2 tanısı konan dört yaşında bir olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Açlık hiperglisemisi, monogenik diyabet, glukokinaz.

Summary

Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY) is a rare monogenic form of diabetes that result in β -cell dysfunction. The most common types of MODY are due to mutations in the glucokinase (MODY2) and hepatocyte nuclear factor-1- α (MODY3). Heterozygous mutations in the gene encoding glucokinase result in MODY2, which causes mild fasting hyperglycemia (100-144 mg/dl) already at birth. In this article, we report a 4-years-old male who has fasting hyperglycemia that was detected by the family history of diabetes and diagnosed with MODY2 by determining the heterozygous Ala53Val mutation in GCK gene.

Keywords: Fasting hyperglycemia, monogenic diabetes, glucokinase.

Gençlikte Ortaya Çıkan Erişkin Tip Diyabet [Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY)] otozomal dominant olarak kalıtılan, beta hücre fonksiyon kaybına ikincil ortaya çıkan nadir bir diyabet şeklidir. Karakteristik özellikleri, (i) olguların 25 yaşından küçük olması, (ii) aile öyküsünde iki kuşakta olan ve 25 yaşından önce ortaya çıkan diyabet olması ve (iii) insülin bağımlı olmamasıdır^[1]. MODY olgularının tüm diyabetlilerin %1-2'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir⁽¹⁾. İngiltere'de yapılan bir çalışmada MODY prevalansının 108/1.000.000 olduğu hesaplanmıştır^[2]. Tüm MODY olgularının %80'inden fazlası glukokinaz (GCK), hepatosit nükleer faktör 1- α (HNF1A) ve hepatosit nükleer faktör 4- α (HNF4A) genlerindeki heterozigot mutasyonlar sonucu ortaya çıkmaktadır^[3]. Glukokinaz enzimi, glukoz metabolizmasında ilk ve hız kısıtlayıcı basamak olan glukozun glukoz-6-fosfata fosforillenmesini katalize eden enzimdir. Glukokinaz geninin heterozigot inaktive edici mutasyonlarında glukozun algılanmasında bozukluk ile karakterize pankreas beta hücre disfonksiyonu ve glukoz duyarlılığında bozulma gözlenmektedir.

Bunun sonucunda da erken çocukluk döneminde açlık kan şekerlerinde ılımlı yükseklik ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda açlık hiperglisemisi ilerleyici olmadığından mikrovasküler komplikasyon gelişimi çok nadirdir. Farmakolojik tedavi gereksinimi nadirdir ve diyet-egzersiz tedavisi ile glisemik kontrol sağlanabilmektedir^[1,2]. GCK-MODY hastalarının Tip 1 ve Tip 2 diyabet ile ayırıcı tanısının yapılması gerek etkin tedavinin sağlanması, gerekse de prognozu ön görmek açısından oldukça önemlidir.

Olgu Sunumu

Dört yaşında erkek olgu anne ve babasında diyabet tanısı olması nedeni ile yapılan tetkiklerinde açlık kan şekerinin 111 mg/dL saptanması nedeni ile başvurdu. Çok su içme, çok idrara çıkma, ağız kuruluğu ve kilo kaybı yakınmaları olmayan hastanın sorunsuz bir gebelik sonrası zamanında 3500 gram olarak doğduğu ve başvuru tarihine kadar herhangi bir sağlık sorununun olmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde hastanın annesinin 23 yaşında, babasının 30 yaşında, annenin babasının ise 30 yaşında diyabet tanısı aldığı öğrenildi.

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İzmir

2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, İzmir

Fizik bakısında ağırlık: 16,9 kg (50-75 p), boy: 100 cm (25-50 p), vücut kitle indeksi: 16,9 (75-85 p) saptandı. Akantozis nigrikans saptanmayan olgunun sistem bakıları olağandı. Bozulmuş açlık glukozu nedeni ile oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılan hastada açlık kan şekeri: 119 mg/dL, tokluk kan şekeri: 128 mg/dL saptandı (Tablo 1). Glikozile hemoglobin (HbA1c) düzeyi % 6 olan olgunun tam idrar analizinde idrar glukoz ve ketonu negatif idi.

Ebeveynlerin medikal kayıtları incelendiğinde annenin en son HbA1c düzeyinin % 6, babanın HbA1c düzeyinin ise % 6,5 olduğu öğrenildi. OGTT’de annenin 0.dk glukozu 146 mg/dL, 120.dk glukozu 185 mg/dL; babanın ise 0.dk glukozu 164 mg/dL, 120.dk glukozu 210 mg/dL saptandı.

Hafif düzeyde stabil açlık hiperglisemisinin olması, diyabet semptomlarının olmaması, ailede 3 kuşak diyabet öyküsünün olması, obezite ve akantozis nigrikansın olmaması, HbA1c’nin hafif yüksek (%6) olması, OGTT’inde ikinci saat kan şekeri artışının hafif olması nedeni ile olguda GCK-MODY olabileceği düşünüldü.

Genetik Analiz ve Klinik İzlem

Glukokinaz geninin analizi için olgunun DNA’sı standart prosedür ile izole edildi. İzole edilen DNA’nın saflık ölçümü yapıldıktan sonra Sanger dizi analizi yöntemi ile GCK geninin 2-10. ekzonlarının analiz PCR yapıldı ve GCK geni 2. ekzon 158. nukleotid pozisyonunda C>T yer değişimi (Ala53Val) missense heterozigot mutasyonu saptandı.

GCK-MODY tanısının moleküler olarak doğrulanması ile olguya yaşına uygun diyet ve egzersiz eğitimi verildi ve olgu izleme alındı. Aileye genetik danışma verildi, anne ve babanın da GCK gen analizinin yapılması planlandı.

Tablo 1: Hastanın Oral Glukoz Tolerans Testi

	0.dk	120.dk
Glukoz (mg/dL)	119	128
İnsulin (mU/mL)	3,7	7,03

Tartışma

MODY genetik, metabolik ve klinik farklılıklar gösteren, otozomal dominant olarak kalıtılan nadir bir diyabet formudur. Günümüzde MODY’ye neden olan en az 10 farklı gende mutasyon tanımlanmıştır^[4]. Bu genlerden en sık gözlenenleri, HNF4A (MODY1), GCK (MODY2), HNF1A (MODY3), insülin promoter faktör-1 (IPF1) (MODY4), hepatosit nükleer faktör-1β (HNF1B) (MODY5), nörojenik diferansiyasyon faktör-1, (NEUROD1) (MODY6), karboksil ester lipaz (CEL) genleridir^[1]. Pankreatik β-hücre glukoz sensörü olarak da adlandırılan glukokinaz, glukozun uyardığı insülin salınımında anahtar düzenleyici enzim olarak görev yapar^[5]. GCK-MODY hastalarında genellikle doğumda başlayan, ilerleyici olmayan hafif

açlık hiperglisemisi (96-140 mg/dL) gözlenir^[6]. Bu hastalarda OGTT’de 120.dakikada glukoz artışı hafiftir (<90 mg/dL) ve HbA1c düzeyi genellikle %8’in altındadır^[6]. Olgumuzda da açlık kan şekeri literatür ile uyumlu olacak şekilde hafif yüksek ve OGTT’de glukoz artışı 9 mg/dL olarak saptandı. GCK-MODY hastaları genellikle asemptomatik ve sıklıkla da rastlantısal olarak saptanan hiperglisemi ile tanı alırlar^[7]. Asemptomatik veya rastlantısal hiperglisemisi olan çocukların %40-50’sinin GCK-MODY olduğu gösterilmiştir^[8,9]. Olgumuza da diyabete ait herhangi bir semptom olmaksızın ailede yüklü diyabet öyküsü olması nedeni ile ölçülen kan şekerinin yüksek saptanması ile tanı konması literatür bilgileri ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Bu hastalarda hiperglisemi hafif olduğundan mikrovasküler komplikasyonlar gözlenmemektedir^[10]. Bu nedenle, bu hastalarda moleküler olarak tanının doğrulanması hastaların gereksiz yere insülin alımını önleyecektir. Makrovasküler komplikasyonlarla ilgili uzun süreli veri bulunmamakla birlikte bu hastalarda kardiyovasküler riskin artmadığı düşünülmektedir^[11]. Martin ve ark.^[12] izlemede GCK-MODY hastalarının vücut kitle indeksi ve kan şekerlerinin yükseldiğini, insülin duyarlılığının ise azaldığını bildirmişlerdir. Bu nedenle de GCK-MODY hastalarına yılda bir kez HbA1c bakılması önerilmektedir. Hastamız da yıllık HbA1c bakılması planlanarak izleme alındı.

Glukokinaz geninde bugüne kadar 600’den fazla mutasyon tanımlanmıştır. Çok farklı heterozigot inaktive edici mutasyon bildirilmiş olmakla birlikte, sağlam olan allelin kompensasyonu nedeni ile GCK-MODY hastalarının klinik fenotipi oldukça benzerdir ve progresyon göstermeyen hafif açlık hiperglisemisi ile karakterizedir^[13]. Olgumuzda tanımlanmış olan Ala53Val missense heterozigot mutasyonu daha önce bildirilmiş olup, GCK-MODY fenotipi ile ilişkilendirilmiştir^[13].

Tip 1 veya Tip 2 diyabet tanısı konan fakat klinik olarak atipik bulguları olan hastaların ayırıcı tanısında MODY düşünülmelidir. Tip 1 diyabet tanısı alan fakat pankreas otoantikörleri negatif olarak saptanan ve/veya tanı anında ölçülebilir c-peptid düzeyi olan ve/veya düşük dozda insülin tedavisi ile glisemik kontrolü iyi olan hastalarda MODY tanısı akılda tutulmalıdır^[14]. Ayrıca, obezitesi ve akantozis nigrikansı olmayan, laboratuvarında insülin direnci bulguları saptanmayan Tip 2 diyabet tanısı ile izlenen hastalarda MODY tanısı düşünülmelidir^[15]. Ailede üç kuşakta diyabet tanısı ya da benzer bulgular da MODY için anlamlıdır^[14]. Hastamız da başvuru anında asemptomatik olup, ailesinde yüklü diyabet öyküsünün olması nedeni ile bakılan kan şekerlerinin yüksek saptanması ile tanı almıştır.

Sonuç olarak rastlantısal olarak kan şekeri yüksekliği saptanan ve ailesinde diyabet öyküsü olan çocuklarda, birinci basamak hekimleri tarafından MODY düşünülmelidir ve hastalar çocuk endokrinoloji hekimine yönlendirilmelidir.

KAYNAKLAR.

1. McDonald TJ, Ellard S. Maturity onset diabetes of the young: identification and diagnosis. *Ann Clin Biochem.* 2013;50:403-15.
2. Shields BM, Hicks S, Shepherd MH, et al. Maturity-onset diabetes of the young (MODY): how many cases are we missing? *Diabetologia* 2010;53:2504-8
3. Ellard S, Bellanné-Chantelot C, Hattersley AT. Best practice guidelines for the molecular genetic diagnosis of maturity-onset diabetes of the young. *Diabetologia.* 2008;51:546-53.
4. Bonnefond A, Philippe J, Durand E, et al. Whole-exome sequencing and high throughput genotyping identified KCNJ11 as the thirteenth MODY gene. *PLoS One* 2012;7:e37423.
5. Matschinsky FM, Glaser B, Magnuson MA. Pancreatic beta-cell glucokinase: closing the gap between theoretical concepts and experimental realities. *Diabetes* 1998;47:307-15.
6. Matschinsky F, Liang Y, Kesavan P, et al. Glucokinase as pancreatic beta cell glucose sensor and diabetes gene. *J Clin Invest* 1993;92:2092-8.
7. Kavvoura FK, Owen KR. Maturity onset diabetes of the young: clinical characteristics, diagnosis and management. *Pediatr Endocrinol Rev* 2012;10-2013;10:234-42.
8. Feigerlova E, Pruhova S, Dittertova L, et al. Aetiological heterogeneity of asymptomatic hyperglycaemia in children and adolescents.

Eur J Pediatr 2006;165:446-52.

9. Codner E, Rocha A, Deng L, et al. Mild fasting hyperglycemia in children: high rate of glucokinase mutations and some risk of developing type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Diabetes* 2009;10:382-8.
10. Velho G, Blanche H, Vaxillaire M, et al. Identification of 14 new glucokinase mutations and description of the clinical profile of 42 MODY-2 families. *Diabetologia* 1997;40:217-24.
11. Schober E, Rami B, Grabert M, et al. Phenotypical aspects of maturity-onset diabetes of the young (MODY diabetes) in comparison with Type 2 diabetes mellitus (T2DM) in children and adolescents: experience from a large multicentre database. *Diabet Med* 2009;26:466-73.
12. Martin D, Bellanné-Chantelot C, Deschamps I, Froguel P, Robert JJ, Velho G. Long-term follow-up of oral glucose tolerance test-derived glucose tolerance and insulin secretion and insulin sensitivity indexes in subjects with glucokinase mutations (MODY2). *Diabetes Care* 2008;31:1321-3.
13. Osbak KK, Colclough K, Saint-Martin C, et al. Update on mutations in glucokinase (GCK), which cause maturity-onset diabetes of the young, permanent neonatal diabetes, and hyperinsulinemic hypoglycemia. *Hum Mutat* 2009;30:1512-26.
14. Winter WE. Molecular and biochemical analysis of the MODY syndromes. *Pediatr Diabetes* 2000;1:88-117.
15. Naylor R, Philipson LH. Who should have genetic testing for maturity-onset diabetes of the young? *Clin Endocrinol (Oxf)* 2011;75:422-6.

Geliş tarihi: Feb 27, 2014 03:46

Kabul tarihi: Apr 10, 2014 01:33

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.05.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Ayhan Abacı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İzmir

E-mail: ayhanabaci@gmail.com

Sekonder amenore ile başvuran bir ailevi Akdeniz ateşi olgusu

Secondary amenorrhea as the presenting symptom of familial Mediterranean fever

Onur Sakalhoğlu¹, Hülya Parıldar²

Özet

Ailevi Akdeniz ateşi, otozomal resesif geçişli bir hastalık olup ataklar ile seyrederek. Türklerde yaklaşık 1000 kişide bir oranda görülebilmektedir. Genelde çocukluk döneminde başlasa da yetişkinlerde de hastalığın başladığı saptanmıştır. Multisistemik bir hastalık olan ailevi Akdeniz ateşinde, üreme sistemi de etkilenebilir. Bu nedenle çocukluk çağı sekonder amenore etkenlerinin değerlendirilmesinde göz önüne alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ailevi Akdeniz ateşi, amenore, kolşisin.

Summary

Familial Mediterranean fever is an autosomal recessive disease with recurrent symptoms. Turkish people may have a prevalence of approximately one case per 1000 population. Generally occurs during the during childhood but can also be seen in later years of life. The reproductive system may also be affected since familial Mediterranean fever is a multisystemic disorder. Therefore it should be included in the evaluation of secondary amenorrhea in childhood.

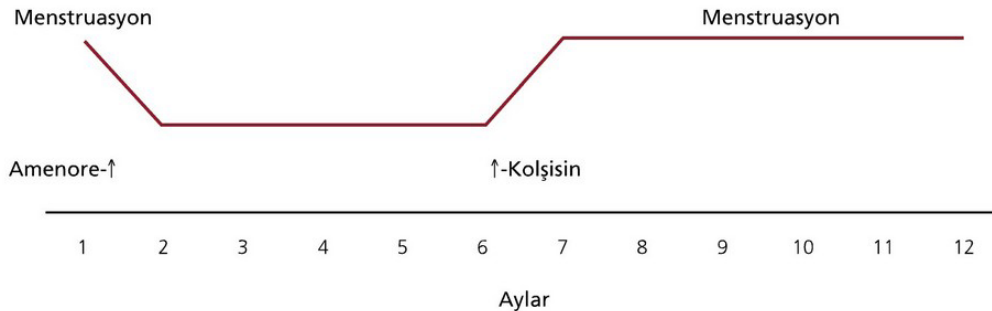
Key words: Familial Mediterranean fever, amenorrhea, colchicine.

Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), tekrarlayan ateş, polis-erözit, artrit veya erizipel benzeri cilt lezyonları atakları ile seyreden otozomal resesif, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Türkler, Ermeniler, Araplar ve Yahudiler arasında sık görülür. Hastalığın başlıca komplikasyonlarından biri, özellikle böbrekler olmak üzere diğer organ ve dokularda amiloid birikimi ile seyrebilen amiloidozdur. Kolşisin, AAA'nde tercih edilen ilaç olup amiloid birikimini önleyebilmektedir. AAA, multisistemik bir hastalık olması nedeniyle, üreme sistemini de etkileyebilmektedir. Genetik analizlerin yapılabilmesiyle birlikte, AAA'nin atipik belirtiler ile prezente olabildiği gözlenmiştir.[1] Ancak bugüne kadar sekonder amenore ile başvuran AAA'li hasta bildirilmemiştir.

Olgu Sunumu

On beş yaşında kız hasta, 4 aydır süren adet görme- me, özellikle alt ekstremiteye lokalize ağrı nöbetleri ve sekel bırakmayan geçici eklem şişlikleri şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. İlk olarak 12 yaşında başlamış

olan menstruasyon dönemleri, başlangıçta düzenli iken 2 yıldan sonra düzensizleşmeye başlamış. Tıbbi özgeçmişinde, amenoreye yol açacak ilaç kullanımı, cinsel ilişki öyküsü, aşırı zayıflık, kilo kaybı, yoğun egzersiz yapma öyküsü veya psikolojik faktör (stress, depresyon vb.) saptanmadı. Jinekolojik ve sistemik fizik muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar verileri olarak akut faz reaktanları dışında (sedimentasyon hızı: 60 mm/saat, CRP: 7 mg/L) tam kan sayımı, biyokimyasal ve idrar analizleri, hormon profili (Bazal 17-hidroksiprogesteron -28 ng/dL, total testosteron -28 ng/dL, östrodiol -120 pg/mL, FSH -6 mIU/mL, LH - 3.5 mIU/mL, prolaktin-14 ng/mL ve TSH -5.2 mIU/mL) ve jinekolojik ultrasonografi bulguları normal sınırlar içinde idi. Klinik bulguları ile AAA düşünülen hastada yapılan genetik araştırmada MEFV mutasyonu saptanması üzerine (K695R/-), kolşisin tedavisine başlandı. [1] Tedavinin başlamasından yaklaşık iki ay sonra hastanın şikayetleri azaldı. Akut faz reaktan düzeyleri normale indi. Altı aylık takiplerinde hastanın düzenli menstruasyon görmeye başladığı gözlemlendi (Şekil 1).



Tartışma

Sekonder amenore, düzenli menstruasyonların başlamasından sonra en az üç ay süre ile adet görmeme olarak tarif edilmektedir^[2]. Normal menstrual siklusların başlaması ve düzenli devam etmesi, hipotalamus-hipofiz bezi, over ve uterusun anatomik ve fonksiyonel bütünlüğüne bağlıdır. Adolesanlarda hipotalamo-hipofizer aksın tam oluşmamasına bağlı olarak laboratuvar bulguları tespit edilmeden de sekonder amenore, oligomenore veya polimenore görülebilir. Ayrıca bazı ilaçların kullanımı, gebelik, kötü beslenme, aşırı zayıflık, yeme davranış bozuklukları, yoğun fizik aktivite, sigara kullanımı, stres ve depresyon gibi faktörler geri dönüşümlü olarak sekonder amenoreye sebep olabilir.^[3] Çoğunlukla puberte başlangıcında ortaya çıkan anoreksia nervosada GNRH pulsasyonları azalmış, LH ve FSH baskılanmış, östradiol düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir.^[4] Bu faktörler amenoreye neden olan diğer hastalıklarla eş zamanlı olarak da görülebilir. Olgumuzun tıbbi özgeçmişinde, amenoreye yol açacak ilaç kullanımı, cinsel ilişki öyküsü veya psikolojik faktör saptanmadı. Klinik ve laboratuvar incelemelerinde AAA dışında eşlik eden başka bir hastalık tespit edilmedi. İki senedir düzenli olan menstruasyon sikluslarının aniden bozulmasıyla gelişen sekonder amenorenin kolşisin tedavisi ile normal düzenine girmesi, hastamızda hipotalamus-hipofiz anatomik ya da fonksiyonel bütünlüğünün sağlam ve/veya amiloidoza bağlı organ tutulumunun olmadığı göstermektedir. Ayrıca kolşisin cevabı nedeni ile mutasyonun heterozigot olması tanımızı etkilememiştir.

İnflamatuvar hastalıklar gibi kronik hastalıklar da sekonder amenoreye neden olabilmektedir.^[2] İnflamatuvar hastalıkların patogeneğinde sorumlu tutulan endotel disfonksiyonunun, gerek AAA gerekse de sekonder amenorede rol aldığı çalışmalarda gösterilmiştir.^[5,6] Kolşisin tedavisi AAA'da inflamasyon supresyonunda etkilidir.^[7] Olgumuzun kolşisin tedavisine cevap vermesi, dolaylı olarak endotel disfonksiyonu gibi inflamatuvar reaksiyonların baskılanması ile sekonder amenorede düzelmenin sağlandığını açıklayabilir.

Sonuç olarak adolesanda sekonder amenore ayırıcı tanısında ailevi Akdeniz ateşinin önemini vurgulaması açısından olgumuzu bildirmeyi uygun gördük.

KAYNAKLAR

1. Yalcinkaya F, Ozen S, Ozcarar ZB, et al. A new set of criteria for the diagnosis of familial Mediterranean fever in childhood. *Rheumatology* (Oxford) 2009;48:395-8.
2. Jenkins RR. Special health problems during adolescence. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p. 574-5.
3. Uğur AB. Endokrinolojide Temel ve Klinik Bilgiler. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013. p. 383.
4. Rebar RW. Disorders of menstruation, ovulation, and sexual response. In: Becker KL, editor. *Principles and practice of endocrinology and metabolism*. 3th ed. Philadelphia PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 935-47.
5. Terekci HM, Oktenli C, Ozgurtas T, et al. Increased asymmetric dimethylarginine levels in young men with familial Mediterranean fever (FMF): is it early evidence of interaction between inflammation and endothelial dysfunction in FMF? *J Rheumatol* 2008;35:2024 -9.
6. Rickenlund A, Eriksson MJ, Schenck-Gustafsson K, Hirschberg AL. Amenorrhea in female athletes is associated with endothelial dysfunction and unfavorable lipid profile. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:1354-9.
7. Cerquaglia C, Diaco M, Nucera G, et al. Pharmacological and clinical basis of treatment of Familial Mediterranean Fever (FMF) with colchicine or analogues: an update. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy* 2005;4:117-24.

Geliş tarihi: 11.06.2013

Kabul tarihi: 03.12.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 25.01.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Hülya Parıldar

Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi, 4. Poliklinik,
Mahir İz Cad., No:52 Altunizade, Üsküdar, İstanbul

e-posta: hulyaparildar@gmail.com

Vasco da Gama Hareketi Türkiye: Yeni Döneme Merhaba!

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (The World Organisation of Family Doctors - WONCA), tüm ülkelerdeki aile hekimlerini bir araya getirmek amacıyla 1972 yılında kurulan uluslararası bir meslek kuruluşudur. Kuruluş amacı, dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, kalitesinin artırılması ve insanların yaşam standartlarının yükseltilmesi için çalışmalar yapmak, politikalar geliştirmektir. Yüz otuz ülkenin katılımıyla oluşturulan bu dev organizasyonun çatısı altında bazı özel çalışma grupları ve genç doktor hareketleri gibi alt birimler oluşturulmuştur. WONCA, ayrıca Genç Doktorlar Hareketi'ni de desteklemektedir. Bu hareket kapsamında Asya Pasifik Bölgesi'nde Rajakumar Group, Güney Asya Bölgesi'nde Spice Route Group, Güney Amerika'da Waynakay Group, Afrika'da AfriWON ve Avrupa'da Türkiye'nin de dahil olduğu Vasco da Gama Hareketi (VdGM) bulunmaktadır.

Adını ileri görüşlü Portekizli bir denizciden alan Vasco da Gama Hareketi'ne yönelik fikirler ilk kez Amsterdam WONCA Avrupa Kongresi'nde ortaya atılmış ve 2005 yılında Lizbon'da düzenlenen bir prekonferansta genç aile hekimleri ilk kez bir araya gelmiştir. Birçok ülkeden aile hekimliği asistanları ve uzmanlığının ilk 5 yılı içerisindeki uzmanhekimlerini bir araya getirerek hekimlerin karşılıklı paylaşımlarda bulunmalarını, sosyokültürel ve bilimsel bir paylaşım ile geleceğe yönelik vizyon geliştirmelerini sağlayan bir oluşum olan Vasco da Gama Hareketi; değişim, araştırma, eğitim ve öğretim, Avrupa'nın ötesi ve görsel alt çalışma gruplarından oluşmaktadır.

VdGM'ye katılan ülkelerdeki temsilci ve koordinatörler 4 yıllığına görevlendirilmektedirler. Ülkemizde bu görevlendirilmeler, VdGM'ye daha çok katkı sağlayabilecek ve oluşumun vizyonunu geliştirebilecek genç aile hekimliği asistan ve uzmanlarının özgeçmişleriyle birlikte başvurularının değerlendirilmesi sonucu yapılmaktadır.

Bu hareket için yeni dönemde bizler: Asist. Dr. Berk Geroğlu - VdGM Türkiye temsilcisi, Asist. Dr. Demet Merder Coşkun - VdGM Türkiye değişim grubu koordinatörü, Asist. Dr. Fikret Merter Alanyalı - VdGM Türkiye araştırma grubu koordinatörü, Asist. Dr. Canan Tuz - VdGM Türkiye eğitim ve öğretim grubu koordinatörü olarak görevlerimize başlamış bulunmaktayız.

Ekip olarak ilk buluşmamız İzmir'de 4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri'nde gerçekleşti. Kısa sürede birbirimi-



zin güçlü yönlerini keşfettiğimiz toplantılarla önümüzdeki dönemi planlamaya başladık. Bu toplantıların bazılarında VdGM'de aktif olarak çalışmış değerli öğretim üyelerimizle de fikir alışverişinde bulunduk. Özellikle ekip olmanın ne kadar değerli olduğu ve bu harekete gönül verenlerin ne derece sıkı çalışması gerektiği konusunda önemli dersler aldık.

Ayrıca 4. Aile Hekimliği Araştırma Günleri'ne önümüzdeki dönem (2016-2019) WONCA Dünya Başkanlığı'nı yürütecek olan Prof. Dr. Amanda Howe ile genç aile hekimleri olarak bir araya geldik. Sayın Howe'un kendisini tanıtmaya başladığı toplantı diğer katılımcıların kendilerini kısa şekilde tanıtmalarıyla devam etti. Howe, çalıştığı klinik ve Royal Collage of General Practitioners hakkında bilgi verdi. Buluşmada, aile hekimliğinin geleceği, Türkiye'de aile hekimliği uygulaması, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin standartları, Türkiye - İngiltere arasında aile hekimliği yapılanmasının karşılaştırılması, aile hekimliğinde yandal konusunda görüşler konuşuldu. Ayrıca VdGM ve WONCA Avrupa 2015 İstanbul Konferansı'nın hemen öncesinde yapılacak VdGM Prekonferansı hakkında beklenti ve önerilerde bulunuldu. Son olarak Sayın Howe, başarının sırlarını paylaştı. O konuşmadaki bazı başlıkları şöyle özetleyebiliriz: "Öncelikle aile hekimi olun, hastalarınızla ilgilenmekten keyif alın, herhangi bir konuda çaresiz kaldığınız zamanlarda meslektaşlarınız ve akademisyenlerinizle neler yapabileceğiniz hakkında konuşun, işiniz hayatınız boyunca sizinle olacak unutmayın, işiniz dışında en az bir aktivite ile ilgilenin ve kendinize, sevdiğinizlere, çevrenize zaman ayırın." Sayın Howe'a bu keyifli ve öğretici sohbet için teşekkür ederiz.

Önümüzdeki dönemde VdGM Türkiye'nin daha etkin ve daha çok katılımlı olabilmesi için yapılabilecekler hakkında daha sık duyurular yapılması ve çalışma gruplarının daha aktif olması kararlaştırıldı.

Vasco da Gama Avrupa'nın düzenlediği programlara olabildiğince çok arkadaşımızın katılmasını sağlamayı hedefliyoruz. Bu bağlamda Şubat ayında Barselona'da gerçekleşecek 1.VdGM Forumu ve öncesinde yapılacak değişim ile ilgili duyurular yapılarak, başvurular değerlendirme sürecine alındı. Forum, 7-8 Şubat 2014 tarihlerinde yapılacak olup ilgili tüm genç aile hekimlerinin katılımına açıktır. Forum ile ilgili tüm detaylara <http://vdgm.woncaeurope.org/forum/welcome> sayfasından ulaşabilirsiniz.

VdGM Türkiye'ye destek vermek isteyen gönüllü aile hekimliği asistanları ve uzmanlarının görüş, öneri ve isteklerini bize iletmelerinden memnuniyet duyacağız. Bunun için duyuru ve iletişim aracı olarak Familya Grubu (asistanailesi@googlegroups.com) ve kişisel mail adreslerinin kullanılması kararlaştırıldı. Önümüzdeki dönemde de Türkiye Aile Hekimliği Dergisi - Aile Hekimliğinden Haberler bölümünde ve Familya Grubu'nda VdGM Türki-

ye ile planlanan ve yapılmakta olan değişimler, çalışmalar ve eğitimlerle ilgili haberlere ulaşabilirsiniz.

Son olarak bu oluşuma her türlü katkıda bulunan ve bugünlere gelmesinde büyük emekleri olan değerli öğretim üyelerimiz, uzmanlarımız ve meslektaşlarımız olan başta Doç. Dr. Nil Tekin, Yard. Doç. Dr. Hüseyin Can, Uzm. Dr. Fatma Gökşin Cihan, Uzm. Dr. Zelal Akbayın, Uzm. Dr. Murat Altuntaş, Uzm. Dr. Özgür Erdem ve Uzm. Dr. Hayriye Külbay olmak üzere daha ismi anılamamış, bu harekete destek veren nice VdGM Türkiye gönüllüsüne ve TAHUD Merkez Yönetim Kurulu'na minnettarlıkla teşekkür ederiz. Bundan sonra da bizlere verecekleri destek ve önerilerini almaktan memnuniyet duyacağız. Önümüzdeki sayılarda nice heyecanlı gelişmeleri sizlerle paylaşabilmek dileğiyle...

VdGM Türkiye Ekibi

Güney Doğu Avrupa Aile Hekimleri Birliği'nin 10. kuruluş yıldönümü



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD); 2003 yılında kurulan Güneydoğu Avrupa Aile Hekimliği Birliği'nin (Association of General Practice/Family Medicine in South East Europe – AGPFMSEE) 2008 yılından itibaren üyesidir. Bosna Hersek ile Sırp Cumhuriyeti, Bulgaristan, Karadağ, Makedonya ve Sırbistan kurucu üyelerdir. Aynı yıl Arnavutluk üyeliğe kabul edilmiştir. Birliğin kuruluşundan itibaren Prim. Dr. Ljubin Sukriev başkanlığını yürütmektedir. İlk başkan yardımcıları ise Bulgaristan'dan Dr. Ljubomir Kirov ile Sırbistan'dan Prim. Dr. sc.Dane Žigić'tir. Takip eden



yıllarda 2004'te (asil üyelik 2008) Türkiye, 2008'de Slovenya, 2011'de Romanya ve Hırvatistan birlik üyesi olmuşlardır. Üyelik sürecinin başlatılması ve birlik ile ilk ilişki kurulması aşamasında Prof. Dr. İlhami Ün-lüoğlu'nun büyük katkıları olmuştur.

AGPFMSEE şimdiye kadar iki büyük kongre ve üç konferans düzenlemiştir.

Kongreler

- I. Kongre 15-18 Haziran 2006 Ohrid/Makedonya
- II. Kongre 22-25 Nisan 2010 Antalya/Türkiye Konferanslar
- I. Konferans 18-21 Haziran 2009 Ohrid/Makedonya
- II. Konferans 10-13 Kasım 2013 Filibe/Bulgaristan
- III. Konferans 11-14 Nisan 2013 Belgrad/Sırbistan

28 Şubat – 1 Mart 2014 tarihlerinde de bütün üye ülke dernek başkanları ve dernek temsilcilerinin katılımı ile Üsküp'te bir genel değerlendirme ve kutlama toplantısı düzenlenmiştir. Bu toplantıda dernek başkanımız Prof. Dr. Okay Başak "TAHUD ve uluslararası kuruluşlar ile ilişkiler", TAHUD AGPFMSEE temsilcimiz Prof. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu "Ülkemizdeki aile hekimliğinin yapısı ve sorunları" üzerine konuşmalar yapmışlardır. Ayrıca TAHUD başkanı Prof. Dr. Okay Başak tarafından Prim. Dr. Ljubin Sukriev'e Birliğe katkılarından dolayı plaket verilmiştir.