

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

# Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt **19** | Sayı **4** | Ekim-Aralık **2015**  
Volume | Number | October-December

## Besinlerin tuz içeriklerini bilme ile bu besinleri tüketme arasındaki uyumluluk

Olgu Aygün, Serkan Yavuz, Kemal Aygün, Ediz Yıldırım



## Tip 2 diyabetik hastalarda statin kullanımı ile glisemik kontrol arasında ilişki var mıdır?

Altuğ Kut, Yusuf Boşkuş, Özgür Çaycı, Ali Ümit Geçkil

## Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor?

Mehmet Ali Kurnaz, Hüseyin Can, Handan Atsız Sezik, Yakup Tolga Çakır, Mine Tuna, Zeynep Ay

\* **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Demegi'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Dergi üç ayda bir çıkar ve dön sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir, Yabancı yazarlardan yelen 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 eğitimiye katkıda bulunacak yazılar, kısa raporları, başmakaleleri, editöre mektupları, önemli uluslararası belgelerin çevirilerini, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.

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

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

\* Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen 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.

\* Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

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

### Yazı Çeşitleri

**Özgün araştırmalar:** Özet, Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazım Kuralları: <http://www.turkailehekderg.org/yazarlara-bilgi>. **Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun niçin seçildiği, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri verilerek araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır. **Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçüklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarından kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

**Derlemeler:** Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazısı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi 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:** Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirimi ve tartışmalarıdır. Aile hekimliği

uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Yorum yazıları ve editöre mektuplar:** Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini gelişmelerden 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 alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

**Ulusal ve uluslararası raporlar:** Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan 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 hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü 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 gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

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

### Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

**Başlık:** Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlarda en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

**Özet:** Türkçe ve İngilizce başlıklarla izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150 en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere Türkçe ve İngilizce en azı üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html) adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

**Metin:** Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni Dergi elektronik makale kabul sistemine yazılır ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

**Kaynaklar:** Kaynak numaraları metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir. Kaynaklar makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullandığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile HekDerg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**Örnekler:** Örneklerle ilgili tüm detaylara web sitemizdeki "Yazarlara Bilgi" bölümünden ulaşılabilir. <http://www.turkailehekderg.org/yazarlara-bilgi>

**Yazıların Gönderilmesi:** Değerlendirilmek üzere dergiye gönderilecek yazıların gönderim ve eş değerlendirme süreci (peer review) izlemi sadece derginin [www.turkailehekderg.org](http://www.turkailehekderg.org) adresinde yer alan 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  
Prof. 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, makman4@gmail.com

**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

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

**Grafik Tasarım | Graphic Design**  
Perihan Demirbaş, info@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: Mother and child - 1902**  
98X112 cm. Pablo Picasso

**Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board**

**Prof. Dr. Zekeriya Aktürk** (Aile Hekimliği)  
Şifa Üniv. Tıp Fak. / İzmir  
**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)  
Yeditepe Üniv. Tıp Fak. / İstanbul  
**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 / UEA  
**Prof. Dr. Chris van Weel** (Family Medicine)  
Nijmegen Medical Centre, Radboud University /  
Nijmegen, The Netherlands

### Editöre Mektup | Letter to the Editor

**Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi | 165**

**Evolution of family medicine specialty in legislations**

Can Öner

### Araştırmalar | Research Articles

**Besinlerin tuz içeriklerini bilme ile bu besinleri tüketme arasındaki uyumluluk: Hipertansiyon hastalarında uyum daha mı fazla? | 170**

**The relevance between knowing the salt ingredient of nutrients and consuming them: Is it better with hypertensive patients?**

Olgu Aygün, Serkan Yavuz, Kemal Aygün, Ediz Yıldırım

**Tip 2 diyabetik hastalarda statin kullanımı ile glisemik kontrol arasında ilişki var mıdır? | 179**

**Is there a relation between statin use and glycemik control in type 2 diabetic patients?**

Altuğ Kut, Yusuf Boşkuş, Özgür Çaycı, Ali Ümit Geçkil

**Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? | 187**

**How and how long do family physicians follow up pregnant women?**

Mehmet Ali Kurnaz, Hüseyin Can, Handan Atsız Sezik,

Yakup Tolga Çakır, Mine Tuna, Zeynep Ay

### Özetler | Abstracts

**6. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri - Bölüm II. | 196**

**Abstracts presented at the Sixth Family Medicine Research Days**

### Olgu Sunumu | Case Report

**Dört aylık bebekte skrotal kapiller hemanjiyom | 209**

**Four-month-old baby boy with scrotal capillary hemangioma**

Selcen Yaroğlu Kazancı, Neslihan Özkul Sağlam

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

**Hakem Dizini | Reviewer Index | 213**

**Konu Dizini | Subject Index | 214**

**Yazar Dizini | Author Index | 216**

# Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi

## Evolution of family medicine specialty in legislations

Can Öner<sup>1</sup>

### Özet

Ülkemizde yürütülen sağlık politikalarının bir yansıması da hekimlerin uzmanlık eğitimi ile ilgili düzenlemelerdir. Koruyucu hekimlik uygulamaları ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana sağlık politikası olduğu dönemlerde “genel tıp” eğitimleri verilmiştir. Hastane odaklı hizmetlerin arttığı dönemlerde ise tıpta uzmanlaşmanın arttığı görülebilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, ilk defa “genel sağlık uzmanlığı” adı altında 1947 yılında verilmeye başlamış ve 1962-1983 yılları arasındaki 20 yıllık süre dışında uzmanlık eğitimi mevzuatında hep yer almıştır.

**Anahtar sözcükler:** Aile hekimliği, tıpta uzmanlık, eğitim

### Summary

A reflection of the health policy carried out in our country is the regulations on the field of medical specialization. The “general medicine” education has been given in the times when the main health policy was preventive measures and primary health care. In the periods of increase in hospital based care specialization in medicine has also increased. Family medicine education began in 1947 with the name of “general health specialization”. Except 20 years between 1962-1983 it was always sited in medical educational regulations.

**Key words:** Family practice, medical specialty, training

İmparatorluk döneminde tıp doktorlarının uzmanlık eğitimi ve uzmanlık ünvanlarını düzenleyen genel bir mevzuat bulunmamaktaydı. Türkiye’de tıp eğitimi sonrası uzmanlık eğitimi ile ilgili ilk düzenleme 1929 yılında yapılmıştır. 08.05.1929 tarihli “Tababet ve ihtisas vesikaları hakkında nizamname” ile hekimlerin üç alan üzerinde uzmanlık eğitimi alabilecekleri hükme bağlanmıştır. Bu alanlar klinik (seririyat) uzmanlıklar, laboratuvar uzmanlıkları ve koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) olarak belirlenmiştir. Klinik uzmanlıklar kendi içinde dokuz, laboratuvar uzmanlıkları ise beş alana ayrılmıştır. Uzmanlık süresi iç hastalıkları (emraz-ı dâhiliye) ve genel cerrahi (emraz-ı hariciye) için üç yıl, tüm diğer uzmanlıklar için iki yıl, koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) uzmanlığı için ise dört yıl olarak belirlenmiştir. Genel bir kural olarak hekimlerin hıfzıssıhha uzmanlığı için mezuniyetlerinden üç yıl, dahiliye ve genel cerrahi uzmanlığı için iki ve diğer uzmanlıklar için ise bir buçuk yıl sonra

sınava girmelerine izin verilmiştir.<sup>[1]</sup> Böylece sahanın hekim ihtiyacının karşılanması hedeflenmiştir.

Koruyucu hekimlik uzmanlığı yapacak hekimlerde, tamamı dört sene olacak şekilde bakteriyoloji, parazitoloji ile hıfzıssıhha laboratuvarlarında ve enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde (emraz-ı intaniye) çalışma şartı aranmıştır. Bu süre, daha önce parazitoloji veya bakteriyoloji ile ilgilendiğinin belgelenmesi durumunda üç seneye inmektedir.<sup>[1]</sup> Bu tüzük koruyucu hekimlik kavramını ilk defa ele alması açısından önemlidir. Öte yandan uzmanlık eğitimi için verilen sürenin de diğer uzmanlıklara kıyasla daha uzun olduğu görülmektedir.

1929 yılında yayınlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, ufak değişikliklerle 1947 yılına kadar kullanılmıştır.

1929-1947 yılları arasında Dr. Refik Saydam (1925-1937), Dr. Hulusi Alataş (1937-1945), Dr. Sadi Konuk (1945-1946) ve Dr. Behçet Uz (1946-1948) Sağlık Bakanlığı görevini yerine getirmişlerdir. Bu

1) Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Yrd. Doç. Dr., İstanbul

dönemin amaçladığı temel sağlık hedefleri; personel ve hizmet birimi sayısının artırılması, koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri için gerekli alt yapının oluşturulması olarak özetlenebilir. Bu amaçla bazı bulaşıcı hastalıklara karşı “dikey örgütlenme” ve taşraya sağlık hizmeti verilmesi amacıyla “yatay örgütlenme” modeli ile hizmet sunulmuştur.<sup>[2]</sup>

Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetleri üç ayrı hekim grubu tarafından verilmekteydi. İlk grup hekimler; hükümet tabipleridir. Hükümet tabiplerinin koruyucu hekimlik uygulamaları ile ilgili görevleri yanı sıra, sağlık-sosyal yardım işleri, nüfus işlemleri ve eczacılık işlemleri ile ilgili görevleri de bulunmaktaydı.<sup>[3,4]</sup>

İkinci grup hekimler ise seyyar tabiplerdir. “Seyyar tabiplik” masrafları il özel idareleri tarafından karşılanan ve kırsal alana sağlık hizmetlerinin götürülmesini amaçlayan bir uygulamadır. Seyyar tabipler her ayın 20 günü köyleri dolaşırlardı. Bu hekimlerin görevleri arasında tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, bağışıklama, koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve eğitim hizmetleri de vardı.<sup>[5]</sup>

Üçüncü grup ise birinci basamak tedavi hizmetlerini veren “muayene ve tedavi evi tabipleri” dir. Bu evlerde koruyucu sağlık hizmeti verilmemektedir. Muayene ve tedavi evleri 5-10 yataklı kurumlardır. Bu kurumlardan beş yataklı olanlarda, o ilçede veya beldede görevli hükümet tabibi, hükümet tabibi yoksa belediye tabibi görev yapmaktaydı. Eğer kurum 10 yataklı ise o durumda yeni bir hekim görevlendirilmekteydi. Hekim dışında bu kurumlarda bir sağlık memuru ve hizmetli görev yapmaktadır. 1924 yılından itibaren kurulmaya başlanan bu kurumların sayısı, 1950 yılında 300’e ulaşmıştır. Bu tarihten itibaren yenilerinin kurulmasına son verilmiştir.<sup>[2]</sup>

Bu dönemde daha sonraki dönemlere örnek oluşturabilecek bir deneme yapılı: Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri. Bir muayene ve tedavi evi olarak hizmet etmekte olan bu kurumun, diğer muayene ve tedavi evlerinden farklı olarak tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu sağlık hizmetlerini de bölgesel tabanlı olarak (Etimesgut ve bağlı köyler) vermesine karar verilir.<sup>[6]</sup> Öte yandan tedavi edici hizmetlerin yanında sıtma ve frengi başta olmak üzere bütün salgın hastalıklarla mücadele, annelerin doğum öncesi ve doğum sonrası bakımları ile çocuk sağlığı ile ilgili hizmetlerin yürütülmesi, okullarda koruyucu sağlık uygulamaları ile ilgili eğitimleri yapmak ve köylerin

çevre sağlığı ile ilgili uygulamalarını yerine getirmek dispanserin görevleri arasında sayılmıştır. Dispanserin diğer önemli bir özelliği Türkiye’de ilk defa sevk sistemini işletmesidir. Dispanser sadece 15 gün süre ile yatacak hastaları kabul etmekte, diğer hastaları Ankara Numune Hastanesine sevk etmekteydi. Bölgedeki gebe kadınlar doğumdan 10 gün önce dispansere yatırılmakta, zor doğum olguları ise Ankara Doğumevine sevk edilmekteydi.<sup>[2]</sup> 1937 yılında merkezin ismi “Etimesgut Sağlık Merkezi” olarak değiştirilir. Etimesgut örneğinin başarılı olması üzerine Türkiye’de 5-25 yataklı yeni sağlık merkezleri kurulmaya başlanır. 1946 yılına kadar dokuz yeni (Etimesgut hariç) sağlık merkezi hizmete açılmıştır.<sup>[7]</sup>

Aynı dönemde “Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı” yayınlanır. Bu plana göre sağlık hizmetleri yeniden örgütlenecektir. Bu yeni örgütün temel ilkesi “nüfusa göre hizmettir”. Her 20.000 nüfus ya da 40 köy için koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulacağı bir “sağlık merkezi” kurulacak ve bu sağlık merkezlerinde iki hekim ve 11 hekim dışı personel görev yapacaktır. Hekimlerden birisi sağlık merkezinde kalırken, diğeri civardaki yerleşim yerlerini dolaşarak yöre halkına “mobil hizmet” sunacaktır. Hekimler bu görevleri sıra ile yapacaklar ve her iki haftada bir yer değiştireceklerdir. Sağlık merkezlerinde on kadar hasta yatağı bulunacak ve gerektiğinde hastalar yatırılarak tedavi edileceklerdir. Böylece, sağlık hizmetleri köylere kadar ulaşmış olacaktır. Hizmetlerin finansmanı için bir “Sağlık Bankası” kurulacaktır.<sup>[8]</sup> Bu denemenin ve 1946 yılında yayınlanan “Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planının” olumlu sonuçları 1947’de çıkarılacak olan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’ne “Genel Sağlık Uzmanlığı” olarak yansiyacaktır.

24 Temmuz 1947 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile yeni bir uzmanlık tüzüğü (Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkındaki Tüzük) yürürlüğe konmuştur.<sup>[9]</sup> Bu tüzükte Türkiye’de tababete ait klinik ve laboratuvar uzmanlıkları yirmi iki farklı uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır. Böylece sekiz yeni uzmanlık ihdas edilirken, fiziksel tıp ve rehabilitasyon (hikem-i tedavi) ve koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) uzmanlıkları kaldırılmıştır. Yeni ihdas edilen uzmanlık alanlarından birisi de bugünkü aile hekimliğinin bir benzeri olan “Genel Sağlık Uzmanlığı”dır.

Tüzük genel sağlık uzmanlığının eğitim süresini iki yıl olarak belirlemiştir. Genel sağlık uzmanlığını

teşvik etmek için, başvuran adayların zorunlu hizmetini tamamlamış olması şartı aranmamış, asistanlık süreleri mecburi hizmetlerine sayılmıştır. Genel sağlık uzmanlığı yapacakların hangi branşlarda ne kadar süre çalışacakları ise bakanlığın çıkardığı yönetmelikle belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı genel sağlık uzmanlığı eğitimi yapılacak hastane ve kurumları belirlemiştir. Buna göre Ankara Numune Hastanesi, İstanbul Çocuk Hastanesi, Haydarpaşa Numune Hastanesi, İzmir Memleket Hastanesi, İzmir Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi genel sağlık uzmanlığı verebilecek eğitim hastaneleri olarak belirlenmiştir.<sup>[10]</sup> Yeni tüzüğe göre ilk uzmanlık sınavı 30 Ocak 1948 tarihinde yapılmıştır. Bu sınavda toplam 74 asistanlık kadrosu açılmış, açılan kadroların 12 tanesi de genel sağlık uzmanlığına ayrılmıştır.<sup>[11]</sup> Sağlık Bakanlığı'nın 1948-1949 yıllarında yayınladığı memur hareketlerini incelediğimde 1948'de açılan genel sağlık uzmanlığı kadrolarına ataması yapılan hekime rastlanmamıştır. Daha sonra açılan sınav dönemlerinde ise genel sağlık uzmanlığına yer verilmemiştir.<sup>[12-14]</sup> 1949 yılında tüzük üzerinde değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikte beraber üç yeni uzmanlık dalı uzmanlık eğitimine eklenmiştir. Bu eklenen dallardan birisi de İş Hekimliğidir.<sup>[15]</sup>

6134 sayılı kanunla (10 Temmuz 1953) Sağlık Bakanlığı o güne kadar il özel idareleri tarafından idare edilen tüm hastaneleri kendisine bağlamıştır.<sup>[16]</sup> Bunun sonucu olarak il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanırken, artan hastane sayıları, hastane hizmetlerini Bakanlık merkezinde önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybetmiştir.<sup>[17]</sup> Hastane temelli sağlık politikası güdülmesi, genel tıp disiplinleri yerine branşlaşmayı körüklemiştir. 1954 yılında Dr. Behçet Uz ikinci defa Sağlık Bakanı olmuştur. Behçet Uz bu defa "Milli Sağlık Programını" uygulamaya koymuştur. Bu program 1946 yılındaki "Milli Sağlık Planının" amaçları ile kıyaslandığında daha dar amaçlar hedeflemektedir. Bu plan gereğince, küçük ilçelerde 10, büyük ilçelerde 25 yataklı sağlık merkezleri kurularak hizmet verilecek, dikey örgütlenme ile hizmet veren her tür sağlık örgütü ve ilçenin sağlık idaresi için kurulacak "Kaza Sağlık İdareleri" bu sağlık merkezlerinin çatısı altında bir araya getirilecektir.<sup>[2]</sup>

Ülkenin sağlık politikasında bu gelişmeler olurken 1956 yılında yeni bir tıpta uzmanlık tüzüğü yayımlanmıştır (Tababet İhtisas Nizamnamesi).<sup>[18]</sup> Bu tüzükte genel sağlık uzmanlığı ikiye ayrılmıştır:

İç hastalıkları grubu genel sağlık uzmanlığı ve cerrahi (şirürji) grubu genel sağlık uzmanlığı. Öte yandan koruyucu hekimlikle ilgili Epidemiyoloji ve Sâri Hastalıklar, Okul ve Spor Hekimliği ve Besin Hastalıkları olmak üzere üç yeni uzmanlık ihdas edilmiştir. Bu tüzükte genel sağlık uzmanlığının iki ana gruba bölündüğünü ve yerini muhafaza ettiğini görüyoruz. Bunun temel nedeni, birinci basamağın sağlık merkezleri üzerinden örgütlenmesi ve bu merkezlerin ihtiyacı olan hekimlerin yetiştirilmesi olabilir. Zira 1954 yılında bünyesinde 1070 yatağı bulduran 121 sağlık merkezi varken bu sayı 1955'te 155'e ve 1960 yılında 283'e ulaşmıştır.<sup>[2]</sup> Ancak Dr. Behçet Uz'un 1954'teki ikinci girişimi de başarılı olmaz.

1960 yılına gelindiğinde, kaza sağlık idareleri uygulaması nedeni ile sağlık merkezleri kendilerine has hizmet yapısını tamamen kaybetmişlerdir. Bu karmaşıklığın tamamen ortadan kaldırılması amacı ile 1961 yılında 224 sayılı yasa yürürlüğe girer.<sup>[19]</sup> Yasa ile sağlık merkezleri yerine sağlık ocakları kurulacaktır. Yasaya göre 5000-10000 kişinin yaşadığı köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını oluşturacaktır. Bunların il içinde idari taksimata uyması icap etmez. Yasaya göre her ilçede en az bir sağlık ocağı bulunacaktır. Sağlık ocağının hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinden oluşan bir ekip tarafından verilecek, bu ekibe yardımcı olarak her köyde yapılacak sağlık evlerinde bir ebe görevlendirilecektir. Sağlık ocakları ve sağlık evleri her türlü koruyucu hekimlik hizmetlerini vermek, hastaların muayene ve tedavisini yapmak ve sağlık kayıtlarını tutmakla yükümlüdürler.<sup>[19]</sup>

Sağlık örgütlenmesinde bu ciddi yapısal değişiklikler olurken 1961 yılında uzmanlık eğitiminde de ciddi yapısal değişikliklere yol açacak yeni bir tüzük düzenlenerek yürürlüğe konmuştur.<sup>[20]</sup> Bu tüzük ile uzmanlık eğitiminde ilk defa "ortak program" kavramı ortaya çıkmıştır. Uzmanlık eğitimi "grup ihtisası safhası", "özel ihtisas safhası" ve "ileri ihtisas safhası" şeklinde birbirini takip eden üç safha olarak tanımlanmıştır. İlk safhada, tıp fakültesi mezunlarına iki yıllık bir eğitim ile iç hastalıkları, şirürji veya genel sağlık grubu alanında uzmanlık verilmektedir. Sonrasında kişinin "özel ihtisas" dallarından birini yapmak istemesi durumunda grup ihtisasına dayalı olmak şartıyla daha dar bir alanda ve sahada uzmanlık eğitimi verilmektedir. Örnek vermek gerekirse çocuk hastalıkları uzmanı olmak

isteyen bir kişinin tıp fakültesinden mezun olduktan sonra iç hastalıkları grubu veya genel sağlık grubu alanında uzmanlık yapması, sonrasında çocuk hastalıkları uzmanlık eğitimine başlaması gereklidir. Bu tüzükte “özel ihtisas” eğitimine geçişlerde genel sağlık uzmanlığı almış olmak şirürji veya dâhiliye grubu uzmanlık almaktan çok daha avantajlı hale getirilmiştir. Genel sağlık grubu uzmanları “özel ihtisas” eğitimlerinin hepsine başvurabilirken, dâhiliye veya şirürji alanındaki uzmanlar sadece kendi uzmanlık alanları ile ilişkili alanlara geçebilmektedir.

Genel sağlık uzmanlarının uzmanlık eğitimi sırasında hangi rotasyonları yapacakları tüzükte açıkça belirtilmiştir (8 ay iç hastalıkları, 8 ay genel cerrahi, 4 ay çocuk hastalıkları ve 4 ay kadın hastalıkları ve doğum). Önemli diğer bir düzenleme ise ilk safha uzmanlık eğitimi almış olanların çalışacakları yerlerle ilgilidir. Gerek dâhiliye, gerek şirürji ve gerekse genel sağlık uzmanlarının hastanelere uzman olarak atanamayacakları belirlenmiştir.<sup>[20]</sup> Buradan hareketle grup ihtisasına sahip uzmanların sağlık ocakları veya mevcut sağlık merkezlerinde istihdam edilmesinin planlandığı düşünülebilir. Öte yandan tüzükte genel sağlık uzmanlarının rotasyonları ile 1983 yılında tanımlanan Aile Hekimliği Uzmanlığının rotasyonlarının benzerliği de dikkat çekicidir. Birkaç ay sonra tüzükte değişikliğe gidilerek halk sağlığı uzmanlığı kurulmuş ve yeni ihtisas alanları belirlenmiştir (epidemioloji, biyoistatistik, sağlık mühendisliği, sağlık eğitimi, sağlık idaresi, malaryoloji, iş hekimliği, ana çocuk sağlığı, okul hekimliği, spor hekimliği, tüberküloz mücadelesi, hastane idaresi ve ruh sağlığı).<sup>[21]</sup>

1961 yılında yayınlanan tüzüğün ömrü çok kısa olmuş 1962 yılında yeni bir Tababet Uzmanlık Tüzüğü yürürlüğe girmiştir. Bu yeni tüzük üç safha olan uzmanlık eğitimini kaldırmış, tekrar tek aşamalı eğitime dönmüştür. Bu tüzükte uzmanlıklar klinik tababet uzmanlıkları, koruyucu tababet uzmanlıkları, laboratuvar uzmanlıkları ve akademik uzmanlıklar olarak dört gruba bölünmüştür. 1947’den beri değişik isimlerle tüzükte yer alan Genel Sağlık Uzmanlığı tamamen kaldırılmıştır.<sup>[22]</sup>

Tüzüğe geçici bir madde eklenerek grup ihtisası asistanlığı yapmakta bulunanların, asistanlığa girerken talip oldukları dallara verileceği ve grup asistanlığında geçen sürelerin bu dallarda geçmiş sayılması hükme bağlanmıştır.

1964 yılında yapılan bir düzenleme ile birinci basamak sağlık hizmetleri uzmanlık eğitimi tekrar gündeme gelmiştir. 1962 yılında çıkarılan tüzükte bir değişiklik yapılarak toplum sağlığı uzmanlığı eğitimi verilmeye başlanmıştır.<sup>[23]</sup> Toplum sağlığı uzmanlarının eğitim süresi 36 ay olup bu eğitim sürekli veya aralıklı olarak hastanelerde yapılacak altışar aylık dört dönem eğitim (24 ay), Hıfzıssıhha Okulunda alınacak halk sağlığı eğitimi (6 ay) ve sağlık ocaklarında yapılacak bir stajdan (6 ay) oluşmaktadır.<sup>[23]</sup> Aynı tüzükte halk sağlığı uzmanlığının da bulunuyor olması toplum sağlığı uzmanlarının sağlık ocakları için yetiştirildiğini düşündürmektedir. 1973 yılında tıpta uzmanlık tüzüğü tekrar değiştirilmiş ve toplum sağlığı uzmanlığı uzmanlık listesinden çıkarılmıştır.<sup>[24]</sup>

Aynı dönemdeki birinci basamak sağlık hizmetleri değerlendirilecek olursa, 1963-1965 arasında yasanın başarı ile uygulandığı ancak 1966 sonrasında başarısız bir uygulama halini almaya başladığı görülmektedir.<sup>[25]</sup> Nusret Fişek bu başarısızlığın sebeplerini 6 başlık altında toplamıştır. Bu başlıklardan biri de hekim ve sağlık personelinin fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiş olmasıdır.<sup>[25]</sup> Diğer önemli bir etmen ise 1970’li yıllardan itibaren sağlıkta bir karmaşa ortamı yaşanmasıdır. Bu dönemde sağlığın finansmanı, örgütlenmesi ve insan kaynakları konusunda net bir politika görülmemektedir.<sup>[17]</sup>

1973 tüzüğünde müteaddit defalar değişiklikler olmuş ve en son 1983 yılındaki değişiklikle Aile Hekimliği Uzmanlığı bir klinik uzmanlık olarak tüzükte yer bulmuştur.<sup>[26]</sup> Bu tüzüğe göre aile hekimliği eğitimi için değişik rotasyonlardan oluşan 36 aylık bir süre tanımlanmıştır. Daha sonra 2002 yılında çıkarılan tüzükte, 2009 ve 2014 yılında yayınlanan yönetmeliklerde de aile hekimliği uzmanlığı yerini ve 36 aylık eğitim süresini korumuştur.<sup>[27-29]</sup>

2005 yılından itibaren birinci basamakta yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Bu yapılanmada bireye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler aile hekimleri tarafından verilirken, daha önce hükümet tabipleri, sağlık merkezleri ve sonrasında sağlık grup başkanlıkları ile sağlık ocakları tarafından verilen hizmetler ise toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması 2005 yılında pilot olarak başlamış ve 2010 yılında 81 il kapsam alanına alınmıştır. Uzmanlık eğitimi mevzuatının tarihçesine bakıldığında, dünyadaki gelişmelere paralel olarak ülkemizde Genel Tıp/Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1947 yılında başlamış, değişik isimler altında verilse de, 1962-1983 yılları arasındaki 20 yıllık süre dışında uzmanlık eğitim programlarında yer almıştır.



## Kaynaklar

1. Tababet ve ihtisas vesikalari hakkında nizamname (1929). *TC Resmi Gazete* 1128,29.06.1929.
2. Aydın E. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütlenmesi. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları* 1999; 5: 141-172.
3. Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnamesi. *Aile Hek Derg* 1997; 1(2): 109-116.
4. Hükümet tabibinin vazifeleri. *Sağlık Dergisi* 1954;28 (10):607-619.
5. Seyyar tabiplerin vazifeleri hakkında talimatname. (1934). *TC Resmi gazete* 2821, 6.10.1934.
6. Etimesgut İctimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri Talimatnamesi. *Sıhhiye Mecmuası* 1933; 9 (61):1-12.
7. Sağlık Dergisi Fevkalade Nüshası 1948; 22 (10-11): 24-39.
8. Öztekin Z. Behçet Salih Uz'un sağlık planı. Sağlıkta Altın Yıllar'da. Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı 2014,73-7.
9. Tababet Uzmanlık Belgeleri hakkında Tüzük. (1947). *TC Resmi Gazete* 6680, 9. 08,1947.
10. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. 24.07.1947 tarih ve 3/6177 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Tababet Uzmanlık Belgeleri hakkındaki tüzüğün 3. Maddesi gereğince Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca kabul ve ilanı lazım gelen asistanlık yapılacak hastane ve kurumları gösterir cetvel. *Sağlık Dergisi* 1947; 21(134): 672-679.
11. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. 24.07.1947 tarih ve 3/6177 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Tababet Uzmanlık Belgeleri hakkındaki tüzüğün 5. Maddesi mucibince1948 yılı için alınacak Asistan sayısı ile uzmanlık kollarını gösterir cetvel. *Sağlık Dergisi* 1947; 21 (135): 758-759.
12. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Bakanlığın valiliklere gönderdiği Zatişler ve Muamelat Genel Müdürlüğü ifadeli 12.05.1951 tarih ve 2710 sayılı genelge. *Sağlık Dergisi* 1951; 25(7): 442-443.
13. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Bakanlığın valiliklere gönderdiği Zatişler ve Muamelat Genel Müdürlüğü ifadeli 10.10.1951 tarih ve 2765 sayılı genelge. *Sağlık Dergisi* 1951; 25(10): 635-636.
14. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Bakanlığın valiliklere gönderdiği Zatişler ve Muamelat Genel Müdürlüğü ifadeli 9.04.1952 tarih ve 2833 sayılı genelge. *Sağlık Dergisi* 1952; 26(5): 126.
15. Tababet uzmanlık belgeleri hakkında Tüzüğün (2, 3, 4, 5, 7, 8,9) uncu maddeleriyle geçici maddesinin değiştirilmesine dair Tüzük. (1949). *TC Resmi Gazete* 7150, 8.03.1949.
16. Özel idare hastanelerinin muvazeneiumumiyeye devri ve 4862 sayılı kanuna bağlı (1) ve (2) sayılı cetvellerde değişiklik yapılması hakkında Kanun. *TC Resmi Gazete* 8458, 10.07.1953.
17. Akdur R. Cumhuriyetten günümüze sağlık. [http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN\\_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE\\_T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE_T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf) adresinden 30/09/2015 tarihinde erişilmiştir.
18. Tababet İhtisas Nizamnamesi. (1956). *TC Resmi Gazete* 9212, 20/01/1956.
19. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında Kanun (1961) *TC Resmi Gazete* 10705,12.01.1961.
20. Tababet İhtisas Tüzüğünde yapılacak değişikliklere ait Tüzük. (1961). *TC Resmi Gazete* 10828, 14/06/1961.
21. Tababet İhtisas Tüzüğünde yapılacak değişikliklere ait Tüzük. (1961). *TC Resmi Gazete* 10942, 26.10.1961.
22. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. (1962). *TC Resmi Gazete* 11199, 6.09.1962.
23. Tababet Uzmanlık Tüzüğüne bazı hükümler eklenmesine ve bu Tüzüğün bazı maddelerinin değiştirilmesine dair Tüzük. (1964). *TC Resmi Gazete* 11790, 26.08.1964.
24. Tababet Uzmanlık Tüzüğü.(1973). *TC Resmi Gazete* 14511, 18.04.1973.
25. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayını no: 2, 1983, 155-67.
26. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük. (1983). *TC Resmi Gazete* 18230, 21.11.1983.
27. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü.(2002). *TC Resmi Gazete* 24790, 19.06.2002.
28. Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. (2009). *TC Resmi Gazete* 27292, 18/07/2009.
29. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. (2014). *TC Resmi Gazete* 28983, 26/04/2014

Geliş tarihi: 04.09.2015

Kabul tarihi: 19.11.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.12.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Dr. Can Öner

e-posta: trcanoner@yahoo.com

# Besinlerin tuz içeriklerini bilme ile bu besinleri tüketme arasındaki uyumluluk: Hipertansiyon hastalarında uyum daha mı fazla?

The relevance between knowing the salt ingredient of nutrients and consuming them: Is it better with hypertensive patients?

Olgu Aygün<sup>1</sup>, Serkan Yavuz<sup>2</sup>, Kemal Aygün<sup>3</sup>, Ediz Yıldırım<sup>4</sup>

## Özet

**Amaç:** Sodyum kısıtlaması hipertansiyonlu hasta yönetiminde önemli bir yer tutmakla birlikte bu hastaların tuz kısıtlamasına uyumları konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada kişilerin, besinlerin tuz içeriklerine ilişkin bilgileri ile o besinleri tüketmeleri arasındaki uyum ve hipertansif bireylerin uyumlarının farklı olup olmadığı araştırılmıştır.

**Yöntem:** Olgu kontrol olarak planlanan çalışmamıza 223 kişi katılmıştır. Olgu grubu Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyonlu hastalar, kontrol grubu ise aynı tarihlerde Kardiyoloji polikliniğine başka nedenlerle başvuran ve tuz kısıtlaması önerilmeyen hastalar ve yakınları arasından seçilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 soruluk bir anket ile katılımcıların belli besinler için tuz içeriklerini bilme ve kullanma düzeyleri araştırılmıştır. Tuz içeriği az olarak bilinen besinlerin orta-çok kullanılması, tuz içeriği orta-çok olarak bilinen besinlerin ise az kullanılması uyumluluk, tuz içeriği orta-çok olarak bilinen besinlerin az kullanılması ise uyumsuzluk olarak nitelendirilmiştir. Uyumluluk durumunda 1 puan uyumsuzluk durumunda ise 0 puan verilerek genel uyum puanı hesaplanmıştır. Veriler SPSS for Windows 15 veri tabanına girilerek, istatistiksel analizlerde ki kare ve t testi kullanılmıştır. P<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların ortalama yaşı 44,5±12,3 olup, 83'ü (%37,2) kadın, 152'si (%68,2) evli ve 110'u (%49,3) üniversite mezunu idi. Olguların 212'sinin (%95,1) sağlık güvencesi mevcuttu. Tüm katılımcıların tuz içeriği bilgisine uygun kullandıkları ilk üç besin meyveler (%69,5), midye (62,8) ve hazır çorba (%61,0) iken; bilgi ve tüketim uyumsuzluğunda ilk üç sırada peynir (%71), ekmekek (%69,5), irmik ve tereyağı (%62,8) bulunmaktaydı. Katılımcıların tüm besin maddelerinin tuz oranları hakkındaki bilgileri ile bunları kullanmaları arasındaki uyuma göre hesaplanan genel uyum puanları dikkate alındığında; kadınların besinlerin tuz içeriklerini bilmeleri ve bu besinleri tüketmeleri arasındaki uyumları (15,0±4,3) erkeklere (13,4±4,2) göre daha fazlaydı (t=2,636; p=0,009). Olgu ve kontrol grupları karşılaştırıldığında ise olgu grubunun (14,6±4,6) kontrol grubuna (13,4±3,9) göre daha uyumlu olduğu gözlemlendi (t=2,109; p=0,036).

**Sonuç:** Çalışmamızda bireylerin genel olarak besinlerin tuz içeriği hakkındaki bilgileri ile bu besinleri tüketme konusundaki davranışları arasındaki uyum düşük olmakla birlikte hipertansiyonu olan bireylerin uyumunun hipertansiyonu olmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Sofra tuzu, hasta uyumu, hipertansiyon

## Summary

**Objective:** Sodium restriction takes an important place in the management of patients with hypertension, but number of studies on patient compliance to sodium restriction is limited. In this study, we aimed to determine individuals' knowledge level on sodium content of nutrients and if individuals' compliance to sodium restriction is different from patients with hypertension.

**Methods:** Our study was planned as a case-control study and 223 participants were included. The case group consisted of patients with hypertension who admitted to the Cardiology Clinic of Dokuz Eylul University. The control group consisted of patients and patients' relatives who admitted to the same clinic for other reasons and who were not recommended sodium restriction. Total compliance score was calculated by summation of compliance and noncompliance points: Compliance was scored as '1 point' and noncompliance was scored as '0'. All data were analysed using SPSS ver.15 for Windows. Chi-square test and t-test were used for statistical analysis. Statistically significance was referred as 'p<0.05'.

**Results:** Participants' mean age was 44,5 ± 12,3. 83 of them (37,2%) were women and 110 of them (49,3%) were university graduates. 212 of all participants (95,1%) had social security. First three nutrients which participants consumed properly according to the knowledge on salt content were fruits (69,5%), mussel (62,8%) and instant soup (61,0%). First three nutrients which participants consumed improperly according to the knowledge on salt content were cheese (71%), bread (69,5%), semolina and butter (62,8%). When participants' compliance points based on their knowledge level on salt content of nutrients and their consumption levels of these certain nutrients were considered; compliance of women (15,0 ± 4,3) was better than men (13,4 ± 4,2) (t=2,636; p=0,009). When the case group and the control group were compared; the case group (14,6 ± 4,6) was more compliant than the control group (13,4 ± 3,9) (t=2,109; p=0,036)..

**Conclusion:** In our study, we found that the participants' knowledge level on salt content of nutrients and their level of compliance to consumption of these nutrients were low. But compliance scores of patients with hypertension were better than the individuals without hypertension.

**Key words:** Table salt, patient adherence, hypertension,

1) Karabağlar 2 Nolu ASM, Uzm. Dr., İzmir  
2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Uzm. Dr., İzmir  
3) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Uzm. Dr., İzmir  
4) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Uzm. Dr., İzmir

## Giriş

Hipertansiyon özellikle erişkin nüfusu etkileyen, dünyada ve ülkemizde sıklığı giderek artan ve yarattığı komplikasyonlar nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden oldukça önemli bir sağlık sorunudur.<sup>[1]</sup> Türkiye’de 18 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak bulunmuştur.<sup>[2]</sup>

Hipertansiyonun tedavisinin toplum sağlığı açısından nihai hedefi, kardiyovasküler ve renal nedenlere bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır.<sup>[3]</sup> Bu çerçevede tüm rehberlerde önerilen yönetim planının başında sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının edinilmesi gelmektedir. Kan basıncının düşürülmesinde rol oynadığı gösterilen başlıca yaşam tarzı değişiklikleri; fazla kilolu ya da obez kişilerde kilo verme<sup>[4-6]</sup>, potasyum ve kalsiyumdan zengin diyet uygulanması<sup>[7,8]</sup>, diyetle alınan sodyum miktarının azaltılması<sup>[7-9]</sup>, alkol alımının ılımlı miktarla sınırlanması<sup>[10]</sup>, fiziksel aktivite ve egzersizdir.<sup>[11,12]</sup> Yaşam biçimine ilişkin değişiklikler kan basıncını düşürür, antihipertansif ilaçların etkinliğini artırır, ilaç ihtiyacını ve kardiyovasküler riski azaltır. Yaşam tarzı değişiklikleri önerilmediği veya gerçekleştirilmediği durumlarda uygun antihipertansif ilaç ya da ilaç kombinasyonlarıyla bile yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamayabilir.<sup>[13]</sup>

Ülkemizde antihipertansif ilaç kullanma oranı tüm hipertansif hastalarda %47,5’tir; kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (%59,7’ye karşılık %33,5). Bununla birlikte ilaç kullananların %54’ünde, tüm hipertansiflerin ise yalnızca %28,7’sinde kan basıncı kontrol altında bulunmuştur.<sup>[2]</sup> Dünyada kan basıncı kontrolünün %25’in üzerine çıkarılmasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğudur.<sup>[14,15]</sup> Yukarıda belirtilen PATENT 2 çalışmasının verilerine göre ülkemizde bu oran aşılmış ise de, hala hastaların üçte ikisinden fazlasının kan basıncı kontrol altında değildir.

Yapılan çalışmalarda diyetle alınan ortalama sodyum miktarı ile o toplumdaki hipertansiyon prevalansı arasında ilişki bulunmuştur. Bu ilişki yaşlı kişilerde gençlere göre daha güçlüdür.<sup>[16,17]</sup> Diyette orta derecede tuz kısıtlaması ile sistolik kan basıncında ortalama 5 mm Hg azalma sağlanabileceği hesaplanmıştır. Kan basıncında 5 mm Hg azalma serebrovasküler olay insidansını %25 ve iskemik kalp hastalığı insidansını %15 oranında azaltmaktadır.<sup>[18]</sup>

Hipertansiyon hastalarına günde 100 mmol’dan

(5,8g) az sodyum ya da günde 6 gramdan az NaCl (tuz) almaları önerilmektedir. Alınan hazır gıdalardaki tuz miktarı da dikkate alınmalıdır. Sodyum kısıtlaması, kalsiyum kanal blokerleri dışında (intrenseknatriüretik etkileri nedeniyle) antihipertansif ilaçların etkisini artırır. Günde 15-20 g tuz alımı ise diüretiklerin antihipertansif etkisini azaltabilir.<sup>[19]</sup> Diyet eğitimi verilen ve gerçekten uygulayan hastalarda düşük sodyum yüküne bağlı olarak kan basıncı regülasyonunda daha başarılı olunacağı açıktır. Bu nedenle kan basıncının kontrol altına alınmasında hasta eğitimi ve uyumuna diğer faktörler kadar önem verilmesi gerekmektedir. Hipertansiyon hastalarının tuz kısıtlamasına uyumları üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yapılan bir çalışmada hastaların sadece %29,4’ünde bu uyumun tam olduğu görülmüştür. Hastaların tuz kısıtlama diyetine uyumlarının düşük bulunması hastalara bu konuda yeterince eğitim verilmemesine bağlanmıştır.<sup>[20]</sup>

Bireylerin tuzun sağlık üzerine olumsuz etkileri hakkındaki bilgi düzeyleri ile tuz kullanım davranışları hakkında birçok çalışma yapılmıştır.<sup>[21-24]</sup> Bu çalışmalarda bireylerin besinlerin tuz içerikleri hakkındaki bilgilerinin doğruluğu araştırılmıştır. Yanlış bilgilerin düzeltilmesi ile hastaların uyumunun arttırılacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmamızda ise bireylerin, besinlerin tuz içerikleri hakkındaki bilgilerinin doğru ya da yanlış olmasına bakılmaksızın, doğru olduğunu düşündüğü bilgi ile günlük besin alımları arasındaki uyum düzeyi araştırılmış ve bu uyum düzeyinin hipertansif ve normotansif bireyler arasında farklı olup olmadığı incelenmiştir.

## Gereç ve Yöntem

Olgu kontrol olarak planlanan çalışmamızda %95 güvenilirlik ve 0,7 hata payı ile odds oranı 2 olarak alındığında olgu grubunda 111 ve kontrol grubunda 111 olmak üzere toplam 222 katılımcıya gereksinim olduğu belirlenmiştir. Olgu grubu Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Kardiyoloji polikliniğine 01.07.2013-15.12.2013 tarihleri arasında başvuran hipertansiyonlu hastalar, kontrol grubu ise aynı tarihlerde Kardiyoloji polikliniğine başka nedenlerle başvuran ve tuz kısıtlaması önerilmeyen hastalar ve yakınları arasından seçilmiştir. Polikliniğe başvuran hastalar arasından kabul edilenler, her iki grupta da yaş özellikleri dikkate alınarak ardışık olarak çalışmaya alınmıştır.

Katılımcılara araştırmacılar tarafından, Türk kül-

türünde sık tüketilen besinlerin yanı sıra bazı atıştırma (fastfood) ürünlerini de içeren ve literatür bilgilerine göre hazırlanan 29 soruluk bir anket uygulanmış ve belli besinlerdeki tuz oranı hakkındaki düşünceleri ve bu besinleri kullanma düzeyleri araştırılmıştır. Besinlerdeki tuz miktarları az, orta ve çok olarak, bu besinleri ne kadar kullandıkları ise az, orta ve sık olarak derecelendirilmiştir. Tuz içeriği az olarak bilinen besinlerin orta ya da çok kullanılması, tuz içeriği orta ya da çok olarak bilinen besinlerin ise az kullanılması uyumluluk; tuz içeriği çok olanların çok, az olanların az kullanılması ise uyumsuzluk olarak nitelendirilmiştir. Uyumluluk durumunda 1 puan uyumsuzluk durumunda ise 0 puan verilerek genel uyum puanı hesaplanmıştır. Karşılaştırmalarda besinlerin yarısından azı için (0-14) uyum sağlayanlar “uyumsuz”, yarısından fazlası için (15-25) uyum sağlayanlar ise “uyumlu” olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik kurul izni 13.06.2013 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu’ndan, idari izin ise DEÜ Hastanesi Başhekimliğinden alınmıştır. Veriler SPSS for Windows 15.0 veri tabanına girilerek tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ki-kare ve t testi kullanılarak analiz edilmiştir.  $P < 0,05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## Bulgular

Olgu grubunda 109, kontrol grubunda 114 olmak üzere toplam 223 kişi çalışmaya katıldı. Katılımcıların ortalama yaşı  $44,5 \pm 12,3$  olup, 83’ü (%37,2) kadın, 152’si (%68,2) evli ve 110’u (%49,3) üniversite mezunu idi; 212’sinin (%95,1) ise sağlık güvencesi mevcuttu. Olgu ve kontrol grubundaki tüm katılımcıların demografik özellikleri **Tablo 1**’de verilmiştir. Her iki grup arasında yaş ve medeni durum açısından fark bulunmazken ( $p > 0,05$ ), kontrol grubu istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha çok erkeklerden oluşmaktaydı ( $\chi^2 = 6,830$ ;  $p = 0,009$ ).

Olgu grubundakilerin 42’si (%38,5) 1-4 yıl, 30’u (%27,5) 5-9 yıl ve 37’si (%33,9) 10 yıl ve daha uzun süredir hipertansiyon tanısı almışlardı. Yine bu grubun 59’u (%54,1) 5 yıl ve daha az, 48’i (%44,1) ise 6 yıl ve daha çok süreden beri ilaç kullanmaktaydı; ilaç kullanmayan iki katılımcı (%1,8) vardı.

Çalışmada 29 besinin içerdikleri tuz miktarı ve tüketim durumları sorgulandı. Bunlar içerisinde tüm katılımcıların tuz içeriği bilgisine uygun kullandıkları ilk üç besin meyveler (%69,5), midye (62,8) ve hazır çorba (%61,0) iken; bilgi ve tüketim uyumsuzluğunda ilk üç sırada peynir (%70,9), ekmekek (%69,5), irmik ve tereyağı (%62,8) bulunmaktaydı. Katılımcıların çeşitli besinlerin tuz içeriği ile ilgili bilgileri ve bu besinleri tüketim durumları ile bunlar

**Tablo 1.** Olgu ve kontrol grubundaki katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler		Olgu grubu (HT var)		Kontrol grubu (HT yok)		İstatistik değerler
		s	%	s	%	
Cinsiyet	Erkek	50	45,9	33	28,9	$\chi^2=6,830$ $p=0,007$
	Kadın	59	54,1	81	71,1	
Yaş	40 yaş altı	37	33,9	50	43,9	$p > 0,05$
	40-60 yaş	55	50,5	51	44,7	
	60 yaş üstü	17	15,6	13	11,4	
Medeni durum	Evli	78	71,6	74	64,9	$p > 0,05$
	Bekâr-boşanmış	31	28,4	40	35,1	
Eğitim durumu (en çok)	İlkokul	17	15,6	9	7,9	$p > 0,05$
	Ortaokul	8	7,3	10	8,8	
	Lise	37	33,9	32	28,1	
	Üniversite ve üstü	47	43,1	63	55,3	

arasındaki uyum **Tablo 2**'de verilmiştir. Genel uyum puanı ortalaması  $14,0 \pm 4,3$  (en düşük 0 ve en yüksek 25) olan tüm katılımcıların içerisinde uyum puanı 14 ve altı olanların sayısı 98 kişi (%43,9) idi. Kadınların besinlerin tuz içeriklerini bilmeleri ve bu besinleri tüketimleri arasındaki uyumları ( $15,0 \pm 4,3$ ) erkeklere ( $13,4 \pm 4,2$ ) göre daha fazlaydı ( $t=2,636$ ;  $p=0,009$ ).

Katılımcıların bazı besin maddelerinin tuz oranları hakkındaki bilgileri ve bunları kullanma durumları arasındaki uyum, olgu ve çalışma gruplarına göre değerlendirildiğinde, lor peyniri, midye, yumurta, tavuk, kraker ve cips için uyumun olgu grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 2.** Katılımcıların çeşitli besinlerin tuz içeriği ile ilgili bilgiler ve bu besinleri tüketim durumları,  $s=223$

Özellikler	Bilgi durumu				Tüketim durumu				Uyum durumu			
	Az		Orta-çok		Az		Orta-çok		Uyumlu		Uyumsuz	
	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Beyaz peynir (Edirne)	28	12,6	195	87,4	164	73,5	59	26,5	65	29,1	158	70,9
Kaşar peyniri	85	38,1	138	61,9	120	53,8	103	46,2	98	43,9	125	56,1
Lor peyniri	113	50,7	110	49,3	101	45,3	122	54,7	89	39,9	134	60,1
İnek sütü	131	58,7	92	41,3	128	57,4	95	42,6	104	46,2	119	53,4
Yoğurt	113	50,7	110	49,3	173	77,6	50	22,4	121	54,3	102	45,7
Midye	50	22,4	173	77,6	75	33,6	148	66,4	140	62,8	83	37,2
Yumurta	106	47,5	117	52,5	156	70,0	67	30,0	99	44,4	124	55,6
Tavuk eti	105	47,1	118	52,9	186	83,4	37	16,6	96	43,0	127	57,0
Kuru baklagiller	79	35,4	144	64,6	154	69,1	69	30,9	104	46,6	119	53,4
Ceviz-fındık	104	46,6	119	53,4	121	54,3	102	45,7	100	44,8	123	55,2
Patlamış mısır	53	23,8	170	76,2	60	26,9	163	73,1	132	59,2	91	40,8
Kraker	39	17,5	184	82,5	73	32,7	150	67,3	139	62,3	84	37,7
Yufka	38	17,0	185	83,0	117	52,5	106	47,5	102	45,7	121	54,3
Ekmek (buğday)	37	16,6	186	83,4	164	73,5	59	26,5	68	30,5	155	69,5
Makarna	53	23,8	170	76,2	150	67,3	73	32,7	78	35,0	145	65,0
İrmik	133	59,6	90	40,4	71	31,8	152	68,2	83	37,2	140	62,8
Bezelye (konserve)	109	48,9	114	51,1	82	36,8	141	63,2	104	46,6	119	53,4
Sebzeler	115	51,6	108	48,4	176	78,9	47	21,1	112	50,2	111	49,8
Meyveler	146	65,5	77	34,5	176	78,9	47	21,1	155	69,5	68	30,5
Et suyu tableti	43	19,3	180	80,7	87	39,0	136	61,0	131	58,7	92	41,3
Kabartma tozu	81	36,3	142	63,7	73	32,7	150	67,3	101	45,3	122	54,7
Turşu	25	11,2	198	88,8	129	57,8	94	42,2	95	42,6	128	57,4
Ketçap	58	26,0	165	74,0	108	48,4	115	51,6	107	48,0	116	52,0
Cips (patates)	39	17,5	184	82,5	90	40,4	133	59,6	120	53,8	103	46,2
Hazır çorba	45	20,2	178	79,8	78	35,0	145	65,0	136	61,0	87	39,0
Margarin	74	33,2	149	66,8	101	45,3	122	54,7	88	39,5	135	60,5
Tereyağı	66	29,6	157	70,4	124	55,6	99	44,4	83	37,2	140	62,8
Sardalye(konserve)	59	26,5	164	73,5	63	28,3	160	71,7	135	60,5	88	39,5
Dondurma	143	64,1	80	35,9	145	65,0	78	35,0	133	59,6	90	40,4

Katılımcıların bazı besin maddelerindeki tuz oranları ile ilgili bilgi ve tüketim durumları arasındaki uyumun olgu ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Katılımcıların tüm besin maddelerinin tuz oranları hakkındaki bilgileri ile bunları kullanmaları a-

rasındaki uyuma göre hesaplanan genel uyum puanları dikkate alındığında ise olgu grubunun ( $14,6 \pm 4,6$ ) kontrol grubuna ( $13,4 \pm 3,9$ ) göre daha uyumlu olduğu gözlemlendi ( $t=2,109$ ;  $p=0,036$ ). Genel uyum puanı 14 ve altında olanlar uyumsuz, 15 ve üstünde olanlar uyumlu olarak alındığında hipertan-

**Tablo 3.** Katılımcıların bazı besin maddelerindeki tuz oranları ile ilgili bilgi ve tüketim durumları arasındaki uyumun olgu ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması - I

Besinler	Uyum durumu	Olgu grubu (HT var)		Kontrol grubu (HT yok)		İstatistik değerleri
		s	%	s	%	
Beyaz peynir (Edirne)	Uyumlu	35	32,1	30	29,1	p>0,05
	Uyumsuz	74	67,9	84	70,9	
Kaşar peyniri	Uyumlu	48	44,0	50	43,9	p>0,05
	Uyumsuz	61	56,0	64	56,1	
Lor peyniri	Uyumlu	52	47,7	37	32,5	$\chi^2 = 5,404$ p=0,02
	Uyumsuz	57	52,3	77	67,5	
İnek sütü	Uyumlu	46	42,2	57	50,4	p>0,05
	Uyumsuz	63	57,8	56	49,6	
Yoğurt	Uyumlu	62	56,9	59	51,8	p>0,05
	Uyumsuz	47	43,1	55	48,2	
Midye	Uyumlu	78	71,6	62	54,4	$\chi^2 = 7,033$ p=0,008
	Uyumsuz	31	28,4	52	45,6	
Yumurta	Uyumlu	56	51,4	43	37,7	$\chi^2 = 4,210$ p=0,040
	Uyumsuz	53	48,6	71	62,3	
Tavuk eti	Uyumlu	55	50,5	41	36,0	$\chi^2 = 4,774$ p=0,029
	Uyumsuz	54	49,5	73	64,0	
Kuru baklagiller	Uyumlu	49	45,0	55	48,2	p>0,05
	Uyumsuz	60	55,0	59	51,8	
Ceviz / fındık	Uyumlu	46	42,2	54	47,4	p>0,05
	Uyumsuz	63	57,8	60	52,6	
Patlamış mısır	Uyumlu	68	62,4	64	56,1	p>0,05
	Uyumsuz	41	37,6	50	43,9	
Kraker	Uyumlu	78	71,6	61	53,5	$\chi^2 = 7,733$ p=0,005
	Uyumsuz	31	28,4	53	46,5	
Yufka	Uyumlu	49	45,0	53	46,5	p>0,05
	Uyumsuz	60	55,0	61	53,5	

**Tablo 3.** Katılımcıların bazı besin maddelerindeki tuz oranları ile ilgili bilgi ve tüketim durumları arasındaki uyumun olgu ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması - II

Besinler	Uyum durumu	Olgu grubu (HT var)		Kontrol grubu (HT yok)		İstatistik değerleri
		s	%	s	%	
Ekmek (buğday)	Uyumlu	34	31,2	34	29,8	p>0,05
	Uyumsuz	75	68,8	80	70,2	
Makarna	Uyumlu	37	33,9	41	36,0	p>0,05
	Uyumsuz	72	66,1	73	64,0	
İrmik	Uyumlu	40	36,7	43	37,7	p>0,05
	Uyumsuz	69	63,3	71	62,8	
Bezelye (konserve)	Uyumlu	49	45,0	55	48,2	p>0,05
	Uyumsuz	60	55,0	59	51,8	
Sebzeler	Uyumlu	57	52,3	55	48,2	p>0,05
	Uyumsuz	52	47,7	59	51,8	
Meyveler	Uyumlu	50	45,9	33	28,9	p>0,05
	Uyumsuz	59	54,1	81	71,1	
Et suyu tableti	Uyumlu	59	54,1	72	63,2	p>0,05
	Uyumsuz	50	45,9	42	36,8	
Kabartma tozu	Uyumlu	50	45,9	51	44,7	p>0,05
	Uyumsuz	59	54,1	63	55,3	
Turşu	Uyumlu	43	39,4	52	45,6	p>0,05
	Uyumsuz	66	60,6	62	54,4	
Ketçap	Uyumlu	55	50,5	52	45,6	p>0,05
	Uyumsuz	54	49,5	62	54,4	
Cips (patates)	Uyumlu	69	63,3	51	44,7	$\chi^2 = 7,728$ p=0,005
	Uyumsuz	40	36,7	63	46,2	
Hazır çorba	Uyumlu	71	65,1	65	61,0	p>0,05
	Uyumsuz	38	34,9	49	43,0	
Margarin	Uyumlu	48	44,0	40	35,1	p>0,05
	Uyumsuz	61	56,0	74	64,9	
Tereyağı	Uyumlu	47	43,1	36	31,6	p>0,05
	Uyumsuz	62	56,9	78	68,4	
Sardalye (konserve)	Uyumlu	64	58,7	71	62,3	p>0,05
	Uyumsuz	45	41,3	43	37,7	
Dondurma	Uyumlu	68	62,4	65	57,0	p>0,05
	Uyumsuz	41	37,6	49	43,0	

siyonu olan ve olmayan katılımcıların uyumlarının karşılaştırılması **Tablo 4**'te gösterilmiştir. Hipertansiyon süresi ve ilaç kullanım süresi ile uyumluluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

## Tartışma

Çalışmamızda kişilerin yiyeceklerin tuz içerikleri hakkındaki bilgileri ile bu bilgilere uygun beslenip beslenmedikleri incelenmiştir. Katılımcıların bilgileri kendi beyanlarına göre değerlendirilmiş, bilgilerinin doğruluğu araştırılmaksızın bildiklerini uygulamaya ne kadar dönüştürdükleri sorgulanmıştır.

Birçok çalışmada tuz ile ilgili bilgileri ölçülmüş ve bunu etkileyen faktörler araştırılmıştır. Bu araştırmalarda katılımcıların tuza ilişkin özellikler, besinlerin etiketlerinde tuz miktarını inceleme durumları, bireylerin ne kadar tuz tükettikleri, tuz tüketimini sınırlama niyetleri, ne kadarının bunu başardığı gibi değişkenler incelenmiş ve genel olarak eğitimin önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmalarda genel olarak katılımcıların tuz konusunda bilgileri arttıkça besinlerindeki tuzu sınırlama niyetlerinin arttığı ancak bunu başaranların oranının hala oldukça yetersiz düzeyde olduğu gösterilmiştir.<sup>[19-26]</sup> Bu durum, bilmenin uygulama için yeterli olmadığını düşündürmektedir. Bireylerin doğruluğuna inandıkları bilgilere uygun davranış gösterip göstermediğinin araştırıldığı çalışmamızda ise, besinlerin yarıdan fazlasında tuz içeriğini bilme ile kullanma arasında uyumun olması durumunda kişi genel olarak uyumlu kabul edildiğinde, katılımcıların yarıya yakınının uyumsuz olduğu görülmüştür. Bu durum tuz kullanımı ile ilgili sorunun tuz kısıtlaması yapılan hastalardan öte tüm toplumu ilgilendiren bir boyutta olduğunu göstermekte ve sorunun çözümünün bilgilendirmenin ötesinde aranmasını işaret etmektedir. Tıpkı sigara, alkol kullanımı, egzersizden kaçınmak konularında olduğu gibi tuz konusunda da bireyler bildiklerini uygulamamaktadırlar.

Uyum durumunu etkileyen tek faktör cinsiyet gibi görünmektedir; çalışmamızda kadınlar erkeklerden

daha uyumlu bulunmuştur. Literatürde cinsiyete göre tuz kullanma ve bu konudaki bilgi düzeyi konusunda çelişkili veriler mevcuttur.<sup>[23-29]</sup>

Öte yandan HT olan ve olmayanlar açısından incelendiği zaman bazı besin maddelerinin tuz içeriği ve bunları tüketme arasındaki uyum, hipertansiyonu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Bu sonuç yukarıda söz ettiğimiz bilme ve uygulama arasındaki uyum sorununun sağlıklı insanlar için de bir problem olduğunu vurgulamaktadır. Hipertansiyon hastalarının bildikleri ile yaptıkları arasında daha çok uyum olmasının nedeni bu hastaların hastalıkları nedeni ile aldıkları eğitim ve sağlıkları ile ilgili endişelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ancak hipertansiyonu olan hastalar açısından da bu sonuçlar yeterince iç açıcı değildir. Öncelikle kontrol grubu ile fark yaratan besin maddelerinin sayısı altı ile sınırlıdır. Ayrıca hipertansiyonu olanların %30,3'ünün bildikleri ile davranışları arasında fark vardır.

Yapılan çalışmalarda insanların davranış değiştirmeleri için eğitim dışında yollar gerektiği gösterilmiştir. Yemek pişirme konusunda rehberlik yolu ile erkeklerde idrarda sodyum/potasyum oranının düştüğü gösterilmiştir.<sup>[30]</sup> Sağlık inanış modellerini dikkate alarak davranış değişikliği yaratmaya yönelik birçok girişimsel çalışma mevcuttur.<sup>[31]</sup> İnteraktif bilgisayar temelli girişimlerin yazılı bilgi vermeye göre daha etkin olduğu gösterilmiştir.<sup>[32]</sup>

## Sonuç

Araştırma sonuçlarımıza göre, hipertansiyonu olan bireylerin besinlerin tuz değerlerine ilişkin bilgileri ile bu besinleri tüketme davranışları arasındaki uyumu, hipertansiyonu olmayanlara göre daha iyidir. Öte yandan olgu ve kontrol gruplarının her ikisinde de uyumsuzluk oranı oldukça yüksektir. Bu durum sağlıklı davranışların elde edilmesinde eğitimin yanı sıra farklı girişimlerin kullanılması gerektiğini düşündürmektedir.

**Tablo 4.** Hipertansiyonu olan ve olmayan katılımcıların besinlerin tuz içeriği bilgileri ve kullanma durumları ile ilgili genel uyumlarının karşılaştırılması

Uyum durumu	Olgu grubu (HT var)		Kontrol grubu (HT yok)		İstatistik değerler
	s	%	s	%	
Uyumlu	61	56,0	37	32,5	$\chi^2=12,500$ $p<0,001$
Uyumsuz	48	44,0	77	67,5	
Toplam	109	100	114	100	
40-60 yaş	55	50,5	51	44,7	



## Kaynaklar

1. Global Health Observatory (GHO) data, Raised blood pressure, Situation and trends. WHO. [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/) adresinden 12/06/2015 tarihinde erişilmiştir.
2. PATENT 2 çalışması. [http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans\\_calismasi\\_2.php](http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php) adresinden 12/06/2015 tarihinde erişilmiştir.
3. Dietz WH, Gortmaker SL. Preventing obesity in children and adolescents. *Ann Rev Public Health* 2001; 22: 337-53.
4. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of Weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Arch Intern Med* 1997; 157(6): 657-67.
5. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension* 2000; 35(2): 544-9.
6. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons - A randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998; 279: 839-46.
7. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure. *Ann Intern Med* 2001; 135: 1019-28.
8. Chobanian AV, Hill M. National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: a critical review of current scientific evidence. *Hypertension* 2000; 35: 858-63.
9. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001; 344: 3-10.
10. Kelley GA, Kelley KS. Progressive resistance exercise and resting-blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2000; 35: 838-43.
11. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503.
12. Taylor-Tolbert N, Dengel D, Brown M, et al. Ambulatory blood pressure after acute exercise in older men with essential hypertension. *Am J Hypertens* 2000; 13: 44-51.
13. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.
14. Kabakcı G. Antihipertansif tedavide yaşa m kalitesi ve hasta uyumu. *Folia Hipertansiyon Diyabet Ateroskleroz Dergisi* 2006; 6: 5-6.
15. Hill M, Miller NH. Antihipertansif Tedaviye Uyum. Primer Hipertansiyon. Ed. İzzo JL, Black HR. Çev. ed. Kazancı G. 3. Baskı İstanbul, Nobel Kitapevi, 2012; 25: 27-34.
16. Demoner MS, de Ramos ERP, Pereira ER. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta Paul Enform* 2012; 25: 27-34.
17. He FJ, Mac Gregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programs. *Journal of Human Hypertension* 2009; 23: 363-84.
18. Muntzel M, Druke T. A comprehensive review of the salt and blood pressure relationship. *Am J Hypertens* 1992; 5: 1-42.
19. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi <http://www.ttb.org.tr/sted/sted0304/hipertansiyon.pdf> adresinden 07/08/2015 tarihinde erişilmiştir.
20. Coleman DJ. Medication compliance in the elderly. *Journal of Community Nursing* 2005; 19(8): 4.
21. Grimes CA, Riddell LJ, Nowson CA. Consumer knowledge and attitudes to salt intake and labelled salt information. *Appetite* 2009; 53: 189-94.
22. Webster JL, Li N, Dunford EK, Nowson CA, Neal BC. Consumer awareness and self-reported behaviours related to salt consumption in Australia. *AsiaPac J Clin Nutr* 2010; 19: 550-4.
23. Claro RM1, Linders H, Ricardo CZ, Legetic B, Campbell NR. Consumer attitudes, knowledge, and behavior related to salt consumption in sentinel countries of the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32: 265-73.
24. Tuz tüketimi ve gıda kaynakları çalışması SALTurk 2. [http://www.turkhipertansiyon.org/tuz\\_280512.php](http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_280512.php) adresinden 12/06/2015 tarihinde erişilmiştir.
25. Zhang J, Xu AQ, Ma JX, et al. Dietary sodium intake: knowledge, attitudes and practices in Shandong province, China 2011. Readiness for dietary sodium reduction. *Plosone* 2013; 8:5-7.
26. Mc Laren L, Heidinger S, Dutton DJ, Tarasuk V, Campbell NR. A repeated cross-sectional study of socio-economic inequities in dietary sodium consumption among Canadian adults: implications for national sodium reduction strategies. *Int J Equity Health* 2014; 13(44): 5-11.
27. Marakis G, Tsigarida E, Mila S, Panagiotakos DB. Knowledge, attitudes and behaviour of Greek adults towards salt consumption: a Hellenic Food Authority project. *Public Health Nutr* 2014; 17: 1877-93.
28. Grimes CA, Riddell LJ, Nowson CA. The use of table and cooking salt in a sample of Australian adults. *AsiaPac J Clin Nutr* 2010; 19: 256-60.
29. Sarmugam R, Worsley A, Wang W. An examination of the mediating role of salt knowledge and beliefs on the relationship between socio-demographic factors and discretionary salt use: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013; 10(25): 8-9.
30. Kitaoka K, Nagaoka J, Matsuoka T, et al. Dietary intervention with cooking in structions and self-monitoring of the diet in free-living hypertensive men. *Clin Exp Hypertens* 2013; 35: 120-7.
31. Lara J, Hobbs N, Moynihan PJ, et al. Effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Med* 2014; 12(60): 8-11.
32. Wieland LS, Falzon L, Sciamanna CN, et al. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8.

Geliş tarihi: 07.07.2015

Kabul tarihi: 20.08.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.12.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Dr. Olgu Aygün

e-posta: [olgu4780@gmail.com](mailto:olgu4780@gmail.com)

## Extended Summary

# The relevance between knowing the salt ingredient of nutrients and consuming them: Is it better with hypertensive patients?

**Introduction:** Because of the complications related with hypertension, it is an important health issue that especially affects the adult population and gets more frequent both in globally and locally. The ultimate cure for hypertension is to reduce morbidity and mortality rates due to cardiovascular and renal reasons. In this context the first and foremost advice that is given in all guides is to obtain a healthy life style. Limiting sodium holds an important place in patient management. The studies that are done on patients' compliance with salt constraints are limited. In this study it was examined that if there is difference between the relevance of people's knowledge on the salt ingredient of nutrients and consuming them, and the compliance of hypertension patients.

**Methods:** As we determined the odds ratio to be 2 with 95% reliability and 0.7 error margin we designated that we need 111 case and 111 control groups for our case-control study. Case group was chosen among patients with hypertension who applied to a university hospital cardiology outpatient clinic and the control group was chosen among patients and relatives who also have applied to same clinic with reasons other than hypertension and who were not advised to limit salt consumption. The patients who accepted to take part in the study are included in the study consecutively regarding their ages in both groups. A questionnaire of 30 questions was applied to the participants by the researchers examining their knowledge on certain nutrients and their levels of consuming them. The salt levels of the nutrients were coded as low and average-high and the frequency of consuming them were coded as rarely and sometimes-frequent. The average-high consumption of nutrients that have low amount of salt and the low consumption of nutrients that have average-high amounts of salt are considered as relevant; the high consumption of nutrients that have high amounts of salt and low consumption of nutrients that have low amount of salt are considered as irrelevant. By awarding 1 point to each relevant outcome and 0 points to each irrelevant outcome, a general relevance score was calculated. The data was input into SPSS for Windows 15 program; and for statistical analysis chi-square test and t test were used.  $P < 0.05$  was accepted as significant.

**Results:** 109 of them being from the case group and 114 of them being from the control group; a total of 223 people have participated in the study. The mean age of the participants was  $44.5 \pm 12.3$ ; 83% of them were women (37.2%); 152 of them were married (68.2%); and 110 of them had higher education (49.3%). There was no statistically significant difference between both groups regarding age and marital status ( $p > 0.05$ ); however the control group was mainly consisted of men ( $\chi^2 = 6.830$ ;  $p = 0.009$ ). In the study, 29 different nutrients were examined regarding their salt content and their consumption levels. The first three nutrients that the participants use viable to their knowledge on salt levels were fruits (69.5%), clams (62.8%) and instant soup (61.0%). The first three of the nutrients that are in irrelevant consumption group were cheese (70.9%), bread (69.5%), semolina and butter (62.8%). When the overall relevance between knowing the salt ingredient of nutrients and consuming them for all participants was calculated, case group ( $14.6 \pm 4.6$ ) was found to be more relevant than the control group ( $13.4 \pm 3.9$ ) ( $t = 2.109$ ;  $p = 0.036$ ).

**Conclusion:** In our study we examined people's knowledge on which nutrients contain salt and their consumption habits according to their knowledge. Many studies generally show that even though as the knowledge on salt amount increases participants get more inclined to limit their consumption, the number of people who actually succeed in that is very inadequate. This conclusion shows that knowing is not enough for doing. The result of our study suggests that in general people have low relevance rates between knowing the salt ingredient of nutrients and consuming them; however it was also observed that people with hypertension has more relevance than people who don't.

# Tip 2 diyabetik hastalarda statin kullanımı ile glisemik kontrol arasında ilişki var mıdır?

Is there a relation between statin use and glycemik control in type 2 diabetic patients?

Altuğ Kut<sup>1</sup>, Yusuf Boşkuş<sup>2</sup>, Özgür Çayır<sup>3</sup>, Ali Ümit Geçkil<sup>4</sup>,

## Özet

**Amaç:** Statinler onlarca yıldır dislipidemi tedavisinde kullanılan ajanlar olup kardiyovasküler mortalite üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Her ne kadar statinler diyabet başlangıcında %9'luk bir artışla ilişkilendiriliyor olsalar da, glikoz regülasyonunu nasıl etkiledikleri konusu açık değildir. Bu çalışmanın amacı, Tip2 Diyabeti olan bir hasta popülasyonunda statinlerin glisemik kontrolü nasıl etkilediklerini incelemektir.

**Yöntem:** Bu amaçla bir üniversite hastanesinin endokrinoloji polikliniğine 2008-2013 yılları arasında başvuran hastaların kayıtları retrospektif olarak taranmış ve dahil etme kriterleri ışığında bir örneklem belirlenmiştir. Statin kullanan grup 119 hastadan oluşurken, statin kullanmayan grup 28 hastadan oluşmuştur.

**Bulgular:** Örneklem ortalama yaşı  $66,8 \pm 11,6$  (31-93) yıl ve erkek-kadın oranı 0,67:1 olarak bulundu. Ortalama diyabet süresi  $10,5 \pm 8,9$  (1-49) yıldır. Statin kullanan ve kullanmayan gruplar arası karşılaştırmalar yapılırken her iki grup yaş, DM süresi, DM için kullanılan ilaç, anti hipertansif tedavi değişkenleri yönünden istatistiksel olarak eşitlendi. Statin kullanan ve kullanmayan gruplardaki ortalama HbA1c değerleri sırasıyla  $7,0 \pm 0,1$  SEM ve  $6,4 \pm 0,2$  SEM olarak bulundu ( $p=0,02$ ). Çalışma grubunun ortalama izlem süresi  $44,3 \pm 35,4$  (6-139) aydır.

**Sonuç:** Sonuç olarak statinlerin diyabet başlangıcını arttırmalarının yanı sıra diyabetik hastaların izlemi sırasında glikoz regülasyonu üzerinde de anlamlı bir olumsuz etkileri olduğu görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Statinler, Tip 2 diyabetes mellitus, glisemik regülasyon

## Summary

**Objective:** Statins are used for decades to treat dyslipidemia, and improve cardiovascular mortality. Although statins are associated with an increase of 9% in diabetes onset; it is not clear how they affect glucose regulation. Therefore we aimed to investigate the effect of statins on glycemik control in a sample of Type 2 Diabetes patients.

**Methods:** Patient records of the endocrinology outpatient clinics of a university hospital in Turkey between 2008-2013 were retrospectively investigated according to the inclusion criteria to identify the study sample. The statin treated group enrolled 119 patients, while the non-statin group consisted of 28 patients.

**Results:** Mean age of the study population was  $66,8 \pm 11,6$  (31-93) years with a male-to-female ratio of 0.67:1. Mean diabetes duration was  $10,5 \pm 8,9$  (1-49) years. Statistical comparisons were made by adjusting groups according to age, diabetes duration, anti-diabetic and anti-hypertensive medication. Mean HbA1c percentages in the statin and non-statin group were  $7,0 \pm 0,1$  SEM and  $6,4 \pm 0,2$  SEM respectively ( $p=0,02$ ). Mean follow-up duration of the study population was  $44,3 \pm 35,4$  (6-139) months.

**Conclusion:** Besides increasing diabetes onset, statins also have a significantly negative effect on glucose control during follow up of diabetic patients.

**Key words:** Statins, Type 2 diabetes mellitus, glycemik regulation.

## Giriş

Tip 2 diyabetes mellitus (T2DM); periferik insülin direncinin gelişmesi, hepatik glukoz üretim regülasyonunun bozulması ve pankreatik beta-hücrelerinin fonksiyonlarının azalması nedeniyle oluşan hipergliseminin oluşturduğu metabolik bir bo-

zukluktur.<sup>[1]</sup> T2DM'nin kardiyovasküler hastalıklar (KVH), inme ve diğer vasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu<sup>[2]</sup> ve diyabet olmayanlarla karşılaştırıldığında KVH riskinin 2-4 kat fazla olduğu bilinmektedir.<sup>[2]</sup> Diyabette, dislipidemi genelde düşük dansiteli lipoprotein kolesterol

1) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Ankara  
2) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Anabilim Dalı, Uz. Dr., Ankara  
3) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uz. Dr., Ankara  
4) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör. Dr., Ankara

(LDL-K) yüksekliği, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDL-K) düşüklüğü ve trigliserit (TG) yüksekliği şeklinde ortaya çıkabilir. Ayrıca T2DM hastalarında azalmış HDL-K ve artmış LDL-K, koroner kalp hastalığını (KKH) predikte etmektedir.<sup>[3]</sup> Kılavuzlar T2DM hastalarında dislipideminin agresif olarak tedavi edilmesi gerektiğini bildirmektedirler.<sup>[4,5]</sup> Ayrıca LDL-K düzeyini düşürmenin, hem primer hem de sekonder korunmada KKH'yi azalttığı iyi bilinmektedir.<sup>[6]</sup>

Ancak son yıllarda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre statinlerin yeni T2DM gelişmesi konusunda olumsuz etkileri olduğu bildirilmiş ve bu durum Amerikan Yiyecek ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından statin ilaç grubunun etiketlerine "Artmış kan glukozu düzeyine ve Tip 2 DM gelişimine neden olmaktadır" ibaresinin eklenmesine neden olmuştur.<sup>[2,7]</sup> Aynı kaygılarla ADA 2014 kılavuzu statin kullanımının yeni T2DM riskini arttırdığı yönünde ifadeler de yer vermiştir.<sup>[4]</sup> Statinlerin yeni DM gelişimi ve glikoz regülasyonu üzerinde olumsuz etkilerinin statin türü ve dozuna, cinsiyete, menapoz öncesi ve sonrası dönemde olmaya bağlı olarak değiştiğini bildiren çalışmalar mevcuttur.<sup>[2,7,8]</sup> Ancak statinler arasında yalnızca pravastatin ile yapılan çalışmalarda pravastatinin yeni diyabet gelişimini arttırmadığı, hatta azalttığı ortaya çıkmıştır. Bu anlamda 5974 hastanın alındığı WOSCOPS çalışmasında pravastatin ile T2DM gelişiminin plaseboya kıyasla %30 daha az olduğu gösterilmiştir.<sup>[9]</sup>

Statin kullanımının yeni T2DM başlangıcı üzerindeki olumsuz etkileri konusunda literatürde ve kılavuzlarda birçok bilgi olmasına karşın, halen T2DM nedeniyle tedavi altında olan hastalarda statin kullanımının glukoz regülasyonunu nasıl etkilediği konusundaki bilgiler kanımızca henüz yeterli düzeyde değildir. Bu anlamda bu çalışmanın amacı, halen T2DM nedeniyle izlem altında olan hastalarda, statin kullanımının hastaların glisemik regülasyonu üzerindeki etkilerini belirlemeye çalışmaktır.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel analitik desende planlanan bu çalışma, Başkent Üniversitesi Ümitköy Endokrinoloji polikliniklerine 2008-2013 yılları arasındaki 5 yıllık sürede başvuran hastalar arasından seçilen bir örneklem üzerinde yapılmıştır. İnceleme yapılan süre içerisinde Ümitköy yerleşkesinde bulunan endokrinoloji polikliniklerine toplam 4342 hasta T2DM tanısı almış ve mükerrer başvurularda izlenmiştir. Hasta

kayıtları elektronik ortamda izlenen bu hasta dosyaları üzerinden yapılan taramalara çalışmaya dahil etme kriterleri uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak en az bir yıl öncesinden T2DM tanısı almış olmak, aynı poliklinikteki takip süresi 6 aydan uzun olmak, HbA1C ölçüm sayısı ikiden fazla olmak, yaşam tarzı önerilerine uyum göstermek (diyet ve egzersiz uyumu, sigara kullanmama), 18-60 yaş arasında olmak şartları aranmıştır. Hastalara her başvurularında sigara kullanma durumları, diyet uyum durumları (öğün sayıları, ara öğün alma durumları, gıda içerikleri, gıda kaçamakları), egzersiz durumları (haftalık egzersiz sayıları, egzersiz türü, şiddeti ve süresi) sorulup kayıt edilmiştir. Hastalar bu bilgilere göre diyet uyuyor veya uymuyor, egzersize uyuyor veya uymuyor olarak not edilerek sınıflandırılmıştır. Bu kriterler uygulandığında 1834 hastanın (%42,2) çalışma dışında kaldığı ve 2508 hastanın (%57,8) çalışma için uygunluk gösterdiği görülmüştür. Bu hasta grubunda hipertansiyon, hiperlipidemi ve obezite, komorbid durumlar olarak kabul edilmiştir. Bunun dışındaki multimorbid durumlar olan; sistemik hastalık varlığı (tiroid, adrenal, hipofiz gibi diğer endokrin gland sorunları, kronik karaciğer, pankreas ve akciğer hastalıkları vb.), morbid obezite, diyabetin makro (KKH, inme, periferik arter hastalığı) ve mikrovasküler komplikasyonlarının (retinopati, nefropati, polinöropati) oluşmuş olması ve statin olarak pravastatin kullanma (glukoz regülasyonunu olumsuz etkilemediği gösterildiği için) gibi durumlar ayrıca dışlama kriterleri olarak kullanılmıştır. Grup bu kriterlere göre irdelendiğinde çalışmaya kabul edilebilecek hasta sayısının %51,1 daha da azalarak 1281 kişi ile sınırlandığı görülmüştür. Bu hasta sayısı üzerinden %5 hata payı, %95 güven düzeyi ile 141 kişinin rastgele örnekleme yöntemiyle çalışmaya alınması planlandı.

Çalışma popülasyonunun tıbbi kayıtlarından yaş, cinsiyet, diyabet süresi, hastaların ortalama takip zamanı, HbA1C düzeyleri, LDL-K düzeyleri ve kullanılan antidiyabetik ilaçların verileri toplandı. LDL-K < 100 mg/dl normal değer olarak kabul edildi.

İstatistiksel analiz için veriler SPSS 21.0 ortamında kayıt altına alındı. Demografik değişkenler frekans ve yüzde dağılım oranlarına göre incelendi. Statin kullanan ve kullanmayan gruplar arası karşılaştırmalar yapılırken her iki grup yaş, diyabet süresi, diyabet için kullanılan ilaç (metformin, sülfonilüre, insülin), anti hipertansif tedavi (diüretikler,

beta blokerler ve ARB'ler) değişkenleri yönünden istatistiksel olarak eşitlendi. Karşılaştırmalar için univariate ANOVA (tek değişkenli ANOVA) tekniği kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için %95 güven aralığında  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Çalışmaya dahil edilen T2DM hastalarının ortalama hastalık süresi  $10,5 \pm 8,9$  yıl (1-49 yıl), erkek/kadın oranı 0,67/1, tüm çalışma popülasyonunun ortalama takip süresi 44,3 ay (6-139 ay), tekrarlanan HbA1c ölçüm ortanca sayısı 4 (2-7 ölçüm) idi. Katılımcıların 119'u (%80,9) statin kullanmakta, 28'i (%19,1) ise kullanmamaktaydı. Çalışmaya katılanların demografik özelliklerinin statin kullanma durumuna göre dağılımları **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Bu dağılımlara göre demografik değişkenler bakımından iki grup homojen kabul edildi.

Total izlem süreci içerisinde hastaların tamamına yapılan LDL ölçümü ortancası 4 (1-7 ölçüm) olarak bulundu. Hastalardan yalnızca %36,1'inde hedef LDL düzeyi olan 100 mg/dL düzeyinin altına ulaşılmıştı. Statin kullanan ve kullanmayan gruplar arasında LDL hedefine ulaşma durumundan bağımsız olarak izlem süreci içerisinde LDL ölçüm tekrarı yapmak konusunda anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla  $3,65 \pm 1,45$ ,  $3,79 \pm 1,34$ ;  $p > 0,05$ ). Kullanılan etken maddelerin dağılımına bakıldığında, hastaların %13,4'ü ( $s=15$ ) simvastatin, %64,3'ü ( $s=72$ ) atorvastatin ve %22,3'ü ( $s=25$ ) ise rosuvastatin kullanmaktaydı. Statin kullanma durumuna göre ayrılan grupların LDL hedefine ulaşma durumuna göre dağılımı **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Statin kullanan hasta grubunun kullandıkları statin türüne göre HbA1c ortalamalarına bakıldığında, statin türleri arasında HbA1c düzeyi açısından fark

**Tablo 1.** Statin kullanma durumuna göre grupların demografik bilgilerinin dağılımı.

		Statin kullanmayan	Statin kullanan	p
Yaş		66,31±12,12	66,93±11,48	>0,05†
Cinsiyet	Kadın	%60,7 (s=17)	%59,7 (s=71)	>0,05‡
	Erkek	%39,3 (s=11)	%40,3 (s=48)	
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )		29,66±5,80	29,25±4,86	>0,05†
DM süresi (Yıl)		9,85±9,12	10,63±8,95	>0,05†
Takip süresi (Ay)		39,14±34,99	45,52±35,50	>0,05†
A1c ortancası*		3 (2-7)	4 (2-7)	
Sigara	Var	%3,7 (s=1)	%11,3 (s=12)	>0,05‡
	Yok	%96,3 (s=26)	%88,7 (s=94)	
† t-test; ‡ Ki-kare testi,		* Takip süresince bakılan HbA1c sayısı		

**Tablo 2.** Vaka (statin kullanan) ve kontrol gruplarının (statin kullanmayan) LDL hedefine ulaşma durumuna göre dağılımı.

LDL 100mg/dL hedefi	Statin kullanmayan	Statin kullanan	p
Ulaşan	%42,9 (s=12)	%35,5 (s=41)	$p > 0,05$
Ulaşamayan	%57,1 (s=16)	%65,5 (s=78)	
Total	%100 (s=28)	%100 (s=119)	
Ki-kare testi,			

saptanmadı (**Tablo 3, Şekil 1**). Hedef LDL düzeyine ulaşma oranları rosuvastatin kullananlarda %37,5, atorvastatin kullananlarda %40,9, simvastatin kullananlarda %33,3 oranında saptandı ve gruplar arasında fark yoktu ( $p>0,05$ ).

Statin kullanan ve kullanmayan grupların ortalama HbA1c bakımından karşılaştırmasını yapabilmek için gruplar kovaryantların etkisinden arıtılmak için eşitlendi. Bu anlamda gruplar yaş, cinsiyet, diyabet yaşı, sülfonilüre kullanımı, metformin kullanımı, insülin kullanımı, ACE/ARB kullanımı, beta bloker kullanımı ve diüretik kullanımı yönünden eşitlendi. Ortalama HbA1c düzeyi statin kullanan grupta ( $7,0 \pm 0,1$  SEM) kullanmayan gruptan ( $6,4 \pm 0,2$  SEM) anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu ( $p=0,02$ ).

### Tartışma

Gözlem ve diyabet tanı sürelerinin uzun olması nedeniyle hastaların çoğunda hipertansiyon, dislipidemi ve obezite komorbid durumlar olarak bulunmaktaydı. Bu nedenle statin kullanmayan grubun sayısı oldukça düşüktü.

Çalışmamızda statin kullanan hastaların HbA1c düzeyi  $7,0 \pm 0,1$  SEM saptanırken, kullanmayan grubun ortalama HbA1c düzeyi  $6,4 \pm 0,2$  SEM saptanmıştır ( $p=0,02$ ). Bu veriler statin kullanan hastaların ortalama HbA1c düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın verileri, statinlerin literatürdeki yeni tanı diyabet gelişimini artırdığı yönündeki verileri desteklemektedir. Ancak literatüre bakıldığında, çalışmaların çoğu diyabet tanısı olmayan ve statin kullanan hastaları inceleyen çalışmalar olup, yeni başlangıçlı diyabet gelişimini artırıp artırmadığı ile ilgili çalışmalardır. Bunların bazılarında takipte HbA1c'nin artıp atmadığı incelenmiş ve statinler kendi arasında kıyaslanmıştır. Oysa bizim ça-

lışmamızda halihazırda diyabet olduğu bilinen hastalar incelenmiş olup, statinlerin HbA1c düzeyine etkisi, yani glisemik regülasyon üzerine olumsuz bir etkisi olup olmadığı, statin hiç almamış diyabetik hastalarla karşılaştırılarak araştırılmıştır. Bu nedenle literatürdeki çalışmalarla farklılık göstermektedir ve bildiğimiz kadarı ile literatürde çalışmamıza benzer bir çalışma olmadığı için tartışma, literatürdeki statin-diyabet ilişkisini inceleyen çalışmaların bir derlemesi gibi sunulacaktır. Ayrıca çalışma verilerimizin retrospektif dosya kayıtlarından alınmış olması, hastaların diyet ve egzersiz durumlarının hastaların sözel beyanına göre kaydedilmiş olması ve diyet ve egzersiz durumunu statin alan ve almayan gruplar arasında objektif olarak kıyaslama şansı olmaması nedeniyle çalışma sonuçlarına dikkatli yaklaşmak gerekmektedir.

Statinler genel olarak iyi tolere edilen güvenli ilaçlar olsalar da, yeni diyabet gelişimi üzerine etkisi ile ilgili çelişkili veriler vardır.<sup>[10-14]</sup> Örneğin JUPITER çalışmasında ( $s=17802$ ), rosuvastatin 20 mg/gün ile 1,9 yılda plaseboya göre daha fazla T2DM gelişimi gözlenmiştir ve buna küçük fakat anlamlı bir HbA1c artışının eşlik ettiği gösterilmiştir.<sup>[9]</sup> Bunun aksine WOSCOPS çalışmasında ( $s=5974$ ) pravastatin ile T2DM gelişiminin plaseboya kıyasla %30 daha az olduğu gösterilmiştir.<sup>[9]</sup> Bu nedenle az sayıdaki pravastatin alan hastalar çalışmamıza dahil edilmemiştir. Ayrıca 13 statin çalışmasının meta analizinde 91140 diyabeti olmayan kişi incelendiğinde statin tedavisinin 4 yılda T2DM gelişim riskini %9 artırdığı gösterilmiştir.<sup>[12]</sup> Başka bir meta analizde statinlerin potansiyel diyabetojenik etkisinin doz bağımlı olduğu gösterilmiştir.<sup>[13]</sup> Benzer bir sonuç SPARCL çalışmasında da ( $s= 3803$ ) elde edilmiştir.<sup>[13]</sup>

Bazı çalışmalar statinlerin bu etkilerini statin

**Tablo 3. Statin kullanan hastaların HbA1c ortalamalarının karşılaştırılması**

Statin türü	Dağılımı	A1c ortalaması	p *
Simvastatin	%13,4 (s=15)	6,9	<0,05
Atorvastatin	%64,3 (s=72)	7,0	
Rosuvastatin	%22,3 (s=25)	6,8	
Total	%100 (s=112)	(7 vaka dışlandı)	
* Test: One-Way ANOVA			

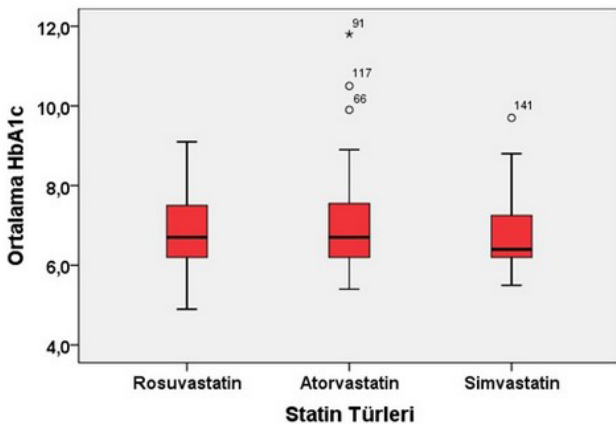
gruplarına göre de karşılaştırmıştır. Bunlardan biri olan PROVE-IT TIMI 22 çalışmasının verilerinin analizinde, 3382 önceden diyabeti olmayan hasta incelendiğinde pravastatin 40 mg ile HbA1c artışı %0,12 saptanırken, atorvastatin 80 mg ile bu artış %0,3 bulunmuştur ( $p<0,0001$ ).<sup>[15]</sup> Benzer bir çalışmada T2DM'si olan hastalarda ( $n=279$ ) atorvastatin 10 mg, pravastatin 10 mg veya pitavastatin 2 mg/gün alanlar glisemik kontrol açısından karşılaştırıldığında, glisemik parametrelerin (kan glukozu ve HbA1c) yalnızca atorvastatin alanlarda yükseldiği gözlenmiştir.<sup>[16]</sup> Ayrıca HbA1c'deki değişim ile LDL-K düzeyindeki değişim arasında ilişki bulunamadığı için glisemik kontrol üzerine statin etki mekanizmasının lipid profili ile ilgili olmadığı düşünülmektedir. CHIBA çalışmasının alt analizinde T2DM'si ve hiperkolesterolemisi olan 45 Japon hasta 2 mg pitavastatin ve 10 mg atorvastatin ile 12 hafta süre ile randomize edildiğinde atorvastatinin serum glikoalbumin düzeyini belirgin artırdığı, HbA1c düzeyini hafif düzeyde artırdığı ancak pitavastatinin etkisinin olmadığı gösterilmiştir.<sup>[17]</sup> Ülkemizde pitavastatin henüz bulunmamaktadır.

Öte yandan statinlerin kardiyovasküler (KV) olayları azaltıcı etkisi ile ilgili kanıtlar da oldukça fazladır. Meta-analiz sonuçlarına göre her 255 hastanın 4 yıl boyunca standart doz statin ile tedavi edilmesi dokuz KV olayı önlerken yalnızca bir statin ilişkili T2DM'ye yol açmaktadır (fayda-zarar oranı= 9:1).<sup>[12]</sup> Ayrıca T2DM tedavisi ile mikro vasküler komplikasyon riskinde belirgin azalma görülürken, makrovasküler komplikasyon riskinde azalma daha azdır. Beş randomize çalışmanın meta-analizinde ( $n=33040$ ) hipergliseminin vasküler hastalıklara etkisi incelenmiştir.<sup>[18]</sup> Bu meta-analize göre yoğun tedavi ile HbA1c'de %0,9 düşüş ile nonfatal

miyokard enfarktüsü riskinde %17 ve koroner kalp hastalığı riskinde %15 azalma sağlanmış ve inme veya tüm nedenlere bağlı ölümlerde önemli bir değişiklik gözlenmemiştir. Ancak glikoz regülasyonu ile elde edilen KV olay riskinde azalma, lipid düşürücü tedaviyle (her 1 mmol/L LDL-K düşüşü ile 8,2 daha az olay) elde edilene göre çok daha az bulunmuştur.<sup>[18]</sup>

Bu sonuçlara göre T2DM riskinde küçük artış yanında KV olayları önlemedeki ileri derecedeki faydası nedeni ile statinlerin dislipidemide halen ilk seçenek ilaç olarak kullanılması önerilmektedir.<sup>[11]</sup> Ancak bu çalışmaların çoğu yeni diyabet gelişimini saptamak üzere tasarlanan çalışmalardır. Diyabet tanısı olup kan glikoz regülasyonu üzerine etkiyi gösteren veri azdır. Bu sayılan çalışmalardan JUPITER çalışmasında rosuvastatin ile; PROVE-IT TIMI 22 çalışmasında atorvastatin 80 mg ile; Yamakawa ve arkadaşlarının çalışmasında yine atorvastatin 10 mg ile HbA1c artışı saptanmıştır. Eldeki verilere göre kılavuzlar, statinlerin yeni tanı diyabet gelişiminde bir miktar artış yaptığını ve olumlu KVH önleyici etkileri nedeniyle kullanılması gerektiğini bildirirse de, diyabeti olan hastalarda regülasyon bozucu etki ile ilgili çok fazla veri olmadığı için bir yargıya varmak güçtür. Her ne kadar, çok sayıda çalışmada, statinlerle LDL-K düzeyini düşürmenin T2DM'si olan ve olmayan hastalarda KV riskleri azalttığı net olarak gösterilmişse de, diyabeti olan hastalarda hangi statini seçmenin regülasyon üzerine daha olumlu veya olumsuz etki göstereceği konusunda veriler sınırlıdır.<sup>[19-23]</sup> Şu an için eldeki sınırlı verilere göre atorvastatin ve rosuvastatinin glukoz regülasyonunu bozduğu, ancak pravastatin ve pitavastatinin glukoz regülasyonu üzerinde etkisiz olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızdaki hastalar da atorvastatin, rosuvastatin ve simvastatin almaktaydılar. Toplu olarak bakıldığı zaman statin kullananların HbA1c düzeyi kullanmayanlara göre %0,6 daha düşük saptanmıştır. Üç statin grubu arasında ise fark yoktur. Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda doz karşılaştırması yapılamamıştır. Statinlerin yeni diyabet gelişimi üzerine etkisinin doz bağımlı olduğu<sup>[11]</sup> düşünüldüğünde glukoz regülasyonu üzerine olası olumsuz etkisinin de doz bağımlı olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda değişik statin dozlarının karşılaştırılması yol gösterici olacaktır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre statin grubu ilaçların diyabet tanısı olan hastalarda glukoz regülasyonunu bozabildiği saptanmıştır. Ancak çalışmanın



**Şekil 1. Statin türlerinin ortalama HbA1c'ye göre dağılımları**

retrospektif tasarımı nedeniyle, statin grubu ilaç kullanan hastalar farklı statinleri farklı dozlarda kullandıkları için homojen bir çalışma grubu oluşturmak mümkün olmamıştır. Ayrıca diyabet yaşı nispeten ileri olan vakalardan oluşan çalışma popülasyonu nedeniyle, hiperlipidemi tanısı olmayan ve statin grubu ilaç almayan yeterli sayıda vaka içeren kontrol grubu oluşturmak da oldukça güç görünmektedir.

KV olayları önlemedeki etkinliği nedeniyle şu an için vazgeçilmez olan statin grubu ilaçların T2DM tanısı konulanlarda olası glikoz regülasyonunu bozucu etkisinin klinik önemi ile ilgili yorum yapmak

için yeterli veri olmadığı kanaatindeyiz. Ancak ileride yapılacak olan prospektif olarak planlanmış, daha çok diyabetik vaka sayısı olan, tek bir statin grubunun değişik dozlarını ayrı olarak inceleyen ve karşılaştıran daha uzun takip süreli, kardiyovasküler komplikasyonları da irdeleyen yeni çalışmalar bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır. En azından T2DM'si olanlarda belki statinlerden bazıları tercih sebebi olabilecek ve bazıları da önerilmeyen grupta yer alabilecektir. Bu sayede belki de kan glikozu regülasyonunda bir miktar daha iyileşme sağlamak mümkün olabilecektir.



## Kaynaklar

1. Erqou S, Lee CC, Adler AI. Statins and glycaemic control in individuals with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2014; 57(12): 2444-52.
2. Ray K. Statin diabetogenicity: Guidance for clinicians. *Cardiovascular Diabetology* 2013; 12 (Suppl 1): 3.
3. U.K. Prospective Diabetes Study Group. Ethnicity and cardiovascular disease: The incidence of myocardial infarction in white, South Asian, and Afro-Caribbean patients with type 2 diabetes (U.K. Prospective Diabetes Study 32). *Diabetes Care* 1998; 21: 1271-7.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes Care* 2014; 37(Suppl 1): 14-80.
5. Brunzell JD, Davidson M, Furberg CD, et al. American Diabetes Association, American College of Cardiology Foundation. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: Consensus statement from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. *Diabetes Care* 2008; 31: 811-22.
6. Rosenson RS. Statins: Can the new generation make an impression? *Expert Opin Emerg Drugs* 2004; 9: 269-79.
7. Ma Y, Culver A, Rossouw J, et al. Statin therapy and the risk for diabetes among adult women: do the benefits outweigh the risk? *The Adv Cardiovasc Dis* 2013; 7(1): 41-4.
8. Rocco MB. Statins and diabetes risk: fact, fiction, and clinical implications. *Cleve Clin J Med* 2012; 79 (12): 883-93.
9. Freeman DJ, Norrie J, Sattar N, et al. Pravastatin and the development of diabetes mellitus: evidence for a protective treatment effect in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 2001; 103: 357-62.
10. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008; 359: 2195-207.
11. Preiss D, Seshasai SR, Welsh P, et al. Risk of incident diabetes with intensive-dose compared with moderate-dose statin therapy: a meta-analysis. *JAMA* 2011; 305: 2556-64.
12. Sattar N, Preiss D, Murray HM, et al. Statins and risk of incident diabetes: A collaborative meta-analysis of randomised statin trials. *Lancet* 2010; 375: 735-42.
13. Sattar N, Taskinen MR. Statins are diabetogenic – myth or reality? *AtherosclerSuppl* 2012; 13:1-10.
14. Waters DD, Ho JE, DeMicco DA, et al. Predictors of new-onset diabetes in patients treated with atorvastatin: results from 3 large randomized clinical trials. *J Am CollCardiol* 2011; 57:1535-45.
15. Sabatine MS, Wiviott SD, Morrow DA, et al. High-dose atorvastatin associated with worse glycemic control: a PROVE-IT TIMI 22 sub-study [abstract]. *Circulation* 2004; 110 (Suppl 3):834.
16. Yamakawa T, Takano T, Tanaka S, et al. Influence of pitavastatin on glucose tolerance in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Atheroscler Thromb* 2008; 15:269-75.
17. Yokote K, Saito Y. Influence of statins on glucose tolerance in patients with type 2 diabetes mellitus: subanalysis of the collaborative study on hypercholesterolemia drug intervention and their benefits for atherosclerosis prevention (CHIBA study). *J Atheroscler Thromb* 2009; 16: 297-8.
18. Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2009; 373: 1765-72.
19. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010;376:1670-81.
20. Kearney PM, Blackwell L, Collins R, et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 117-25.
21. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011; 32: 1769-818.
22. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106: 3143-421.
23. American Diabetes Association. Management of dyslipidemia in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34: 12-47.

Geliş tarihi: 29.09.2015

Kabul tarihi: 04.11.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.12.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Dr. Altuğ Kut

e-posta: altugkut@gmail.com

## Extended Summary

# Is there a relationship between statin use and glysemic control with type 2 diabetic patients?

**Introduction:** Statins have been agents that are used in the treatment of dyslipidemia for years and have a positive effect on cardiovascular mortality. With diabetes, dyslipidemia usually occurs as low density of high lipoprotein cholesterol, high density of low lipoprotein cholesterol and high triglyceride. Decreased high density lipoprotein and increased low density lipoprotein also predict coronary heart disease with type two diabetic patients. Guidelines suggest that with type two diabetes patients dyslipidemia should be treated aggressively. However recent studies show that statins affect developing type 2 diabetes. Additionally, even though statins are connected to a 9% increase in diabetes outset, it is not clear how they affect glucose regulation.

**Methods:** The purpose of this study is to examine how statins affect glysemic control in a patient group with type 2 diabetes. With this purpose in mind a sample group was formed by scanning records of patients retrospectively who have applied to any endocrinology polyclinic in a university hospital between the dates of 2008-2013 in light of involvement criteria. In this time period 4342 patients have applied with type 2 diabetes and received required care. When the involvement criteria were applied the group which used statins turned out to be consisted of 119 patients and the group which doesn't use statin was of 28 patients.

**Results:** Demographic variables were examined by frequency and percentage distribution rates. When the group which uses statins and the group which doesn't use statins were compared, they were equalized regarding age, DM period, medicine used for the treatment of DM (metforphin, sulphonyl urea, insulin), anti-hypertensive treatment (diuretics, beta blockers and ARBs) variables. For the comparison, univariate ANOVA (single variable ANOVA) technique was used.  $p < 0.05$  value was accepted as statistically significant with a 95% confidence interval. Mean age of the sample group was  $66.8 \pm 11.6$  (31-93) years and the male-female rate was 0.67:1. The mean diabetes period was  $10.5 \pm 8.9$  (1-49) years. The median of LDL measurement that was done during the time period which the patients were monitored was 4 (1-7 measurement). 13.4% (n=15) of the patients used simvastatin, 64.3% (n=72) used atorvastatin and 22.3% (n=25) used rosuvastatin as active ingredients. Only 36.1% of the patients couldn't meet the required LDL measurement levels which was anything higher than 100 mg/dL. Among the patients who used statin, without having any intergroup differences, the rates of meeting the required LDL levels were as such; 37.5% with the ones who use rosuvastatin, 40.9% with atorvastatin and 33.3% with simvastatin. The mean values of HbA1c with the groups which use statins and doesn't use statin were  $7.0 \pm 0.1$  SEM and  $6.4 \pm 0.2$  SEM respectively ( $p=0.02$ ). The mean time period of the observation of the study group is  $44.3 \pm 35.4$  (6-139) months.

**Conclusion:** As a result, besides statins increase diabetes outsets, it also has a significant negative effect on glucose regulation which is done during patients' monitoring. Statins are still effective on preventing cardiovascular events and thus irreplaceable however the clinical importance of their adverse effects on glucose regulation with patients who are diagnosed with type 2 diabetes should be further studied and statin effect should be further investigated on active substances.

# Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor?

## How and how long do family physicians follow up pregnant women?

Mehmet Ali Kurnaz<sup>1</sup>, Hüseyin Can<sup>2</sup>, Handan Atsız Sezik<sup>3</sup>, Yakup Tolga Çakır<sup>4</sup>, Mine Tuna<sup>5</sup>, Zeynep Ay<sup>6</sup>

### Özet

**Amaç:** Ülkemizde doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti birinci basamakta aile hekimleri (AH) ve aile sağlığı elemanları (ASE) tarafından verilmektedir. Gebelik ve doğuma bağlı ölümlerin önlenmesindeki en önemli araçlardan biri DÖB'dür. Çalışmanın amacı, hastanemizdeki doğum yapan kadınların aile hekimi tarafından izlenme durumlarını ve bu durumları etkileyen etmenleri incelemektir.

**Yöntem:** Araştırmaya 01.06.2013 - 01.09.2013 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapmış 182 kadın dahil edildi. Veri toplama formu katılımcıların sosyodemografik, biyodemografik özellikleri ve doğum öncesi bakımda yapılması gereken muayene, ölçüm, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini içeren 59 sorudan oluşmaktaydı. İstatistiksel değerlendirmede tanımlayıcı analizlerde yüzde (sayı), ortalama ± standart sapma (minimum – maksimum değer) ve ortanca; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0,05$  değerleri anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların (n:182) yaş ortalaması  $28,5 \pm 5,9$  (17-43) yıl olup, ortalama gebelik sayısı  $2,5 \pm 1,3$  (1-7) idi. Çalışmaya dahil edilen kadınların 140 tanesi iki ve daha fazla (multipar) doğum yapmış olup, bu kişilerin %95,0'ı (n=133) daha önceki gebeliklerinde doğum öncesi bakım aldıklarını belirtti. Katılımcıların aile hekimine başvuru değerlendirdiğinde; aile tipi, meslek ve aylık gelir ile ilk kontrol yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Eğitim düzeyi ile ilk kontrol yeri arasında ilişki saptanmadı (sırası ile p değerleri: 0,028; 0,003; 0,001; 0,193).

**Sonuç:** İncelemiş olduğumuz annelere aile hekimleri tarafından doğum öncesi bakım sırasında gerekli test ve ölçümlerin yeterli düzeyde yapıldığı saptandı. Ancak gebeliğe ait genel bilgilendirmenin yeterince yapılmadığı saptandı. Gebelikte ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonların erken tespiti ve tedavisi, ölü doğumların ve bebek ölümlerinin önlenmesi için DÖB hizmetlerinin yeterli ve nitelikli verilmesi amacıyla AH ve ASE'lere gerekli hizmet içi eğitimlerin verilmesi ve konu ile ilgili farkındalığın artırılması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Doğum öncesi bakım, gebelik, kadın sağlığı, Aile Hekimliği.

### Summary

**Objective:** In our country prenatal care services (PCS) are given by family physicians (FP) and family health assistants (FHA) in primary care. PCS are one of the most important ways to prevent deaths due to pregnancy and birth. The aim of this study is to investigate pre-partum follow up status and effecting factors of women in primary care services who had given birth in our hospital.

**Methods:** 182 women who had given birth in Obstetrics and Gynecology Clinic of İzmir Katip Çelebi University Atatürk Education and Research Hospital between the dates of 01.06.2013 - 01.09.2013 are included in the study. The data collection forms were consisted of 59 questions concerning socio-demographic, bio-demographic features of the participants and comprehension of antenatal care including examination, measurements, informing and consulting services. Besides descriptive statistics including percentage (number), average ± standard deviation (min. - max. values), median; chi square test for comparisons between the groups were used. P value  $< 0,05$  was taken as significant.

**Results:** The mean age of participants (n=182) was  $28,5 \pm 5,9$  (17-43 years). The average pregnancy number of the participants was detected to be  $2,5 \pm 1,3$  (1-7). The 95.0% (n=133) of the participants stated that they received antenatal care in their former pregnancies. When the application of the participants to the family physicians was evaluated, a significant relation between the family type, profession, monthly income and first place of health control was obtained. There was no relation between the education levels and the first applied health care organization. (p values in orderly: 0.028; 0.003; 0.001; 0.193).

**Conclusion:** It was detected that necessary tests and measurements were made sufficiently to the mothers participated in our study during prenatal care by family physicians. However, it was also found that informing about complaints concerning pregnancy and general information about pregnancy was insufficient. PCS have great importance on proving early detection and treatment of complications that may occur during and after pregnancy and prevention of stillbirth and infant mortality. In order to provide adequate and qualified PCSs providing necessary in-service education to FPs and FHAs, and raising awareness on the subject is required.

**Key words:** Prenatal care, pregnancy, women's health, Family Practice.

Çalışma 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur. Uzmanlık sonrası mecburi hizmet kurası ile atanmış oldukları için yazarların çalışmış oldukları kurumlar farklıdır. Tüm yazarlar İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği asistanı olarak görev almıştır.

- 1) Erzurum Köprüköy İlçe Entegre Hastanesi Köprüköy Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Erzurum
- 2) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Yrd. Doç. Dr., İzmir
- 3) İzmir Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, İzmir
- 4) Erzurum Horasan Farabi Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Erzurum
- 5) Iğdır Karakoyunlu Taşburun Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Iğdır
- 6) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asist.Dr., İzmir

## Giriş

Dünyada her gün yaklaşık 800 kadın gebelik ve doğuma bağlı sorunlar nedeniyle kaybedilmektedir. Bu ölümlerin %99,0'ı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmekte ve büyük çoğunluğunu önlenebilir ölümler oluşturmaktadır. Doğum öncesi bakım (DÖB) bu ölümlerin önlenmesindeki en önemli araçlardan birisidir.<sup>[1]</sup> Doğum öncesi bakım; anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Doğum öncesi bakım ne kadar erken dönemde başlatılır ve düzenli aralıklara nitelikli olarak uygulanırsa anne ve bebek ölümlerini azaltmada o kadar etkili olmaktadır.<sup>[2]</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1987 yılında dünya genelinde başlattığı "tüm kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gereksinimi olan güvenli ve sağlıklı bakımı elde etmelerinin" sağlanmasını içeren "güvenliannelik" seferberliğiyle yetersiz anne sağlığı hizmetleri nedeniyle gebelik ve doğum sonrası dönemlerde oluşabilecek komplikasyonlar sonucunda annelerin ve bebeklerin ölüm ve sakatlıklarının azaltılmasına odaklanılmış ve bu kapsamda doğum öncesi bakımın işlevi de öne çıkarılmıştır.<sup>[3]</sup> Bu bağlamda; ülkemizde gebe muayenelerinde standardizasyonu sağlamak ve DÖB'ün daha nitelikli yapılması için Sağlık Bakanlığı tarafından "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" oluşturulmuştur. Rehberde her gebenin ilk 14 hafta içinde, 18-24, 30-32 ve 36-38 haftalar arasında olmak üzere dört kez izlenmesi ve her izlemede yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır.<sup>[4]</sup>

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması ile doğum öncesi izlem görevi aile hekimlerine ve birlikte çalıştıkları aile sağlığı elemanlarına verilmiştir. Aile hekimlerinin yürütmekle yükümlü olduğu aşılama, gebe, çocuk ve bebek takibi hizmetleri aile hekimliği uygulamasında performans değerlendirmesi kapsamında ele alınmış ve tüm bu uygulamaların gereği gibi yerine getirilmemesi durumlarında uygulanacak cezalandırma (maaş kesintisi gibi) ilgili kanunda belirtilmiştir.<sup>[5]</sup>

Ülkemizde gebelik süresince en az bir kez sağlık personelinin DÖB alma oranı %92, dört kez ve üzeri DÖB alanların oranı kentte %80,4 ve top-

lamda %73,7 olarak saptanmıştır.<sup>[3]</sup> Oranlar yüksek görünse de aile hekimlerinin bu konudaki rolü net olarak incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı; hastanemizde doğum yapan kadınların aile hekimi tarafından izlenme durumlarını ve bu durumları etkileyen etmenleri incelemektir.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlandı. Çalışmanın evreni 01.06.2013 - 01.09.2013 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan kadınlar olarak belirlendi. Örneklem hesabı yapılmadan belirtilen süre içerisinde doğum yapan tüm gebelere ulaşıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların yazılı onamları alındıktan sonra, yüz yüze görüşülerek 59 sorudan oluşan veri toplama formu uygulandı. Veri toplama formu, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ve ilgili literatür esas alınarak katılımcıların sosyodemografik ve biyodemografik özellikleri ve doğum öncesi bakımda yapılması gereken muayene, ölçüm, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini içeren sorulardan oluşturuldu. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan rehberde belirtilen gebelikte tehlike işaretleri/acil durumlar (vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunumun gelmesi, yüz, el ve bacaklarda şişme, bebek hareketlerinin hissedilmemesi, hızlı kilo alımı vb.) sorgulandı. Çalışma için hastanemizin Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (26/04/2013 Etik kurul karar no:110).

Araştırmada belirtilen süre içerisinde doğum yapan 182 kişi ile yüz yüze görüşülerek veri toplama formu uygulandı. Evde, birinci ya da ikinci basamak sağlık kuruluşunda doğum yapan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, gebeliği adli vaka olarak değerlendirilmiş olan ve gebeliği abortus ile sonlanan gebeler çalışmaya dahil edilmedi. Toplanan veriler SPSS 15.0 veri tabanına girilerek istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Tanımlayıcı analizlerde ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde (sayı), ve küçük-en büyük değerler; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için p<0,05 değerleri anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Katılımcıların tamamı (s=182) doğum öncesi bakım almış olup, %93,4'ü (s=170) bu bakımı aile hekiminden, geri kalanı kadın hastalıkları ve doğum (KHD) uzmanından almıştı. Aile hekimi tarafından gebelere ortalama 5,1±2,4 kez doğum öncesi bakım verilmişti. Katılımcıların yaş ortalaması 28,5±5,9 (17-43 yaş arası) olup, ortalama gebelik sayısı 2,4±

1,3 (1-7 arası) idi. Gebeliklerini ortalama 6,1±2,2 (2-16 hafta arası) haftasında öğrendikleri, doktora ilk olarak gebeliğin ortalama 6,9±2,9 (2-28 hafta arası) haftasında başvurdukları saptandı. Çalışmaya dahil edilenlerin %73,7'sinin (s=134) lise öncesi eğitim düzeyinde olduğu, %83,0'ünün (s=151) ev hanımı, %94,5'inin (s=172) sağlık güvencesinin olduğu saptandı. Diğer tanımlayıcı ve sosyodemografik veriler **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı ve sosyodemografik verilerinin dağılımı - Bölüm - 1**

Sosyodemografik verilerin dağılımı			
		Sayı	Yüzde
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	15	8,2
	Okur-yazar	6	3,3
	İlkokul	61	33,5
	Ortaokul	52	28,6
	Lise	39	21,4
	Üniversite	9	4,9
Meslek	Ev hanımı	151	83,0
	Memur	7	3,8
	İşçi	20	11,0
	Diğer	4	2,2
Eşinin eğitim durumu	Okur-yazar değil	5	2,7
	Okur-yazar	6	3,3
	İlkokul	63	34,6
	Ortaokul	40	22,0
	Lise	57	31,3
	Üniversite	11	6,0
Eşinin mesleği	Memur	7	3,8
	İşçi	141	77,5
	Diğer	34	18,7
Eşi ile akrabalık durumu	Yok	147	80,8
	1. Derece	25	13,7
	2. Derece	10	5,5
Aile tipi	Çekirdek aile	149	81,9
	Geniş aile	33	18,1
Yerleşim yeri	İl merkezi	165	90,7
	İlçe	13	7,1
	Köy-Kasaba	4	2,2
Sigara	İçiyor	37	20,3
	İçmiyor	145	79,7
Alkol	Kullanıyor	1	0,5
	Kullanmıyor	181	99,5

**Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı ve sosyodemografik verilerinin dağılımı - Bölüm - 2**

Tanımlayıcı verilerin ortalama, en küçük ve en büyük değerleri			
	Ort.±SD*	En küçük	En büyük
Evde yaşayan kişi sayısı	4,7±1,7	3	12
Aylık toplam gelir	1326,7±1002,1 TL	0	12000
Gebelikte alınan kilo	12,2±4,5	3	30
Doğum sayısı	2,2±1,0	1	7
Yaşayan çocuk sayısı	2,1±0,9	1	6
Düşük sayısı	0,3±0,6	0	3
NSVD** sayısı	1,3±1,3	0	5
Sezaryen sayısı	0,9±1,0	0	3
Kürtaj sayısı	0,1±0,3	0	2
Aile hekimine başvuru/çağırılma sayısı	5,1±2,4	0	10

\* Ort.±SD: Ortalama±Standart sapma, \*\* NSVD: Normal Spontan Vajinal Doğum

Çalışmaya dahil edilen kadınların 140'ı iki ve daha fazla (multipar) doğum yapmış olup, bu kişilerin %95,0'ı (s=133) daha önceki gebeliklerinde doğum öncesi bakım aldıklarını belirtti. Gebelerin %23,1'inin (s=42) ilk gebeliği idi ve %51,6'sı (s=94) gebeliğini evde kendisi test yaparak öğrenmişti; %30,2'si (s=55) aile sağlığı merkezinde, %14,3'ü (s=26) kadın hastalıkları ve doğum uzmanından ve %3,8'i (s=7) ise özel muayenehanede test yaptırarak öğrenmişti. İlk kontrol için gebelerin %43,4'ü (s=79) aile sağlığı merkezine, %31,9'u (s=58) devlet hastanesine, %13,7'si (s=25) özel doktora ve %11,0'ı (s=20) üniversite hastanesine başvurmuştu. Gebeliklerin tamamı miad doğum olup, %46,7'si (s=85) normal spontan vajinal doğum, geri kalanı elektif sezeryan ile sonlanmıştı.

Katılımcıların %95,1'i (s=173) aile hekimini tanıdığını, %94,0'ı (s=171) aile hekiminde gebelik kaydı olduğunu belirtti. Aile sağlığı merkezine

başvuran katılımcıların %6,0'ı (s=11) aile hekimi, %33,0'ı (s=60) aile sağlığı elemanı, %54,4'ü (s=99) aile hekimi ve ASE tarafından izlenmişti. Ultrason görüntülemelerinin tamamı KHD uzmanı tarafından yapılmıştı. Katılımcılara doğum öncesi bakım sırasında yapılan testler ve ölçümler ile aile hekimi tarafından gebelere yapılan bilgilendirmeler **Tablo 2'**de gösterilmiştir. Son gebeliği boyunca aile sağlığı merkezinde yapılan izlemlerinde gebelikte gelişebilecek acil durumlarda nasıl bir yol izleneceği konusunda katılımcıların %45,1'i (s=82), doğum belirtileri hakkında katılımcıların %50,5'i (s=92) aile hekimi tarafından bilgilendirildiğini belirtti.

Katılımcıların %73,6'sı (s=134) gebelikleri süresince tetanoz aşısı yaptırmış olup (%51,1; s=93 bir kez, %22,5 s=41 iki kez), diğer katılımcılar tam aşı oldukları için son gebeliklerinde tetanoz aşısı yaptırmadıklarını belirtti. Tetanoz aşılarının tamamı aile sağlığı merkezinde yapılmıştı. Katılımcıların

**Tablo 2. Doğum öncesi bakım sırasında yapılan testler ve ölçümler - Bölüm - 1**

Doğum öncesi kontrollerin herhangi birinde:	Sayı	Yüzde
Tartıldınız mı?	179	98,4
Kan basıncı ölçüldü mü?	180	98,9
Kan tahlili yapıldı mı?	178	97,8
İdrar tahlili yapıldı mı?	173	95,1
Ultrason yapıldı mı?	175	96,2*
Karnın elle muayenesi yapıldı mı?	80	44,0

**Tablo 2. Doğum öncesi bakım sırasında yapılan testler ve ölçümler - Bölüm - 2**

Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında aile hekimi tarafından yapılan bilgilendirme	Sayı	Yüzde
Yorgunluk hakkında bilgi verildi mi?	98	53,8
Bulantı-kusma hakkında bilgi verildi mi?	118	64,8
Sık idrara çıkma hakkında bilgi verildi mi?	93	51,1
Baş dönmesi hakkında bilgi verildi mi?	77	42,3
Varis ve hemoroit hakkında bilgi verildi mi?	46	25,3
Kabızlık hakkında bilgi verildi mi?	61	33,5
Mide yakınmaları hakkında bilgi verildi mi?	88	48,4
Kramplar hakkında bilgi verildi mi?	95	52,2
Nefes darlığı hakkında bilgi verildi mi?	45	24,7
Memede hassasiyet ve kolostrum salınımı hakkında bilgi verildi mi?	44	24,2
Aşırı tükürük salgısı hakkında bilgi verildi mi?	26	14,3
Toprak v.s. yeme hakkında bilgi verildi mi?	8	4,4
<b>Aile hekimi tarafından gebelere yapılan genel bilgilendirmeler</b>		
Beslenme ve diyet hakkında bilgi verildi mi?	97	53,3
Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları hakkında bilgi verildi mi?	61	33,5
Gebelikte cinsel yaşam hakkında bilgi verildi mi?	47	25,8
Ağız-diş sağlığı hakkında bilgi verildi mi?	40	22,0
Sigara, alkol ve madde bağımlılığı hakkında bilgi verildi mi?	40	22,0
Gebelikte ilaç kullanımı hakkında bilgi verildi mi?	58	31,9
<b>Aile hekimi tarafından son gebelik süresince yapılan bilgilendirme/danışmanlık hizmetleri</b>		
Doğum sonrası aile planlaması hakkında bilgi verildi mi?	73	40,1
Emzirme hakkında bilgi verildi mi?	73	40,1
İkili veya üçlü test hakkında bilgi verildi mi?	135	74,2
Bebeğin anomali (sakatlık) ultrasonu açısından bilgilendirildiniz/yönlendirildiniz mi?	158	86,8
<b>Aile hekimi tarafından son gebelik süresince yapılan test ve işlemler</b>		
Hepatit (HBsAg, Anti-HBs,...) tahlili yapıldı mı?	127	69,8
Bebeğin kalp atışlarına bakıldı mı?	162	89,0
Rahim ağzından smear taraması yapıldı mı?	10	5,5
Şeker yükleme testi yapıldı mı?	113	62,1
Kan ilacı başlandı mı?	155	85,2
<b>Gebelikte karşılaşılabilecek tehlike işaretleri ile ilgili ASM tarafından yapılan bilgilendirmeler</b>		
Bebek hareketlerinin hissedilmemesi	92	50,5
Suyunun gelmesi	91	50,0
Vajinal kanama	79	43,4
Yüz-el ve bacaklarda şişme	77	42,3
Ciddi karın ağrısı	55	30,2
Baş ağrısı ile beraber görmeye bozulma	37	20,3
Hızlı kilo alımı	38	20,9
Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük	36	19,8
Solunum güçlüğü veya sık soluma	34	18,7
Konvülsiyon	11	6,0

\* Gebelik ultrasonlarının tamamı Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından yapılmıştır.

aile tipi, eğitim düzeyi, meslek ve aylık gelir düzeyi ile gebelik tanısı sonrası ilk kontrol yeri arasındaki ilişki **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

### Tartışma

Çalışmamızda aile hekimleri tarafından DÖB sırasında gerekli test ve ölçümlerin yeterli düzeyde yapıldığı, ancak gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında ve gebeliğe ait genel bilgilendirmenin yeterince yapılmadığı saptandı. İzmir ilinde yapılan bir araştırmada; gebelerin %14'ünün aile hekimlerini bilmediği, %10'unun aile hekimlerinde kaydının bulunmadığı ve %15'inin bu hekimlerce izlenmediği ortaya konmuştur.<sup>[5]</sup> Gebelik süresince en az bir kez sağlık personelinin DÖB alma oranı TNSA 2008 raporunda %92, sağlık istatistikleri yılı 2012 verilerine göre Türkiye genelinde %97, Ege bölgesinde %98 olarak bildirilmiştir.<sup>[6]</sup> DÖB oranlarındaki bu yükseliş; aile hekimliği uygulaması ile aile hekiminin kendisine kayıtlı her gebeye gebelik süresince DÖB vermesinin zorunlu kılınması ile açıklanabilir.

Doğum öncesi bakım ne kadar erken dönemde başlatılır ve düzenli aralıklarla, nitelikli olarak uygulanırsa anne ve bebek ölümlerini azaltmada da o kadar etkili olmaktadır.<sup>[2]</sup> Katılımcıların gebeliklerini ortalama 6,1 haftada öğrendikleri, ilk olarak gebeliğin ortalama 6,8 haftasında doktora başvurdukları saptanmıştır. TNSA 2008 raporunda Türkiye'de ilk ziyarette ortanca gebelik süresi 2,2 ay, kırsal alanlarda 2,8 ay, kentlerde 2,0 ay olarak bildirilmiştir.<sup>[3]</sup> Bu oranlar DÖB Yönetim Rehberi'nde

belirtilen, her gebenin ilk 14 hafta içinde tespit edilmesi ve takibe alınması hedefine ulaşıldığını göstermektedir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, aile hekiminin kendisine kayıtlı her gebeye gebelik süresince DÖB vermesini zorunlu kılmıştır. DÖB Yönetim Rehberi'nde ise aile hekimince verilecek DÖB nicelik ve nitelik olarak tanımlanmıştır. Rehberde her gebenin ilk 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.

Çalışmamızda katılımcıların gebelikleri süresince aile hekimine başvuru/çağırılma sayısı ortalama 5,1 olarak saptanmıştır. TNSA 2008 raporunda 4 kez ve üzeri DÖB alanların yüzdesi kentte %80,4 ve toplamda %73,7 olarak saptanmıştır. Nesanır ve Erkman'ın Sağlık Bakanlığı'ndan aldıkları 2002-2007 verilerini değerlendirdikleri araştırmalarında İzmir'de gebe başına ortalama izlem sayısının 2004'te 5, 2005'te 5,4 ve 2006'da 5,4 olduğu bildirilmiştir.<sup>[7]</sup> Sağlık istatistikleri yılı 2012 yılında gebe başına ortalama izlem sayısı Türkiye genelinde 4,1, Ege bölgesinde 4,4 olarak bildirilmiştir. Bu oranlar aile hekimliği yönetmeliğinde belirtilen her gebenin gebeliği süresince en az 4 kez DÖB alması hedeflerine ulaşıldığını göstermektedir. Katılımcıların aldıkları DÖB sorgulandığında tamamına yakını; tartışıldığını, kan basıncının ölçüldüğünü, kan ve idrar tahlili ile ultrason

**Tablo 3. Çeşitli değişkenlerin gebelik tanısı sonrası ilk kontrol yeri ile ilişkisi**

		İlk Kontrol Yeri		P
		Aile hekimi s (%)	Diğer s (%)	
Aile tipi	Çekirdek aile	59 (39,6)	90 (60,4)	0,028
	Geniş aile	20 (60,6)	13 (39,4)	
Eğitim düzeyi	Lise altı	62 (46,3)	72 (53,7)	0,193
	Lise ve üzeri	17 (35,4)	31 (64,6)	
Meslek	Ev hanımı	73 (48,3)	78 (51,7)	0,003
	Çalışan	6 (19,4)	25 (80,6)	
Aylık ücret	Asgari ücret ve altı	26 (66,7)	13 (33,3)	0,001
	Asgari ücret üzeri	53 (37,1)	90 (62,9)	



yapıldığını; yarısına yakını da karnının elle muayenesinin yapıldığını belirtmiştir.

TNSA 2008 raporunda gebelerin %83'ünün kilosunun ölçüldüğü, %92'sinin tansiyonunun ölçüldüğü, %82'sine idrar tahlili, %86'sına kan tahlili yapıldığı, %74'ünün karnın dışarıdan elle muayenesinin yapıldığı belirtilmiştir.<sup>[3]</sup> Doğum öncesi bakım alma ve bu bakımın yeterli olması açısından dezavantajlı konumda olarak nitelendirilebilecek gruplar arasında yer alan kadınlar, eğitim ve refah düzeyi düşük olanlar ile sosyo-ekonomik açıdan az gelişmiş bölgelerde yaşayanlardır.<sup>[3]</sup>

Çalışmamızda herhangi bir işte çalışmayan, geniş aile içerisinde yaşayan ve gelir düzeyi asgari ücret ve altında olan katılımcıların DÖB amacıyla ilk başvuruyu aile hekimine yapma oranları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. TNSA 2008 raporunda herhangi bir işte çalışmayan katılımcılarda yeterli DÖB alma oranı %65,9 iken hizmet sektöründe çalışanlarda %85,3 olarak; hane halkı refah düzeyi en düşük olanlarda yeterli DÖB %34,9 iken, hane halkı refah düzeyi en yüksek grupta %92,0 olarak tespit edilmiş olup, çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir.

Çalışmada katılımcılar gebelikte bulantı ve kusma, yorgunluk, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yakınmaları, nefes darlığı hakkında yeterli bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların yarısına gebelikte beslenme ve diyet hakkında bilgi verilmediği saptanmıştır. Sözeri ve arkadaşları da 2006 yılında Sakarya'da yaptıkları çalışmada çalışmamız ile uyumlu veriler saptamışlardır.<sup>[8]</sup> Bu veriler aile hekimi ve ASE'lerin DÖB hizmetinin niceliği açısından gebelere daha ayrıntılı bilgi vermesi gerektiğini göstermektedir.

Ulusal anne ölümleri araştırmasında hane halkı faktörleri ve toplumsal faktörler, özellikle de sorunun tanımlanmasında ve tedavi için başvuru yapılmasında yaşanan gecikmeler ve doğum öncesi bakımın alınmamış olması hem kentsel hem de kırsal yerleşim yerlerinde en sık karşılaşılan

önlenilebilir faktörler olarak belirtilmiştir.<sup>[9]</sup> Gürel ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada gebelikte tehlike işaretleri konusunda bilgi alma oranı %34,4 olarak belirtilmiş ve bizim çalışmamızla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.<sup>[10]</sup>

Anne ölümlerinin değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların kliniğe başvuru sırasında %68,2'sinin genel durumunun kötü, %17,0'ının orta düzeyde olduğu, %26,1'inin ilk 24 saat içinde kaybedildiği tespit edilmiştir.<sup>[11]</sup> Ulusal anne ölümleri çalışmasında kadının ya da ailesinin sorunu fark etmemesi ve tedavi için başvuruda gecikme gebeliğe bağlı ölümlerin sırası ile %44,3 ve %40,7'sine neden olan önlenilebilir faktörler olarak belirtilmiştir.<sup>[9]</sup>

Çalışmamızda katılımcıların gebelikleri boyunca yapılan izlemlerinde %54,9'u gebelikte gelişebilecek acil durumlarda nasıl bir yol izleneceği konusunda, %49,5'i doğum belirtileri hakkında aile hekimi tarafından bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Doğum öncesi bakımda aile hekimi ve ASE'nin, hem gebe hem de çevresinin gebelikte gelişebilecek tehlike işaretleri/acil durumlar hakkında bilgilendirilmesi konusunda daha dikkatli olması ve konuya hassasiyet göstermesi son derece önemlidir.

Çalışmamıza hastaneye doğum amacı ile başvuran hastaların kabul edilmiş olması sonuçlarının topluma uygulanmasında dikkatle davranılmasını gerektirmektedir. Hastaneye başvurabilmiş hastaların sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük çekmeyen bir grubu oluşturduğu, çalışmamızdaki sonuçların diğer araştırmalardan daha olumlu çıkmasına yol açtığı düşünülebilir. Çalışmanın toplum temelli araştırmalarla desteklenmesi uygun olacaktır.

## Sonuç

Sonuçlar göz önüne alındığında çalışmamıza katılan annelere aile hekimleri tarafından doğum öncesi bakım sırasında gerekli test ve ölçümlerin yeterli düzeyde yapıldığı, ancak gebelerce DÖB hizmetleri çerçevesinde verilmesi gereken bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin yeterince yapılmadığı gösterilmiştir.

## Kaynaklar

1. WHO. Maternal mortality. Fact sheet N°348 November 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html> adresinden 27/07/2015 tarihinde indirilmiştir.
2. Akın A, Özvarış ŞB. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. Eds: Akın A. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları’nda. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı UNFPA; 2002. [http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede\\_dogum\\_öncesi.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_öncesi.pdf) adresinden 27/07/2015 tarihinde indirilmiştir.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008 İleri Analiz Çalışması. Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara, 2010. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> adresinden 27/07/2015 tarihinde indirilmiştir.
4. Çatak B, İkişik H, Kartal SB, Öner C, Uluç HH, Seğmen Ö. İstanbul’da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma. *Perinatoloji Dergisi* 2012; 20(3): 126-34.
5. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklığı ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011; 9: 1-15.
6. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf> adresinden 27/07/2015 tarihinde indirilmiştir.
7. Nesanır N, Erkman N. Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. *TAF Prev Med Bull* 2010; 9(5): 493-504.
8. Sözeri C, Reyhan C, Sahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1(2): 92-104.
9. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICONINSTITUT Public Sector Gmbh ve BNB Danışmanlık. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2005: 51-88.
10. Gürel SA, Gürel H, Balcan E. Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi* 2006; 14(2): 90-5.
11. Yalınkaya A, Özcan Y, Kaya Z, Savaş Z, Erdemoğlu M. Üniversite hastanemizde maternal mortalite oranı. *Perinatoloji Dergisi* 2008; 16(1): 9-13.

*Geliş tarihi: 30.04.2014*

*Kabul tarihi: 06.08.2015*

*Çevrimiçi yayın tarihi: 22.09.2015*

### **Çıkar çakışması:**

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### **İletişim adresi:**

Dr. Hüseyin Can

e-posta: drhuseyincan@hotmail.com

# How much and how do family physicians follow up pregnant woman?

**Introduction:** 800 women a day die due to pregnancy and pregnancy related problems everyday globally. 99.0% of these deaths occur in developing countries and most of them happen to be preventable deaths. Prenatal care is one of most important things when it comes to preventing these deaths. In our country prenatal care is provided by family physicians and family health workers in primary care. The aim of this study is to determine the follow up frequency of pregnant women in primary care and related factors.

**Methods:** 182 women who gave birth in İzmir Katip Çelebi University Atatürk Education and Research Hospital between the dates of 06.01.2013 - 09.01.2013 were involved into the study. The form used for data gathering was consisted of 59 questions that included sociodemographic and biodemographic features as well as the required medical examination, tests, notification and counseling as part of the prenatal care. The gathered data was statistically evaluated by SPSS 15.0 demo program. For statistical evaluation, descriptive analysis including percentage, mean, median standard deviation, minimum – maximum values and for group comparisons chi-square test were used. For statistical importance  $p < 0.05$  values were considered to be significant.

**Results:** The mean age of the participants (n:182) was  $28.5 \pm 5.9$  (17-43) years and the mean number of pregnancies was  $2.5 \pm 1.3$  (1-7). It was detected that the mean week of diagnosis was  $6.1 \pm 2.2$  (2 to 16) weeks, and the mean application time to a physician for the first time was  $6.9 \pm 2.9$  (2 to 28) weeks. It was determined that among the people who have participated in the study 73.7% (n=134) of them had only pre-high school education, 83.0% (n=151) of them were housewives and 94.5% (n=172) had health insurance. 23.1% (n=42) of the pregnancies were first time pregnancies and 51.6% (n=94) of them had found out about their pregnancies by applying tests by themselves; 30.2% (n=55) of them at a family health center, 14.3% (n=26) of them at a specialist and 3.8% (n=7) of them found out about it by having tests in a private clinic. For the first control 43.4% (n=79) of them applied to a family health center, 31.9% (n=58) of them to a state hospital, 13.7% (n=25) of them to a private physician and %11.0 (n=20) of them to a university hospital. All of the births were mature births and, 46.7% (n=85) were spontaneous vaginal births and the rest were elective caesarian section. 140 of the participants had two or more previous births and 95.0% (n=133) of them stated that they had prenatal care in their previous pregnancies. 93.4% (n=170) of the participants have taken this care from a family physician and the rest have taken from an ob/gyn specialist. The mean frequency of prenatal care given by the family physicians were  $5.1 \pm 2.4$ . A statistically significant difference was detected depending on the control has taken place and family type, profession or monthly income. No relationship between the education level and where the control takes place was detected (respective p values: 0.028; 0.003; 0.001; 0.193).

**Conclusion:** Even though the rates seem to be high, the role of family physicians in this matter is not clearly examined. In this study it was detected that necessary tests and evaluations were applied sufficiently by the family physicians. However it was also detected that informing patients about complaints during pregnancy or pregnancy in general were not sufficient.

## 6. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri - Bölüm: II

Abstracts presented at the Sixth Family Medicine Resarch Days in  
6-9 November 2014, Ankara, Turkey

Aşağıda özetleri yer alan bildiriler 6. Aile Hekimliği Araştırma Günleri (AHAG) kapsamında, 6-9 Kasım 2014 tarihlerinde, Ankara'da sunulmuştur.

### Sözlü Bildiriler (SB-63 — SB-92)

#### SB - 63

**Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Hastanesi gebe polikliniğine başvuran gebe kadınların sigara içme ve sigara dumanından pasif etkilenim durumlarının, bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi araştırması**

Gamze BAL ERBAŞ<sup>1</sup>, Tijen ŞENGEZER<sup>1</sup>, Adem ÖZKARRA<sup>1</sup>, Gizem ÇOLAKOĞLU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde dünya nüfusunun 1/3 ü sigara kullanmakta olup, bu oran gün geçtikçe kadınlar lehinde bir artma göstermektedir. Gebelik ve komplikasyonları bakımından kadınlarda sigara kullanımı en tehlikeli ajan olarak bildirilmektedir. Gebelik döneminde sigara içiminin gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlığı, düşük doğum kilosu, prematürite (Sigara SGA olgularının %39'u, DDA olgularının %35'i, Prematüre doğumların %11'inden sorumlu tutulmaktadır. Sigara içen annelerin bebeklerinin doğum kilolarında 150-400 gr azalma olduğu gösterilmiştir), Spontan abortus, perinatal ve neonatal mortalite artışı, konjenital kalp hastalıkları, yanık damak-dudak gibi konjenital malformasyonlara neden olduğu ilerleyen dönemde ise DEHB, davranım bozuklukları, IQ düşüklüğü, kognitif fonksiyonlarda azalma gibi risklerle karşı karşıya kalabildikleri, inutero maruziyetin obezite ve psikiyatrik morbidite gibi geç post natal sonuçlarının olduğu bilinmektedir. Bağımlılığın gelecek nesillere bırakılması gibi etkilerinin de söz konusu olması Aile Hekimlerine bu alanda büyük sorumluluk yüklemektedir. Ülkemizde sigara içen hamileler oldukça geniş bir popülasyondur ve pasif sigara dumanına maruziyet halen ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Hamilelik sigarayı bırakmak için ciddi bir motivasyon olmakta ve hamilelerin %25'i sigarayı bırakmaktadır. Brakanların 1/3 ü doğum sonrası 3 ay içinde tekrar başlamaktadır. Motive olmuş

anne adayı ile birebir görüşme ve sigarayı bırakma önerisi oldukça etkili ve yoğun klinik görüşmelerin başarısının yüksek olduğu bilinmektedir.

**Yöntem:** Buradan yola çıkarak çalışmamızda Ankara-Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Hastanesi gebe polikliniğine başvuran gebe kadınların sigara içme, sigara dumanından pasif etkilenim durumlarının, bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Sigara içen ve sigara dumanından pasif etkilenen kadınlara anket sonrası broşür verilir kısa müdahale yapılarak bilgi düzeylerinin artırılması, yanlış bilgi ve davranışlarının değiştirilmesi hedeflenmiştir. Anket yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak yapılacaktır. Araştırmaya gebe polikliniğine başvuran sigara içen ya da pasif maruz kalan gebeler dahil edilecektir.

**Bulgular:** Hazırladığımız anket formu ve broşürün taslağı oturum sırasında sunulacaktır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır. Çalışmamızın sonucunda hazırladığımız broşür ve kısa müdahalenin yapılandırılarak birinci basamakta kullanılması ve uygulanması hedeflenmektedir.

#### SB - 64

**Uyku apne sendromu olan bireylerde (CPAP) Sürekli Pozitif Solunum Yolu Basıncı tedavisinin yaşam kalitesine etkisi**

Canan TUZ<sup>1</sup>, Füsün YÜKSEL SÖZER<sup>2</sup>, Şerife BOZTAŞ<sup>3</sup>, Altuğ KUT<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,

**Giriş ve Amaç:** Uyku bozuklukları içinde prevalansı en yüksek

(erkeklerde %4, kadınlarda %2) olan “Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS)”dır. OSAS, tedavi edilmezse kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok sistemik hastalığa yol açtığı; gündüz aşırı uyku hali ile ani trafik kazaları ve/veya iş kazalarına yol açabilecek sosyal sorunlar yarattığı bilinmektedir. Uyku apne sendromu tanısı alan hastaların CPAP (Sürekli Pozitif Solunum Yolu Basıncı) tedavisi verilmeden önce yaşam kalitesi ve anksiyete ile ilgili mevcut durumları ve CPAP tedavisi sonrasında düzelme olup olmadığının konu ile ilgili anketler uygulayarak belirlenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** 2015 yılı altı aylık dönemde polisomnografi laboratuvarında uyku bozukluğu ön tanısı ile tetkik edilen hastalardan orta ve ağır uyku apnesi tanısı konan yaklaşık 250 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Daha önce uyku bozukluğu tanısı olanlar, obstrüktif uyku apne sendromu dışı tanıları alanlar çalışma dışı bırakılacaktır. Uyku testi öncesi hastaların boy, kilo, visseral yağ düzeyi ölçümleri yapılması, medikal özgeçmişleri sorgulanması ve ardından SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ve Beck anksiyete ölçekleri uygulanması planlandı.

**Bulgular:** Obstrüktif uyku apne sendromu prevalansı yüksek olan ve birinci basamakta tanısı sık atlanan bir hastalıktır. Ancak yaşam kalitesinde bozulma, sosyal sorunlar ve birçok komorbid hastalığa zemin oluşturması nedeniyle erken tanısı önemlidir. Hastaların tanı ve tedavi amaçlı göğüs hastalıklarına yönlendirilmesi, tedavi planlanan hastalarda komorbiditelerin önlenmesi ve yaşam kalitesindeki düzelmenin takibi önemlidir. Orta ve ağır uyku apne sendromu tanısı alan bireylerde CPAP tedavisinin hastaların yaşam kalitesinde iyileşmeye, Beck anksiyete ölçeği ile değerlendirilen anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olacağı beklenmektedir.

**Sonuç:** CPAP tedavisinin hastaların yaşam kalitesinde iyileşmeye, Beck anksiyete ölçeği ile değerlendirilen anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı etkileri olacağı beklenmektedir.

#### Tartışma Soruları:

1. Uyku apne sendromlu hastalarda tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırabileceğimiz başka parametreler neler olabilir?
2. Çalışmamıza uyku apne sendromunun diğer tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesine katkısını değerlendirmek mümkün olur mu?
3. Bu antitenin ve tedavi başarısının izlemi yönünde bir birinci basamak kılavuzu oluşturulması konusunda ne düşünüyorsunuz?

## SB - 65

### Aile hekimliğinde kronik hasta yönetimi: PACIC (The Patients Assessment Of Chronic Illness Care) ölçeğini modifiye etme ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği

Handan ÖZDEMİR<sup>1</sup>, Okay BAŞAK<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

**Giriş ve Amaç:** Kronik hastalıklar toplumda en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Kronik hastalıkları önleme, kronik hastalıkların erken tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonunda aile hekimlerinin üzerine düşen önemli görevler vardır. Kronik hastalıkların kontrolü ve yönetimi için çeşitli program ve modeller geliştirilmiştir. Bunlardan birinci basamakta en bilineni ise Kronik Bakım Modelidir. Bu modele dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından kronik hastalara sunulan sağlık hizmetinin hasta perspektifinden değerlendirildiği Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) ölçeği geliştirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, kronik hasta bakımını hasta perspektifinden değerlendiren PACIC ölçeğinin Türkçe uyarlamasının toplumu-uzman sosyokültürel özelliklerine ve ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamak örgütlenmesine özgü olarak modifiye edilmesidir. Ayrıca bu şekilde oluşturulacak Türkçe modifiye PACIC ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği çalışılacaktır.

**Yöntem:** Çalışmamız iki aşamalı gerçekleştirilecektir. Birinci aşamada PACIC ölçeği Türkçe çevirisi toplumumuzun sosyokültürel özelliklerine ve ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamak örgütlenmesine uyumlu olarak modifiye edilecektir. Bunun için 10 kişiden oluşan bir uzmanlar paneli oluşturulacaktır. Konuyla ilgili uzmanlardan oluşacak bu panel sürecin başında ve sonunda iki kez yüz yüze bir araya gelecek ve ara dönemde elektronik ortamda çalışacaktır. İkinci aşamada ise, oluşturulan modifiye Türkçe PACIC ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılacaktır. Bunun için metodolojik tipte bir araştırma planlanmıştır.

Örneklem büyüklüğü, ölçekte yer alacak soru sayısının 10 katı olarak (olasılıkla 30X10=300) hesaplanacaktır. Çalışma Aydın ili merkez ilçesinde 18 yaş üstü erişkin nüfusta gerçekleştirilecektir. Örneklem grubunun belirlenmesi için kotalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılacaktır. Çalışmaya kalp damar hastalıkları (kalp yetmezliği, hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığı), kanserler, solunum yolu hastalıkları (astım ve KOAH), diyabet, kronik böbrek yetmezliği ve kronik nörolojik hastalıklardan (demans/ Alzheimer gibi) en az birinin en az bir yıl önce tanı konduğu kişiler alınacaktır. Modifiye PACIC ölçeği anketörler tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme ile uygulanacaktır. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilecektir.

**Bulgular:** Bu ölçeğin ülkemizde kronik hasta yönetimini değerlendiren ülke çapındaki çalışmalarda kullanılması hedeflenmektedir.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Uzmanlar paneli katılımcıları ile ilgili önerileriniz nelerdir?,
2. Araştırmanın kısıtlılıkları nelerdir?,
3. Oluşturacağımız Modifiye Türkçe PACIC ölçeği ulusal çaptaki çalışmalarda kullanılabilir mi?

## SB - 66

### Evde bakım birimi hastalarının bakım vericilerinde bakım veren yükü ve etkileyen faktörler:

Pemra C. ÜNALAN<sup>1</sup>, Nazire ÖNCÜL BÖREKÇİ<sup>1</sup>, Seda ARSLAN ÖZKUL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

**Giriş ve Amaç:** Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Evde Bakım birimimiz ile hastaneye gelemeyen kayıtlı hastalarımıza mobil sağlık hizmeti vermekteyiz. Bu hasta grubunda hastanın sağlığı, günlük yaşamını sürdürmekle ilgili sıkıntıları en az hasta kadar hastanın bakım vericisini de etkilemektedir. Bu çalışmada hastanın bakım vericisinin bakım veren yükünü ve bunu etkileyen olası faktörlerin araştırılması planlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamızın evreni Evde Bakım birimimize kayıtlı hastaların bakım vericilerinden oluşacaktır. Bakım vericilere Zarit bakım verme yükü ölçeği uygulanacaktır. Ayrıca bakım veren yükünü etkileyen değişkenler ile ilgili literatür incele-

nerek oluşturulan, hastanın ve bakım vericinin sosyo-demografik özelliklerinin, bakım vericinin sağlık algısının, yaşam kalitesinin ve olası etkileyici faktörlerin sorgulandığı açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir bilgi formu yüz yüze görüşme ile aynı görüşmeci tarafından doldurulacaktır. Bakım vericilere öz yeterlik ölçeği ve umut-umutsuzluk ölçeği de uygulanacaktır. Toplanan veriler SPSS 20 programı ile analiz edilecek, tanımlayıcı istatistikler (ortalama, frekans, mod, medyan, standart sapma) hesaplanacak, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında kategorik veriler için ki-kare testi, sürekli veriler için student t testi kullanılacaktır.

**Bulgular:** Yapılan analizler ile bakım vericilerin Bakım veren yükü ve bunun hastaya veya bakım vericiye dair hangi değişkenlerden etkilendiği değerlendirilecektir.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Hastanın ya da bakım vericinin hangi özelliklerinin bakım verme yükü ile ilgisi araştırılmalıdır?,
2. Açık uçlu sorulardan alınan bilginin veri haline dönüştürülmesinde karşılaşılabilecek zorluklar nelerdir?,
3. Hasta grubunu homojenize etmek elde edilecek verinin değerini artırır mı?

## SB - 67

### İzmir merkez ilçelerde 65 yaş üstü bireylerde erişkin aşılama durumu

Ergün AKYOL<sup>1</sup>, Vildan MEVSİM<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

**Giriş ve Amaç:** Erişkin bağışıklama son yıllarda önemi gittikçe artan, güncel bir konudur. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin çocukların bağışıklamasında olduğu gibi erişkin bağışıklamasının sağlanmasında önemli etki ve sorumlulukları vardır. Gittikçe yaşlanan toplumumuz için, 65 yaş üzeri bağışıklama hem bireysel sağlık hem de toplumsal sağlık ve ekonomik yük açısından önemlidir. Tüm dünyada çocuk bağışıklamasında başarılar sağlandıkça aşıyla korunabilir hastalıkların görülmesi ileri yaşlara kaymaktadır. Bu hastalıklar 65 yaş üzeri bireylerde ölümlere yol açmaktadır.

Ülkemizde yapılan yayınlar sınırlı sayıda olsa da ABD’de bulunan Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC), 1991’de yılda 40.000’e yaklaşan pnömokokkal hastalığa bağlı ölümlerin %60’ının, 18.000 civarında olan influenza kaynaklı ölümlerin %70’inin, 4.000 civarında olan hepatit B nedenli ölümlerin %90’ının, erişkin immunizasyonu ile önlenebileceğini bildirmektedir. Ne yazık ki geriatrik yaş grubu aşılama programları için tüm aşıların uygulanmasında ülkemizde devlet desteği bulunmamaktadır ve bu eksiklik, yaşlı nüfus morbidite ve mortalitesi açısından bir sorun olmaktadır. Bu çalışmanın amacı İzmir merkez ilçelerde Aile Sağlığı Merkezleri’ne başvuran 65 yaş üzeri bireylerin erişkin bağışıklama durumlarını saptamaktır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı kesitsel desende planlanmıştır. Araştırma evreni İzmir İli Merkez İlçeleri Aile Sağlığı Merkezi’ne (ASM) başvuran 65 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak hastaların sosyodemografik özelliklerini ve erişkin aşılarından uygulanan aşıların bilgilerinin toplandığı veri toplama formu kullanılacak olup, katılımcılara yüz yüze

görüşme yöntemiyle uygulayacaktır. Veriler SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilecektir. Verilere tanımlayıcı analizler yapılacaktır.

**Bulgular:** Değişkenler olarak sosyodemografik özellikler ve erişkin bağışıklama durumu değerlendirilecektir.

**Sonuç:** Araştırma proje aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Araştırma örneklemini farklı nasıl oluşturulabilir?,
2. Araştırma multisentrik ve ülke genelinde yürütülebilir mi?

## SB - 68

### Bir üniversite hastanesine başvuran yaşlı hastaların çoklu ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Dursun ÇADIRCI<sup>1</sup>, Elif OĞUZ<sup>2</sup>, Emel YİĞİT KARAKAŞ<sup>3</sup>, Elif Burcu YAVUZ<sup>1</sup>, Enver KEPENEK<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

<sup>2</sup> Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.

<sup>3</sup> Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye AD.

**Giriş ve Amaç:** Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2007 nüfus sayımı sonuçlarına göre 2007 yılında 65 yaş ve üzeri kişi sayısı yaklaşık 5 milyondur (%7,1) ve bu sayının 2025 yılında 7,9 milyona çıkması beklenmektedir. Çoklu ilaç kullanımını ifade eden “Polifarmasi” tanımı konusunda kesin fikir birliği olmamakla birlikte aynı anda genellikle birden fazla endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir. Birden çok hastalığın bir arada görüldüğü yaşlı hastalarda kullanılan ilaç çeşitliliği, bunun sonucu olarak da ilaç etkileşimleri ve yan etki sıklığı artmaktadır. Ülkemizde Dünyadaki verilere paralel olarak ilaç kullanan popülasyonun büyük kısmını yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlılarda kullanılan ilaçların istenmeyen etkileri ve ilaç etkinliğindeki değişiklikleri öngörmek güçtür. Bu sebeplerle yaşlılarda polifarmasi daha fazla önem kazanmaktadır. Çalışmamızda hastanemize başvuran 65 yaş üstü hastaların çoklu ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını irdelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi’ne başvuran 65 yaş üstü hastalardan çoklu ilaç kullanımı olanlar içinde Standardize Mini Mental Test (SMMT) düzeyi 24 ve üstü puan alanlar araştırmaya dahil edilecektir. Bu çalışmada 100-150 hastaya ulaşılmaya hedeflenmektedir. Çalışmaya Etik kurul onayı alındıktan sonra başlanacaktır. Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu; sosyodemografik özellikler, genel sağlık durumunu gösteren değişkenler, ilaç kullanımıyla ilgili soruları içeren 37 sorudan oluşmaktadır. Hastaların metal durum değerlendirmesi için kullanacağımız SMMT klinisyenler tarafından bilişsel yıkım derecelerinin ölçülmesi amacıyla kullanılmaktadır. Eğitimciler ve eğitimsizler için mevcut olan ayrı formlar uygulanacaktır.

**Bulgular:** Bir ay ya da daha uzun süreli birden fazla ilaç kullanımının polifarmasi olarak kabul edileceği bu çalışmada kullanacağımız ankette hastalara kullandıkları ilaç sayısı ve türü sorularak polifarmasi varlığı değerlendirilecektir. Anket formunda başkalarının önerisiyle ilaç kullanımı, reçete edilen ama kullanılmayan ilaç varlığı ve kullanılmama nedenleri, ilaçla ilgili

sorun yaşandığında tutumları, ilaç kullanımı ile ilgili olarak nerede sakladıkları, son kullanma tarihlerini kontrol edip etmedikleri, prospektüs bilgilerini okuma durumları değerlendirecektir. Ayrıca ilacın düzenli kullanımına ait sorulara da yer verilmiştir.

**Sonuç:** Araştırma planlama aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. En az 1 ay birden fazla ilaç kullanımını polifarmasi olarak değerlendirmek uygun mudur?,
2. Anket formuna eklenmesini düşündüğünüz sorular var mıdır?

## SB - 69

### Kadınların gebelikleri sırasında sigara bırakma ve doğumdan sonra yeniden başlama durumları ve bunu etkileyen faktörler

Sabire İlke EKİM YARDIM<sup>1</sup>, Gamze AKYOL<sup>2</sup>, Tolga GÜNVAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

**Giriş ve Amaç:** Sigara dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gebelikte sigara kullanımının bebeğe zarar verme olasılığı nedeni ile gebelerin önemli bir kısmı sigarayı bırakmakta ancak doğum sonrasında ilk bir yıllık süre içinde yarından fazlası yeniden sigaraya başlamaktadır. Bu çalışmanın amacı sigara içen kadınların ne kadarının gebelikleri sırasında sigarayı bırakabildiklerinin, bırakma ve bırakmama ile ilişkili faktörlerin, bırakan kadınların ne kadarının ilk iki yıl içinde sigaraya başladıklarının ve bununla ilişkili faktörlerin saptanmasıdır. **Yöntem:** Kesitsel analitik tipte planlanan araştırma, 2 yaşında çocuk sahibi ve gebelikleri öncesinde sigara içmiş olan kadınlar üzerinde yapılacaktır. Evreni bilinmeyen örneklem hesabı ile % 50 prevalans, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile gereken örneklem sayısı 385 olarak hesaplanmıştır. Veriler yüz yüze yapılan anket yöntemi ile toplanacaktır.

**Bulgular:** Araştırmanın bağımlı değişkenleri gebelik sırasında sigarayı bırakma durumu, doğumdan sonraki ilk iki yıl içinde sigaraya başlama durumu olarak saptanmıştır. Bağımsız değişkenler ise yaş, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, meslek, çocuk sayısı, eşin sigara içme durumu, sigara bağımlılık düzeyi, bırakma sırasında yardımcı yöntem kullanımı, aile hekiminin önerisi, kadın-doğum uzmanının önerisi, alkol kullanımı, uykusuzluk, kilo verme endişesi, bebek bakımı ile ilgili yaşanan zorluklar olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Yöntem ile ilgili önerileriniz nelerdir?,
2. Bağımsız değişkenler ile ilgili önerileriniz nelerdir?

## SB - 70

### Darülaceze bakım evinde ve evde yaşayan yaşlıların depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

Mehmet Ziya GENÇER<sup>1</sup>, Ege ÖZİNCE<sup>1</sup>, Seçil ARICA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Okmeydanı EAH Aile Hekimliği Kliniği.

**Giriş ve Amaç:** Toplumun yaşlanması sonucunda yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar her geçen gün daha çok önem kazanacaktır. Gelişmiş ülkelerde, örneğin İngiltere’de 65 yaş

üstündeki kişilerin genel nüfusa oranı, 19. yüzyıl sonunda sadece %5 iken, 21. yüzyılın başında %16’ya ulaşmıştır. 2034 yılında ise bu oranın %24’e çıkacağı tahmin edilmektedir. Ülkemiz genel olarak genç bir nüfusa sahip olmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi yaşlı nüfus artış eğilimindedir. Depresyon yaşlılık döneminde görülen psikiyatrik sorunlar arasında önemli bir yer tutmakta olup, depresyonun değişik formları %15 sıklıkla görülmekte iken yaşlılarda ki majör depresyon sıklığı %1-10 arasında değişmektedir. Yaşlıda depresyon yalnızca hastalık riskini arttırmaz aynı zamanda ciddi bir ölüm nedenidir. Yaşlı depresiflerde intihara yatkınlık genç depresiflerden daha fazladır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre kaba intihar hızının en yüksek olduğu yaş grubu, yüz binde 8.08 ile “75+” yaş grubu olduğu saptanmıştır. Geçmişte, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların depresyon düzeyleri araştırılmış olsa da Darülaceze kendisini bir “düşkünler evi” veya “bakım evi” olarak tanımlamakta olup darülacezede ikamet edenler daha önce böyle bir çalışma kapsamına alınmamıştır. Bu çalışmanın amacı darülaceze bakım evinde ve evde yaşayan yaşlıların depresyon düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olup İstanbul İli Darülaceze bakımevinde ikamet eden ve İstanbul Okmeydanı E.A. Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran, 65 yaş üstü yaşlılar ile yüz yüze görüşülerek anket uygulanacaktır. Araştırmada katılımcılara cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, kiminle yaşadığı, nerede yaşadığı, kronik bir hastalığı olup olmadığı, geçimini nasıl sağladığı gibi sorular sorulacak bununla birlikte Geriatrik Depresyon Ölçeği(GDÖ) dahilinde sorular sorulacak olup toplam 37 soruluk anket uygulanacaktır. Sonuçlar darülacezede, tek başına ve ailesiyle birlikte, yaşayanlar olmak üzere üç ana grup kapsamında karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir.

**Bulgular:** Araştırma öneri aşamasındadır.

**Sonuç:** Darülaceze Müdürlüğüne ve Hastanemizin Etik kuruluna gerekli başvurular yapılmıştır.

#### Tartışma Soruları:

1. Çalışma kapsamında karşılaştırılmak üzere alınmış üç ana grubun haricinde önerileriniz nelerdir?,
2. Anket kapsamına ilişkin ek soru önerileriniz nelerdir?

## SB - 71

### 65 yaş üzeri hastalarda uygunsuz NSAİİ kullanım durumu ve bunu etkileyen faktörler

Gamze AKYOL<sup>1</sup>, Sabire İlke EKİM YARDIM<sup>1</sup>, Tolga GÜNVAR<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

**Giriş ve Amaç:** 65 yaş ve üzeri hastalarda uygunsuz non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ) kullanımı hem ülkemizde hem de dünyada yaygın bir sorundur. Uygunsuz NSAİİ kullanımı, hastaları pek çok yan etki riski ile karşı karşıya getirmektedir. Araştırmalar, yaşlı nüfusta NSAİİ kullanım oranlarının %80'lere kadar ulaştığını ve hastaların NSAİİ ilaçların kullanım nedenleri ve yan etkileri hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadaki amacımız; Balçova’daki 65 yaş ve üzeri hastalarda uygunsuz NSAİİ kullanım sıklığını ve bununla ilişkili faktörleri saptamaktır.

**Yöntem:** Kesitsel analitik tipte planlanan araştırmanın evrenini, Balçova’da yaşayan 65 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır.

%50 prevalans, %95 güven aralığı ve %5 hata payıyla örneklem büyüklüğü 369 olarak hesaplanmıştır. Balçova bölgesindeki 23 AHB'den rastgele olarak 20'şer hasta seçilecek ve bu hastaların kayıtları geriye doğru taranarak uygunsuz NSAİİ kullanımı saptanacaktır. Veriler, bu hastalardan yüz yüze anket yöntemi ile toplanacaktır.

**Bulgular:** Bağımlı değişken, uygunsuz NSAİİ kullanımı; bağımsız değişkenler ise yaş, eğitim durumu, yalnız yaşama, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, NSAİİ kullanım nedenleri, NSAİİ'ler ile ilgili bilgi düzeyi, gastrointestinal semptomlar, ağrı düzeyi, eczaneden alınan ilaç, mide koruyucu tedavi alıp almadığı olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Uygunsuz NSAİİ kullanma kriterleri açısından önerileriniz nelerdir?,
2. Bağımsız değişkenler açısından önerileriniz nelerdir?

## SB - 72

### Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin mesleki gelecek kaygısı ve streste başa çıkma durumları

M. Merve KARADEMİRCİ<sup>1</sup>, Fatma Gökşin CİHAN<sup>2</sup>, Ruşen KUTLU<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

**Giriş ve Amaç:** Mezuniyet aşamasındaki tıp fakültesi öğrencileri gelecekteki mesleki yaşamları ile ilgili bir takım kaygılarla karşı karşıyadır. Bu çalışmanın amacı son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası döneme ilişkin kaygılarını belirlemek ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi son sınıf öğrencisi olan 155 kişi oluşturmaktadır. Evrenin %95'ine ulaşmak hedeflenecektir. Son sınıf öğrencilerine demografik bilgiler ile gelecekteki meslek hayatıyla ilgili planlarının ne olduğu sorusu yanı sıra birisi araştırmacılar tarafından geliştirilen mesleki kaygı anketi ile diğeri Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği 2 (State-Trait Anxiety Inventory –STAI TX-2) olmak üzere iki anket yüz yüze uygulanacaktır. Tanımlayıcı analizlerin yanı sıra önemlilik testi olarak ki-kare ve student's t test ile lojistik regresyon analizi kullanılacaktır. Değerlendirme kategorik veriler üzerinden olduğunda ki-kare testi, puanlar üzerinden değerlendirme yapıldığında student's t test, bağımlı değişkene etki eden çok sayıda bağımsız değişken olduğunda lojistik regresyon analizi uygulanacaktır.

**Bulgular:** Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin gelecek ile ilgili kaygıları ve bu kaygıların oluşturduğu anksiyete semptomları ile başa çıkma durumları araştırılacaktır

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Bu çalışmada örneklem seçimi uygun mudur?
2. Veri toplama araçlarımız ile ilgili görüşleriniz nelerdir ?
3. Bulguların değerlendirilmesi ve istatistiksel analizler için ek önerileriniz var mıdır?

## SB - 73

### Adölesan gebelere toplum nasıl bakıyor ve sağlık çalışanlarından neler bekliyor?

Funda SALGÜR<sup>1</sup>, Altuğ KUT<sup>1</sup>, Fisun SÖZEN<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,

**Giriş ve Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) adölesan dönem tüm toplumlarda 10-19 yaşlar arasındaki zamanı ifade etmektedir. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Ülkemizde ise ergen doğurganlık hızı 2001 yılında %49,3 iken 2012 yılında %29,4 olmuştur. Bu oran zaman içerisinde azalmakta gibi görünse bile, günümüzdeki adölesan gebelik prevalansı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında halen yüksektir. Toplumun önemli bir kısmında erken evlilik ve gebelikler nedeniyle pek çok olumsuzluk yaşayan adölesanların sağlık düzeyinin yükseltilmesi, ülke genelindeki aile ve toplum sağlığının geliştirilmesinde büyük bir önem taşımaktadır. Adölesan gebeliğe yol açan faktörler ülkeler arasında, hatta aynı ülke içindeki değişik gruplar arasında dahi farklılık göstermektedir. Bu çalışmanın amacı sağlık kurumlarına başvuran hasta popülasyonundan randomize olarak çalışmaya dahil edilmesi düşünülen bir örneklem üzerinden toplumun adölesan gebeliklere bakış açısını saptamak, seçilen örneklemde son 10 yıl içerisindeki adölesan gebelik prevalansını tahmin etmek ve toplumun konu ile ilgili gereksinimlerini saptamak olarak tasarlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel bir çalışma olarak tasarlanan bu araştırmaya Başkent Üniversitesi Ümitköy polikliniklerine başvuran hastalardan rastgele örnekleme yöntemle seçilecek olan ve gönüllü denek bilgilendirme formunu imzalayarak kabul eden 832 kişi dahil edilecektir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi yöntemi kullanılarak hesaplama yapılmıştır. Deneklerle yüz yüze toplam 39 soruluk anket görüşmesi yapılarak veriler toplanacaktır. Sosyoekonomik seviye (SES) saptanması anket soruları içindeki SES ölçümü için hazırlanmış proksi sorulardan alınan cevaplara göre belirlenecektir. SES düşük, orta ve yüksek olarak sınıflanacaktır. Elde edilen verilerin t-testi (student's t-test), varyans analizi ANOVA ve gerekli görüldüğü takdirde çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Turkey HSD testi ile değerlendirilmesi öngörülmektedir.

**Bulgular:** Araştırma öneri aşamasındadır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Anket uygulanacak hasta seçiminde ne gibi kriterler aranmalı?
2. Anket kapsamına ilişkin soru önerileriniz nelerdir?
3. Adölesan gebeliklerin sorgulandığı kesitsel bir çalışma ülke genelindeki erken gebelik ve annelik sorununa sizce ne kadar ışık tutabilir?

## SB - 74

### Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri hasta ile görüşmelerinde ne kadar aile yönelimli?

Mine TEVRİZOĞLU<sup>1</sup>, İbrahim GÜNEŞ<sup>2</sup>, Tolga GÜNVAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

**Giriş ve Amaç:** Aile yönelimli yaklaşım, ailenin birey sağlığı, bireyin de aile sağlığı ile ilişkisi temelinde şekillenen, herhangi



bir sorunun birey ve bireyin ailesi bağlamında ele alındığı bir yaklaşımdır. Birey sağlığı ve aile sağlığı arasındaki karşılıklı etkileşim "aile"yi aile hekimi için büyük bir engel ya da büyük bir yardımcı konumuna getirebilir. Aile, rahatsızlığın tanımlanmasında ve yönetilmesinde anahtar bir role sahiptir. Üstlendiği görevleri yerine getirebilmek için aile hekimliği uzmanları klinik uygulamalarında aile yönelimli bir yaklaşım benimsemelidirler. Bu çalışmanın amacı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin hasta ile yaptıkları görüşmelerde ne kadar aile yönelimli olduklarını araştırmaktır.

**Yöntem:** Kesitsel analitik tipte planlanan bu araştırma İzmir'deki dört eğitim kurumunda eğitim görmekte olan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri üzerinde yapılacaktır. Her kurumdan ve her kıdemden araştırmaya katılmayı kabul eden 5'er olmak toplam 60 uzmanlık öğrencisi ile yapılacaktır. Her katılımcının 2 simüle hasta ile yaptığı görüşmeler görsel-işitsel olarak kaydedilecek ve üç araştırmacı tarafından aile yönelimlilik açısından değerlendirilecektir.

**Bulgular:** Bağımlı değişken aile yönelimli yaklaşımdır. Aile yönelimli sorgulama beş boyutta değerlendirilecektir: 1. Ailede benzer bir sorunun olup olmadığının sorgulanması, 2. Ailenin sağlık inanışları ve açıklayıcı modelleri, 3. Sorunun aile bağlamında yarattığı endişenin odağı, 4. Aile üzerindeki baskı ve değişim, 5. Destek kaynakları. Bağımsız değişkenler ise yaş, kıdem, mezuniyet yılı, daha önceki mesleki deneyim, cinsiyet olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Aile yönelimli yaklaşımı değerlendirmek için önerebileceğiniz ölçütler var mı?
2. Yöntem ile ilgili başka öneriniz var mı? 3. Bağımlı ve bağımsız değişkenler ile ilgili önerileriniz var mı?

## SB - 75

### Birinci basamağa başvuran tip 2 diyabetes mellitus hastalarında diyabetik periferik nöropati bilinci ve takibininin değerlendirilmesi

Dilek ÇALIŞKAN ÖZÇELİK<sup>1</sup>, İrfan ŞENCAN<sup>1</sup>, İsmail KASIM<sup>1</sup>, Rabia KAHVECİ<sup>1</sup>, Adem ÖZKARA<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği,

**Giriş ve Amaç:** Diyabetik nöropati sinir sisteminin belli bölgelerini etkileyen heterojen bir sendromdur. Diyabetik nöropati önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir ve nontravmatik ekstremitte amputasyonlarının % 50-%75 'inden sorumludur. Bu çalışmanın amacı tip 2 DM hastalarında diyabetik nöropati bilinci uyandırmak ve takibi değerlendirmektir. Böylece hastalarda diyabetik nöropati açısından farkındalık oluşturulmuş olup, erken tanı ile diyabetik nöropati komplikasyonları engellenmiş olacaktır.

**Yöntem:** ANEAH Aile Hekimliğine başvuran tip 2 DM hastalarından evrene uygun olanların sistemden son 6 ay içindeki kan değerleri belirlenecek ve hastalara sosyodemografik özellikler, nöropati ve takiple ilgili sorular anketi uygulanacaktır. Daha önce nöropati tanısı almış olan hastalar çalışma evreni dışında tutulacaktır.

**Bulgular:** Sosyodemografik soruların ardından, diyabetik nöropatinin semptomlarına yönelik sorular, takip sıklığı, hangi birimlerde takipli olduğu, diyabet tedavisine yönelik sorular, doktoru

tarafından nöropati muayenesine yönelik sorular yöneltilecektir.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Sadece ANEAH Aile Hekimliği Kliniğine anket uygulamak yeterli olur mu?,
2. Anket içeriği yeterli midir? Neler eklenebilir?

## SB - 76

### Aile hekimlerinin önerilerinin hastalarının fiziksel aktivite düzeylerine etkisi

İbrahim GÜNEŞ<sup>1</sup>, Mine TEVRİZOĞLU<sup>1</sup>, Tolga GÜNVAR<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

**Giriş ve Amaç:** Fiziksel aktivitenin artırılması sağlığın geliştirilmesinin önemli bir bileşenidir. Birinci basamak hekimleri hastaları ile kurdukları sürekliliğe ve güvene dayalı hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde fiziksel aktivitenin artırılması açısından anahtar bir role sahiptirler. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin egzersiz önermesinin hastaların fiziksel aktivite düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Randomize kontrollü müdahale çalışması olarak planlanan araştırma için 5 aile sağlığı merkezinden (ASM) 10 aile hekimliği birimi (AHB) seçilecek ve her bir ASM'den seçilen iki birimden birinin hastaları müdahale grubunda diğerinin ise kontrol grubunda olacaktır. Çalışmada her bir birimden 35-65 yaş arası 10 hasta olmak üzere toplamda 100 hasta yer alacak bu hastaların yarısı kontrol grubunda yarısı ise müdahale grubunda yer alacaktır. Müdahale grubundaki hastaların hekimleri hastalarına 5A (assess, advise, agree, assist, arrange) yaklaşımı çerçevesinde fiziksel aktivite önerisinde bulunacaklardır diğer gruba ise müdahalede bulunulmayacaktır.

**Bulgular:** Müdahale ve kontrol gruplarındaki fiziksel aktivite düzeyleri 0., 1., 6 ve 12. aylarda ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (IPAQ) kısa form ile değerlendirilecektir. Eğitimin fiziksel aktivite düzeyleri üzerindeki etkileri değerlendirilecek ayrıca bu düzeyler hastanın yaşı, cinsiyeti, sigara kullanma ,alkol kullanma ,beden kitle indeksi, medeni durumu, mesleği, arabasının olup olmadığına göre karşılaştırılacaktır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Yöntem ile ilgili önerileriniz var mı?
2. Değişkenler açısından önerileriniz nelerdir?

## SB - 77

### Salgın hastalıklarda epidemiyolojik anamnezin önemi

Giray KOLCU<sup>1</sup>, Vildan KARABACAK<sup>1</sup>, Taner DEMİRBAŞ<sup>1</sup>, Meryem GÖKGÖZ<sup>1</sup>, Umut GÖK BALCI<sup>2</sup>, Kurtuluş ÖNGEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Konya Selçuklu Toplum Sağlığı Merkezi,

<sup>2</sup>İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

**Giriş ve Amaç:** Toplum sağlığı merkezleri salgınları önlemek için laboratuvar tanısı konulmuş ilk vakanın ardından acil kontrol önlemleri almaktadır. Bu aşamada ilk olarak yakın temaslılar

incelenmektedir. Yakın temaslıları inceleyerek indeks vakayı bulmak için kaliteli bir epidemiyolojik anamnez alınmalıdır. Bu çalışmada epidemiyolojik anamnezin önemine ve asgari içeriğine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma ile ilgili olarak 2014-Temmuz ayı içerisinde literatür taraması ve ön incelemeler gerçekleştirildi. Ardından Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü ile görüşülerek gerekli yasal izinler alındı. 2014-Eylül ayında Selçuklu Toplum Sağlığı Merkezi Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi tarafından hazırlanmış ve 89 sığınmacı üzerinde uygulanmış olan bulaşıcı hastalıklar ile ilgili epidemiyolojik anamnezler incelendi. Şu anda anamnez formlarından alınan bilgiler veri girişi ve istatistiksel değerlendirme aşamasındadır.

**Bulgular:** Çalışmada kızamık başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklar ile ilgili gerçekleştirilmiş 89 epidemiyolojik anamnez değerlendirilecektir. Bu anamnezlerde sığınmacıların sosyodemografik özelliklerinin yanısıra; aşılama durumları; ev halkı bireyleri, kreş-okul arkadaşları, öğretmenler, bakıcılar, evi sık ziyaret akrabalar ve arkadaşlar ile yakın temasları da incelenmektedir. Yakın temaslı kişilerin demografik özellikleri de ayrıca tespit edilerek, bu kişilerden aşılama sağlanacaktır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Çalışma nasıl geliştirilebilir ?

## SB - 78

### Obez bayanlarda benlik saygısı, beden algısı ve çocukluk çağı travmalarının obeziteye etkisinin değerlendirilmesi

Fatma Gökşin CİHAN<sup>1</sup>, Ayşe DURAN KARAGÜLMEZ<sup>2</sup>, Merva TANRISEVER<sup>3</sup>, Ruhuşen KUTLU<sup>1</sup>

<sup>1</sup> NEÜ Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

<sup>2</sup> Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

**Giriş ve Amaç:** Obezite önlenemez ölüm nedenleri arasında yer almanın yanısıra kişinin dış görüntüsünü ve yaşam kalitesini de bozarak psikolojik sorunlara neden olabilir. Ayrıca çocukluk çağında yaşanan travmaların da yeme bozuklukları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile obez bayanlarda benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantıların obezite ile ilişkisinin araştırılması ve kontrol grubuyla karşılaştırılmaları planlanmaktadır.

**Yöntem:** Araştırmamız analitik tipte tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmaktadır. Örneklem sayısı  $n = t2.p.q/d2$  formülüyle hesaplanmıştır. Çalışmamıza Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Obezite Polikliniğine başvuran, 18 yaş üstü, gönüllü 170 obez birey ve 170 normal kilolu birey (kontrol grubu) olmak üzere toplam 340 kişi alınacaktır. Kontrol grubunun cinsiyet ve yaş açısından hasta grubuna benzer özelliklerde olması gözletilecek. Kişilerin benlik saygı durumları Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, vücut özelliklerine ilişkin duyguları Beden Algısı Ölçeği ve varsa geçirilmiş çocukluk çağı travmaları Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi ile değerlendirilecektir.

**Bulgular:** Obez grubun benlik saygısının kontrol grubuna göre düşük, beden algılarının obezite derecesiyle doğru orantılı olarak bozuk olması beklenmektedir. Bulgular aşamasında travmatik ya-

şantılarla obezitenin ilişkisi değerlendirilecektir. Araştırma öneri aşamasındadır

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Yöntem ve planlamada geliştirilmesi gereken noktalar nelerdir?

## SB - 79

### Gebelerle en sık karşılaşılan uzmanlık alanlarının adolesan gebeler konusundaki farkındalıkları

Özgür ÇAYCI<sup>1</sup>, Altuğ KUT<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,

**Giriş ve Amaç:** Adolesan dönemi, Dünya Sağlık Örgütü'nce 10-19 yaşlar arasına konumlandırılmış olan dönemdir. Adolesan dönemde evlilik, erken ve sık gebeliklere yol açıp anne ve çocuk ölüm riskini artırmaktadır. Türkiye'de adolesan doğurganlık hızı 2001'de %49,3 iken 2012'de %29,4'e düşmüşse de, adolesan gebelik prevalansı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında halen yüksektir. Bu dönemdeki bir gebeliğin hem adolesanın, hem de doğacak bebeğin sağlığını normal popülasyona göre daha çok riske attığı bilinen bir gerçektir. Adolesan annelerin düşük, ölü doğum ve doğumla ilişkili sorunlardan hayatını kaybetme olasılığı yetişkinlere kıyasla yüksektir. 2008 yılında ülkemizde 15-19 yaş aralığındaki kadınların %4'ünün en az 1 doğum yaptığı, %2'sinin hamile olduğu belirtilmektedir. 15-19 yaş arası kadınlarda gebeliğe bağlı ölümler bu yaş grubundaki en sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır ki, 15 yaş altı gebeliklerde ölüm riski yirmili yaşlara göre 5 kat fazladır. Bu çalışmanın amacı Aile Hekimleri (AH) ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları (KHD) arasından randomize olarak çalışmaya alınması düşünülen bir örnekleme hekimlerin adolesan gebeliklere bakış açısını belirlemek ve konu ile ilgili gereksinimlerini saptamak olarak tasarlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel bir çalışma olarak planlanan araştırmaya gebelerle en sık karşılaştığı düşünülen AH ve KHD'ları arasından güç analizine göre belirlenen ve rastgele örnekleme yöntemle seçilecek olan 629 AH ile 439 KHD uzmanı dahil edilecektir. Elde edilen verilerin t-testi (student's t-test), varyans analizi ANOVA ve gerekli görüldüğü takdirde çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Turkey HSD testi ile değerlendirilmesi öngörülmektedir.

**Bulgular:** Araştırma öneri aşamasındadır.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Belirlenen gruplar sizce hekimlerdeki farkındalık düzeyini yansıtmak için yeterli midir?,
2. Bildirilen hekim görüşlerine dayanarak, başvuran adolesan ve ailelerine yönelik uygulanabilecek bir eğitim kılavuzu veya prosedürel iş akış şeması çıkartılabilir mi?,
3. Örneklem seçiminde tüm illere gidilmesinin ek bir yararı olabilir mi?

## SB - 80

### Yaşlı bireylerde polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımı

Nil TEKİN<sup>1</sup>, Özden GÖKDEMİR YAZAR<sup>2</sup>, Mehtap KARTAL<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Narlıdere Huzurevi Yaşlı

**Giriş ve Amaç:** Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının ikinci büyük giderini ilaçlar oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, depresyon ve demans gibi multimorbid durumlar özellikle yaşlılarda ilaç yönetimine dikkatleri çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlarken, beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle dünya nüfusu bir önceki yıla göre daha hızlı yaşlanmakta, 65 yaş üstü kişi sayısı 1998'de 580 milyonken 2050 yılında 1,97 milyar olması beklenmektedir. Yaşam süresi arttıkça kronik hastalıklarla yaşam süreci ve birden fazla hastalığın yönetimi de yaşamsal olmaktadır. Çoklu ilaç kullanımını ifade eden "Polifarmasi" için literatürde farklı birçok tanımlamanın yapıldığı görülmektedir. Genel olarak birden fazla endikasyon için birden fazla ilacın eş zamanlı kullanımı anlamına gelmektedir ve yaşlılarda önemli bir sorundur. Gelişmiş ülkelerde bu konuda çok sayıda farmako epidemiyolojik çalışma bulunmasına karşın, ülkemizdeki araştırmalar yetersizdir. Hollanda'da yapılan bir araştırmada pratisyen hekimlerin tedavisini düzenlediği yaşlı hastaların %5.7'sinde istenmeyen ilaç etkileri saptanmış ve bu durumun polifarmasi ile pozitif bir ilişki gösterdiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada, istenmeyen etkiye neden olan ilaç grupları arasında antibiyotikler, antihipertansifler ve analjezikler ilk sırada yer almaktadır. Bu araştırma özellikle uzun süredir ve birden fazla ilaç kullanımının yaygın olduğu yaşlılarda polifarmasi düzeyini ortaya koyarak çözüm önerileri sunabilmek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı kesitsel olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İzmir Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan 1040 sakin oluşturmaktadır. Evrenden rasgele örneklem yöntemiyle seçilen yaşlılarla yüz yüze görüşmeyle çalışmaya ilişkin bilgilendirme sonrası yaşlıların sosyodemografik özellikleri, bilinen sağlık sorunları ve ilaç kullanımlarını içeren bir anket uygulanacaktır.

**Bulgular:** Yaşlılarda Polifarmasi düzeyi -Polifarmaside sık kullanılan ilaçlar -Yaşlılarda sık görülen hastalıklar -Yaşlıların ilaç kullanım özellikleri -İlaçların reçete edildikleri basamaklar.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Ankette düzeltilmesi gereken alanlar nelerdir,
2. Ankete eklenmesi önerilen sorular var mıdır?

## SB - 81

### Obez kadınlarda metabolik sendrom ve öfke arasındaki ilişkisinin belirlenmesi

Oguz IŞIK<sup>1</sup>, Hamit Sırrı KETEN<sup>2</sup>, Salih GENÇOĞLAN<sup>3</sup>, Olcay GÜRARSLAN<sup>4</sup>,

<sup>1</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

<sup>2</sup> Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi,

<sup>3</sup> Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.,

<sup>4</sup> Altındağ Toplum Sağlığı Merkezi,

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada obez kadınlarda metabolik sendrom

(MtS) ve öfke arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya Kahramanmaraş Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi diyetisyen polikliniğine Haziran-Ağustos 2014 tarihleri arasında başvuran 78 obez kadın alındı. Katılımcılar çalışma öncesinde bilgilendirildi ve onam verenler çalışmaya dahil edildi. Kadınların antropometrik ölçümleri yapıldı ve laboratuvar parametreleri değerlendirildi. MtS tanısında 2001 NCEP ATP III raporu referans alındı. Ayrıca katılımcıların öfke değerlendirilmesinde, Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanıldı. SÖÖTÖ; sürekli öfke, öfke-içerme, öfke-dışarı vurumu ve öfke kontrolü alt ölçeklerinin yer aldığı kendi bildirim ölçeğidir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 38.1±11.1 (min=18, max=62) olarak saptandı. Kadınların 42'sine (%53.8) MtS tanısı konulurken, 36'sı (%46.2) MtS tanı kriterlerini karşılamamaktaydı. MtS tanılı ve tanısız olguların boy, kilo, vücut kitle indeksi, açlık kan şekeri, bel çevresi ve kalça çevresi ölçüm ortalamaları benzerdi (p>0.05). MtS tanısı konulan olguların trigliserit, sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin ortalamaları (p<0.05), MtS tanısız olgulara göre anlamlı seviyede yüksek iken HDL seviyesi ise anlamlı seviyede düşüktü (p<0.001). SÖÖTÖ alt bölümlerinde alınan puanlar incelendiğinde MtS tanısı konulan olguların sürekli öfke ölçek puanı 21.1±5.4, MtS tanısı konulmayan bireylerin ise 22.7±6.4 olarak saptandı. MtS tanılı olguların sürekli öfke ölçek puanı, MtS tanısı konulmayanlara göre anlamlı seviyede yüksekti (p=0.011). Öfke içerme vurumu ölçek puanı MtS'li olgularda 15.4±3.7, MtS'siz olgularda ise 17.3±5.1 olarak saptandı. MtS tanılı ve tanısız kadınların öfke içerme vurumu puanı benzer olarak bulundu (p=0.058). Öfke-dışarı vurumu ölçek puanı MtS'li bireylerde, MtS'siz bireylere göre anlamlı düzeyde düşük olarak belirlendi (p=0.004). Öfke kontrolü ölçek puanı ise MtS tanılı ve tanısız bireylerde benzerdi (p=0.196).

**Sonuç:** Çalışmamızda MtS tanılı olan obez kadınların SÖÖTÖ puanlarının, MtS tanısı konulmayanlara göre düşük olduğu belirlendi. Obezite tedavisi olan bireylere sosyal ve psikolojik destek vermek, bireyin ruh sağlığı için çok önemlidir. Obezite tedavisi başlanan hastaların psikiyatri hekimlerinin de bulunduğu bir ekip tarafından takip edilmesi hastaların diyet uyumunu artırılabilir ve komorbid psikopatolojilerin önlenmesi sağlanabilir.

## SB - 82

### Aile hekimliği alanında yapılan tıpta uzmanlık tezleri bilimsel makale olarak yayınlıyor mu?

Hüseyin ÜÇER<sup>1</sup>, Hamit Sırrı KETEN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi,

<sup>2</sup> Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi,

**Giriş ve Amaç:** Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması olan birincil basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır. Aile Hekimliği tıp disiplininde yapılan yayınlar, bilimsel üretkenliğin önemli bir göstergesidir. Bilim sahasında yapılan çalışmaların yayınlanma ve indeksli dergilerde yer alma durumları incelenmekte, böylece bilimsel yayın politikaları şekillenmektedir. Çalışmamızda Türkiye'de aile hekimliği alanındaki tıpta uzmanlık tezlerinin ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanma durumunu değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışma 26.09.2014 tarihinde Ulusal Tez Merkezi resmi internet sitesinde yer alan aile hekimliği uzmanlık tezleri in-

celenerek gerçekleştirildi. Arşivde kayıtlı 369 teze ulaşıldı. Tezler konularına, yazıldıkları yıllara ve bilimsel dergilerde yayınlanma durumlarına göre sınıflandırıldı. Tıpta Uzmanlık Kurulunun Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminde öngördüğü rotasyonlar konuların sınıflandırılmasında kullanıldı. Yayınlar Pubmed ve Google Akademik veri tabanları kullanılarak tarandı. Veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Arşivde kayıtlı 317(%85.9) adet onaylanmış, 52 (%14.1) adet hazırlanma aşamasında toplam 369 teze ulaşıldı. Onaylanmış tezlerin sadece 2'sinin (%0.6) eğitim araştırma hastaneleri, 315'inin (%99.4) üniversite hastaneleri bünyesinde tıpta uzmanlık eğitimi tamamlayan aile hekimi uzmanlarınca yayınlandığı saptandı. Tezlerde ele alınan konuların 83'ünün (%22.5) psikiyatri ve 20'sinin (%5.4) genel cerrahi rotasyon bölümlerine ait oldukları tespit edildi. Tezlerin en fazla 55 (%14.9) adet 2008 yılında ve en az 1 (%0.3) adet 1991 yılında yazıldıkları bulundu. Tıpta uzmanlık tezlerinin 44'ünün (%11.9) bilimsel bir dergide yayınlandığı, 325'sinin (%88.1) yayınlanmadığı görüldü. Yayınların 1'i (%0.3) SCI, 9'u (%2.4) SCI Expanded ve 34'ü (%9.2) ulusal hakemli dergilerde yayınlanmıştı. Tezlerin yayınlanma sürelerinin ise ortalama 3(min=1, max=10) yıl olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Aile Hekimliği uzmanlık tezlerinin az bir kısmının bilimsel makale olarak yayınlandığı tespit edilmiştir. Bu durumun tıpta uzmanlık tezlerinin son yıllarda gerçekleştirilmiş olup makale olarak yayınlanması için yeterli zamanın olmamasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

#### Tartışma Soruları:

1. Araştırma görevlilerinin daha çok yayın yapmaya teşvik edilmesi için neler yapılmalıdır?
2. Yurtdışı yayınlar için gereken İngilizce eğitimi bölümün eğitim programına dahil edilebilir mi?

## SB - 83

### Rahim içi araç kullanan kadınlar ve rahim içi araç kullanmayan kadınların servikal kültür sonuçlarının değerlendirilmesi

Eyyüp YILMAZ<sup>1</sup>, Burkay YAKAR<sup>2</sup>, Yusuf Haydar ER-TEKİN<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Nizip Devlet Hastanesi,

<sup>2</sup> Çorum Gülabibey Aile Sağlığı Merkezi,

<sup>3</sup> Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

**Giriş ve Amaç:** Ülkemiz aile planlaması politikasında önemli yeri olan RİA'nın enfeksiyon komplikasyonlarının sıklığının araştırılması amaçlandı. RİA uygulamasının ülkemiz açısından bu yönü ile sakıncalı olup olmadığı değerlendirildi. RİA ile birlikte oluşan vajinitin serum reaktif protein ve anemi ile ilişkisi araştırıldı.

**Yöntem:** Çalışma için 2005-2007 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi 2. kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine vajinal akıntı şikayeti ile başvuran 70 RİA'lı hasta ile 111 RİA'sız hasta alındı. Her iki grupta 18-49 yaş aralığında idi. Her iki gruptan servikal kültür, hemogram ve CRP tetkiki bakıldı. RİA'nın pelvik enfeksiyon sıklığında artışa sebep olup olmadığı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Pelvik kültür sonuçlarının lökositoz ve CRP yüksekliği ile ilişkisi araştırıldı. Aneminin RİA ve enfeksiyon ile ilişkisi saptanmaya çalışıldı. Çalışmamızda verilerin

değerlendirilmesinde SPSS for windows 10.0 istatistik paket programı kullanıldı. Karşılaştırılmalarında Student's t, Mann Whitney U, Paired t Test Wilcoxon Rank testleri ve Pearson analizi kullanıldı. P<0.05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan 70 RİA'lı hastamızın kültür sonuçları incelendiğinde 44 (%62,9) hastada normal flora saptanırken 18 hastada (%25,7) patolojik üreme saptandı. Kontrol grubunda ise 78 (%70,3) kişide normal flora, 21 (%18,9) hastada patolojik üreme saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,643). Araştırmamızda lökositoz ve CRP yüksekliği saptanan hastalarda patolojik üreme oranı lökositoz olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek saptandı.İki grup birbiri arasında karşılaştırıldığında ise anlamlı bir farklılık görülmedi. RİA'lı hastalardan anemisi olanlarda kültür pozitif saptanma oranı %42,5 olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi. Aynı ilişki kontrol grubunda anemisi olan ile olmayan arasında da mevcuttu.

**Sonuç:** RİA kullanımının vajinal ve servikal flora üzerinde yaptığı değişiklikler enfeksiyon sebebi olarak değerlendirilemez. RİA ülkemiz için güvenilir bir kontrasepsiyon yöntemidir. RİA'lı hastalarda anemi daha sık görülmektedir. Lökositoz ve yüksek CRP ile servikal kültür pozitifliği arasında ilişki saptanmıştır. Bu ilişkinin klinik pratikte kullanımı ve standardizasyonu için daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## SB - 84

### Postmenopozal dönemde üriner inkontinansın sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

Ayten DİNÇ<sup>1</sup>, Ayşegül ULUDAĞ<sup>2</sup>, Yusuf Haydar ER-TEKİN<sup>2</sup>, Murat TEKİN<sup>2</sup>, Ahmet UYSAL<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü,

<sup>2</sup> Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

<sup>3</sup> Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.,

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada postmenopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinansın sıklığı ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmanın evrenini Aralık 2011-Mart 2012 tarihleri arasında herhangi bir nedenle Çanakkale ili Devlet Hastanesine 65 yaş ve üzerinde başvuran ve yatarak tedavi gören toplam 6753 kadın oluşturdu. Çalışmada örneklem; evreni oluşturan popülasyonun (n) bilindiği durumlarda örneklem hesabından yararlanılarak toplamda 400 kişi olarak hesaplandı. Çalışmaya katılmayı rıza göstermeyen, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş, konuşma, işitme ve anlama yetisi olmayan hastalar ile yoğun bakım gereksinimi bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 400 kadına araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyo-demografik bilgileri içeren toplam 10 soruluk anket ile üriner inkontinans varlığı açısından sorgulandı. Katılımcıların boy ve kiloları ölçülerek beden kitle indeksleri hesaplandı. Etik kurul izni Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmış olmakla beraber Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin ve katılımcılardan yazılı ve sözlü onamları alınarak anketler araştırmacılar tarafından yüze uygulandı. Anket sonuçlarına bağlı olarak elde edilen veriler SPSS18 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Bağımlı ve bağımsız değişkenle ilgi tanımlayıcı istatistikleri ve bağımlı,

bağımsız değişkenlerle ilgili olarak istatistiksel analizleri Independent t, ANOVA ve ki-kare testleri kullanılarak gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 400 kadının yaş ortalaması 70.68 ±2.5 idi. Üriner inkontinansı olan kadın 163 (%41,0) idi. Yaş gruplarına göre dağılımlarına göre üriner inkontinans 65-70 yaş arasında 84 (%37,3), 71-75 yaş arasında (%37,1), 76-80 yaş arasında 19 (%44,2) ve 81 yaş ve üzerinde 24 (%68,6) kadında vardı. Sosyodemografik değişimlere bağlı olarak üriner inkontinansın sıklığı değerlendirildiğinde 71- 75 yaş arası kadınlar diğer yaş gruplarına, evli kadınlar dul ve bekar olanlara, düşük eğitim düzeyindekiler yüksek eğitim düzeyindekilere, kilo fazlalığı olanlar düşük olanlara oranla istatistiksel olarak daha fazla maruz kaldığı gözlemlendi (p<0.05).

**Sonuç:** Üriner inkontinans sıklığı 65 yaş ve üzerindeki kadınların yaklaşık yarısını etkilemektedir. Bununla birlikte üriner inkontinans evli, düşük eğitim düzeyi, kilo fazlalığı olan kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Aile hekimlerinin 65 yaş üzerindeki kadınların sorgulanmasında üriner inkontinans açısından değerlendirmenin unutulmaması kanaatindeyiz.

## SB - 85

### Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran annelerin adolesan koruyucu sağlığı ile ilgili bilgi ve tutumları

Rukiyye TÜRKER<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

**Giriş ve Amaç:** Sağlıklı bir toplum kazanabilmek sağlıklı bir çocukluk ve gençlik dönemi ile mümkündür. Adolesan dönemi bireyin biyopsikososyal sağlığı ile ilgili alışkanlıklarını kazandığı ve ayrıca ileride yaşayabileceği sağlık sorunlarının temelini atıldığı bir süreçtir. Genel tıbbi yaklaşımda adolesanların sağlık açısından iyi bir durumda olduğu kabul edilir. Adolesan sağlığının korunması ve geliştirilmesi çerçevesinde aileye, eğitim kurumlarına ve devlete pek çok görev düşmektedir. Bu çalışmamızda amaç çocukla en yakın ilişkide olduğunu kabul ettiğimiz annelerin bu konudaki bilgi ve tutumlarını araştırmak ayrıca farkındalık sağlamaktır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran anneler oluşturmaktadır. Araştırmada annelere sosyodemografik özellikleri ve adolesan koruyucu sağlığı konularında hazırlanan sorulardan oluşan anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanacaktır. İstatistiksel analizler SPSS 16.0 programı kullanılarak yapılacaktır.

**Bulgular:** Ankette sosyodemografik özellikler, beslenme, fizik aktivite, iletişim, bağımlılık, hijyen, cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, riskli davranışlar ve genel sağlık konuları değerlendirilecektir.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır.

#### Tartışma Soruları:

1. Anket içeriği konusundaki görüşleriniz nelerdir? Ek soru önerir misiniz?

## SB - 86

### Gebelerin beslenme ile ilgili bilgi, tutum ve dav-

## ranışları

Cengiz DARILMAZ<sup>1</sup>, Arife YILDIRIM<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

**Giriş ve Amaç:** Anne karnındaki bebeğin bedensel ve zihinsel olarak büyümesi ve gelişmesi annenin gebeliği süresince yeterli ve dengeli beslenmesi ile mümkündür. Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarından etkilenen grupların başında, okul öncesi çocuklarla birlikte gebe ve emziren kadınların gelmektedir. Beslenme sorunlarının başlıca nedenlerinin, gebelik ve emzirme döneminde artan ihtiyaçlara uygun olarak günlük beslenmeye ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi nedeni ile yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan yanlış uygulamalardır Bu çalışmamızın amacı hizmet verdiğimiz bölgede hastanemize başvuran gebelerin beslenme ile ilgili bilgi düzeylerini, bilgi kaynaklarını, bu konudaki tutum ve davranışlarını saptamak ve çalışmanın sonuçlarına göre eksikliklerin ve hataların düzeltilmesi için eğitim programlarının planlanmasına yardımcı olmaktır.

**Yöntem:** Kesitsel olarak planlanan çalışmada Ankara Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi gebe ve aile hekimliği polikliniklerine başvuran gebelere beslenme ile ilgili bilgi düzeyini, bilgi kaynakları, beslenme ile ilgili tutum ve davranışlarını sorgulayan bir anket uygulanacaktır.

**Bulgular:** Katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi düzeyleri tespiti dışında bilgi kaynaklarının, bilgilerini uygulama konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin belirlenmesi planlandı.

**Sonuç:** Araştırma öneri aşamasındadır

#### Tartışma Soruları:

1. Anket içeriği ile ilgili görüşleriniz nelerdir? Ek soru önerir misiniz?

## SB - 87

### Yeditepe Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanları arasında grip aşısı olma oranları ve grip aşısı olmayı etkileyen faktörler

Baran ÇALIŞGAN<sup>1</sup>, Zeynep YILMAZ<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Yeditepe Üniversitesi,

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde sağlık çalışanları arasında grip aşısı olma oranını saptamak ve grip aşısı olup olmamayı etkileyen faktörleri incelemektir.

**Yöntem:** Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde 20-27 Mayıs 2014 tarihleri arasında sağlık çalışanlarına, literatür taraması ve araştırmacıların konsensusu ile belirlenen sorulardan oluşan ve demografik özellikleri, mevsimsel grip aşısı olma durumunu ve grip aşısı olma durumunu etkileyen faktörleri değerlendiren bir anket uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 139 sağlık çalışanı dahil edildi. Katılımcıların %46'sının hiç grip aşısı olmadığı, %11,5'inin her sene düzenli grip aşısı olduğu, %15,1'inin 2013-14 sezonunda grip aşısı olduğu ve %33,1'inin 2014-15 sezonunda grip aşısı olmayı düşündüğü saptandı. Katılımcılardan %52,5'i grip en-

feksiyonu açısından yüksek risk altında olduğu düşünmekteydi, ancak sırasıyla %48,5 ve %54,7'si grip olmaktan korkmuyordu ve grip olmanın kendisi için tehlikeli olduğuna inanmıyordu. Sağlık çalışanı olarak yakınlarına grip bulaştırma riskinin yüksek olduğunu katılımcıların %73,4'ü belirtti ve %54'lük bölüm hasta olmasa da çevresindekilere grip bulaştırabileceğini düşünüyordu. 2014-15 sezonunda aşı olmayı düşünenler arasında cerrahi bölümler ile diğer bölümler arasında fark bulundu, bu oran cerrahi bölümlerde daha düşüktü. Kendisi ve çevresi için risk algısının yüksek olması, grip aşısının etkinliğine inanç, hastalarını koruma, aşının etkin olduğunu ve zorunlu olması gerektiğini düşünme ve çalışılan kurumun aşığı önermesi grip aşısı olmak için önemli motivasyonel faktörler olarak saptandı. Tüm bu parametrelerde düzenli aşılananlar ve gelecek dönemde aşılanmayı düşünenler ile düzenli aşılanmayanlar ve gelecek grip sezonunda aşılanmayı düşünmeyenler arasında fark saptandı.

**Sonuç:** Dünya Sağlık Örgütü'nün ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanları için gribe karşı aşılanma önerilerine rağmen, örneklemimizdeki sağlık çalışanlarının aşılanma oranları düşüktür. Kendisi ve çevresi için risk algısı, hastalarını koruma düşüncesi, çalışılan kurumun önerileri ve aşının etkinliğine inanç aşılanma için önemli motivasyonel faktörler gibi görünmektedir. Sağlık çalışanları arasında grip aşılanma oranlarının artırılması için yapılacak girişimlerde motivasyonel faktörler göz önüne alınmalıdır.

## SB - 88

### Yaşlılık, eve bağımlılık, polifarmasi

Sevim AKSOY KARTCI<sup>1</sup>, Pemra C.ÜNALAN<sup>1</sup>, Demet MERDER COŞKUN<sup>1</sup>, Sinem BAL<sup>1</sup>, Serap ÇİFÇİLİ<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.,

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinin Evde Sağlık Birimi'nde takip edilen 65 yaş üstü hastaların bağımlılık durumları, multimorbidite ve ilaç kullanım sıklıklarının araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Etkinliğe başladığı Ocak 2013 tarihinden itibaren Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nde takip edilmiş 65 yaş ve üzerindeki tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşları ile kullandıkları ilaç sayıları, mevcut toplam hastalıkları, bağımlılık durumları incelenmiştir. Hastaların dosyalarından elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri SPSS 16 ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Evde Sağlık Birimi'mizde takip edilen 65 yaş ve üzeri hasta sayımız 205'tir. Bu hastaların yaş ortalaması 79,2±7,1 olup, %56,1'i 75-84 yaş aralığındadır. Cinsiyet dağılımı kadın %67,8, erkek % 32,2'dir. En sık başvuru nedeni kronik hastalık takibi (% 57,1) iken, akut hastalık (%22,4) ve rapor çıkarılması (%11,7) bunu izlemektedir. Bakım gerektiren esas hastalık tanısı sıklık sırasına göre serebro-vasküler hastalık (%36,6), demans (%16,1) ve hipertansiyondur (%12,2). Hastalar ortalama 6,2±2,6 aydır birimimizde takip edilmiş ve ortalama 2,3±2,2 kere (min1, max13) ziyaret edilmiştir. Kullanılan ilaç sayısı ortalama 4,8±2,7 iken, sıfır ilaç kullanan kişi sayısı sadece 12'dir. Hastaların ortalama 2,6±1,2 hastalığı olup (Hastalarımızın %31'inde 2 hastalık varken %30'unda 3 hastalık tanısı bulunmaktadır). 205 kişinin toplam 529 hastalık tanısı mevcuttur ve bu tanılarının içinde hipertansiyon %25,2, serebro-vasküler hastalık %15,3, diyabetes mel-

litus %10,9, demans %8,1' dir. Hastaların %77'si eve bağımlıdır.

**Sonuç:** Yaşla beraber kronik hastalık prevalansı ve çoklu ilaç kullanımı artmaktadır. Yaşlı bireylerde kullanılan ilaç sayısı artıkça yan etkilerin katlanarak arttığı bilinmektedir. Bu nedenle yaşlı, multimorbiditeli ve eve bağımlı bireylerin evde sağlık hizmetleri içinde ilaç kullanımlarının izlenip gereksiz ilaç kullanımını önlenerek kullanılan ilaç sayısı azaltılabilir.

### Tartışma Soruları:

1. Birinci basamakta 65 yaş üzeri bireyleri değerlendirirken polifarmasiye ne kadar dikkat ediyoruz?

## SB - 89

### Aile hekimlerinin diyabet yönetimine ilişkin yeterlilikleri ve tutumları

E. Neşe YENİÇERİ<sup>1</sup>, Gülhan AKBABA<sup>2</sup>, Cem ŞAHİN<sup>2</sup>, İbrahim ÖZDEŞ<sup>3</sup>, Mustafa Nuri CEYHAN<sup>4</sup>, Birdal YILDIRIM<sup>5</sup>, Dilek GÜLDAL<sup>6</sup>,

<sup>1</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

<sup>2</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD,

<sup>3</sup> Muğla Sıtkı Koçman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği,

<sup>4</sup> Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü,

<sup>5</sup> Muğla Sıtkı Koçman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis,

<sup>6</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışma, Muğla ilinde aile hekimlerinin diyabet yönetimine ilişkin yeterlilikleri ve tutumlarını belirlemektedir. Bu çalışma, 1. Aile hekimlerinin Tip2 Diyabetin önemi ve diyabet yönetimindeki rollerine ilişkin düşünceleri, 2. Tanı, tedavi ve hasta eğitimlerine ilişkin tutumları, 3. Diyabetle ilgili yeterliliklerinin kendi kendilerine değerlendirmeleri, 4. Diyabet tedavisindeki engelleri belirlemek için planlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya, kırsal ve merkez Aile Sağlığı Merkez'lerinde (ASM) çalışan, çalışmaya katılım için gönüllü aile hekimleri alınmıştır. Katılımcılar, literatürden yararlanılarak yaş, çalışma süresi, çalışma yeri, çalışma türü (tek veya birden fazla aile hekimliği birimli ASM), haftada görülen diyabet hasta sayısı, tanı, tedavi, hasta eğitimi ile ilgili tutum ve diyabet yönetimine ilişkin yeterlilikleri içeren bir anket formu doldurmuşlardır. Anket formu, Nisan ve Haziran 2014 tarihleri arasında web tabanlı olarak doldurulmuştur. Bu çalışmada, tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi, student t testi, One Way Anova ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Ayrıca, bilgi ve tutum sorularında, doğru yanıtlar için 'bir', yanlış yanıtlar için 'sıfır' puan verilerek bilgi ve tutum puanları elde edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya Muğla'da çalışan 246 aile hekiminden 143'ü katılmıştır (Katılma oranı %58,1). Katılımcıların bilgi ve tutum puan ortalamaları 0.68±0.13 (min 0.30, maks 0.96) olarak saptanmıştır. Bilgi ve tutum puanlarıyla yaş, çalışma süresi ve haftada görülen diyabet hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada, aile hekimlerinin %65 i insülin tedavisi konusunda kendilerini yeterli hissetmediklerini belirtirken, sadece %6,1 i oral antidiyabetik ilaçlar yeterli gelmediğinde kolaylıkla insülin tedavisi başlayabildiklerini belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin %95,1 i hastalarını, oral antidiyabetik ilaçlar yeterli gelmediğinde insülin başlanması için uzmanlara yönlendirdiklerini belirtmişlerdir.

**Sonuç:** Aile hekimlerinin, istenen hedef kan şekeri düzeylerini sağlamaya yönelik gerek insülin başlama, gerekse yoğunlaştırma tedavisi konusunda bilgi sahibi olmaları ve bu bilgiyi uygulamaya dökmeleri önemlidir. Türkiye’de diyabetli hastaların tedavisinde karşılaşılan engeller ve eksiklikleri ortaya çıkaracak çalışmalara ihtiyaç vardır.

## SB - 90

### Pendik ilçesinde 3-4 yaş arası çocuklarda konuşma ve dil gecikmesi prevalansı ve olası risk faktörleri

Ender UKŞAŞ<sup>1</sup>, Saliha Serap ÇİFÇİLİ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

**Giriş ve Amaç:** Konuşma ve dil gecikmesi, çocuğun okul başarısını ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkileyen klinik bir durumdur. Saptandığı takdirde uygun terapi ve tedavi yöntemleri ile daha iyi bir prognoz sağlanabilmektedir. Ülkemizde prevalansı ise bilinmemektedir. Çalışmanın amacı İstanbul ili Pendik ilçesinde Aile Sağlığı Merkezleri’ne (ASM) kayıtlı 3-4 yaş arası çocuklarda konuşma ve dil gecikmesi prevalansını ve olası risk faktörlerini saptamaktır.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışma, Pendik ilçesinde ASM’lere kayıtlı 3-4 yaş arası çocuklardan, her hekimin listesinden 4 asil ve 8 yedek çocuk seçilerek 405 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çocuklar ve aileleri ASM’lere davet edilmiştir. Çocuklara araştırmacı tarafından Peabody Resim Kelime Testi, çocuklarla beraber gelen bakımından sorumlu kişiye Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) ve araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, 29 olası risk faktörünü içeren anket araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Uygulanan testlerin herhangi birinde gecikme saptanan çocukta konuşma ve dil gecikmesi olduğu kabul edilmiş ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi’nde bir Çocuk Gelişim Uzmanı’na ileri değerlendirme yapılması için yönlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya 405 çocuk katılmıştır. Çocukların yaş ortalaması 42,2 (±3,37) ay ve 239 (59%)’u erkekti. Konuşma ve dil gecikmesi prevalansı 3,5% olarak saptanmıştır. Literatürde bahsedilen olası risk faktörlerinden düşük baba ve anne eğitim düzeyi, annenin gebelikte sigara içmesi, ailede konuşma ve dil gecikmesi olan akraba öyküsü ve çocuğun bakımından sorumlu kişinin Türkçe’den farklı bir anadile sahip olan çocuklarda konuşma ve dil gecikmesi sıklığı daha fazladır. Bu faktörlerin dahil edildiği lojistik regresyon analizi sonucu baba eğitim düzeyinin konuşma ve dil gecikmesini OR= 6,2 (G.A: 1,9-19,7) kat artırdığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda bulduğumuz konuşma ve dil gecikmesi prevalansı daha önce yurtdışında yapılmış topluma dayalı prevalans çalışmaları ile uyumludur. Düşük baba eğitim düzeyi konuşma ve dil gecikmesi açısından risk oluşturmaktadır. Diğer olası risk faktörleri hakkında daha kesin sonuçlar elde etmek için çok daha fazla çocuğun katıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

## SB - 91

### Sığınmacı popülasyonunun bir kısmında tüberküloz taraması

Giray KOLCU<sup>1</sup>, Vildan KARABACAK<sup>1</sup>, Taner DEMİR-

BAŞ<sup>1</sup>, Meryem GÖKGÖZ<sup>1</sup>, Umut GÖK BALCI<sup>2</sup>, Kurtuluş ÖNGEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Konya Selçuklu Toplum Sağlığı Merkezi,

<sup>2</sup> İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

<sup>3</sup> İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.,

**Giriş ve Amaç:** Tüberküloz; mycobacterium tuberculosis isimli bakterinin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalık basillerden havayolu ile bireylere yayılır. Oluşturduğu salgınlar ile tüm dünyada ölümlere neden olmaktadır. Ülkemiz verem savaş geleneğine sahip ülkeler arasındadır ve riskli durumlarda zamanında tepki verebilmektedir. Sığınmacılar tüberküloz hastalığı için risk grubudurlar ve bu kişiler için aktif tarama önerilmektedir. Bu çalışmada sınır komşumuz ülkelerdeki siyasi istikrarsızlıklar nedeniyle ülkemize gelen sığınmacı popülasyonun tüberküloz hastalığı yönünden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmada, Konya Selçuklu Toplum Sağlığı Merkezi bünyesindeki Mümtaz Kuru Verem Savaş Dispanseri tarafından 15/09/2014 - 30/09/2014 tarihleri arasında 581 kişiye tüberküloz taraması yapılmış; her vakaya mikrofilm çekilmiştir. Toplanan veriler Excel programı ile yüzde analiz ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 581 sığınmacı katıldı (n:581). Bu sığınmacıların %84,5’i (n:491) erkek, %15,5’i (n:90) kadındı. Sığınmacıların yaş ortalaması 25,30±15,56 (min:0, max:90) olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan sığınmacıların yaş grupları dağılımı nüfus piramidi ile gösterildiğinde her iki cinsiyette hemen hemen tüm yaş gruplarına ulaşıldığı görülmektedir. Tarama sırasında patoloji saptanan; yaş ortalaması 52,80±21,39 (max:87, min:16) yaş, %13,3’ü kadın %86,7’si erkek, 15 vaka dispansere çağrıldı. Klinik durumları değerlendirilen vakalar “şüpheli akciğer hastalığı” olarak düşünüldü. Bu vakalar ileri tetkik için yönlendirildi. Vakalardan hiçbiri verem hastalığı tanısı almadı.

**Sonuç:** Ülkemizdeki “verem savaş geleneği” nedeniyle tüberküloza karşı reflekslerimiz oldukça gelişmiştir. Ülkemize gelen sığınmacılarda tüberküloz hastalığı düşünüldüğünde tüberküloz ile ilgili birimlerimiz oldukça hızla taramalarına başlamış ve bu popülasyonun bir kısmını taramıştır. Düşünülenin aksine bu popülasyonda tüberküloz hastasına rastlanmamıştır. Bu taramalar daha geniş popülasyonlara yapıldığında tüm vatandaşlarımız bu hastalık için temel hizmete ulaşmış olacak ve zamanında müdahaleler ile olası salgınların önüne geçilebilecektir.

### Tartışma Soruları:

1. Çalışma nasıl geliştirilebilir ?

## SB - 92

### Üniversite öğrencilerinde beden kitle indeksi ve beden algısı ilişkisi

Yusuf GÜL<sup>1</sup>, Berrin TELATAR<sup>2</sup>, Can ÖNER<sup>2</sup>, Şahin YEŞİLDAG<sup>3</sup>, Adnan AYDIN<sup>3</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

<sup>2</sup> İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD.

<sup>3</sup> İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Di-

yetetik Bölümü,

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde obezite sınıflandırması için Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. Bu çalışmada beden algısını değiştirebilecek faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma Beslenme ve Diyetetik Bölümünde okuyan 100 öğrenci ile Şubat – Mayıs 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Öğrencilere 46 soruluk bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Obezitenin tanımlanmasında Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmış  $(\text{kg}/\text{m}^2)$  formülü ile hesaplanmıştır.  $\text{BKİ} < 18.5$  olanlar zayıf, 18.50-24.99 arası olanlar normal,  $\geq 25$  olanlar fazla kilolu olarak sınıflandırılmıştır. Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın verileri SPSS 17.0 paket programı ile analiz edilmiş; ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik verilerde t testi ve tek yönlü varyans analizi, nonparametrik verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U veya Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 86 kız (%86), 14 erkek (%14) öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin %29'u zayıf, % 66'sı normal kiloda ve %5'i kilolu bulunmuştur. Vücut ağırlığını doğru algılayanlar 23 kişi (%23) ,yanlış algılayanlar 77 kişi (%77) kişidir. BKİ'i zayıf olan 29 kişiden 19'unun (%65.5) kendini zayıf olarak doğru

algıladığı, 10 kişinin (%35.5) ise normal olarak algıladığı bulunmuştur. Normal BKİ'ne sahip olan 66 kişiden sadece 2 kişi (%3.1) normal kiloda olduğunu düşünmekte, geri kalan 49 kişi (%72.4) zayıf olduğunu, 15 kişi ( %22.7) ise şişman olduğunu düşünmektedir. Kilolu olan 5 kişiden 3'ü (% 60) kendini kilolu olarak, 1 kişi (%20) zayıf diğer kişi ise (%20)normal olarak değerlendirmektedir. Kilo algısı doğru olanlar ile yanlış olanlar yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, gelir, ailede kilolu birey varlığı, öğün atlama, gece atıştırma, diyet yapma, fiziksel aktivite gibi yönlerden karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç:** Kişilerin gerçek kilosu ile beden algısının örtüşmesi önemlidir. Farklı algılama gereksiz diyet ya da kilo alma çabalarına neden olacaktır. Kişilerin gerçek durumlarını farklı yorumlamalarına sebep olan faktörler özellikle de psikolojik faktörler incelenmeli ve çözüm yolları üretilmelidir.

#### **Tartışma Soruları:**

1. Erkeklerle bayanların beden algısı değişir mi?
2. Beden algısı medyadan etkilenir mi?
3. Depresif olanlarda beden algısı hangi yönde bozulmaktadır?



# Dört aylık bebekte skrotal kapiller hemanjiyom

## Four-month-old baby boy with scrotal capillary hemangioma

Selcen Yaroğlu Kazancı<sup>1</sup>, Neslihan Özkul Sağlam<sup>1</sup>

### Özet

Vücudun tüm bölgelerinde görülebilen hemanjiyomlar çocukluk çağında %10 oranıyla sık görülen benign tümörlerdir. Nadiren skrotumda da gözlenebilmektedirler. Tutulduğu bölgeye, yayılımına ve oluşturduğu semptomlara göre tedavi değişmektedir. Skrotal hemanjiyomlar çoğunlukla asemptomatik olup bir yaşından sonra gerilemektedirler. Bez bölgesinde olduğundan dolayı ülserasyon, enfeksiyon ve kanamaya sebep olabilmektedirler. Lokal çinko oksitli kremler ve sık bez değişimi ile ülser gelişimi engellenebilir. Gelişen semptomlara göre medikal veya cerrahi tedaviye ihtiyaç olabileceğinden erken tanı ve yayılım bölgesine göre tedavi gerekmektedir. Skrotumda kitle ve kızarıklık şikayetiyle getirilen 4 aylık erkek hastamıza skrotal hemanjiyom tanısıyla yapılan ultrasonda intraskrotal alana yayılım olmadığı gözlemlendi. Anneye lokal bakım uygulaması, sık bez değiştirmesi, çinko oksitli kremler kullanması ve kanama ya da akıntı olduğu durumda hekime başvurması gerektiği anlatıldı. Birinci basamaktaki takibinin iyi yapılmasından dolayı bir yaşındaki izleminde herhangi bir komplikasyon gelişmediği, lezyon boyutunda da bir değişiklik olmadığı görüldü.

**Anahtar sözcükler:** Skrotum; hemanjiom; infantil.

### Summary

Hemangiomas those can be detected in all regions of the body are frequent benign tumors seen in 10% of the children. They may be present in the scrotum rarely. The treatment depends on the location, invasion and symptoms. Scrotal hemangiomas are generally asymptomatic and regress after 1 year of age. Due to locating in the diaper region, ulceration, infection and hemorrhage may complicate. Using local zinc-oxide emollients and frequent changing diapers may prevent ulceration. According to the occurred symptoms medical or surgical treatment may be required so early diagnosis and treatment depending to the invasion is crucial. A male patient was applied to the hospital due to scrotal mass and hyperemia and was diagnosed with scrotal hemangioma without intrascrotal invasion by ultrasound. Local management with zinc-oxide emollients, frequent changing diaper and applying to the hospital in the presence of bleeding or infection were advised. There were no complications and change in the size of the lesion in the 12th months of follow-up due to appropriate management in the primary care health center.

**Key words:** Scrotum, hemangioma, infantile.

### Giriş

Hayatın ilk yılında sık görülen hemanjiyomlar vasküler endotel ve mukozanın benign tümörleridir. Endotel hücrelerinin anormal büyümesiyle oluşan displastik vasküler kanal şeklinde vasküler malformasyonlar görülür. Konjenital olabildikleri gibi travmaya veya tümörlere sekonder de gelişebilirler.<sup>[1]</sup> Özellikle yüzde, üst ekstremitede ve gövdede gözlenmekle birlikte dalak ve karaciğer tutulumu da oldukça sıktır. Her ne kadar hemanjiyom çocukluk çağında en sık görülen tümörler arasında olsa da,

skrotumda saptanması oldukça nadirdir. Literatürde, skrotumda görülen hemanjiyom vakaları 100'ü geçmemektedir.<sup>[1-7]</sup> Skrotuma lokalize olabildikleri gibi perineuma, penise veya intraskrotal alana yayılabilmektedirler. Yayılım bölgesine ve semptomlara göre tedavi değişmektedir. Medikal olarak tedavi edilebildiği gibi cerrahi eksizyon gerektiren olgular da bildirilmiştir. Ancak unutulmamalıdır ki; özellikle intraskrotal alana yayılım göstermeyen, herhangi bir şikayete sebep olmayan olgulara lokal bakım dışında hiçbir tedavi verilmesine gerek yoktur. Bu ya-

1) Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Pediatri Bölümü, Çocuk Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul

zıda 4 aylıkken skrotal hemanjiyom tanısı alan, intraskrotal alana yayılımı olmayan ve lokal bakım ile herhangi bir komplikasyon gelişmeden 12. aya gelen bir erkek çocuk sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

Dört aylık erkek hasta skrotumda lezyon nedeniyle ailesi tarafından çocuk polikliniğimize getirildi. Postnatal ikinci haftada skrotumda küçük bir morluk olarak başlayan lezyon, zaman içinde giderek büyümüş ve kasıklara doğru yayılmaya başlamış. Travma veya cerrahi işlem öyküsü olmayan hastada; bez değişimi sırasında huzursuzluk, idrar yaparken ağlama veya idrar rengi ve kokusunda farklılık tarif edilmedi. Fizik muayenede skrotumda perineye yayılım gösteren 3x4 cm ebatlarında hemanjiyom tespit edildi (**Şekil 1**). Ele gelen skrotal kitle yoktu. Testisler skrotumda bilateral palpe ediliyordu. Vücudun diğer bölgelerinde gözlenen hemanjiom olmadığı gibi sistem muayenelerinde özellik yoktu. Yapılan batın ultrasonografisinde karaciğer ve dalakta hemanjiom tespit edilmedi.

Skrotal ultrasonografide intraskrotal bölgede ve testiküler yapıda hemanjiom gözlenmedi. Çocukta penis anomalisi yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; tam kan sayımı, biyokimya ve idrar tahlilleri normaldi. Lezyon üzerinde ülser veya kanayan alan görülmemekle beraber ailesi tarafından bezlerinde arada kan lekelerine rastlandığı tarif edildi. Lokal çinko oksitli kremler ve sık bez değişimi yapılması önerildi. Polikliniğimizde takip edilmekte olan hastanın 6. ayında lezyon boyutlarında değişiklik görülmediği gibi ülserasyona da rastlanmadı. Hasta asemptomatik olduğundan dolayı cerrahi tedavi düşünülmedi.

Hastanın fotoğraflarının yayınlanabilmesi için hastanın ebeveynleri bilgilendirilerek onlardan yazılı ve sözlü onam alındı.

## Tartışma

Hemanjiomlar vücudun neredeyse tüm bölgelerinde izlenebilen benign genişlemiş displastik vasküler kanallar olup, çocukluk çağında sık görülmektedirler. Bir yaşına kadar çocukların %10'unda hemanjioma rastlanabilmektedir.<sup>[6]</sup> Tüm bu hemanjiomlar içinde genital hemanjiomlar ise sadece %1'lik kısmını oluştururlar ve kızlar erkeklerden yaklaşık 3-5 kat daha sık etkilenirler.<sup>[8]</sup> Skrotal hemanjiomların hangi tarafı etkilediğinden bağımsız

olarak çoğunlukla tek taraflı görülürler.<sup>[9]</sup> Histolojik olarak genital hemanjiomlar yüzeysel olan kapiller tip, histiositoid tip ve kavernöz tip olmak üzere 3 kategoriye ayrılırlar.<sup>[10]</sup>

İnfantil skrotal hemanjiomlar literatürde oldukça nadirdir. En sık adolesanlarda görülmekle birlikte konjenital olan veya erişkin yaşta ortaya çıkan skrotal hemanjiom vakaları da mevcuttur. Literatürde bildirilen vakaların çoğunluğu adolesan yaş grubunda olup infantil dönemde skrotal hemanjioma sık rastlanmamaktadır.<sup>[1]</sup> Güneş ve ark. skrotal lezyon ile başvuran kavernöz hemanjiom tanısı konan 6 aylık bir vakayı 2013'de yayınlamışlardır.<sup>[1]</sup> Leavitt ve ark. da infantil skrotal hemanjiom olup doğumdan sonra ilk aylarda tanı alan 2 vakayı sunmuşlardır. Bu iki vakaya, intraskrotal yayılımı olduğundan cerrahi eksizyon yapılmış.<sup>[11]</sup> Bizim vakaımız, 4 aylıkken tanı almış olup literatürde en erken görülen vakalardan biridir. Diğer vakalardan farkı intraskrotal yayılım ve semptom olmadığından dolayı konservatif tedavi ile komplikasyonsuz izlenmektedir.

İnfantil skrotal hemanjiomlar çoğunlukla postnatal ilk aylarda büyümeye devam ederler, bir yaşından sonra yavaş yavaş regrese olurlar ve genellikle 5 yaşından sonra tamamen regrese olma eğilimindedirler.<sup>[1,12]</sup> Nadiren 5 yaşından sonra da regrese olmadan kalabilirler.<sup>[13]</sup> Onların da %90 kadarının 7 yaşında tamamen kaybolduğu gözlenmektedir.<sup>[1]</sup> Çok nadir vakalarda ise erişkin yaşa kadar tamamen kaybolma olmadığı için tedaviye ihtiyaç duyulabilir.<sup>[14]</sup>

Skrotal hemanjioma tanısı koyarken; fizik muayene en önemli faktördür. Kitle varlığı, lokal yayılım olup olmadığı değerlendirilerek ultrasonografi ile lezyonun derinliği hakkında bilgi edinilir. Yüzeysel olan lezyonlar için ultrasonografi yeterlidir. Özellikle cerrahi müdahale gerektiren intraskrotal yerleşimli olgularda Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans faydalı olmaktadır. Kitle eksizyonu yapılan hastalarda doku örneğinin patolojik olarak incelenmesi kesin tanı yöntemi olup, asemptomatik hastalarda tanı amacıyla biyopsi yapılma endikasyonu yoktur.

Skrotal hemanjiomlar bulunduğu bölgeye, yayılımına ve semptom varlığına göre tedavi edilirler. Skrotuma ve penise lokalize yüzeysel formlar çoğunlukla asemptomatik olup hayatın ilk yıllarında regrese olabileceklerinden sadece lokal bakım, sık

bez değişimi, çinko oksitli kremler ile takip edilirler. Çok geniş lezyonlar da kozmetik nedenlerden dolayı eksizyon gerektirebilirler. Skrotal hemanjiomların en sık görülen komplikasyonu ülserasyon ve enfeksiyondur.<sup>[1]</sup> Bez bölgesinde yer almaları nedeniyle oluşabilecek lokal irritasyon, ülserasyon veya enfeksiyon medikal olarak tedavi edilir. Takiplerinde çinko oksit içeren krem kullanımı ve idrar ve gaita ile teması azaltmak için sık bez değişimi önerilmektedir. Ağrıya sebep olmayan lezyonun ülsere olması durumunda ağrı gelişebileceğinden çocuk için huzursuzluk yaratır. Huzursuzluk olduğu dönemlerde ağrı kesici olarak parasetamol verilmesi uygundur. Ülsere olan lezyon ağrıya sebep olabildiği gibi enfeksiyona da sebep olabilir.

Enfeksiyon gelişmesi durumunda erken tanınıp tedavi edilmesi enfeksiyonun ilerlememesi açısından önemlidir. Eğer lokal bir enfeksiyon var ve yeni başladığı biliniyorsa, ateş gelişmemişse lokal antibiyotikli kremlerin verilmesi uygun olacaktır. Enfeksiyonun ilerlediği, derin dokulara yayıldığı durumlarda oral veya intravenöz antibiyoterapi gerekebilir. Her ne kadar literatürde vaka örneğine rastlanmasa da, cilt enfeksiyonunun ilerlemesi halinde hastanın yatarak tedavisi gerekebilecektir.

Genital bölge lezyonları semptomatik olduklarında veya intraskrotal bölgeye yayıldığında erken

cerrahi tedaviyi hak etmektedirler.<sup>[14]</sup> Cerrahi eksizyon yapılabileceği gibi; intralezyoner steroid uygulamasından da fayda görülebilmektedir.<sup>[4]</sup> Bazı vakalarda sklerozan ajan (alkol) veya lazer tedavisi ile de fayda sağlanmaktadır. Lazer tedavisinin minimal skar ve deformite bırakma dışında kısa vadeli ve/veya uzun vadeli belirgin bir yan etkisi bilinmemektedir.<sup>[15]</sup>

Dört aylıkken tanı konan hastanın 12. ayındaki izleminde enfeksiyon, ülserasyon veya kanama gelişmediği gözlemlendi. Bir yaş izleminde hemanjiom boyutlarında artma veya gerileme yoktu. Erken tanı ve lokal bakımın ve takibinin iyi yapılmış olmasından dolayı hastamızda komplikasyon gelişmediği gibi hemanjioma bağlı herhangi bir problem yaşanmadı. Bu hastalar çoğunlukla birinci basamak sağlık merkezlerinde ilk değerlendirilmeye tabi tutulduklarından dolayı; aile hekiminin, tanıyı koyup, bakımı iyi anlatması ve olası komplikasyonlar açısından hastaları takip ederek komplikasyon geliştiği durumlarda 2. veya 3. basamak sağlık hizmeti sunan merkezlere yönlendirmesi oldukça önemlidir. İyi takip edilen ve doğru bakım yapılan hastalarda komplikasyon gelişmeden yıllar içinde hemanjiomda gerileme olmakta ve skrotal hemanjiomların uzun vadeli prognozunun iyi olduğu bilinmektedir.



**Resim 1:** Perineye ve inguinal bölgeye yayılım gösteren skrotal kapiller hemanjiom.

## Kaynaklar

1. Güneş M, Keleş MO, Çiloğlu NS, Koca O, Akyüz M. Cavernous hemangioma of the scrotum treated with local steroid: Case report. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013; 33: 1.
2. Pratt AG. Birthmarks in infants. *Arch Dermatol* 1972; 67: 302-5.
3. Ward JF, Friedlander SF, Kaplan GW. Hemangioma presenting as an ulceration of the scrotum. *J Urol* 1998; 160: 182-3.
4. Kırac M, Çamtosun A, Canpolat B, Tatlı H, Polat F, Tan MÖ. Capillary hemangioma of the scrotum. *Gazi Med J* 2007; 18: 43-4.
5. Vavallo A, Lafranceschina F, Lucarelli G, et al. Capillary hemangioma of the scrotum mimicking an epididymal tumor: case report. *Am J Surg Pathol* 2013; 37: 860-6.
6. Ergül O, Ceylan BG, Armagan A, Kapucuoglu N, Ceyhan AM, Perk H. A giant scrotal cavernous hemangioma extending to the penis and perineum: a case report. *KaoJor Medical Science* 2008; 139: 177-86.
7. Senoh H, Ichikawa Y, Okuyama A, Takaha M, Sonoda T. Cavernous hemangioma of the scrotum and penile shaft. *Urol Int* 1986; 41: 309-11.
8. Mulliken JB, Fishman SJ, Burrows PE. Vascular anomalies. *Curr Prob l Surg* 2000; 37(8): 517-84.
9. Ray B, Clark SS. Hemangioma of scrotum. *Urology* 1976; 8: 502-5.
10. Stille JR, Nasrallah PF, McMahon DR. Testicular capillary hemangioma: an unusual diagnosis suggested by duplex color flow ultrasound findings. *J Urol* 1997; 157: 1458-9.
11. Leavitt DA, Hottinger DG, Reed RC, Shukla AR. A case series of genital vascular anomalies in children and their management: lessons learned. *Urology* 2012; 80: 914-8.
12. Thorne CH. Vascular anomalies. *Grabband Smith's Plastic Surgery*'de. Eds. Beasley RW, Aston SJ, Barlett SP, Gurtner GC, Spear SL. 6th ed. New York, Lippincott Williams & Wilkins, 2006; 191-5.
13. Pasyk KA, Cherry GW, Grabb WC, Sasaki GH. Quantitative evaluation of mast cells in cellularly dynamic and adynamic vascular malformations. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:69-77.
14. Alter GJ, Trengove-Jones G, Horton CE Jr. Hemangioma of penis and scrotum. *Urology* 1993;42:205-8.
15. Sarig O, Kimel S, Orenstein A. Laser treatment of venousmalformations. *Ann Plast Surg* 2006;57 (1): 20-4.

*Geliş tarihi: 04.07.2015*

*Kabul tarihi: 28.11.2015*

*Çevrimiçi yayın tarihi: 22.12.2015*

### **Çıkar çakışması:**

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### **İletişim adresi:**

Dr. Selcen Yaroğlu Kazancı

e-posta: selcenkazanci@yahoo.com.tr

## VdGM Prekonferansı 2015 İstanbul'a genç Türkiye ekibi ev sahipliği yaptı

Vasco da Gama Hareketi (VdGM; Vasco da Gama Movement) ilk kez 2004 yılında Amsterdam'da WONCA (World Organization of National Colleges and Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians) Avrupa Konferansı sırasında temelleri atılan ve ilk kez 2005 yılında Kos WONCA Avrupa Konferansı'nda resmi olarak yer alan, Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimi alan asistanların ve uzmanlığının ilk 5 yılındaki Aile Hekimliği uzmanlarının oluşturduğu WONCA Avrupa'ya bağlı bir çalışma ağıdır. Her sene WONCA Avrupa Konferansı öncesi ev sahibi ülkeden gönüllü katılımcılarla birlikte Vasco da Gama Hareketi prekonferansı düzenlenmektedir.

VdGM Prekonferansı, yedi senenin ardından ikinci kez 2015 yılında ülkemizde gerçekleştirilmiştir. Hem VdGM Prekonferansı'nın hem de WONCA Avrupa Konferansı'nın bu yılki teması "Genç Olmak ve Genç Kalmak" olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda enerji dolu genç aile hekimleri, yenilikçi

fikirleri ve deneyimleri ile bir araya gelmiş ve gençliğin önemini vurgulayan konferans programları ortaya çıkarılmıştır. Dünyanın dört bir yanından genç aile hekimleri her yıl olduğu gibi VdGM Prekonferansı 2015 İstanbul'a büyük ilgi göstermiş, bununla birlikte WONCA 2015 Avrupa Konferansı katılımcılarının önemli bir kısmını genç aile hekimlerinin oluşturduğu dikkat çekmiştir.

Prekonferans hazırlıkları yaklaşık iki yıl öncesine dayanmaktadır. Ekim 2013'te VdGM Yönetim Kurulu ile görüşülmüş, yetki devri alındıktan sonra resmi olarak VdGM Prekonferansı 2015 hazırlıkları başlamıştır. Hemen ardından Prekonferans düzenleme komitesinde (Host Organizing Committee-HOC) gönüllü olarak yer almak isteyen 17 genç aile hekimi ile çalışmalara başlanmış ve birçok ülkeden gelecek misafirler için organize olunmuştur. Yönetici grup, Sosyal ve Bütçe grubu, Bilimsel grup ve İmaj grubu olarak alt komitelerde görev paylaşımı sağlanmıştır. Bu süreçte gruplar ve VdGM Yönetim Kurulu



arasında toplantılar yapılmış ve tüm organizasyonel hazırlıklar tamamlanmıştır.

VdGM Prekonferansı 2015 İstanbul öncesinde 17-20 Ekim tarihlerinde VdGM Türkiye Değişim Grubu tarafından ülkemizin ikinci değişim programı gerçekleştirilmiştir. Prekonferans 2015 Değişim Programı; Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ziyaretlerini, huzurevi ziyaretlerini, şehir turlarını ve çeşitli sosyal programları kapsamıştır. Prekonferans 2015 Değişim Programı İstanbul, İzmir ve Hatay illerimizde eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Katılımcıların ülkemize gelmesiyle 17 Ekim'de program başlamış ve 14 farklı ülkeden gelen 10 katılımcı İstanbul'da, yedi katılımcı İzmir'de ve bir katılımcı Hatay'da olmak üzere toplam 18 katılımcı aile hekimliği asistan ve uzmanlarının evlerinde gönüllü olarak konuk edilmiştir. Misafirlerimiz 18 Ekim günü, buldukları şehirdeki sosyal programlara katılmış ve 19 Ekim günü aile hekimliği uzmanlarının çalıştığı ASM'leri ziyaret ederek Türkiye'deki aile hekimliği uygulamasını yakından tanıma fırsatı elde etmişlerdir. Tüm katılımcılar 20 Ekim günü İstanbul'da toplanmış ve İstanbul Tabip Odası Kadıköy Şubesi'nde gerçekleştirilen "Dünyada Aile Hekimliği ve Birinci Basamakta Sağlık Uygulamaları" başlıklı toplantıya katılmıştır. Toplantıda katılımcılar, kendi ülkelerindeki sağlık sistemini ve birinci basamak sağlık uygulamalarını tanıtmıştır. VdGM Prekonferansı 2015 Değişim Programı, 20 Ekim akşamı, değişim prog-

ramı katılımcıları, Prekonferans HOC ve VdGM Yönetim Kurulu ve VdGM Avrupa Konseyi'nin bir araya geldiği gala yemeği ile son bulmuştur.

VdGM Prekonferansı 2015 İstanbul, 21 Ekim'de 38 ülkeden toplam 190'a yakın katılımcı ile açılmıştır. Genç Doktor Hareketleri temsilcileri olan Kyle Hoedebecke, Shin Yoshida, Kayode Alao, Raman Kumar, Nagwa Nashat, Peter Sloane, Andrea de Angulo ilk kez bir kongrede bir araya gelmiştir.

Prekonferans açılışında söz alan WONCA Dünya Başkanı Prof. Michael Kidd ve WONCA Avrupa Başkanı Prof. Job Metsemakers gençlerin aile hekimliğinin geleceğine yön verecek olmalarının öneminden ve kongre sloganı olan "Genç Olmak ve Genç Kalmak" ile bunun tüm aile hekimlerine duyurulduğundan bahsetmiştir. Ayrıca Metsemakers tarafından genç aile hekimlerinin WONCA ana çalışma gruplarında daha aktif olmaları gerektiği ve bu gruplara ilham verebilecekleri belirtilmiştir.

Açılış konuşmasından sonra katılımcılar tartışma gruplarına ayrılmıştır. On iki kişiden oluşan dokuz ayrı tartışma grubunun başında dördü Türkiye'den, yedisi yabancı ülkelere (İspanya, İtalya, Portekiz, Nijerya, Danimarka, Avusturya, İsrail) katılan grup yönlendiricileri bulunmuştur. Gruplarda, birinci basamakta adolesan sağlığı, yaşlı sağlığı, zor hasta tanımı ve yönetimi, sosyal medya, hasta güçlendirme gibi konular tartışılmıştır. Katılımcılara ve yönlendiricilere, Prekonferans HOC ve VdGM Yönetim Kurulu ve VdGM Avrupa Konseyi'nin bir araya geldiği gala yemeği ile son bulmuştur.



diricilere istedikleri tartışma konusunu seçebilmeleri için prekonferans öncesinde elektronik posta gönderilerek üç tercihte bulunmaları istenmiştir. Böylece katılımcıların bilimsel tartışma gruplarına katılmadan önce gün boyu bahsi geçecek konu başlığından haberdar olmakla kalmayıp aynı zamanda çalışmak istediği konuyu kendisinin belirleyebilmesi sağlanmıştır.

Bu tartışma gruplarında, farklı ülkelerdeki aile hekimlerinin düşünceleri, birinci basamağı güçlendirmeye yönelik çözüm önerileri ve bundan sonraki süreçte birlikte yapılabilecekler üzerinde durulmuştur. Tartışma grupları; dahil oldukları grubun konularını tartışarak, gün sonunda birer sunum hazırlamıştır. Tartışma gruplarına paralel olarak VdGM Avrupa Konseyi toplantısı yapılmıştır.

Bu sene düzenlenen prekonferansta, diğerlerinden farklı olarak, EGPRN (Avrupa Aile Hekimleri/ Aile Hekimliği Araştırma Grubu) yetkililerinin de katılımlarıyla "Birinci Basamakta Araştırma" konulu bir çalıştay yapılmıştır. Bu çalıştayda birinci basamakta araştırma yapmanın önemi ve araştırma yöntemleri ile ilgili genel bilgiler paylaşılmıştır. Bu çalıştay VdGM'nin bir başka WONCA Avrupa çalışma ağıyla somut olarak gerçekleştirdiği ilk etkinlik olması açısından da önem taşımaktadır.

Prekonferans sosyal etkinlikleri kapsamında, 21 Ekim akşamı gala yemeği turist rehberi eşliğinde-

Boğaz'da tekne gezisi olarak organize edilmiştir. Yemek sonrasında gece, dans müzikleriyle eğlenceli bir şekilde devam etmiştir. Haliç Kongre Merkezi'nden kalkış ile başlayan Boğaz turu, yaklaşık dört saatlik keyifli bir geziden sonra Kabataş'ta sona ermiştir.

Prekonferansın ikinci günü, her grup tartışma konuları ile ilgili sunumlarını yapmıştır. Farklı tatlar barındıran bu grupların tartıştıkları konular ile ilgili sunumları da bir o kadar renkli ve görülmeye değer olmuştur. Gruplar sunumlarını dramalarla, yazdıkları şarkılarla, minik dans ve birbirinden farklı parodiler ile renklendirmiştir. Kartondan kestikleri koyun ile yaralanan adam canlandırmaları, kese kağıdına çizilip ifade kazandırılan suratlar, sunum korusu gerçekten ilginç ve eğlenceli olmuştur. Tıbbi konular bu kadar sanatsal ve keyifli bir yorumla sergilendiğinde herkes için unutulmaz birer bilgi alışverişine dönüşmüştür.

Sonuç olarak genç aile hekimleri panel ve çalıştaylarda yapmış oldukları çalışmaları ve kazandıkları deneyimleri diğer meslektaşları ile paylaşarak bilimsel programa katkıda bulunmuş ve enerjilerini sosyal etkinliklere yansıtarak prekonferansa renk katmışlardır.

Prekonferansın hazırlanmasında ve sürecin doğru bir şekilde ilerlemesinde emeği geçen Prekonferans HOC üyeleri; Berk Geroğlu, Candan Kendir





Çopurlar, Demet Merder Coşkun, Fethi Sada Zekey, Halil Volkan Tekayak, Süheyla Atalay, Olgu Yıldırım Aygün, Ülkü Sur Ünal, Canan Tuz, Ayşe Melike Eraslan, Seda Coşkun, Ayça Çetinbaş, Vasfiye Demir, Fatoş Taymez, Fikret Merter Alanyalı, Hakan Mut ve Tuğba Onat'a teşekkür ederiz.

Tüm genç meslektaşlarımızla, 14-15 Haziran 2016 tarihlerinde VdGM Prekonferansı Kopenhag'da buluşmak dileğiyle!

## Fikret Merter Alanyalı

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği, İzmir  
merter\_al@hotmail.com

## Kaynaklar

1. About VdGM, <http://vdgm.woncaeurope.org/about> adresinden 30/10/2015 tarihinde erişilmiştir.





# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 19 (2015) Hakem Dizini

## Reviewer Index for Volume 19 (2015) of the Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 19 (2015) içeriğine, makale değerlendirme sürecinde hakemlik yaparak katkı veren, aşağıda adları yazılı meslektaşlarımıza Editörler Kurulu olarak teşekkür ederiz.\*

*The Editorial Staff of the Turkish Journal of Family Practice expresses their appreciation to the following colleagues who have reviewed manuscripts for Volume 19, 2015*

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

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

**Prof. Dr. Ahmet Akıcı**, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Aydoğan Aydoğdu**, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Endokrinoloji ve Metabo. Hast. BD

**Yrd. Doç. Dr. Arzu Akalın**, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

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

**Uzm. Dr. Umur Gök Balcı**, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

**Doç. Dr. Okcan Basat**, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

**Yrd. Doç. Dr. Fatma Göksin Cihan**, Balıklıgöl Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği

**Doç. Dr. Saliha Serap Çiçili**, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Hakan Demirci**, Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

**Prof. Dr. Güzel Dişçigil**, Adnan Menderes

Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

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

**Doç. Dr. Füsün Aysin Artıran İğde**, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

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

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

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

**Doç. Dr. Hatice Kurdak**, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

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

**Yrd. Doç. Dr. Can Öner**, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Pol.

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

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

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

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

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

**Yrd. Doç. Dr. Murat Tekin**, Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Berrin Telatar**, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

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

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

**Prof. Dr. Fisun Vural**, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Doç. Dr. Bektaş Murat Yalçın**, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

**Yrd. Doç. Dr. Erhan Yengil**, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Hülya Yıkılkan**, Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

**Doç. Dr. Uygur Çağdaş Yüksel**, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

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

# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 19 (2015) Konu Dizini

## Subject Index for Volume 19 (2015) of the Turkish Journal of Family Practice

### Aile Hekimliği Uygulamaları | Family Practice

**Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi.** *Evolution of family medicine specialty in legislations.* Öner C. **165**

**Variköz venleri olan hasta yönetimi: Aile hekimleri ne kadar içinde?** *Management of the patients with varicose veins: At which extend do family physicians in volve in it?* Gümüştakım RŞ, Yayla ME, Sürmeligöz O, Yavuz E, Kırımlı E, Doğan S. **90**

**Bir üniversite hastanesi örneğinde hastaların periyodik sağlık muayenesi hakkındaki farkındalıkları.** *The awareness of patients regarding periodical health examination within a sample from a university hospital.* Sözen F, Aydemir S, Kut A. **112**

**Nazogastrik sonda malpozisyonu: Olgu sunumu.** *Nasogastric tube malposition: a case report.* Özdemir S, Cimilli Öztürk T, Öcal O, Metiner Y, Ecmel Onur Ö. **162**

### Çocuk ve Ergen Sağlığı | Child and Adolescent Health

**Dört aylık bebekte skrotal kapiller hemanjiyom.** *Four-month-old baby boy with scrotal capillary hemanjioma.* Yaroğlu Kazancı S, Özkul Sağlam N. **209**

**Ebeveynlerin çocuklarının beslenme durumu hakkındaki görsel algıları ve iştah ile ilişkisi.** *Parents' visual perceptions about their child's nutritional status and association with appetite.* Yılmaz R, Özer S. **3**

**İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri** *Obesity frequency in school children and related risk factors.* Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. **204**

**Rahatsızlanan çocuklar için sağlık hizmeti arama davranışları: Başvuru süresi ve etkileyen faktörler**

*Health care seeking behaviors for sick children: time span for seeking health care.* Akpak F, Yüksel N S, Kabanlı A, Günvar T. **67**

### Kadın Sağlığı | Women's Health

**Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin tetanoza karşı aşılama sıklığı ve etkileyen faktörler.** *Frequency of tetanus vaccination in pregnant women attending to the child birth preparation classes and influencing factors.* Büyükkayacı Duman N, Yılmazel G, Başçı A B, Yüksel Koçak D. **84**

**Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor?** *How and how long do family physicians follow up pregnant women?* Kurnaz M A, Can H, Atsız Sezik H, Çakır Y T, Tuna M, Ay Z. **187**

### Enfeksiyon Hastalıkları | Infectious diseases

**Nedeni bilinmeyen ateşle gelen tip 2 diyabetli bir hastada Bacteroides fragilis etkenli piyojenik karaciğer apsesi.** *Pyogenic liver abscess caused by Bacteroides fragilis in a type 2 diabetes patient presenting with fever of unknown origin.* Ünal A, Öncü S, Başak O. **104**

### Kronik Hastalıklar | Chronical diseases

**Koroner arter hastalarında bir risk belirleyicisi olarak hesaplanan serum osmolalite değeri.** *Estimated serum osmolality value as a risk predictor for coronary heart disease.* Demirci H, Aydın U, Üstündağ Budak Y, Çınar Y. **31**

**Otoimmün poliglandüler sendromlu bir olgu sunumu.** *Autoimmune polyglandular syndrome: a case report.* Doğan B, Akalın A A, Karaalp E, Ergişi A, Oğuz A. **49**

**Kronik bel ağrısı olan hastalara aile hekimliği yaklaşımı: Ne kadar etkili?** *Family medicine approach to the patients with chronic low backpain: How effective is it?*

Tanyıldızı İ, Mevsim V. 75

**Koroner arter hastalığında risk belirleyici yeni parametreler.** *Novel parameters determining the risk of coronary artery disease.* Doğaner Y Ç, Aydoğan Ü, Sarı O. 110

**Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi.** *The impact of obesity on self esteem and body image.* Hamurcu P, Öner V, Telatar B, Yeşildağ Ş. 122

**Besinlerin tuz içeriklerini bilme ile bu besinleri tüketme arasındaki uyumluluk: Hipertansiyon hastalarında uyum daha mı fazla?** *Do hypertension patients consume food relevant to their knowledge on their salt content?* Aygün O, Yavuz S, Aygün E, Yıldırım E. 170

**Tip 2 diyabetik hastalarda statin kullanımı ile glikemik kontrol arasında ilişki var mıdır?** *Is there a relation between statin use and glycemic control in type 2 diabetic patients?* Kurnaz M A, Can H, Atsız Sezik H, Çakır Y T, Tuna M, Ay Z. 179

### Tütün bağımlılığı | Tobacco Addiction

**Tütün bağımlılığını ölçmede Fagerström testi.** *Fagerström Test on nicotine dependence.* Şengezer T. 55

**Sigara içmeyle ilişkili nadir bir olgu: Siyah dil gelişimi.** *A rare case associated with smoking: Black tongue formation.* Çetin Kargin N, Marakoğlu K. 97

**Sigarayı bırakmanın solunum işlevleri üzerine etkisi.** *Effect of smoking cessation on the respiratory functions.* Çetin Kargin N, Marakoğlu K. 130

### Özetler | Abstracts

**6. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri**  
– Bölüm: I. *Abstracts presented at the Sixth Family Medicine Resarch Days – Part: I* 136

**6. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri**  
– Bölüm: I. *Abstracts presented at the Sixth Family Medicine Resarch Days – Part: II* 196

### Başmakale | Editorial

**Tükenmişlik Burnout** Başak O. 1

**Sağlık arama davranışı** *Health seeking behavior*  
Akman M. 53

**WONCA Avrupa Kongresi yaklaşırken...** *WONCA Europe Conference approaching...* Başak O. 108

### Psiko-sosyal ve bilişsel konular | Psychosocial and cognitive issues

**Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme: Tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz?** *Socio-economic status valuation in medicine: Are we doing the right thing in medical research?* Kut A, Salgür F. 4

**Toplu taşıma araçlarını kullanan sürücülerde tükenmişlik durumu: Kesitsel bir çalışma.** *Burnout of the public transportation vehicle drivers: A cross sectional study.* Tüzün S, Uzuner A, Öztürk A, Akman M 22

**Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde duygusal zeka ve empati ilişkisi.** *Relation of emotional intelligence and empathy among medical students in Muğla Sıtkı Koçman University.* Yeniçeri EN, Yıldız E, Seydaoğulları A, Güleç S, Sakallı Çetin E, Baldemir E 58

### Kanserler | Cancers

**Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller.** *Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region.* Şahin N Ş, Üner B A, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G, Demirağ S, Başak O. 37

### Adli Tıp | Forensic Medicine

**Defin ruhsatı düzenlemede adli boyut: Bir feth-i kabir otopsi olgusu.** *Judicial aspects of death certification: an ex-humation autopsy case.* Arslan M N, Abalı F, Özbek B Y, Üzün. 99

# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 19 (2015)

## Yazar Dizini

Author Index for Volume 19 (2015) of the Turkish Journal of Family Practice

Abalı F.	99	Doğan S.	90	Salgür F.	4
Akalın A A.	49	Doğaner Y Ç.	56, 110	Sarı O.	14, 110
Akçan A.	37	Ecmel Onur Ö.	162	Savaşhan Ç.	14
Akman M.	22, 53	Erdal M.	14	Seydaoğulları A.	58
Akpak F.	67	Ergişi A.	49	Sözen F.	112
Arslan M N.	99	Geçkil A Ü.	179	Sürmeligöz O.	90
Atsız Sezik H.	187	Gemalmaz A.	37	Şahin N Ş.	37
Ay Z.	187	Güleç S.	58	Şengezer T.	55
Aydemir S.	112	Gümüştakım R Ş.	90	Tanyıldızı İ.	75
Aydın M.	37	Günvar T.	67	Telatar B.	122
Aydın U.	31	Hamurcu P.	122	Tuna M.	187
Aydoğan Ü.	14, 56, 110	Kabanlı A.	67	Tüzün S.	22
Aygün E.	170	Karaalp E.	49	Uzuner A.	22
Aygün O.	170	Kırımlı E.	90	Ünal A.	104
Baldemir E.	58	Kut A.	4, 112, 179	Üner B A.	37
Başak O.	1, 37, 104, 108	Kurnaz M A.	186	Üstündağ Budak Y.	31
Başçı A B.	84	Marakoğlu K.	97, 130	Üzün İ.	99
Boşkuş Y.	179	Metiner Y.	162	Yaroğlu Kazancı S.	209
Büyükayacı Duman N.	84	Mevsim V.	75	Yavuz E.	90
Can H.	187	Oğuz A.	49	Yavuz S.	170
Cimilli Öztürk T.	162	Öcal O.	162	Yayla M E.	90
Çakır Y T.	186	Öncü S.	104	Yeniçeri E N.	58
Çaycı Ö.	179	Öner C.	122, 165	Yeşildağ Ş.	122
Çetin Kargın N.	97, 130	Özbek B Y.	99	Yıldırım E.	170
Çınar Y.	31	Özdemir S.	162	Yıldız E.	58
Demirağ S.	37	Özkul Sağlam N.	209	Yılmaz R.	3
Demirci H.	31	Özer S.	3	Yılmazel G.	84
Dişçigil G.	37	Öztürk A.	22	Yüksel Koçak D.	84
Doğan B.	49	Sakallı Çetin E.	58	Yüksel N S.	67

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