

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt 20 | Sayı 1 | Ocak-Mart 2016
Volume | Number | January-March

www.turkaihehekdergisi.org

Statin tedavisinde hasta uyumu: Medya ne kadar etkili?

Gökhan Dincer, Zeynep Sayın Dincer, Aybüke Demir Alsancak,
Yakup Alsancak, Eneş Gümüş, Oğuz Tekin

Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımına ilişkin yaklaşımları

Ceren Karaman Kenesarı, Nilgün Özçakar

Anadolu tıp tarihi - Bölüm I

Bektaş Murat Yalçın, Mustafa Ünal, Hasan Pirdal, Yasin Selçuk

* **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 kurullarına 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.turkailehkekderg.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 ölçeklerin 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 kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında 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 yaşananlar ve kullanılan yenilikler 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 başlıklar 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 adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için 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 verilmeksizin 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

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

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



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

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

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

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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor
Doç. Dr. Mehmet Akman, 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: Create Life - 2002
50X70 cm. Helena Ruohonen

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

Başmakale | Editorial

Aile hekimliği dergileri | 1

Family medicine journals

Okay Başak

Editöre Mektup | Letter to the Editor

Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi | 3

Evolution of family medicine specialty in legislations

İlhami Ünlüoğlu, Uğur Bilge

Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları | 5

Differences on comprehension and practice in palliative care in Turkey

Ali Ramazan Benli, Zeynel Abidin Erbesler

Araştırmalar | Research Articles

Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler | 7

Knowledge levels of pregnant on their pregnancy and the related factors

Hasan Pirdal, Bektaş Murat Yalçın, Mustafa Ünal

Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımına ilişkin yaklaşımları: Kısa bilgilendirme ne kadar etkili? | 16

Mothers’ approach on the use of antibiotics in children: how effective is short information?

Ceren Karaman Kenesarı¹, Nilgün Özçakar²

Statin tedavisinde hasta uyumu: Medya ne kadar etkili? | 23

Patient compliance to statin treatment: how effective is the media?

Gökhan Dincer, Zeynep Sayın Dincer, Aybüke Demir Alsancak, Yakup Alsancak, Enes Gümüş, Oğuz Tekin

Kısa Araştırma Raporu | Short Research Report

Aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda idrar kaçırma sıklığı | 29

Urinary incontinence frequency in women who applied to the family health center

Fatih Özcan, Cüneyd Özkürkçügil, Nilay Etiler

Tıp Tarihi | History of Medicine

Anadolu tıp tarihi - Bölüm I | 33

The history of medicine in Anatolia - 1st Part

Bektaş Murat Yalçın, Mustafa Ünal, Hasan Pirdal, Yasin Selçuk

Olgu Sunumu | Case Report

Katarakt ve hipokalsemi: Tiroidektomi öyküsü olan bir olgu | 45

Cataract and hypocalcemia: A case with a history of thyroidectomy

Hülya Parıldar, Ayşe Yeşim Oral

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i - vii

Aile hekimliği dergileri

Family medicine journals

Okay Başak¹

Değerli Okurlar,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi elinizdeki sayı ile birlikte 20. yılına girmiş bulunmaktadır. Dergimizin 1997 yılında başlayan yayın hayatı bu yılki sayılarla birlikte 20 yılını tamamlayacaktır. Ülkemizde aile hekimliği disiplininin Dergimizle başlayan bilimsel yayın etkinlikleri 2016 yılının başlarında çok önemli noktalara gelmiş durumdadır. Bugün ülkemizde aile hekimliği ya da başka adlarla yayınlanan ve editörlüklerini ve yayın kurulu üyeliklerini aile hekimlerinin yaptığı sekiz genel tıp dergisi bulunmaktadır.

Aile hekimliği süreli yayın etkinliklerindeki bu gelişme kuşkusuz ülkemizde akademik aile hekimliğinin hızlı yükseliş eğilimine koşutluk göstermektedir. Akademik aile hekimliğinin çeyrek yüzyıla yaklaşan tarihinin bugün geldiği noktada ülkemizdeki hemen hemen tüm tıp fakültelerinde ve eğitim hastanelerinde aile hekimliği anabilim dalları ve klinikleri oldukça etkin durumdadır.

Aile hekimliği alanındaki süreli yayın etkinlikleri yalnızca sayısal gelişme göstermemiş, fakat aynı zamanda giderek daha nitelikli hale gelmiştir. Ulusal dergilerimizde giderek daha çok aile hekimliğinin özgün araştırma alanında ve aile hekimliğine uygun yöntemlerle yapılmış araştırma makaleleri yayınlanmaktadır. Dahası ulusal düzeydeki ilerlemeler uluslararası alanda da kendini hissettirmeye başlamıştır.

Nitekim yukarıda belirttiğimiz süreli yayınlardan Konuralp Tıp Dergisi geçtiğimiz yılın sonlarına doğru “Web of Science” kapsamında oluşturulan “Emerging Science Citation Index”te (ESCI) taranmaya başlamıştır. Bu gelişme Konuralp Tıp Dergisi için SCI, SCIE ve SSCI kapsamına alınma yolunda önemli bir adımdır. Konuralp Tıp Dergisini ve derginin editörü Prof. Dr. İsmail Hamdi Kara’yı bu başarısından dolayı kutluyor, başarılarının devamını diliyoruz.

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

Sevgili Okurlar,

Dergimize gönderilen yazılar ve yazı çeşitliliği giderek artmaktadır. Bundan böyle dergimizde yayınlanan makaleler üzerine ya da genel tartışma konularında ele alınmış editöre mektuplara daha çok yer vereceğiz. Bu sayımızda ülkemizde aile hekimliği mevzuatı ve palyatif bakımla ilgili iki editöre mektubumuz var. İlk kez bir kısa araştırma raporu yayınlıyoruz. Ayrıca ülkemizde tıp tarihi ile ilgili oldukça kapsamlı bir yazımız var. Özgün

araştırma makalelerimizi de ilgiyle okuyacağınızı umuyoruz. Son yıllarda yazılı ve görsel medyanın da etkisiyle sıkça tartışılan statinler konusundaki makale, medyanın hastaların kolesterol düşürücü tedaviye uyumu üzerindeki etkisini ortaya koyması bakımından oldukça tartışılacaktır.

Gelecek sayımızda buluşmak dileğiyle...

Prof. Dr. Okay Başak
Baş Editör

Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi

Evolution of family medicine specialty in legislations

İlhami Ünlüoğlu¹, Uğur Bilge²

Sayın Editör,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin 2015, 19 (4) sayısının 165-9 sayfalarında yer alan ve Can Öner'in yazdığı araştırmayı ilgi ile okuduk.^[1] Derginizde editöre mektup olarak yayınlanmış Dr. Öner'in "Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi" başlıklı yazısının disiplinimizin tarihi ile ilgili ciddi bir inceleme olduğunu düşünüyor ve yazarı bu çalışmasından dolayı kutluyoruz.

Ülkemizde aile hekimliği (AH) uzmanlarının öncülerinden bir grup, uzmanlıklarının ilk yıllarından itibaren disiplinin tarihçesi ile ilgili geçmiş araştırmaya sorumluluğunu hissederek çalışmalara başlamışlardır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin ilk sayısının iki makalesinde tarihçemiz ile ilgili ilk araştırmalar yayınlanmıştır.^[2,3] Bu yayınlarda; ülkemizde "Aile tabibi" adıyla ilk kitabın 1891 yılında yayınlandığı, bu eseri konu ile ilgili yeni kitapların takip ettiği ve 224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası ile ilgili gelişmeler paylaşılmıştır.^[3] Diğer yayında ise; disiplinimizin Dr. Peabody'nin 1923 yılındaki tarihi uyarısı vurgulanarak ve İkinci Dünya Savaşı sonrası Avrupa'daki gelişmelere değinilerek, ülkemizde 1983 ve sonrasında aile hekimliği ile ilgili gelişmeler kronolojik sıra ile verilmiştir.^[2]

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin ikinci sayısında yayınlanan "Aile Hekimliğine Zemin Hazırlayan Koşullar" başlıklı makalede ise; Türkiye'de hekimlik, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimi gözden geçirilmiştir.^[4] Sonraki yıllarda ülkemizde birinci basamak uzmanlığı ile ilgili yaşanmış önemli bir gelişmeyi yine Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'ndeki bir makaleden öğrenme fırsatı bulduk.^[5] İkinci Dünya Savaşı'nı takiben, dünyada yaşanan aile hekimliği ile ilgili gelişmelerin paralelinde, ülkemizde de 1947 yılında genel tıp alanında ilk uzmanlık deneyimi olan "Genel Sağlık Uzmanlığı" eğitiminin başladığını ve sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmadığı bu yıllarda hastane olmayan yerlerde açılan sağlık merkezlerine uzman doktor sağlamayı planlayan bu uygulamanın 1955 yılında kaldırıldığını öğrendik.^[5]

Bizler şimdiye kadar 1947 yılındaki bu gelişmeyi genellikle uzmanlık tarihimizde bir kilometre taşı olarak kabul ettik ve duyurduk. Geçen süre içinde diğer ülkelerde aile hekimliğinin tarihçeleri ile aldığımız bilgilerde genellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili gelişme olduğunu gördük ve bu gelişmeler ilgili ülkelerin yayınlarda aile hekimliği tarihlerinin baş-

1) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Eskişehir
2) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Eskişehir

langıcı olarak gösterilmektedir.^[2, 7-11]

Birinci basamak sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde "Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumu" olarak tanımlanmaktadır.^[12] Diğer bir tanımla, vatandaşın çeşitli nedenlerle başvur-

duğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmetidir.^[13] Bu hizmetin dünyada farklı ülkelerde farklı şekillerde sunulduğu dikkate alındığında ülkemizdeki 1947 yılında genel tıp alanında ilk uzmanlık deneyimi olan "Genel Sağlık Uzmanlığını" birinci basamak uzmanlığının başlangıcı ve yine bu uzmanlığı, 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alan Aile Hekimliği uzmanlığının ilk adımı olarak kabul etmeliyiz.

Kaynaklar

1. Öner C. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Aile Hekimliği Uzmanlığının Evrimi. *Türk Aile Hek Derg* 2015; 19(4): 165-9.
2. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek. *Aile Hek Derg* 1997; 1(1): 46-9.
3. Çağlayaner H. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Tarihi Konusunda Bir Not. *Aile Hek Derg* 1997; 1(1): 59-61.
4. Çağlayaner H. Aile Hekimliğine Zemin Hazırlayan Koşullar. *Aile Hek Derg* 1997; 1(2):105-8.
5. Çağlayaner H, Saatçi E. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Adlandırılması. *Türk Aile Hek Derg* 2007; 11(3):129-34.
6. Ünlüoğlu İ. Türkiye'de Aile Hekimliği Disiplininin Gelişimi. *PRN Aile Hekimliği Dergisi* 2008; 2(33): 425-9.
7. Görpeliöğlu S. Aile Hekimliğinde Tanımlar, Kavramlar ve Türkiye'ye Özgü Durumlar. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi'de. Ed: Bozdemir N, Kara İ.H. Nobel Kitabevi, 2010.
8. Ünlüoğlu İ, Çelik M. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi, Türkiye'de Aile Hekimliği, Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi, (9-16). Ed: Bozdemir N, Kara İ.H. Birinci baskı. Nobel Kitabevi, 2010; 2-9.
9. Mazıcıoğlu M, Ünlüoğlu İ. Güney Doğu Avrupa Aile Hekimleri Birliği ve Türkiye'nin Bölgedeki Konumu, *Türk Aile Hek Derg* 2007; 17(2):2-4.
10. Onat T, Hırvatistan 2014 Değişim Programı Gözlemleri, *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18(3):1-2.
11. Sukriev L, Mojovic M, Beganlic A, et al. Specialization of The family Medicine and Continuous Education in the Members of the Association. Skopje, Ri – grafika, January 2013;9-96.
12. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Resmi Gazete, 05.02.2015 Sayı: 29258.
13. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York. Oxford University Press, 1998.

Geliş tarihi: 24.02.2016

Kabul tarihi: 06.03.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu

e-posta: iunluog@ogu.edu.tr

Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları

Differences on comprehension and practice in palliative care in Turkey

Ali Ramazan Benli¹, Zeynel Abidin Erbesler²

Palyatif bakım hizmetleri, 1990 yılı başlarından itibaren İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde hızlı bir gelişme sürecine girmiştir.^[1] Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında başlatılmıştır. Devamında ise palyatif bakım birimlerinin hastanelerde kurulması için, yasal düzenlemeler yapılmış ve ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi Ankara’da Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde açılmıştır.^[2] Palyatif bakım kavramının ortaya çıkmasında onkologların katkısı belirgindir. Medikal terminolojide küratif (tedavi edilebilen) tedavinin karşılığı şeklinde palyatif terimi kullanılmaktadır. Tedavideki çaresizlik, hasta doktor ilişkisinde hasta bakımını temel alan bir bakışı ortaya çıkarmıştır. Palyatif bakım, hayatı tehdit eden veya ciddi hastalığı olan hastaların hayat kalitesini iyileştirmek için verilen bakım olarak tanımlanmıştır.^[3-5] Palyatif bakımda hastaya biyopsikososyal yönden yaklaşım öncelenir. Bu nedenle multidisipliner ekipte hekimin yanı sıra bakım hemşiresi, sosyal iletişim uzmanı, psikolog, fizyoterapist, uzman din adamının da bulunması istenir.^[6] Palyatif bakım, destek tedavisi (supportive care),

semptom yönetimi (symptom management) ve hastanın konforunu artırma (comfort care) şeklinde de tarif edilmiştir.^[7]

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu doktorlardır. Aile hekimi hastasının akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Aile Hekimliğinin temel özelliklerinden birisi de; sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutuyla ele almaktır. Ayrıca aile hekimliği yeterlilik açıklamasında; kişi merkezli, kapsamlı, toplum yönelimli, bütüncül yaklaşım belirtilmektedir.^[8] Bundan dolayı aile hekimliği disiplininin yaklaşımları palyatif bakım için belirtilen kriterleri kapsamaktadır. Palyatif bakım merkezleri hastalara bütüncül yaklaşımın sergilendiği, hasta ve yakınlarına yönelik biyopsikososyal yaklaşımın uygulandığı yerler olmalıdır. Bu merkezlerin etkili kullanılabilmesi için aile hekimliği uzmanlarının katkılarına ihtiyaç vardır. Ayrıca palyatif bakım yönetmeliğinde; 4. maddenin (f) fıkrasında geçen, palyatif bakım servislerinden sorumlu doktorlar

1) Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Karabük
2) Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzm. Dr., Kırşehir

belirlenirken ‘tercihen anestezi uzmanı’ ibaresinin kullanılması, kanun yapıcılar tarafından palyatif bakımın anlaşılmasını göstermektedir.^[9]

Palyatif bakım servislerinin evde bakım hizmetleri ile birlikte çalışması hizmetin verimliliğini artıracaktır. Evde bakım hizmeti verilirken hastanın günlük doktor takibinin gerekliliği kanısına varıldığında palyatif bakım servisi ile görüşülerek hastanın bir süreliğine hastanede takip edilmesi daha uygun olacaktır.

tanın bir süreliğine hastanede takip edilmesi daha uygun olacaktır.

Sonuç olarak; palyatif bakım, multidisipliner yaklaşımın sergilenmesi gereken birçok branşı ilgilendirmektedir. Aile hekimliğinde hastaya biyopsikososyal, bütüncül, kapsamlı yaklaşım vardır. Bu nedenle, palyatif bakım merkezlerinde aile hekimliği uzmanlarının olmasının verilen hizmetin kalitesini artıracak kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Klaschik E. Palliativmedizin. Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Ethik und Kommunikation ‘de. Eds. Husebø, Stein and Klaschik E. Berlin. Springer 2000:1-33.
2. Kabalak A, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. A comprehensive palliative care center implementation in SB Ulus State Hospital. *Journal of Contemporary Medicine* 2012; 2: 122-6.
3. Radbruch L, Nauck F, Sabatowski R. Germany: Cancer pain and palliative care—current situation. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 24: 183-7.
4. Stiel S, Pulst K, Krumm N, et al. Palliativmedizin im Spiegel der Zeit—ein Vergleich der Ergebnisse der Hospiz- und Palliativhebungen von 2004 und 2009. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2010; 11: 78-84.
5. Hohenberger W, Stirkat F, Bruns J, Schmiegel W, Wesselmann S. Krebsregister und Zentrumsbildung. *Der Onkologe* 2011; 17: 135-42.
6. Beyhan B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi* 2012;27(3):142-9.
7. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11: 56-70.
8. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yariş F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27: 412-8.
9. Okumuş H, Çiçek Ö, Aluřtokat M. Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2015; 2: 1-12.

Geliş tarihi: 28.12.2015

Kabul tarihi: 10.03.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yrd. Doç. Dr. Ali Ramazan Benli

e-posta: dralibenli@gmail.com

Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler

Knowledge levels of pregnant on their pregnancy and the related factors

Hasan Pirdal¹, Bektaş Murat Yalçın², Mustafa Ünal³

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, anne adaylarının gebelik izlem özellikleri ve gebelik dönemiyle ilgili bilgi düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Çalışma grubunu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve gebeliklerinin herhangi bir dönemindeki 18-50 yaş arası toplam 315 anne adayını oluşturmuştur. Bu kişilerin demografik, obstetrik, genel sağlık ve gebe izlem özellikleri belirlendikten sonra gebelik süreci ile ilgili bilinmesi gerekenleri içeren (fizyolojik değişiklikler, sağlığın geliştirilmesi ve izlem) 70 soru sorulmuştur. Bu sorulara verdikleri doğru cevaplara göre gebeler yetersiz (0-23 puan), orta (24-47 puan) ve çok bilgili (>48 puan) olarak üç gruba ayrılmışlardır. Daha sonra gebelerin bilgi düzeyini etkileyen çeşitli faktörlerin ilişkisi istatistiksel olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan gebelerin %54,3'ü 26-35 yaş grubunda, %34,9'u ilköğretim mezunu ve % 74,6'sı ev hanımı idi. Anne adaylarının %33,3'ünün ilk gebeliği iken, gebeliklerin %68,6'sı planlı gerçekleşmişti. Gebeler gebelikleri ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen 70 soruya ortalama 55,4±6,6 adet doğru cevap vermişlerdi. Gebelerin %86,7'sinin bilgi düzeyi yeterli, %13,3'ünün orta iken, bilgi seviyesi yetersiz gebe saptanmadı. Demografik, obstetrik, genel sağlık ve gebelik izlemi özellikleri ve bilgi edinme yollarına ait faktörlerle oluşturulan regresyon modeline göre, yaş (p<0,001) ve eğitim düzeyi (p=0,021) anne adaylarının bilgi düzeyini etkileyen bağımsız faktörler olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda incelenen gebelerin gebelik ile ilgili bilgilerinin orta ve iyi düzeyde olduğu, gebelik ile ilgili bilgi düzeylerinin yaş ve eğitimden etkilendiği saptanmıştır. Gebelerin hizmet aldıkları kurumlar ya da hekimler bilgi düzeyine etkili değildir.

Anahtar sözcükler: Gebe kadınlar, gebelik, bilgi, perinatal bakım.

Summary

Objective: The aim of this study is to investigate the level of knowledge of the pregnant women about their pregnancy and factors that affect it.

Methods: Our study group is consisted of 314 pregnant women between 18-50 years of age with different trimesters who had admitted to Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Department of Gynecology and Obstetrics. After their demographic, obstetric and general health, perinatal care management were investigated, a questionnaire consisted of 70 items which they should know about their perinatal period (physiological changes, health promotion and follow up) were applied. The pregnant women divided into three groups according to the number of the true answers as not sufficient (0-23), medium (24-47) and sufficient (>48). Different factors that might affect the level of knowledge of the pregnant were investigated statistically.

Results: The 54% of the cases that are included in our study are between 26-35 ages while 34.9% of them had elementary school education, 74.6% of them are housewives. 33.3% of them got pregnant for the first time while 68.6% of the pregnancies were planned. The subjects gave 55.39±6.63 true answers to these 70 items. 86.7% of the pregnant women had sufficient levels of knowledge while 13.3% of them had moderate and none were in not sufficient group. In a regression model analyzing the relationship between level of pregnant women's knowledge with demographic, obstetric and general health, follow-up features and data gathering methods, age (p<0.001) and level of education (p=0.002) were found as independent factors.

Conclusion: Our study has revealed that the knowledge level of the pregnant women about their pregnancy is found to be average or good, and these levels are affected by age and education level but, not affected by health service institutions or physicians they receive care.

Key words: Pregnant women, pregnancy, knowledge, perinatal care.

1) Tekkeköy Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., Samsun
2) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Samsun
3) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Samsun

Giriş

Gebelik izlemi, gebeliğin planlanması aşaması ile başlayan, sağlıklı sürdürülüp sorunsuz bir şekilde doğumu amaçlayan, gebeye gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal desteği doğru, dikkatli ve akılcı uygulamalarla gerçekleştiren kapsamlı bakım sürecidir.^[1] Gebelik takiplerinin amacı kadının daha sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmalarını sağlamaktır.^[2] Bu bakımın sosyal eşitlik ilkesi gözetilerek, kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda yaygın olarak sağlanması çağdaş tıp felsefesinin ana amaçlarından birisi olmalıdır.^[3]

Üzücü olarak tüm dünyada her yıl yaklaşık 500.000-600.000 arasında kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmekte ve birçoğunda da gebeliğe bağlı çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.^[4,5] T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Ekim 2004 - Aralık 2006 tarihleri arasında yürüttüğü Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçlarına göre gebelik-doğum-loğusalık sürecinde gerçekleşen anne ölümlerinin %25,5'i doğum öncesi bakımın hiç alınmamasına, %23,6'sı da doğum öncesi bakım hizmetinin düşük kaliteli alınmasına bağlı olduğu saptanmıştır.^[6] 2007 yılından bu yana veri toplayan Anne Ölümleri Veri Sistemi'ne göre anne ölüm oranı 2007 yılı için yüz binde 21,3 ve 2008 yılı içinde yüz binde 19,4 olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığının Stratejik Planı'nda, 2012 yılında ülkemizde anne ölüm hızının yüz binde 10'un altına düşürülmesi hedeflenirken, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) verilerine göre bu hız 15,4 olarak gerçekleşmiştir.^[7]

Türkiye'de gebe bakımında ve izleminde birinci basamak sağlık çalışanları uzun süredir önemli bir sorumluluk üstlenmişlerdir. 2010 yılı itibarıyla ülke çapında geçişin tamamlandığı aile hekimliği uygulamasında da her gebeden sorumlu bir doktor ve bir ebe bulunmaktadır.^[1] Gebelerin izleminden elde edilebilecek yararın büyük kısmının uygulanan fizik bakı ve laboratuvar testleri kadar gebelerin gebelik, doğum, lohusalık ve emzirme konularında bilgi düzeyinin artırılması olduğu düşünülmektedir.^[9] Bu bağlamda aile sağlığı merkezlerinin gebe kadınlara bu konularda asgari düzeyde bilgi sağlanması, gebelik bakımının standardizasyonu için etik ve yasal bir zorunluluk olarak belirlenmiştir.^[10]

Günümüzde gebelik döneminde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakım hizmetlerinin anne bebek ölümlerini azalttığı kanıtlanmıştır.^[11-13]

Ülkemizde anne adaylarının gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve bu bilgileri hangi kanallarla edindikleri konusunda yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ülkemizde gebelerle ilgili yapılan izlem çalışmaları genellikle gebelerin yaptıkları görüşme sayısı, yapılan fizik bakı ve laboratuvar girişimlerini değerlendirmektedir.^[14-18] Bu çalışmanın birkaç amacı vardır. İlk olarak gebelerin hangi bilgi kaynaklarını, ne ölçüde kullandıklarını tespit etmek hedeflenmiştir. Ayrıca gebelerin bakım süreçleri, birinci basamak hekimleri ve diğer uzmanlıkları kullanma sıklıkları açısından değerlendirilmiştir. Son olarak gebelerin kendi gebelik süreçleri hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilerek bu konuda etkili olan faktörler araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel düzende planlanan araştırmanın evrenini, Samsun ili ve çevre illerinden gelip Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine ilk kez başvuran veya halen izlemdeki gebeler oluşturmuştur. Çalışma grubunda ise, OMÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 31.05.2011 – 31.10.2011 tarihleri arasında ilk kez başvurmuş veya daha önce de izlenen 18-50 yaş arası 315 gönüllü gebe yer almıştır. Bu gebelere sosyodemografik özellikleri ve gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve bu bilgileri edindikleri kaynakları araştırılan 70 soruluk bir anket uygulanmıştır. Hazırlanan ilk taslak form on gebeye uygulanmış, sorular üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra anket formuna son şekli verilmiştir.

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde tanımlayıcı kişisel bilgiler, sosyodemografik özellikler yer almaktadır. İkinci bölümde gebenin obstetrik öyküsü, üçüncü bölümde anne adayının gebeliği hakkındaki genel bilgileri, gebelik sırasında meydana gelen olağan bedensel değişiklikler hakkındaki bilgisi sorgulanmıştır. Gebelerin kendi hamilelik süreçleri ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirebilmek için tanımlayıcı türde sorular literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.^[3, 8, 9-26] Gebelerin kendi gebelik süreçleri ile ilgili bilgi düzeyle-

ri üç ana alt başlık altında toplam 70 soru ile değerlendirilmiştir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler (toplam 23 soru), gebelik döneminde sağlığın geliştirilmesi (toplam 32 soru) ve sağlık izlemleri (toplam 15 soru). Dördüncü ve son bölümde ise anne adaylarının gebelik ile ilgili bilgileri hangi kaynakları ne ölçüde kullanarak edindikleri ve gebelik sürecindeki tıbbi uygulamalar hakkında bilgilerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Gebelik süreci ile ilgili hastaların bilgi düzeyleri öznel olarak üç gruba ayrılmıştır: Yeterli bilgi düzeyine sahip olmayanlar (0 ile 23 arası doğru yanıt verenler), orta düzeyde bilgi düzeyine sahipler (24 ile 47 arası doğru yanıt verenler), yeterli düzeyde bilgi düzeyine sahipler (48 ve üstü doğru yanıt verenler). Anket soruları katılımcıların mahremiyetlerine özen gösterilerek ve yüz yüze görüşme yapılarak araştırmacı tarafından okunmuş, gebelerin açık uçlu cevapları ve seçimleri de kendi ifadeleriyle kaydedilmiştir.

Araştırma projesi OMÜ Tıp Fakültesi Etik Komisyonu'nun 26.05.2011 tarihli ve 2011/316 Karar numarası ile araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur.

İstatistiksel testler

Derlenen bilgilerin istatistiksel incelenmesi için SPSS (Social Package Statistical Science) 15.0 for Windows paket programı kullanılmıştır. Gebelerin 70 soruluk bilgi anketine verdikleri doğru cevaplara göre belirlenen bilgi düzeyi bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir. Değişkenler arası anlamlılık karşılaştırmaları için ki-kare, Pearson korelasyon, ANOVA, bağımlı ve bağımsız örneklerde t testleri kullanılmıştır. Bilgi düzeyleri ile anlamlı istatistiksel ilişki kurulan bağımsız değişkenlerle çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturulmuştur. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Demografik özellikler

Çalışmamıza dâhil olan olguların çeşitli sosyodemografik verileri **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Çalışmamıza katılan anne adaylarının ortalama yaşları $29,4 \pm 6,0$ yıl (en düşük 18, en yüksek 43 yıl) iken ortalama $6,7 \pm 5,7$ (en az 1 en çok 20 yıl) yıldır evliydimler. Ortalama eğitim yılı $8,1 \pm 1,5$ olan anne

adaylarının yaşadıkları hanede ortalama $3,6 \pm 1,9$ kişi (en az 2, en çok 17) bulunmakta ve yüzde 79,4'ü kentlerde ($s=250$) yaşamaktaydı. Gebelerin %79,4'ü ($s=250$) hayatlarında hiç sigara içmemiş iken %18,1'i ($s=57$) gebelik döneminde içmeyi bıraktığını belirtti. Anne adaylarından sadece %2,5'i ($s=8$) sigara içmeye halen devam etmekteydi. Olguların %95,2'si ($s=300$) hiç alkol kullanmamışken, daha önce alkol kullanan %4,8'i ($s=15$) gebelik döneminde alkol almayı bırakmışlardı.

Obstetrik öykü

Çalışmamıza katılan gebelerin obstetrik özellikleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Katılımcıların %67,9'u ($s=214$) planlayarak, büyük çoğunluğu doğal yolla hamile kalmıştı ($s=291$; %92,4). Gebelerin %33,0'ü ($s=70$) vitamin (folik asit) ve %32,2'si ($s=69$) demir preparatlarını gebelik süresince kullanmışlardı. Gebelik sırasında yapılan erişkin aşılardan en sık tetanoz ($s=188$; %97,4) ve sonrasında HBV ($s=4$; %2,1) aşılı uygulanmıştı.

Gebelerin bilgi edinme yolları

Çalışmamıza katılan gebelerin %46'sı interneti, %42'si yazılı herhangi bir kaynağı (kitap, dergi, broşür) ve %31'i televizyonu hiçbir şekilde kullanmadıklarını belirtmişlerdi. Buna karşılık en fazla tercih edilen bilgi edinme yöntemi %60,0 ($s=189$) ile yakın çevre idi. Gebelerin kullandıkları bilgi kaynaklarının yaş, eğitim durumları veya hane gelirleri ile anlamlı bir ilişkisi yoktu ($p > 0,05$).

Fizik bakı ve laboratuvar incelemeleri

Her 'trimester' için gebelere en sık uygulanan fizik bakı incelemeleri kan basıncı ölçümü ve kilo takibi idi. Üçüncü 'trimester'deki bir gebe ortalama $9,6 (\pm 5,8)$ kez kan basıncı ölçtürmüştü ve $6,8 (\pm 2,8)$ kez kilo takibi yaptırmıştı. Üçüncü 'trimester'deki bir gebeye en sık uygulanan laboratuvar incelemesi ultrasonografi (USG) idi ($8,2 \pm 3,4$ kez). Bunu daha sonra sırasıyla tam idrar incelemesi ($4,1 \pm 3,3$ kez), tam kan sayımı ($3,6 \pm 2,4$ kez) ve nonstres test (NST) ($2,6 \pm 2,2$ kez) izlemekteydi. Üçüncü 'trimester'deki gebelerin tamamında üçlü tarama, kan grubu tayini ve TORCH analizi yapılmıştı.

Gebelik ile ilgili bilgi düzeyleri

Çalışmaya dâhil olan gebeler kendi bilgi düzeylerine ortalama $3,1 \pm 1,2$ puan vermişlerdi (0=hiç, 5=çok fazla). Tüm doğru yanıtlar bir araya top-

landığında çalışmaya katılan gebeler sorulan 70 soruya ortalama 55,4±6,6 (en az 34, en çok 70) doğru cevap vermişlerdi. Buna göre gebelerin 42'si (%13,3) gebelikleri ile ilgili orta düzeyde bilgiye sahipken 273'ü (%86,7) yeterli düzeyde bilgiye sahipti. Yetersiz düzeyde bilgiye sahip gebe yoktu. Katılımcıların bilgi düzeylerinin farklı soru gruplarına göre dağılımları **Tablo 3**'te gösterilmiştir. Görüldüğü gibi toplam puanda yetersiz bilgiye sahip olanlar bulunmamakla birlikte fizyolojik değişiklikler ve sağlık izlemleri alt başlıklarında bazı katılımcılar yetersiz bilgiye sahiptiler.

Bilgi seviyesini etkileyen faktörler

Gebelerin bilgi düzeyleri ile kendi sosyodemografik özellikleri, obstetrik ve genel sağlık de-

ğişkenleri, gebelikleri ile ilgili kullandıkları bilgi kaynakları, kendilerini takip eden sağlık çalışanları ve takip edildikleri sağlık kurumları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan incelenmiştir. Buna göre gebelerin bilgi düzeyleri ile yaşları ($r=0,315$, $p<0,001$), eğitim düzeyleri ($F= 9,366$, $p<0,001$), evlilik yılları ($r=0,193$, $p<0,001$), sosyal güvence ($F= 4,057$, $p= 0,008$), ortalama hane gelirleri ($F= 4,860$, $p< 0,001$) ve daha önceden düşük yapma öyküsü ($x^2= 0,618$, $p= 0,028$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Gebelerin yaşı arttıkça bilgi düzeyleri artmakta idi.

İkili analizlerde gebelerin bilgi düzeyi bağımlı değişkeni ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanan bağımsız değişkenler (yaş, eğitim düzeyi, evlilik yılı, sosyal güvence, ortalama hane

Tablo 1. Çalışmaya katılan gebelerin demografik özellikleri

Değişken		Sayı	Yüzde
Yaş aralığı	18-25	83	26,3
	26-35	171	54,3
	36-44	61	19,4
Meslek	Ev Hanımı	235	74,6
	Memur	44	13,9
	İşçi / Çiftçi	14	4,4
	Serbest çalışan	21	6,6
	Öğrenci	1	0,3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8	2,5
	Okuryazar	2	0,6
	İlkokul	110	34,9
	Ortaokul	68	21,6
	Lise	62	19,7
	Üniversite	65	20,6
Gelir durumu	0-500	29	9,2
	501-1000	117	37,1
	1001-2000	87	27,6
	2001-3000	43	13,7
	3001 ve üzeri	39	12,4
Sosyal güvence	Yok	10	3,2
	Emekli Sandığı	63	20,0
	Bağ Kur	53	16,8
	SSK	145	46,0
	Yeşil Kart	44	14,0

Tablo 2. Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri

Değişken	Ortalama (en az- en çok)	Alt değişken	Sayı	%
Gebelik sayısı	2,52±1,6 (1 -9)	İlk	102	33,3
		İkinci	79	25,1
		Üçüncü	65	20,6
		Üçten fazla	66	21,0
Ölü doğum sayısı	0,09±0,47 (0 -6)	0	269	94
		Bir	13	4,1
		İki	4	1,3
		Üç	1	0,3
		Üçten fazla	1	0,3
Kürtaj sayısı	0,12±0,7 (0 -4)	0	286	90,8
		Bir	22	7,0
		İki	5	1,6
		Üç	1	0,3
		Üçten fazla	1	0,3
Düşük sayısı	0,31±0,67 (0 - 4)	0	245	77,8
		Bir	50	15,9
		İki	14	4,4
		Üç	4	1,3
		Üçten fazla	2	0,6
Doğum sayısı	0,99±1,1 (0 - 6)	0	133	42,2
		Bir	97	30,8
		İki	54	17,1
		Üç	20	6,3
		Üçten fazla	11	3,4
Yaşayan çocuk sayısı	0,92±1,05 (0 - 6)	0	138	43,8
		Bir	98	31,1
		İki	56	17,8
		Üç	14	4,4
		Üçten fazla	9	2,8
Gebelik haftası	14,9±10,2 (1 - 42)	1.Trimester	31	9,9
		2.Trimester	152	48,2
		3.Trimester	132	41,9
Sezaryen operasyon sayısı	0,59±0,79 (1 - 3)	Bir	103	58,3
		İki	60	33,8
		Üç	14	7,9
NSVD* sayısı	1,12±1,1 (1 -6)	Bir	53	46,5
		İki	42	36,9
		Üç	9	7,9
		Üçten fazla	10	8,7

* NSVD: Normal spontan vajinal doğum

Tablo 3. Gebelerin gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri

Bilgi düzeyi	Fizyolojik değişiklikler		Sağlığın geliştirilmesi		Sağlık izlemleri	
	s	%	s	%	s	%
Yetersiz	3	1,0	0	0	4	1,3
Orta	111	35,2	30	9,5	110	34,9
Yeterli	201	63,8	285	90,5	201	63,8

gelirleri ve daha önceden düşük yapma öyküsü) kullanılarak çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturuldu. Oluşturulan modelde bilgi düzeyi ile yaş ($p<0,001$) ve eğitim yılı arasında ($p= 0,021$) anlamlı ilişki bulundu. Kurulan regresyondaki R2 değeri 0,28 olarak saptandı. Buna göre gebelerin yaşı ve eğitim düzeyini içeren model bilgi düzeylerindeki varyasyonu %28 oranında açıklayabilmektedir. Yapılan analiz **Tablo 4'** de gösterilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada anne adaylarının gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin çok boyutlu olarak araştırılması amaçlandı. Çalışmamızın örneklemini üçüncü basamakta kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde izlenen hastalardan oluşmaktadır. Ancak çalışmamıza dâhil edilen gebelerin demografik verilerinin, ülkemizde

yapılan diğer bazı çalışmalardaki örneklem özellikleri ile uyumlu olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların ev hanımı olma oranı,^[13,15] ortalama hane halkı sayısı^[27] hane geliri,^[28] eğitim yılı,^[16] kentsel bölgede yaşama oranı,^[15] sosyal güvenlik kurumuna dâhil olma^[15,16] gibi özellikleri diğer çalışmalardaki örneklemlerle benzer bulunmuştur. Buna karşılık diğer çalışmalarla kıyaslandığında, çalışmamıza katılan gebelerin 3 ile 4 yıl daha yaşlı oldukları görülmektedir.^[14,15,28]

Araştırmamıza katılan gebelerin obstetrik öyküleri de ülkemizde yapılan diğer araştırmalar ile uyumlu bulunmuştur. Kaçınıcı gebelik olduğu,^[29] ortalama gebelik sayısı,^[16,28] doğum sayısı,^[16,28] ortalama yaşayan çocuk sayısı^[13,16,28] ve NSVD oranı,^[13,29] diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Araştırmamıza katılan gebelerin ölü doğum oranları ülke ortalamasından yüksek^[13,28,29] isteye-

Tablo 4. Gebelik bilgi düzeylerini etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon modeli

Değişkenler	B	S. E.	Wald	Sig.	Exp (B)	95% Güven Aralığı (B)	
						Üst	Alt
Sabit	43,78	3,110	4,701	0,001	1,091	0,948	1,081
Evlilik yılı	0,022	0,089	0,081	0,804	0,125	0,098	0,245
Yaş (yıl)	0,37	0,081	4,407	0,001	1,141	0,987	1,547
Eğitim yılı	0,32	0,400	3,154	0,021	1,014	0,897	1,214
Sosyal güvence	-0,22	0,372	0,985	0,562	0,352	0,124	0,687
Yaşanan düşük sayısı	-0,62	0,550	0,522	0,262	0,456	0,221	0,697
R= 0,385, R2= 0,281							
Bilgi düzeyi (puanı) = 43,78 +(0,37Xyaş) + (0,32Xeğitim yılı)							

rek düşük oranları daha az, spontan düşük oranları daha fazla idi.^[13,14,28] Bu durum örneklemin üniversite hastanesinden seçilmiş olması nedeniyle, riskli gebelerin çoğunlukta olması ile açıklanabilir.

Yapılan regresyon analizinde gebelerin bilgi düzeyini etkileyen iki bağımsız faktör gebenin eğitim düzeyi ve yaşı olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile birlikte gebelik konusundaki bilginin artması önemli bir sonuçtur. Eğitimin, genel olarak öğrenme becerisi geliştirmesi ve anlamayı kolaylaştırması bu sonuca yol açmış olabilir. Bu görüşü destekleyecek şekilde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre kadınlarımızın okula gitme oranları artmaktadır.^[28] Buna göre kadınlarımızın yüzde 36'sı en az ortaokul eğitimini tamamlarken, yüzde 21'i ise liseden mezun olmuştur. Bizim çalışmamıza katılan kadınların ise yaklaşık yüzde 40'ı en az lise eğitimi almıştı. Yurt dışında yapılan bazı diğer çalışmalarda gebelerin bilgi düzeyini eğitim yılının etkilediği gösterilmiştir. Zaki ve Albarraq tarafından Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri arttıkça antenatal takip hakkındaki bilgilerinin arttığı gösterilmiştir.^[30] Mısır'da yapılan bir başka çalışmada ise gebelerin eğitim durumlarının yanı sıra gebenin genç, herhangi bir işte çalışıyor ve multipar olması bilgi düzeyleri üzerinde etkili bulunmuştur.^[31]

Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların bilgi düzeylerinin orta ve iyi derecede olması diğer bir dikkat çekici konudur. Otaiby ve arkadaşlarının 2013 yılında Suudi Arabistan'da gerçekleştirdikleri çalışmada gebelerin bilgi düzeyleri 100 üzerinden ortalama 34,8 puan olarak bulunmuştur.^[32] Aynı oran bizim çalışmamıza uyarlanacak olursa gebelerimizin bilgi düzeyi 100 üzerinden ortalama 80 olarak elde edilmektedir (2,5 katı). Öte yandan çalışmamızda gebelerin bilgi düzeyini etkileme konusunda sıklıkla takip edildiği kurum ya da doktor açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum birinci basamakta hekim, ebe tarafından verilen bilgilerin diğer hekim grupları ve sağlık kuruluşları ile aynı nitelikte ve kalitede olması açısından önemlidir.

Gebelerin bilgi düzeyi üzerinde etkili ikinci bir faktör yaş olarak izlenmiştir. Buna göre gebelerin yaşları arttıkça bilgi düzeyleri de artmaktadır. Etiyopya'da yapılan bir çalışmada gebelerin gebelikleri süresince aldıkları besinlerin uygunluğu konusundaki bilgi düzeyi ile yaş arasında anlamlı ilişki

kurulmuştu.^[33] Benzer şekilde Batı İran'da yapılan bir çalışmada gebelik süresince sağlıklı beslenme konusunda gebelerin bilgi düzeyini etkileyen bağımsız faktörler olarak ileri yaş ve eğitim düzeyi bulunmuştu.^[34] Hatırlanacağı gibi çalışmamıza katılan gebelerin yaşları diğer çalışmalardaki örneklere göre daha büyük olması sonuçlarımız açısından önem arz etmektedir. Ülkemizde hamile kalma ve evlilik yaş ortalamalarının yıllar içinde giderek artmaktadır.^[28] İlk olarak TNSA 2008 verilerinde kadınlarımızın doğumlarını daha ileriki yaşlara ertelemeye başladıkları anlamlı olarak izlenmiştir.^[35] Benzer şekilde TNSA 2015 verilerinde bu eğilimin devam ettiği ve ortalama bir kadının 25 yaşında çocuk sahibi olduğu açıklanmıştır.^[28] Çalışmamıza katılan kadınların ortalama yaşları ise bu değerden 4 yıl daha fazladır.

TNSA 2013 verileri yaş, eğitim düzeyi, evlilik yaşı ve doğurganlık arasındaki pozitif bağlantıyı göstermektedir. Buna göre hiç eğitimi olmayan kadınlarla en az lise mezunu olan kadınların evlenme yaşları arasında en az altı yıllık bir fark bulunmaktadır. Bizim çalışmamıza dâhil olan kadınların eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasının bir hayli üstünde olması yaş ve eğitim ile ilgili aldığımız sonuçları açıklamaktadır.

Çalışmamızda birçok kısıtlılık bulunmaktadır. İlk olarak çalışmamız bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunda planlanmıştır. Dolayısıyla örnekleminizi oluşturan hastalar genel popülasyonda izlenen hastalardan farklı özellikler gösterebilir. Kendi kararı nedeniyle takip edilenler dışında üçüncü basamak hastanesine daha problemlerle gebelik süreci yaşaması nedeniyle yönlendirilen veya sevk edilen gebelerin örnekleminizi oluşturması ihtimali vardır. Bu nedenle araştırmanın sonuçlarının birinci basamağa başvuran gebeleri de kapsayabilmesi için çalışmanın birinci basamakta da tekrarlanması yararlı olacaktır. İkinci olarak gebelerin kendi gebelikleri ile ilgili bilgi kaynaklarının izole edilmesinin metodolojik olarak zor olmasıdır. Bir gebe gebeliği süresince birden çok farklı kaynaklardan bilgi alabilmektedir. Aynı durum takip bilgileri içinde geçerlidir. Aile hekimleri nüfuslarındaki gebeleri izlemekle yükümlü olsa da gebeler doğum yapmayı tasarladıkları kurumca takip edilmeyi tercih ediyor olabilirler. Çalışmamızın olumlu yönlerinden birisi gebelerin bu süreçte ihtiyaç duyacakları bilgileri sistematik biçimde belirleyip bu bilgilere

dayanarak belirli bir bilgi düzeyi tespit edebilmesi ve bu durumu etkileyen faktörler objektif bir yöntemle araştırılmasıdır. Bu açıdan çalışmamız önem arz etmektedir. Çalışmamızda elde edilen verilerin birinci basamakta planlanacak benzer metoda sahip çalışmalar ile desteklenmesi yararlı olacaktır.

Sonuç olarak üçüncü basamak hastanelere başvuran gebeler incelendiğinde bilgi düzeylerinin orta ve iyi düzeyde olduğu, yaş ve eğitimden etkilendiği saptanmıştır. Örneğimizde gebelerin hizmet aldıkları kurumlar ya da hekimler bilgi düzeyine etkili bulunmamıştır.

Kaynaklar

1. WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf adresinden 30.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
2. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Bertan M, Güler Ç, editör. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. İkinci baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 1997: 117-55.
3. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part 1. General prenatal care and counseling issues. *Am Fam Phys* 2005;71(7):1307-16
4. Wilmoth JR, Mizoguchi N, Oestergaard MZ, Say L, Mathers C et al. A new method for deriving global estimates of maternal mortality: Supplemental report. UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency (UN MMEIA) 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/supplemental_rpt.pdf adresinden 30.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
5. World Health Day, Safe Motherhood, Maternal mortality, Pregnancy: Let's make it safe. World Health Organization CH-1211 Geneva 27 Switzerland, Pdf,7 April 1998. www.who.int/docstore/worldhealthday/en/documents/1998/whd98.pdf). adresinden 30.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
6. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Başbakanlık DPT Bin Yıl Kalkınma Hedefleri Raporu 2010. <http://www.undp.org.tr/publications/Documents/TR20201020MDG20ReportTR.pdf> adresinden 30.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kadın Üreme Sağlığı Başkanlığı. Anne Ölümleri İzleme ve Değerlendirme Programı. <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/804-anne-%C3%B61%C3%BCmleri-izleme-ve-de%C4%9Ferlendirme-program%C4%B1.html>. adresinden 30.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
8. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge Kadın Sağlığı Hizmetleri. http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghizyurutulmesi_yonergesi.pdf. adresinden 25.11.2011 tarihinde erişilmiştir.
9. Michael C. Recommendations for preconception care. *Am Fam Physician* 2007;1;76(3):397-400.
10. Byrne DL, Asmussen T, Freeman JH. descriptive terms for women attending antenatal clinics: Mother knows best? *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 107: 1233-6.
11. Carl J, Hill DA. Preconception counseling: make it part of annual exam. *J Fam Prac.* 2009;58(6):307-14.
12. WHO. Maternal Mortality. Fact Sheet No=348. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> adresinden 12.11.2015 tarihinde erişilmiştir.
13. Altınparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, özbakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5(6): 416-23.
14. Kültürsay N. The status of women and of maternal and perinatal health in Turkey. *Turk J Pediatr* 2011;53:5-10.
15. Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14(2): 91-6.
16. Tuncer RA, Erkaya S, Sipahi T, Kutlar I. Maternal mortality in a maternity hospital in Turkey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74(8):604-6.
17. Eskicioğlu F, Ülkümen BA, Hasdemir PS, Köroğlu G. The evaluation of last seven years maternal mortality in Manisa, Turkey. *Int Med J Sifa Univ* 2014;1:34-8.
18. Edirne T, Ersoy F, Yaman H. Mother Health in Turkey. *Mid East J Fam Med* 2004; 2(2).
19. Berkman S. Has R. Düşük Riskli Gebelerde Antenatal Tarama Testleri. Yuksel A, editör. Doğum Bilgileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004: 29-33.
20. Metzger BE, Coustan DR. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. *Diabetes Care* 1998;21(2):161-7.
21. Boyle GB, Banks JW, Petrizzi MJ, Larimore WL. Sharing maternity care. *Fam Pract Manag* 2003;10(3):37-40.
22. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part 2. Third-trimester care and prevention of infectious diseases. *Am Fam Phys* 2005;71(8):1555-1560.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum Öncesi Bakım Protokolü, Sayı: B100 AÇS0110000 010.06.01/832-116, Genelge 20 Şubat 2010/13. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6077/eski2yeni.html>. adresinden 09.12.2012 tarihinde erişilmiştir.
24. Gilbert ES, Harmon JS. Manual of High Risk Pregnancy & Delivery. 3rd Edition. New York: Mosby; 2003.
25. National Institute for health and Clinical Excellence (NICE).

- Quick reference guide. Antenatal care: routine care for healthy pregnant woman. Erişim: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40110/40110.pdf> adresinden 19.09.2013 tarihinde erişilmiştir.
26. Williams D, Pridjian G. Obstetrics. In: Rakel R, editör. Text Book of Family Medicine. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.
27. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Aile. Ortalama hane halkı sayısı. Sayı 18624. Erişim <http://www.tuik.gov.tr/Pre-HaberBultenleri.do?id=18624>. adresinden 05.05.2015 tarihinde erişilmiştir.
28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüsü. "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013". (2014). Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuc_sunum_2122014.pdf. adresinden 02.12.2014 tarihinde erişilmiştir.
29. Altınay SA, Aydemir Ç, Gökale E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002;10(1):11-8.
30. Zaki NM, Albarraq AA. Use, attitudes and knowledge of medications among pregnant women: A Saudi Study. *Saudi Pharm J*. 2014; 22(5):419-28
31. El-Sherbini AF, El-Torky MA, Ashmawy AA, Abdel-Hamid HS. Assessment of knowledge, attitudes and practices of expectant mothers in relation to antenatal care in Assiut governorate. *J Egypt Public Health Assoc* 1993; 68(5-6):539-65.
32. Otaiby TAI, Jradi H, Bawazir A. Antenatal Education: An Assessment of Pregnant Women Knowledge and Preferences in Saudi Arabia. *J Women's Health Care* 2013; 139.
33. Daba G, Beyene F, Fekadu H, Garoma W. Assessment of knowledge of pregnant mothers on maternal nutrition and associated factors in Guto Gida Woreda, East Wollega Zone, Ethiopia. *J. Nutr. Food Sci* 2013;3:6.
34. Fallah F, Pourabbas A, Delpisheh A, Veisani Y, Shadnough M. Effects of nutrition awareness of pregnant women in Westren Iran. *Int J Endocrinol Metab*. 2013;11(3):175-8.
35. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüsü. "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2007". (2008). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor-tr.pdf. adresinden 11.09.2015 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 19.11.2015

Kabul tarihi: 24.11.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. B. Murat Yalçın

e-posta: myalcin@omu.edu.tr / 532 481 18 41

Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımına ilişkin yaklaşımları: Kısa bilgilendirme ne kadar etkili?

Mothers' approach on the use of antibiotics in children: how effective is short information?

Ceren Karaman Kenesarı¹, Nilgün Özçakar²

Özet

Amaç: Çocuklarda antibiyotik kullanımında ebeveynlerin, özellikle de annelerin bilgi ve tutumları büyük önem taşır. Bu çalışmanın amacı annelerin çocukları için antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak ve yapılan kısa bir bilgilendirmenin bunlar üzerindeki etkisini belirlemektir.

Yöntem: Çalışma verileri Kasım 2013 tarihinde İzmir'de bir aile hekimliği birimine kayıtlı ve okul öncesi yaşta en az bir çocuğu bulunan 223 anneye yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. Sosyodemografik özellikler, antibiyotik bilgi düzeyi, davranış ve tutumlarını değerlendiren sorulardan oluşan anket uygulamasının ardından annelere aklılı antibiyotik kullanımı ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmaya katılan annelere bir ay sonra telefon ile ulaşılarak aynı anket tekrar yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programı kullanılarak sıklık, Ki-kare ve McNemar testleri yapılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 223 annenin yaş ortalaması $32,2 \pm 5,5$ idi. Annelerin %41,3'ü ($s=92$) 12 yıldan daha fazla eğitilmiş, %92,4'ü ($s=206$) evli ve %87,0'si ($s=194$) anne-baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile ortamında yaşamaktaydı. Antibiyotik kullanımıyla ilgili olarak annelerin en önemli bilgi kaynağı doktorlardı. Bilgilendirme öncesi %64,1 anne ($s=143$) sahip oldukları bilginin kaynağı doktorlar olarak belirtirken, bilgilendirme sonrası bu oran %77,6 ($s=173$) oldu ($p=0,002$). Katılımcıların %75,3'ü ($s=168$) antibiyotik olduğunu düşündüğü en az bir isim söyledi. Bilgilendirmeden bir ay sonra ise antibiyotik ismi söyleyen anne sayısı 203'e (%91,1) yükseldi ($p=0,00$). Bilgilendirme öncesi katılımcılardan %81,2'si ($s=181$) antibiyotik kullanım amacını doğru bilirken; bilgilendirme sonrası bu sayı (%89,7; $s=200$) anlamlı ölçüde artmıştı ($p=0,019$). Annelerin %91,9'u ($s=205$) reçetesiz antibiyotik kullanmadığını belirtti. Çalışmaya katılan annelerin 125'i (%56,1) antibiyotiği doktorun önerdiği süre kadar ve 212'si (%95,1) önerilen dozda kullandığını ifade etmişti. Bilgilendirme sonrasında bu oranlarda anlamlı bir değişiklik olmadı ($p > 0,05$).

Sonuç: Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanma üzerine bilgi ve uygulamaları genellikle yeterli görünmekle birlikte kısa bilgilendirme girişimi özellikle uygulamalar üzerinde etkili değildir. Aile hekimlerinin bu konuda duyarlı davranışları, hastayla görüşme süreçlerinde bilgilendirme fırsatlarını değerlendirmeleri ve doğru eğitim uygulamaları geliştirmeleri gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Antibiyotik, çocuklar, anneler, bilgi

Summary

Objective: In the use of antibiotics on children, knowledge and attitudes of parents' especially mothers' have great importance. Aim of this study is to investigate the knowledge, attitudes and behaviors of mothers' on the use of antibiotics for children, and to determine the impact of short information.

Methods: Study data were collected at November 2013 through questionnaires completed by 223 mothers with at least one child in pre-school age face to face. After using the questionnaire consist of sociodemographic characteristics, knowledge of antibiotics, the mothers' behavior and attitudes, brief information was given about the rational use of antibiotics. A month after the mothers surveyed over the same survey was conducted by telephone. SPSS 15.0 statistical program was used for evaluation of the data and frequency, chi-square and McNemar tests were performed. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean age of the 223 mothers participated in our study was 32.17 ± 5.54 . 41.3% of mothers ($n=92$) trained more than 12 years, 92.4% ($n=206$) were married and 87.0% ($n=194$) have nuclear family consisting of parents and children. The most important source of information about the use of antibiotics was doctors. Before giving information 64.1% ($n=143$) mother stated that doctors were source of knowledge, after information this number was 77.6% ($n=173$); the difference was statistically significant ($p=0.002$). When asked to mention the names of antibiotics they know; 75.3% mothers ($n=168$) said at least one name. After a month of brief information the number increased to 203 (91.1%) ($p=0.00$). Before information 81.2% participants ($n=181$) knew the true purpose of antibiotics; after informing the mothers, the number ($n=200$; 89.7%) was significantly increased ($p=0.019$).

Conclusion: Despite the high knowledge level of participants, brief information showed a positive contribution. Rational antibiotic use is still an important health issue in our country. Physicians should behave sensitive to this issue; inform the patient during the opportunities in the interview process.

Key words: Antibiotic, children, mothers, knowledge

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

Giriş

Antibiyotik kullanımıyla ilgili olarak oluşan direncin artması ve yaygınlaşması yanında, ortaya çıkan diğer bir sorun da maliyet artışıdır. Dünya ilaç sektörünün mali büyüklüğünün giderek arttığı bilinmektedir. Antibiyotikler ve diğer anti-enfektif ürünler ülkeye göre değişmekle birlikte, bu rakam içinde önemli bir yer tutmaktadır. İlaç tüketimi açısından gelişmiş ülkelerde antibiyotikler beşinci sırada yer alırken, ülkemizde ilk sıralarda bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), uygun antibiyotik kullanımını “klinik olarak tedavi etkisi maksimum, ilaçla ilgili yan etki ve antimikrobiyal direnç gelişim riski minimum olan antibiyotiklerin maliyet etkin kullanımı” olarak tanımlamaktadır. Akılcı antibiyotik kullanımı, morbidite ve mortalitenin azaltılması ile yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlar.^[1-6]

Antibiyotik yazılan reçetelerde en sık yer alan hastalıklardan üçünün (otit, sinüzit, tonsillit) çocuklarda sık görülmesi nedeniyle antibiyotiklerin en çok kullanıldığı dönem çocuk yaş grubudur. Aynı zamanda çocuklar gereksiz antibiyotik kullanımının ve dirençli bakteri oranlarının da yüksek olduğu bir gruptur. Çocukların antibiyotik kullanımında ebeveynlerin, özellikle de annelerin eğitimi temel hedeflerden biri olmalıdır. Yapılan çalışmalar, eğitimin antibiyotik kullanımı üzerindeki olumlu etkisini kanıtlamıştır ancak süreklilik arz etmelidir.^[7-12] Hal-ka yönelik eğitim programlarının oluşturulmasında bu konudaki yanlış inanışların, bilgilerin saptanması ve doktor üzerinde antibiyotik reçetelenmesi için baskı oluşturma, önerilen antibiyotiği uygun dozaj ve sürede kullanma ve doktor tavsiyesi olmadan antibiyotik kullanma konularındaki tutumların irdelenmesi gereklidir.

Bu çalışmanın amacı annelerin çocukları için antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak ve yapılan kısa bir bilgilendirmenin bunlar üzerindeki etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamız İzmir’de bir Aile Sağlığı Merkezi’ndeki (ASM) bir aile hekimliği biriminde iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın birinci aşamasında veriler Kasım 2013 tarihinde polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran ve okul öncesi yaşta en az bir çocuğu bulunan annelere yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 223 anne ile görüşülmüştür.

Anket uygulaması sonrasında annelere akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili kısa bilgilendirilme yapılmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasına katılmayı kabul eden annelerden isimleri ve telefon numaraları alınmış, ilk anket uygulamasından bir ay sonra, bu annelere telefon ile ulaşılarak aynı anket telefonda yinelenmiştir.

Anket katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, antibiyotikler ve onların kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerini ve tutumlarını içeren sorulardan oluşmaktaydı. Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır. Uygulama için İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden gerekli izinler alınmıştır. Annelere anket uygulaması öncesi bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan annelerin hepsine aynı bilgi verilmiş ve sormak istedikleri sorular cevaplanmıştır. Annelere verilen bilginin içeriği aşağıdaki başlıkları içermektedir:

- Antibiyotik nedir, ne değildir?
- Antibiyotik ne işe yarar?
- Antibiyotik direnci nedir?
- Ne yapmalıyız?

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SSPS 15.0 programı kullanılarak sıklık, Ki-kare ve McNemar testleri yapılmış ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 223 annenin yaş ortalaması $32,2 \pm 5,5$ (Min=18-Maks=43 yaş) idi. Annelerin %41,3’ü (s=92) 12 yıldan daha fazla eğitimli, %92,4’ü (s=206) evli ve %87,0’si (s=194) annesiz ve çocuklardan oluşan çekirdek aile ortamında yaşamaktaydı; %7,6’sının (s=17) sosyal güvencesi yoktu. Katılımcıların yalnızca ikisinin (%0,9) evinde sürekli antibiyotik kullanan bir kişi bulunmaktaydı. Çalışmaya katılan annelerin bazı sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**’de verilmiştir.

Bilgi düzeyleri

Bilgilendirme öncesinde annelerin %91,0’i (s=203) antibiyotikler ve kullanımları ile ilgili bilgi sahibi olduğunu bildirdi; bilgilendirilmeden bir ay sonra bilgi sahibi olduğunu ifade eden annelerin oranında bir değişiklik olmadı ($p > 0,05$).

Antibiyotik kullanımıyla ilgili olarak annelerin en önemli bilgi kaynağı doktorlardı. Çalışmaya katılan

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
<25	28	12,6
26-29	35	15,7
30-34	85	38,0
35-39	53	23,8
>39	22	9,9
Eğitim durumu		
9 yıldan az	53	23,7
9-12 yıl	78	35,0
12 yıldan fazla	92	41,3
Medeni durum		
Evli	206	206
Boşanmış/ayrı yaşıyor	17	17
Sosyal güvence		
Var	206	206
Yok	17	17
Aile tipi		
Çekirdek aile	194	87,0
Geniş aile	29	13,0
Toplam	223	100

annelerin bilgi edindikleri kaynaklar **Tablo 2**'de görülmektedir. Bilgilendirme öncesi 143 anne

(%64,1) sahip oldukları bilginin kaynağını doktorlar olarak belirtirken, bilgilendirme sonrası bu sayı 173 (%77,6) idi; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,002$). Annelerin bilgi edindikleri diğer kaynaklar bilgilendirme sonrası herhangi bir değişiklik göstermemişti ($p>0,05$).

Katılımcılardan bildikleri antibiyotik isimlerini söylemeleri istendiğinde; annelerin %75,3'ü ($s=168$) antibiyotik olduğunu düşündüğü en az bir isim söylemişti. Bunlardan yalnızca beşi (%3,0) antibiyotik olmayan ilaçlardan oluşmaktaydı. Bilgilendirmeden bir ay sonra ise antibiyotik ismi söyleyen anne sayısı 203'e (%91,0) yükseldi ($p=0,00$); yalnızca dokuzu (%4,4) antibiyotik olmayan isim söylemişti (**Tablo 3**). Bilgilendirme öncesinde katılımcılardan %81,2'si ($s=181$) antibiyotik kullanım amacını doğru bilirken; bilgilendirme sonrası bu sayı (%89,7; $s=200$) anlamlı ölçüde artmıştı ($p=0,019$). Başlangıçta gereksiz antibiyotik kullanımının direnç gelişimine sebep olduğunu söyleyen 189 (%84,8) anne varken; bilgilendirme sonrasındaki sonuçlar arasında fark yoktu ($p>0,05$).

Annelerin %95,1'i ($s=212$) antibiyotiklerin yan etkileri hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmişti; bu oran bilgilendirme sonrasında %95,5 ($s=213$) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Katılımcıların %66,4'ü ($s=148$) "antibiyotiklerin yan etki olarak ishal yapabileceğini", %83,0'ü ($s=185$) "mide şikâyetlerine yol açabileceğini" ve %79,8'i ($s=178$) "karaciğer ile ilgili şikâyetlere neden olabileceğini" belirtti. Bilgilendirme sonrasında bu oranlar sırasıyla %79,4 ($s=177$), %93,7 ($s=209$) ve %91,5 ($s=204$) idi. Bu üç yan etki için bilgilendirme öncesi ve sonrası

Tablo 2. Bilgilendirme öncesi ve sonrası annelerin antibiyotikler ile ilgili bilgi kaynağı

Bilgi kaynağı*	Bilgilendirme öncesi		Bilgilendirme sonrası		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Medya	91	39,8	101	45,2	0,773
Aile	30	13,5	33	14,8	0,775
Doktor	143	64,1	173	77,6	0,002
Hemşire	47	21,1	60	26,9	0,160
İnternet	28	12,6	33	14,8	0,401
Diğer	5	2,1	4	1,7	0,773

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Tablo 3. Çalışmaya katılan annelerin antibiyotik olarak düşündükleri ilaç isimleri

İlaç ismi	Bilgilendirme öncesi Sayı (%)	Bilgilendirme sonrası Sayı (%)
Penisilin ve türevleri	151 (67,8)	177 (79,4)
Makrolidler	5 (2,2)	13 (5,9)
Sefalosporinler	5 (2,2)	10 (4,5)
Kinolonlar	2 (0,9)	3 (1,3)
Antibiyotik olmayanlar	5 (2,2)	9 (4,0)
Yanıtlamayan	55 (24,7)	11 (4,9)
Toplam	223 (100)	223(100)

arasında saptanan farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p=0,003$; $p=0,001$ ve $p=0,001$). Katılımcıların %92,8'i ($s=207$) "antibiyotiklerin yan etki olarak böbreklere zarar verebileceğini" ve %75,3'ü ($s=168$) "döküntü yapabileceğini" ifade etti. Bilgilendirme sonrasında bu oranlarda anlamlı bir değişiklik olmamıştı ($p>0,05$; **Tablo 4**).

Tutumlar

Katılımcıların %69,5'i ($s=155$) ilaçların enjeksiyon formunun daha etkili olduğunu düşünürken, %7,6'sı ($s=17$) pahalı ilacın ve %4,9'u ($s=11$) ilaç dozunun yüksek olmasının daha etkili olduğunu bildirmişti. Bilgilendirme sonrasında katılımcıların görüşlerinde anlamlı bir değişiklik olmadı ($p>0,05$).

Davranışlar

Annelerin antibiyotik kullanımı ile ilgili davranışları değerlendirildi. Çalışmaya katılan annelerin %78,5'i ($s=175$) evde yedek antibiyotik bulundurmadığını, %91,9'u ($s=205$) ise reçetesiz antibiyotik kullanmadığını belirtti. Her iki davranış için de bilgilendirme sonrası anlamlı bir değişiklik olmamıştı ($p>0,05$). Doktor reçetesi dışında antibiyotik kullanan annelere bu ilaçlara nasıl eriştikleri soruldu. Bunların %66,7'si ($s=12/18$) evde fazla antibiyotik bulundurduğunu, %33,3'ü ($s=6/18$) eczaneden reçete olmadan doğrudan satın aldığını belirtti; bilgilendirme öncesi ve sonrası anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$). Daha önce reçetesiz antibiyotik kullanan 18 kişiden 16'sı (%88,8) daha önceki hastalıklardan kazandığı deneyimler, biri (%5,6) vakit problemi yüzünden, biri (%5,6) ise komşusundan

aldığı tavsiye ile doktor reçetesi olmadan antibiyotik kullandığını söyledi. Bilgilendirme sonrası durum benzer bulundu ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan annelerin 125'i (%56,1) antibiyotiği doktorun önerdiği süre kadar ve 212'si (%95,1) önerilen dozda kullandığını ifade etmişti. Bilgilendirme sonrasında bu oranlarda anlamlı bir değişiklik olmadı ($p>0,05$). Ayrıca annelerin %82,1'i ($s=183$) çocuğunun şikâyetleri azalsa bile önerilen tedavi süresini tamamladığını, %17,9'u ($s=40$) ise antibiyotiğe çocuğun şikâyetleri azaldığında devam etmediğini söyledi. Çocuğunun şikâyetleri azalsa bile önerilen tedavi süresini tamamladığını belirten annelerin sayısında bilgilendirme sonrası artış olsa da arada anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Annelerin yaş, eğitim durumu, medeni durumu, aile tipi ve sosyal güvence varlığı gibi sosyodemografik özelliklerinin antibiyotikler konusundaki bilgi, tutum ve davranışları üzerindeki etkisi araştırıldı. Yapılan analizlerde annelerin belirtilen sosyodemografik özelliklerinin antibiyotikler ve kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tartışma

Antibiyotiklerin akılcı kullanımı, özellikle de çocuklarda, halen özen ve duyarlılık gerektiren sağlık problemleri arasındadır. Kısa bilgilendirmenin annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi durumu ve yaklaşımları üzerindeki etkisi araştırılan çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, annelerin çocuklarında antibiyotik kullanma ko-

nusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının genellikle yeterli ve uygun olduğunu göstermiştir. Ancak kısa bilgilendirmenin etkilerinin değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. Yapılan girişimin annelerin antibiyotikler ve kullanımları konusundaki bilgileri üzerindeki etkileri olumlu gözlenirken, tutum ve davranışlara etkili görünmemektedir. Çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi lise ve üstüdür. Eğitim seviyesi yüksek bir grupta çalışılmış olması annelerin bu konuda doğru tutum ve yaklaşımlar göstermesinde etkili olmuş olabilir.

Genel olarak katılımcıların büyük çoğunluğu antibiyotikler ve kullanımları konusunda bilgi sahibi olduklarını düşünmektedirler. Daha özgül bilgi sorularına verilen doğru yanıt oranları biraz daha düşüktür, ancak yine de katılımcıların üçte ikisini geçmektedir. Kısa bilgilendirme girişimi genel bilgi sahibi

olma konusunda etkisiz iken, bilgi kaynağı olarak doktorların gösterilmesi, doğru antibiyotik isimlerinin söylenebilmesi ve antibiyotiklerin kullanım amaçlarının bilinmesi gibi daha özgül konularda etkili olmuştur. Bu durum antibiyotiklerin yan etkileri için de geçerlidir. Antibiyotiklerin yan etkileri konusunda bilgi sahibi olduğunu düşünen katılımcı sayısı oldukça yüksektir, ancak yapılan girişim bu konuda etkili görünmemektedir.

Öte yandan antibiyotiklerin ishale, mide ve karaciğerle ilgili yakınmalara yol açabileceğini bilme üzerinde etkili bulunmuştur. Yan etki olarak bilme oranının en yüksek olduğu böbreklere verebileceği zarar konusunda ise kısa bilgilendirme etkisizdir. Genel bilgilere sahip olma oranlarının zaten bilgilendirme öncesinde de oldukça yüksek olması yapılan girişimi etkisiz kılmış olabilir. Etkili görünen

Tablo 4. Çalışmaya katılan annelerin bilgilendirme öncesi ve sonrası yan etki bilgi durumu

Yan etkiler		Bilgilendirme öncesi Sayı (%)	Bilgilendirme sonrası Sayı (%)	İstatistik
Böbreklere zarar verme	Evet	207 (92,8)	216 (96,9)	p=0,064
	Hayır	16 (7,2)	7 (3,1)	
	Toplam	223 (100)	223 (100)	
İshal	Evet	148 (66,4)	177 (79,4)	p=0,003
	Hayır	75 (33,6)	46 (20,6)	
	Toplam	223 (100)	223 (100)	
Döküntü	Evet	148 (66,4)	181 (81,2)	p=0,171
	Hayır	75 (33,6)	42 (18,8)	
	Toplam	223 (100)	223 (100)	
Mide yakınması	Evet	185 (83,0)	209 (93,7)	p=0,001
	Hayır	38 (17,0)	14 (6,3)	
	Toplam	223 (100)	223 (100)	
Karaciğerlere zarar verme	Evet	178 (79,8)	204 (91,5)	p=0,001
	Hayır	45 (20,2)	19 (8,5)	
	Toplam	223 (100)	223 (100)	

alanlar hem daha özgüldür hem de öncesindeki bilme oranları daha düşüktür.

Bu konuda yapılmış çalışmalar benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Ancak bizim sonuçlarımızdan farklı olarak bu çalışmalarda katılımcıların antibiyotik kullanımıyla ilgili bilgi düzeyleri annelerin yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik durum ve yaşadığı bölgeyle ilişkili bulunmuştur.^[13-16] Parimi ve ark.'nın çalışmasında özel sağlık güvencesine sahip olmak, bilgi düzeyinin yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur.^[10] Başka bir çalışmada sağlık sigortası olanlarda bilgi düzeyi daha yüksek olarak bildirilmiştir.^[17] Eğitim düzeyi yüksek olanlarda farkındalığın daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da vardır.^[18] Çalışmamıza katılan annelerin eğitim düzeyi genellikle yüksek olmakla birlikte, katılımcıların eğitim düzeyleri bilgi ve yaklaşımları üzerinde etkili bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalarda medya ve diğer bazı kaynaklardan bilgi edinen annelerin antibiyotik bilgi düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır; bu sonuç bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçtan farklıdır.^[19-21] Bizim çalışmamızda bilgi kaynağı genellikle hekimler olarak belirtilmiştir. Antibiyotik kullanım amacı incelendiğinde, araştırmamızda seçenekler çoğunlukla doğru olarak bilinirken, Chan ve ark.'nın Malezya'da yaptıkları antibiyotiklerin kullanım amaçlarını sorguladıkları çalışmada da çoğunlukla doğru kullanım amaçları ifade edilmiştir.^[22] Panagakou ve ark. çalışmalarında katılımcıların çoğunluğunun üst solunum yolu enfeksiyonlarında kullanılan diğer ilaçlar ile antibiyotikler arasında kafalarının karışık olduğunu ifade etmişlerdir.^[21]

Antibiyotiklerin böbreklere zarar verebileceği çalışmamızda en sık belirtilen yan etki olmuştur. Başka bir çalışmada ise annelerin en sık belirttiği yan etki genel halsizlik olarak saptanmıştır.^[23]

Araştırmamızda yaptığımız kısa bilgilendirme reçetesiz antibiyotik kullanma üzerinde etkili ol-

mamıştır. Girişim öncesinde katılımcıların büyük çoğunluğunun zaten reçetesiz antibiyotik kullanmamış olması sonucu etkilemiş olabilir. Aile hekimlerine başvuran bireylerin bu olumlu özelliklerinin aile hekimleri tarafından desteklenmesi ve pekiştirilmesi akılcı bir strateji olacaktır.

Çalışmaya katılan annelerin çocuklarında antibiyotik kullanmalarına ilişkin tutum ve davranışları değişkenlik göstermektedir. Antibiyotiklerin önerilen dozda kullanılması ve yakınmalar azalsa bile kullanmaya devam edilmesi oldukça yüksek oranda gerçekleştirilirken, annelerin ancak yarından biraz fazlası antibiyotikleri önerilen sürede kullanmaktadır. Katılımcıların çok azı reçetesiz antibiyotik kullanmaktadır. Bunları sağlamanın en önemli yolları ise daha önce kullanılan antibiyotiklerin artanları kullanmaları ya da eczaneden doğrudan yapılan alımlardır. Reçetesiz antibiyotik kullanan annelerin buna genellikle daha önceki deneyimlerine göre karar veriyor olmaları, aile hekimlerinin hasta eğitimlerinde özellikle antibiyotiklerin önerilen süre boyunca kullanılmaları, yani evde artık antibiyotiğin kalmaması ve annelerin antibiyotiklerle ilgili geçmiş deneyimleri üzerinde odaklanmalarının önemini artırmaktadır. Kısa bilgilendirme girişiminin annelerin davranışları üzerinde etkili olmaması aile hekimlerinin hastalarına daha etkili bilgilendirme yöntemleri kullanmaları konusunda arayış içinde olmalarını gerektirmektedir.

Sonuç olarak, annelerin çocuklarında antibiyotik kullanma üzerine bilgi ve uygulamaları genellikle yeterli görünmekle birlikte kısa bilgilendirme girişimi özellikle uygulamalar üzerine etkili değildir. Antibiyotiklerin doğru kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de halen önlenmesi gereken sağlık problemleri arasındadır. Başta aile hekimleri olmak üzere, tüm hekimlerin bu konuda duyarlı davranmaları, hastayla görüşme süreçlerinde bilgilendirme fırsatlarını değerlendirmeleri ve doğru eğitim uygulamaları geliştirmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. The world medicines situation 2011. Medicine expenditures. Third edition. Geneva, World Health Organization, 2011. http://www.who.int/health-accounts/documentation/world_medicine_situation.pdf adresinden 12/11/2015 tarihinde erişilmiştir.
2. Progress in the rational use of medicines, Sixtieth World Health Assembly Report, March 2007; A60/24. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA60/A60_24-en.pdf adresinden 12/11/2015 tarihinde erişilmiştir.
3. Karabay O. Türkiye’de antibiyotik kullanımı ve direnç nereye gidiyor? *ANKEM Derg* 2009; 23 (Ek 2): 116-20.
4. Samore MH, Bateman K, Alder SC, Hannah E, Donnelly S, Stoddard GJ. Clinical decision support and appropriateness of antimicrobial prescribing. *JAMA* 2005; 294 (18): 2305-14.
5. World Health Organization. Antimicrobial resistance: a threat to global health security. Rational use of medicines by prescribers and patients, Apr 2005; A58/14. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_2-en.pdf adresinden 13/11/2015 tarihinde erişilmiştir.
6. IMS-Institute of Healthcare Informatics. The global use of medicines: Outlook through 2016, July 2012. www.imshealth.com adresinden 12/11/2015 tarihinde erişilmiştir.
7. Finkelstein JA, Davis RL, Dowell SF, et al. Reducing antibiotic use in children: A randomized trial in practices. *Pediatrics* 2001; 108 (1): 1-7.
8. Trepka MJ, Belongia EA, Chyou PH, Davis PJ, Schwartz B. The effect of a community intervention trial on parental knowledge and awareness of antibiotic resistance and appropriate antibiotic use in children. *Pediatrics* 2001; 107(1): 6.
9. Graft-Aikins A, Chalker J, Lee D, Miralles M. Interventions and strategies to improve the use of antimicrobials in developing countries: A review. Management Sciences for Health Arlington. VA, United States of America.
10. Parimi N, Pinto Pereira LM, Prabhakar P. Caregivers’ practices, knowledge and beliefs of antibiotics in paediatric upper respiratory tract infections in Trinidad and Tobago: A Cross- Sectional Study. *BMC Fam Pract* 2004; 5: 28.
11. Andrews T, Thompson M, Buckley DI, et al. Interventions to influence consulting and antibiotic use for acute respiratory tract infections in children: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7(1): e30334.
12. Vodicka TA, Thompson M, Lucas P, et al. Reducing antibiotic prescribing for children with respiratory tract infections in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013; 63(612): e445-54.
13. Rousounidis A, Papaevangelou V, Hadjipanayis A, et al. Descriptive study on parents’ knowledge, attitudes and practices on antibiotic use and misuse in children with upper respiratory tract infections in Cyprus. *Int J Environ Res Public Health* 2011; 8: 3246-62.
14. Siddiqui S, Cheema MS, Ayub R, et al. Knowledge, attitudes and practices of parents regarding antibiotic use in children. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2014; 6(2):170-3.
15. Vaz LE, Kleinman KP, Lakoma MD, et al. Prevalence of parental misconceptions about antibiotic use. *Pediatrics* 2015; 136(2): 221-31.
16. Alili-Idrizi E, Dauti M, Malaj L. Validation of the parental knowledge and attitude towards antibiotic usage and resistance among children in Tetovo, the Republic of Macedonia. *Pharm Pract* 2014; 12(4): 467.
17. Huang SS, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, et al. Parental knowledge about antibiotic use: Results of a cluster-randomized, multi-community intervention. *Pediatrics* 2007; 119(4): 698-706.
18. Yu M, Zhao G, Lundborg CS, Zhu Y, Zhao Q, Xu B. Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2014; 14: 112.
19. Kuzujanakis M, Kleinman K, Rifas-Shiman S, Finkelstein JA. Correlates of parental antibiotic knowledge, demand, and reported use. *Ambul Pediatr* 2003; 3(4): 203-10.
20. Belongia EA, Naimi TS, Gale CM, Besser RE. Antibiotic use and upper respiratory infections: A survey of knowledge, attitudes, and experience Wisconsin and Minnesota. *Prev Med* 2002; 34(3): 346-52.
21. Panagakou SG, Spyridis N, Papaevangelou V, et al. Antibiotic use for upper respiratory tract infections in children: A cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of parents in Greece. *BMC Pediatrics* 2011; 11: 60.
22. Chan GC, Tang SF. Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infections in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. *Singapore Med J* 2006; 47(4) :266.
23. Aboul Fotouh AM, El-Damaty SE, Abdel-Megeid FY. Mother’s knowledge about antibiotic and role of self prescription. *J Egypt Public Health Assoc* 1998; 73(1-2): 57-69.

Geliş tarihi: 02.03.2015

Kabul tarihi: 27.03.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Ceren Karaman

e-posta: ckara55@hotmail.com

Statin tedavisinde hasta uyumu: Medya ne kadar etkili?

Patient compliance to statin treatment: how effective is the media?

Gökhan Dincer¹, Zeynep Sayın Dincer², Aybüke Demir Alsancak³, Yakup Alsancak⁴,
Enes Gümüş⁵, Oğuz Tekin⁶

Özet

Amaç: Son dönemlerde görsel ve yazılı medya aracılığıyla statin grubu ilaç kullanımının gereksiz olduğuna ya da yan etkilerinin bulunduğu yönelik tartışmalar yaşanmaktadır. Çalışmamızda, güncel kılavuzların önerdiği biçimde statin tedavisi kullanma endikasyonu bulunan hastalarda, tedavi uyumuna medyanın etkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Statin tedavisi kullanmakta olan hastalar, tedaviyi bırakmış olan hastalar ve aile hekimliği polikliniğinde ilk kez dislipidemi tanısı konulan statin tedavisi endikasyonu olan hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmaya 286 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri, başvuru esnasındaki lipid düzeyleri belirlendi. Çalışma Avrupa Kardiyoloji Derneği 2011 Dislipidemi Tedavi Kılavuzunun önerileri doğrultusunda yürütüldü.

Bulgular: Hastaların %76,2'sine (s=218/286) daha önceden dislipidemi tanısı ile statin tedavisi başlandığı saptandı. Daha önce statin başlanan hastaların %54,1'i (s=118/218) son beş yıl içerisinde ilaç kullanmayı bırakmıştı. Lipid düşürücü ilaç kullanmaya devam eden hastaların sadece %36,6'sının hedef LDL değerlerine ulaştığı tespit edildi. Daha önce başlanmış olan statin tedavisini bırakan hastaların %52,9'u tedaviyi, statinler ile ilgili olarak medyada yer alan olumsuz haberlerden etkilendikleri için bırakmıştı. Endikasyonu olanlara önerilen lipid düşürücü ilaç tedavisini reddeden hastaların %93,8'inin yine medyada çıkan haberleri gereke gösterdiği gözlemlendi.

Sonuç: Bu çalışma statin kullanan ve kullanması gereken hastaların tedaviye devamlılığını ve uyumunu göstermesi bakımından önemlidir. Çalışmamız, daha önce reçete edilen ancak tedaviyi bırakan ve tedavi başlanmasını kabul etmeyen hastaların çok önemli bir kısmında yazılı ya da görsel medyanın olumsuz etkilerinin bulunduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Hiperlipidemiler, kitlesel medya, statinler, hasta uyumsuzluğu

Summary

Objective: Recently, visual and written media broadcasts that it is useless to administer statins and about their significant side effects. We aimed to investigate the affecting factors of patient compliance with statin therapy according to recent guidelines, especially influence of the media.

Methods: In this study we included 286 patients consisting of either receiving statin therapy or newly diagnosed with hyperlipidemia in family medicine out-patient clinics or patients who have discontinued their antihyperlipidemic therapy. Demographical characteristics, clinical features and lipid levels were recorded. Study was carried out in line with the 2011 European Cardiology Society Guidelines on the Management of Dyslipidemias.

Results: It was found that statin treatment was previously started for 76.2% (n=218/286) of the patients with a diagnosis of dyslipidemia. 54.1% (s=118/218) of these patients stopped to take statin within last five years. We found that only 36.6% of the patients taking lipid lowering drugs reached target low density lipoprotein cholesterol levels and 52.9% of hyperlipidemic patients discontinued their statin therapy because of the media's influence. And also, 93.8% of patients refused the statin therapy due to negative news from media when lipid-lowering drug therapy was again proposed in patients with indication.

Conclusion: This study was important to show the rate of persistence and compliance with statin therapy among hyperlipidemic patients. Our results showed that a significant proportion of patients discontinued or refuse therapy because of visual and written media.

Key words: Hyperlipidemias, mass media, statins, patient non-adherence

NOT: Antalya'da yapılan 2015 Aile Hekimliği Güz Okulu Kongresinde ve 2015 WONCA İstanbul'da poster olarak sunulmuştur.

- 1) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Araş. Gör., Ankara
- 2) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Araş. Gör., Ankara
- 3) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Araş. Gör., Ankara
- 4) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Uz. Dr., Ankara
- 5) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Araş. Gör., Ankara
- 6) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., Ankara

Giriş

Kardiyovasküler sistem hastalıkları tüm dünyada önde gelen mortalite ve morbidite sebebidir.^[1] Kolesterol seviyelerindeki artışın, kardiyovasküler mortalitede artışla beraber olduğu gösterilmiştir. Hiperlipidemi modifiye edilebilen bir risk faktörü olarak bu hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir basamağı teşkil etmektedir.^[2,3]

Yapılmış olan birçok çalışmayla, ilaç kullanımı (statin) veya diyet ile kan kolesterol seviyelerinin düşürülmesinin, ölümcül ya da ölümcül olmayan koroner arter hastalığı (KAH) riskini önemli ölçüde azalttığı kanıtlanmıştır.^[2,4] Dislipideminin, mortalite ve morbidite üzerindeki etkisi çok net biçimde ortaya konulmuş olmasına rağmen, hastaların önemli bir kısmında tedavi hedef değerlerine ulaşılamadığı da bir gerçektir.^[5] Ülkemizde dislipidemi tanısı bulunan hastalarda yapılan çalışmalarda, hiperlipidemi tedavisinin suboptimal olduğu ve hatta yüksek riskli olarak kabul edilen hasta gruplarında tedavi hedef değerlerine ulaşma oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir.^[6]

Özellikle son beş yıldır görsel (televizyon, internet) ve yazılı (kitap, gazete) medya aracılığıyla, kolesterolün damarlarda tıkanıklığa sebep olmadığı, statin kullanımının kalıcı bir biçimde nörolojik (Alzheimer hastalığı) ve metabolik (diyabetes mellitus, böbrek yetersizliği) yan etkilerinin olduğu, bilinen yan etkilerinin (kas ağrısı, karaciğer hasarı) ise sanılandan daha sık görüldüğü yönünde tartışmalar yaşanmaktadır. Statin tedavisi ile kolesterol değerlerinin daha düşük seviyelere getirilmesinin hiçbir koruyuculuğu olmadığı ve kalp damar hastalıkları riskini azaltmadığı belirtilmektedir.^[7-9] Bu durum özellikle poliklinik şartlarında değerlendirilen ve lipid düşürücü tedavi alması gereken hastalarda tedaviye uyum noktasında problemler oluşturabilmektedir.

Çalışmamızda, güncel kılavuzların önerdiği biçimde statin tedavisi alma endikasyonu bulunan hastalarda, tedavi uyumuna medyanın etkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği polikliniklerinde, Ekim 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışma için Ankara E-

ğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Gözlemsel, tanımlayıcı desende planlanan çalışma, Avrupa Kardiyoloji Derneği 2011 Dislipidemi Tedavi Kılavuzunun önerileri doğrultusunda gerçekleştirildi.^[10] Bu kılavuza göre kardiyovasküler hastalık (KVH) ve eş değer durumu olan hastalar ile SCORE risk sınıflamasına göre \geq %10 total kardiyovasküler riske sahip olan hastalar "çok yüksek risk" grubu olarak değerlendirildi ve LDL \geq 70 mg/dl ilaç başlama endikasyonu olarak kabul edildi. Herhangi bir statin tedavisi endikasyonu en az son bir senedir statin tedavini düzenli kullanan hastalar ile statin tedavisi başlanması gereken hastalardan; daha önce tedaviye başlanmış ancak son beş yıl içinde statin kullanmayı bırakmış veya poliklinikte ilk kez dislipidemi tanısı konulan ve dolayısıyla henüz tedaviye başlamamış hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu kriterlerden herhangi birini karşılamayan, işitme problemi ya da ileri demansı olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmada amaca uygun olarak hazırlanan bir veri toplama formu kullanıldı. Çalışmaya katılan hastalarda demografik ve klinik özellikleri ile KVH için risk faktörleri (sigara, diyabetes mellitus, aile öyküsü, hipertansiyon), KVH ve eş değeri hastalık durumları sorgulandı. Statin tedavisini bırakan hastalara, bırakma nedenleri soruldu. Hekim tarafından başlanmış olan statin tedavisini, en az bir yıldır düzenli kullanmakta olan hastalar tedaviye uyumlu olarak kabul edildi.

En az on iki saatlik açlıktan sonra alınan kan örneklerinde total kolesterol, trigliserid, HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol) ve LDL (düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol) düzeyleri ölçüldü. Verilerin analizi, SPSS 16.0 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerle Ki-kare ve Student t testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya ortalama yaşı $62,6 \pm 10,8$ yıl olan 111'i (%38,9) erkek ve 175'i (%61,1) kadın, toplam 286 hasta dahil edildi. Yüzde 77,7'si ($s=222/286$) eğitilmiş, %58,4'ünün ($s=167/286$) gelir düzeyi 2000-3000 TL arasında olan ve %31,5'i ($s=90/286$) sigara kullanan katılımcıların; %67,1'inde ($s=192/286$) hipertansiyon, %8,0'inde ($s=23/286$) KVH açısından aile öyküsü vardı ve total kolesterol ortalaması

244,3±56,0 mg/dl idi. Çalışmaya katılanların bazı demografik özellikleri ve KVH risk etkenlerinin cinsiyete göre dağılımı **Tablo 1**'de verilmiştir.

Katılımcıların %93,6'sında (s=268/286) KVH ya da eş değeri bir durum vardı; %6,4'ü (s=18/286) ise KVH ya da eş değeri bir durum olmadığı halde SCORE risk sınıflamasına göre çok yüksek risk (≥ 10) grubu olarak değerlendirildi. KVH ya da

eşdeğeri durumlar olarak hastaların %31,8'inde (s=91/286) KAH, %45,1'inde (s=129/286) diyabetes mellitus, %1,4'ünde (s=4/286) abdominal aort anevrizması, %1,7'sinde (s=5/286) semptomatik karotis arter hastalığı, %2,1'inde (s=6/286) periferik arter hastalığı, %5,6'sında (s=16/286) kronik böbrek hastalığı (plazma kreatinini >1,5 mg/dL veya glomerüler filtrasyon hızı <60 mL/dak) tespit edildi.

Tablo 1. Çalışmaya katılanların bazı demografik özellikleri ve KVH* risk etkenlerinin cinsiyete göre dağılımı

Değişkenler	Kadın (Ortalama±SS*) s (%)	Erkek (Ortalama±SS) s (%)	Genel (Ortalama±SS) s (%)
Demografik özellikler			
Yaş (yıl)	62,3±10,9	63,0±10,7	62,6±10,8
Cinsiyet	175 (%61,1)	111 (%38,9)	286 (%100)
Eğitim durumu			
Okuma-yazma bilmiyor	52 (29,7)	12 (10,8)	64 (22,4)
İlkokul-Ortaokul	47 (26,8)	24 (21,6)	71 (24,8)
Lise	42 (24,0)	22 (19,8)	64 (22,4)
Üniversite	34 (19,5)	53 (47,8)	87 (30,4)
Gelir durumu			
1000-2000 TL	17 (9,7)	12 (10,8)	29 (10,1)
2001-3000 TL	87 (49,7)	80 (72,1)	167 (58,4)
> 3000 TL	71 (40,6)	19 (17,1)	90 (31,5)
Ortalama tedavi süresi (ay)	9,6±3,0	27,0±2,4	18,3±2,7
KVH* risk etkenleri			
Hipertansiyon	115 (65,7)	77 (69,4)	192 (67,1)
Sigara	38 (21,7)	52 (46,8)	90 (31,5)
KVH* aile öyküsü	6 (3,4)	17 (15,3)	23 (8,0)
Lipid profili			
Trigliserid (mg/dl)	185,0±25,7	205,0±18,3	195,0±19,2
LDL* (mg/dl)	162,2±51,5	160,5±55,8	161,4±53,7
HDL* (mg/dl)	52,1±13,9	42,0±14,2	47,1±14,1
Total kolesterol (mg/dl)	247,3±57,1	243,1±73,6	245,2±65,4
* SS: Standart sapma; KVH: Kardiyovasküler hastalık; LDL: Düşük dansiteli lipoprotein kolesterol; HDL: Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol			

Tablo 2. Çalışmaya katılanlarda saptanan KVH ya da eşdeğeri durumlar

KVH ya da eş değeri durumlar	Kadın s=175 (%)	Erkek s=111 (%)	Genel s=286 (%)
Diyabetes mellitus	88 (50,3)	41 (36,9)	129 (45,1)
Koroner arter hastalığı	46 (26,3)	45 (40,5)	91 (31,8)
Abdominal aort anevrizması	1 (0,6)	3 (2,7)	4 (1,4)
Semptomatik karotis arter hastalığı	2 (1,1)	3 (2,7)	5 (1,7)
Periferik arter hastalığı	1 (0,6)	5 (4,5)	6 (2,1)
Kronik böbrek hastalığı	9 (5,1)	7 (6,3)	16 (5,6)

Katılımcılarda saptanan KVH ya da eşdeğeri durumlar **Tablo 2**'de verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %76,2'sine (s=218/286) daha önceden dislipidemi tanısı ile statin tedavisi başlandığı saptandı; %23,8'ini (s=68/286) ise ilk kez statin tedavisi endikasyonu konan dislipidemik hastalar oluşturmaktaydı. Daha önce statin başlanan hastaların %45,9'u (s=100/218) en az bir yıldır statin tedavisine devam etmekteydi; %54,1'i (s=118/218) ise son beş yıl içerisinde ilaç kullanmayı bırakmıştı.

Erkek hastaların tedaviye devam etme oranı (%61,3; s=68) kadın hastalara (%39,4; s=69) göre daha yüksek bulundu ($\chi^2=5,29$; $p=0,045$). Tedavi uyumuna yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumunun etkili olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Tedaviye devam edenlerin sadece %36,6'sında (s=36/100) hedef LDL değerlerine ulaşıldığı tespit edildi ve bu hastaların ortalama tedavi süresi $6,6\pm 2,1$ yıl idi. Son beş yıl içinde tedaviyi bırakmış olan hastaların total

kolesterol ve LDL değerleri (sırasıyla $262,4\pm 44,7$ ve $175,8\pm 37,5$) en az bir yıldır düzenli ilaç kullanan hastaların değerlerine göre (sırasıyla $210,7\pm 62,2$ ve $131,5\pm 59,2$) anlamlı ölçüde daha yüksekti ($p=0,001$). İlaç kullanmayı bırakan ve düzenli ilaç kullanan hastaların kan kolesterol değerleri karşılaştırmalı olarak **Tablo 3**'te verilmiştir.

Son beş yıl içerisinde statin tedavisini bırakan 118 hastanın tedaviyi bırakma nedenleri sorgulandı. En sık belirtilen nedenler kolesterol düşürücü ilaçlar ile ilgili olarak bazı doktorların medyadaki olumsuz görüşleri (%52,9), bir doktorun tavsiyesi (%34,3) ve diyet ve egzersizin yeterli olacağını düşünmeleriydi (%18,6). Hastaların ifade ettikleri statin tedavisini bırakma nedenleri **Tablo 4**'te verilmiştir.

Son beş yıl içerisinde statin kullanmayı bırakmış LDL düzeyleri hedef değer üzerinde olan hastalarla (s=118) yeni tanı almış (s=68) toplam 186 hastaya statin tedavisi önerildiğinde, hastaların %28,8'inin (s=54/186) tedaviyi reddettiği belirlendi. Tedaviyi

Tablo 3. Son beş yıl içinde ilacı bırakmış hastalar ile en az bir yıldır düzenli ilaç kullanan hastaların kan kolesterol değerlerinin karşılaştırılması

Kolesterol değerleri (mg/dl)	Son beş yıl içinde ilacı bırakmış hastalar s=118 (Ortalama \pm SS*)	En az bir yıldır düzenli ilaç kullanan hastalar s=100 (Ortalama \pm SS*)	P değeri
LDL	175,8 \pm 37,5	131,5 \pm 59,2	< 0,001
HDL	51,4 \pm 12,9	48,5 \pm 12,5	>0,05
Trigliserid	177 \pm 51,5	146,0 \pm 71,9	>0,05
Total kolesterol	262,4 \pm 44,7	210,7 \pm 62,2	< 0,001

* SS: Standart sapma

Tablo 4. Hastaların statin tedavisini bırakma nedenleri

Bırakma nedenleri	Sayı (%)
Medyada bazı doktorlar kolesterol ilaçlarının gereksiz ve zararlı olduğunu söylüyor	62 (52,9)
Bir doktorun tavsiyesi üzerine bıraktım	40 (34,3)
Diyet ve egzersizin yeterli olacağını düşünüyorum	22 (18,6)
Yan etkisi oldu, onun için bıraktım	17 (14,3)
Çok fazla ilaç kullanıyorum, bu yüzden bıraktım	13 (11,4)
Kolesterol düzeyim normale geldiği için bıraktım	10 (8,6)
Kolesterol ilaçlarının yararlı olmadığını düşünüyorum	7 (5,7)
Bir tanıdığımın tavsiyesi üzerine bıraktım	2 (1,4)

reddedenlerin %93,8'i (s=51/54), medyada çıkan statinlerle ilgili olumsuz haberleri gerekçe gösterdi.

Tartışma

Kardiyovasküler hastalıklardan korunma ve aterosklerozun ilerlemesini önleme amacıyla statin kullanımını destekleyen ve etkinliğini gösteren birçok klinik çalışma mevcuttur.^[11,12] LDL kolesterol düzeylerinin düşürülmesinin etkinliği gösterilmiş olmasına rağmen, tüm dünyada ve ülkemizde tedaviye başlanması, hedef değerlere ulaşma ve tedavi uyumu istenen seviyeden çok uzaktadır.^[6,13,14]

Giderek artan sayıdaki kanıtlara rağmen, ülkemizde hastalar arasında kolesterol düşürücü tedavinin kullanımı noktasında problemler yaşanmaktadır. Poliklinik şartlarında yapılan gözlemlerde, akut koroner sendrom öyküsü olan hastaların dahi kolesterol düşürücü ilaç tedavisine uyumsuz olduğu gözlenmektedir. Statinlerle yapılan klinik çalışmalarda, bu ilaçların kardiyovasküler riski azaltma etkisinin tedaviye olan devamlılıkla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir.^[15] Uyum eksikliği, tedavi alması gereken hasta gruplarında, bu grup ilaçların getireceği mortalite ve morbidite üzerindeki olumlu etkileri ortadan kaldırmakta ve önlenebilir kardiyovasküler olayların artışı sonucu sağlık hizmetlerinde önemli maliyet artışlarına neden olmaktadır.^[5] Görsel ya da yazılı medyanın, sağlık konusunda hastaları bilinçlendirmede olumlu etkileri olduğu kadar, çalışmamızda görüldüğü gibi, hastaların tedaviyi sonlandırmasına neden olabilecek kadar olumsuz etkileri de olmaktadır. Diyabeti bulunan hastalarda yapılmış olan bir çalışmada, statin tedavisini bırakan hastaların %52,3'ünün,

basında yer alan lipid düşürücü tedavi hakkındaki olumsuz haberlerden etkilendikleri belirtilmiştir.^[16] Benzer şekilde bizim çalışmamızda da, medyadan etkilenip statin tedavisini bırakan hasta oranı %52,9 olarak tespit edilmiştir. 2010 yılında Yiğiner ve ark'nın statin kullanımına uyum ve hedef LDL değerlerine ulaşılması üzerine yaptıkları bir çalışmada (s=194), araştırmaya dahil edilen hastaların %56,2'sinin tedavinin herhangi bir sürecinde statin tedavisini kestikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada, tedavinin kesilmesindeki ana neden (%35), kan kolesterol değerlerinin normal değerlere inmiş olması olarak gösterilmiştir.^[17] Bizim çalışmamızda da, başlanan statin tedavisini kesenlerin oranı, bu çalışma ile yakın (%54) bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak, çalışmamızda tedavinin kesilmesinde ön plana çıkan ana neden, statinler ile ilgili medyada çıkan olumsuz haberlerdir. Yine bu araştırmada hedef LDL değerlerine ulaşma oranı %24 iken, Keskin'in (2012) yaptığı çalışmada bu oran %28,3 olarak bulunmuştur;^[16] çalışmamızda ise %36 olarak tespit edilmiştir.

Yiğiner ve ark'nın yaptığı çalışmada, diyetisyenle görüşen ve lise ve üstü eğitim düzeyinde olan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi, hedef LDL değerlerine ulaşma oranlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur.^[17] Çalışmamızda ise eğitim düzeyi ile tedavi uyumu arasında ilişki bulunamamıştır. Öte yandan statin tedavisi alması gereken hastaların tedaviye uyumsuzluğunda, medyadaki haberlerin büyük payının olduğu gözlenmiştir. Özellikle, kardiyovasküler hastalıklar için yüksek risk faktörü bulunan hastaların, tedaviye uyum noktasında, ilgili dal hekimi ve aile hekimler-

ince, kolesterol yüksekliğinin zararları ve tedavinin önemi hakkında daha fazla bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Sonuç

Bu çalışma, statin kullanan ve kullanması gereken hastaların, tedaviye devamlılık düzeylerini ve uyumlarını göstermesi bakımından önemlidir. Çalışmamız, tedaviye devam etmeyen ve tedavi

almayı kabul etmeyen hastaların çok önemli bir kısmında, yazılı ya da görsel medyanın olumsuz etkilerinin bulunduğunu göstermiştir. Hiperlipide mi, toplumda koroner arter hastalığı risk faktörleri içerisinde birinci basamakta kolay tanı alabilen ve tedavi edilebilen değiştirilebilir bir risk faktörüdür. Bu hastalarda tedavinin başlanması kadar, hastaların tedaviye devam etmeleri konusunda bilgilendirilmeleri de büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Rubinstein A. National Cholesterol Education Program. Second report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). *Circulation* 1994; 89: 1333-45.
2. Brundtland GH. World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life. The world health report. *JAMA* 2002; 288(16): 23-30.
3. Verschuren WM, Jacobs DR, Bloemberg BP, et al. Serum total cholesterol and long-term coronary heart disease mortality in different cultures. Twenty-five-year follow-up of the seven countries study. *JAMA* 1995; 274(2): 131-6.
4. Ferdinand KC. The importance of aggressive lipid management in patients at risk: evidence from recent clinical trials. *Clin Cardiol* 2004; 27(6, Suppl 3): III12-5.
5. Pearson TA, Laurora I, Chu H, Kafonek S. The lipid treatment assessment project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Arch Intern Med* 2000; 160: 459-67.
6. Kültürsay H. Results of the rosuvastatin studies in Turkey. *Arch Turk Soc Cardiol* 2007; 35 (Suppl 1): 24-30.
7. Türk Kardiyoloji Derneği. Türk Kardiyoloji Derneği'nden Metin Münir'e cevap! <http://www.medikalakademi.com.tr/turk-kardiyoloji-derneği-metin-munir/> adresinden 15. 12. 2015 tarihinde erişilmiştir.
8. Küçükusta AR. Büyük Kolesterol Yalanları'nda. Ed. 1. Baskı. İstanbul, Hayy Kitap, 2015; 1-272.
9. Karatay C. Damarları tıkayan kolesterol değildir! <http://www.medikalakademi.com.tr/karatay-damar-kolesterol-kalp-statin/> adresinden 15.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
10. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64(12): 1168.e1-1168.
11. Shepherd J, Barter P, Carmena R, et al. Effect of lowering LDL cholesterol substantially below currently recommended levels in patients with coronary heart disease and diabetes: The Treating to New Targets (TNT) Study. *Diabetes Care* 2006; 29: 1220-6.
12. Scirica BM, Morrow DA, Cannon CP, et al. PROVE IT-TIMI 22 Investigators. Intensive statin therapy and the risk of hospitalization for heart failure after an acute coronary syndrome in the PROVE IT-TIMI 22 study. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 2326-31.
13. Frolkis JP, Pearce GL, Nambi V, Minor S, Sprecher DL. Statins do not meet expectations for lowering low-density lipoprotein cholesterol levels when used in clinical practice. *Am J Med* 2002; 113: 625-9.
14. Davidson MH. Differences between clinical trial efficacy and real-world effectiveness. *Am J Manag Care* 2006; 12(15 Suppl): S405-11.
15. Baessler A, Fischer M, Huf V, et al. Failure to achieve recommended LDL cholesterol levels by suboptimal statin therapy relates to elevated cardiac event rates. *Int J Cardiol* 2005; 101: 293-8.
16. Keskin A. Status of Reaching LDL Goals In Diabetic Patients and Frequency of Statin Treatment Compliance. *Ankara Medical Journal* 2012; 12(3): 122-3.
17. Yiğiner O, Özmen N, Özçelik F, et al. Adherence to statin therapy and LDL cholesterol goal attainment in type 2 diabetics and secondary prevention patients: the role of education and knowledge. *Arch Turk Soc Cardiol*, 2010; 38(8): 544-50.

Geliş tarihi: 11.07.2015

Kabul tarihi: 10.03.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Gökhan Dincer

e-posta: gokhandincer@hotmail.com

Aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda idrar kaçırma sıklığı

Urinary incontinence frequency in women who applied to the family health center

Fatih Özcan¹, Cüneyd Özkürkçügil², Nilay Etiler³

Özet

Amaç: Ülkemizde üriner inkontinans oranını araştıran çalışmalar son derece azdır. Bu alandaki bilimsel verilere katkıda bulunabilmek için İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi'nde 41.08.040 No'lu Aile Hekimliği Birimine kesin kayıtlı 40-65 yaş grubunda olan kadın bireyleri, idrar kaçırma açısından değerlendirmek üzere bu çalışma planlanmıştır.

Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma, İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Mer-kezi'nde 41.08.040 No'lu Aile Hekimliği Birimi'nde 55 kadın olgunun katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Şubat-Mart 2012 tarihleri arasındaki aile hekimliği birimine başvuran 40-65 yaş kadınlardan veri toplanmıştır. Araştırma dışında bırakılma kriterleri; hastada nörojenik mesane tablosu olması, hastanın herhangi bir malinite tanısı bulunması, akut idrar yolu enfeksiyonu olması ve hamilelik olarak belirlendi. Bu çalışmamızda, geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan ICIQ-SF (İdrar kaçırma sorgu formu-Çetinel ve ark.) ve OAB-V8 (Aşırı aktif mesane sendromu sorgu formu-Tarcan ve ark.) sorgu formları kullanılmıştır. Bu anket formları, o birimde çalışan hekim veya hemşire tarafından uygulanmıştır. Veriler SPSS 13.0 paket programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza alınan 40 ile 65 yaş arasındaki 55 kadının yaş ortalaması 53,6'tır. Çalışmaya katılan 55 kadın hastanın, ICIQ-SF sorgu formları değerlendirmesine göre; % 65,5' nin (s=36) hiç idrar kaçırması olmadığı, % 34,5' nin (s=19) ise değişik derecelerde idrar kaçırması olduğu saptanmıştır. İdrar kaçıran 19 hastanın 10 tanesi, haftada bir kez veya daha seyrek, 5 tanesi haftada 2 veya üç kez, 1 tanesi günde bir kez, 2 tanesi günde birkaç kez, 1 tanesi de her zaman idrar kaçırmaktadır. İdrar kaçıran 19 hastanın, 6 tanesinin yaşam kalitesi etkilenme oranı (Analog skalasına göre) 10 üzerinden 5 veya daha fazla bulunmuştur. OAB-V8 değerlendirmesinde ise; "gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma" sorusuna ise % 63,6 oranında "çok az" yanıtı verilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda, bu popülasyonda idrar kaçırma oranının % 34,5 gibi yüksek bir düzeyde görülmesi, birinci basamakta çalışan hekimlerin bu konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerinin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca idrar kaçırma ile ilgili geliştirilen ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgu formlarının birinci basamakta uygulanmasının kolay ve bilgi açısından değerli olduğu saptanmıştır. Bu sorgu formlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanımını önermekteyiz. Çalışmamız devam etmekte olup daha geniş sayılarla elde edilecek sonuçlarımızı gelecek süreçlerde yayımlamayı hedeflemekteyiz.

Anahtar sözcükler: İdrar kaçırma, aile hekimliği, kadınlar

Summary

Objective: The studies which investigate urinary incontinence (UI) are fairly few in our country. To contribute scientific data in this subject, we planned this study to evaluate women between 40-65 ages who are in the list of 41.08.040 numbered family practice unit of İzmit Kuruçeşme Family Health Center.

Methods: This descriptive study was performed in family practice unit number 41.08.040 of İzmit Kuruçeşme Family Health Center. The data of fifty-five women were collected from the women between 40-65 ages who applied to the family practice unit between february and march of 2012. The excluding criteria were neurogenic bladder, malignancy, acute urinary infection and pregnancy. In this study, we used questionnaire forms ICIQ-SF and OAB-V8 which have been studied for validity and reliability before. The datas were analyzed in SPSS 13.0 software. Descriptive statistics and correlation analysis were done.

Results: The mean age of the patients was 53.6 years. According to ICIQ-SF questionnaires, 34,5 % (n:19) of patients had UI while 65% (n:36) of patients had no UI. According to Analog Scale, QOL was 5 or more than 5 in 19 patients who had incontinence. According to OAB-V8: the answer was "Very few" in 63.6% of the patients answered nocturia question as "Very few".

Conclusion: In our study, the urinary incontinence rate was 34.5% in our study population. This study emphasize that experience of physicians in the subject of UI should be improved in primary health care units. According to our experience, the usage of ICIQ-SF and OAB-V8 questionnaire forms are easy to use in primary health care instutions. We strongly advise the using of those questionnaire forms in primary health care units. Our study is still continueing and more data are required in this stage.

Key words: Urinary incontinence, family practice, women

NOT: Bu makaledeki çalışma, 16-20 Mayıs 2012 tarihinde Antalya'da gerçekleştirilen 11. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

- 1) İzmit Toplum Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., İzmit-Kocaeli
- 2) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Doç. Dr., İzmit-Kocaeli
- 3) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr., İzmit-Kocaeli

Giriş

İstem dışı idrar kaçırma “inkontinans” olarak tanımlanır. İdrar kaçırma, kadınlar için rahatsız edici bir semptomdur.^[1] Kişinin özsaygısını, sosyal durumunu ve cinsel aktivitesini etkileyen bir durumdur.^[2] İdrar kaçırma kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha fazla olup, yaşla birlikte her iki cinstede artar.^[3, 4] Ülkemizde idrar kaçırma (üriner inkontinans) oranını araştıran çalışmalar son derece azdır. Bu alandaki bilimsel verilere katkıda bulunabilmek için, İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi’nde 41.08.040 No’lu Aile Hekimliği Birimi’ne kesin kayıtlı 40-65 yaş aralığında olan kadınları idrar kaçırma açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı çalışma, İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi’nde 41.08.040 No’lu Aile Hekimliği Birimi’nde 55 kadın olgunun katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Şubat-Mart 2012 tarihleri arasındaki aile hekimliği birimine başvuran 40-65 yaş arasındaki kadınlardan veri toplanmıştır. Araştırma dışında bırakılma kriterleri; hastada nörojenik mesane tablosu olması, hastanın herhangi bir malignite tanısı bulunması, akut idrar yolu enfeksiyonu olması ve hamilelik olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmamızda, geçerlilik - güvenilirlik çalışması yapılmış olan ICIQ-SF (İdrar kaçırma sorgu formu - Çetinel ve ark.) ve OAB-V8 (Aşırı Aktif Mesane Sendromu sorgu formu-Tarcan ve ark.) formları kullanılmıştır.^[5,6] Bu anket formları, o birimde çalışan hekim veya hemşire tarafından uygulanmıştır. Veriler SPSS 13.0 paket programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi yapılmıştır. Kocaeli Valiliği ve İl Sağlık Müdürlüğü’nden 10/02/2012 tarihli çalışma izni alındıktan sonra hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara bu anketler uygulanmıştır.

Bulgular

Araştırmamıza alınan 40 ile 65 yaş arasındaki 55 kadının yaş ortalaması 53,6 ve ortancası ise 54 idi. Çalışmaya katılan 55 kadın hastanın, ICIQ-SF sorgu formları değerlendirmesine göre; %65,5’inin (s=36) hiç idrar kaçırmadığı, %34,5’inin (s=19) ise değişik derecelerde idrar kaçırmaya başladığı saptandı. İdrar kaçıran 19 hastadan 10’u, haftada bir kez veya daha seyrek, beşi haftada iki veya üç kez, biri günde bir

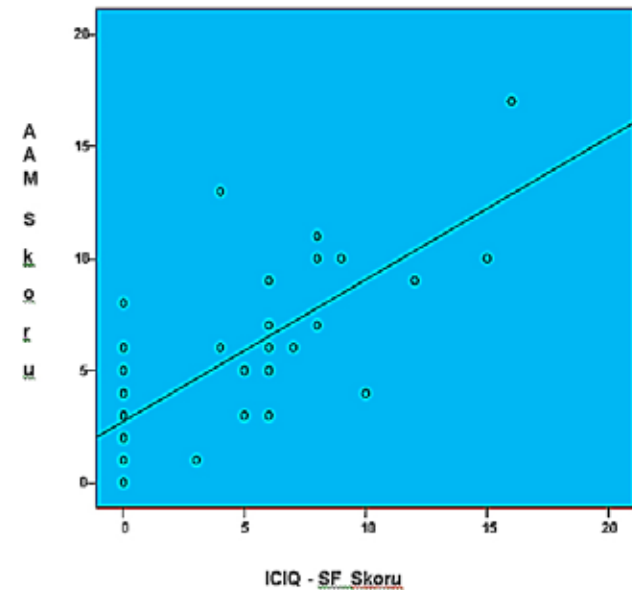
kez, ikisi günde birkaç kez ve biri de her zaman idrar kaçırmaktaydı. Yaş gruplarına göre idrar kaçırma oranları **Tablo 1**’de verilmiştir.

Tablo 1. Yaş gruplarına göre idrar kaçırma oranı

İdrar kaçırma	Yaş grupları				Toplam Sayı %
	40-55 yaş		56-65 yaş		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yok	16	55,2	20	76,9	36 (%65,5)
Var	13	44,8	6	23,1	19 (%34,5)
Toplam	29	100,0	26	100,0	55 (%100,0)

İdrar kaçıran 19 hastanın altısında yaşam kalitesi etkilenme oranı (Analog skalasına göre) 10 üzerinden beş veya daha fazla bulundu. OAB-V8 değerlendirmesinde ise; “gündüz sık idrara çıkma rahatsızlığı” sorusuna en sık olarak %27,3 oranında “biraz” cevabı verilmişti. “Gece idrara gitme” sorusuna %50,9 oranında “çok az” yanıtı verilirken, “gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma” sorusuna ise %63,6 oranında “çok az” yanıtı verilmişti.

AAM skorlarının artmasıyla inkontinans skorunun arttığı görüldü. İki değişken arasındaki korelasyon 0,74’tü, yani güçlü bir ilişki olduğu saptandı (**Grafik 1**).



Grafik 1. İdrar kaçırma oranı açısından AAM ve ICIQ-SF skorları arasındaki ilişki

Tartışma

Çalışmamızda, katılımcı kadınların %34,5'inin değişik derecelerde idrar kaçırmaya başladığı saptanmıştır. Bu oran Türkiye'de yapılmış bazı çalışmalarda bulunan oranlara göre daha düşük, bazılarında göre daha yüksektir. Bununla birlikte, bazı ülkelerde (İsveç ve Norveç'te) kadınlara yönelik yapılmış olan büyük örneklemlerle araştırmalarda bulunan oranlara göre daha yüksektir.^[7,8] Güneş ve ark.'nın erişkin kadınlarda yapmış oldukları çalışmada, idrar inkontinans oranı % 49,7 olarak tespit edilmiştir.^[9] Öztürk ve ark.'nın 2012 yılında İstanbul'da bir aile sağlığı merkezinde yaptıkları çalışmada üriner inkontinans oranı %42,8 olarak saptanmıştır.^[10]

GATA Jinekoloji Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran 20 yaş üstü kadınlarda hastaların %37,1'inde idrar kaçırmaya saptanmıştır.^[11] Özdemir ve ark.'nın kadınlarda yaptıkları bir çalışmada saptanan oranlar anatomik stres inkontinansı için %42,4 ve mikst inkontinans için ise %18,3'dir.^[12] Özerdoğan ve ark.'nın 2009 yılında Eskişehir'de bir aile sağlığı merkezinde yapmış oldukları çalışmada ise, inkontinans oranı %27,5 olarak bulunmuştur.^[13] Özerdoğan ve ark.'nın yaptığı bu çalışmada 40-65 yaş aralığındaki 269 kadına anket uygulanmıştır. Bizim çalışmamıza benzerlik gösteren bu araştırmayla bizim araştırmamızın en önemli farkı kullanılan anketlerin niteliğidir. Özerdoğan ve ark. kendi hazırladıkları sorularla idrar inkontinansını değerlendirirken, bizim çalışmamızda geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgu formları kullanılmıştır.

Wennberg ve ark.'nın İsveç'te yapmış olduğu uzun periyodlu karşılaştırmalı araştırmalarda, 50-64 yaş aralığındaki kadınlarda idrar kaçırmaya oranı 1991'de %20 iken, 2007'de %32 bulunmuştur.^[7] Jahanlu ve ark.'nın Norveç'te yaptığı başka bir çalışmada üriner inkontinans oranı %28,9 olarak bildirilmiştir.^[8]

İnkontinans oranlarındaki farklılıklar, çalışma metodolojisi veya seçilen popülasyonun yaş ortalamasından kaynaklanabilir. Sorgu formlarının literatüre uygun kullanılması ve yaş gruplarının "çocuk", "genç erişkin", "orta yaş" ve "ileri yaş" olarak ayrılması sonuçlar arasındaki farklılıkları açıklayabilir.

Bu çalışmada, geçerlilik - güvenilirlik çalışması yapılmış olan ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgu formlarının birinci basamak sağlık kuruluşunda kullanılarak inkontinansın değerlendirilmesi önemlidir. Literatürü incelediğimizde, ülkemizdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında her iki sorgu formunun ikisinin de birlikte aynı araştırmada kullanıldığı bir çalışma tespit edilmemiştir. Bu tür çalışmaların literatüre uygun olan sorgu formları ile yapılmasının önemli olduğu kanısındayız.

Tek bir aile hekimliği birimine kayıtlı hastalara yönelik yapılması ve yalnızca 40-65 yaş arası kadınların çalışmaya dahil edilmesi, bizim yaptığımız araştırmanın kısıtlı yönleri olarak sayılabilir.

Sonuç

Aile Hekimliği Birimimizde yapmış olduğumuz çalışmanın ön değerlendirmesinde, bu popülasyonda idrar kaçırmaya oranının %34,5 gibi yüksek bir düzeyde görülmesi, birinci basamakta çalışan hekimlerin bu konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerinin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

İdrar kaçırmaya ile ilgili geliştirilen ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgu formlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanımını önermekteyiz. Ancak daha kapsamlı sonuçlara ulaşabilmek için bu çalışmanın daha fazla kişide ve farklı birimlerde uygulanması gerekmektedir. Çalışmamız devam etmekte olup daha geniş sayılarla elde edilecek sonuçlarımızı gelecek süreçlerde yayınlamayı hedeflemekteyiz.

Kaynaklar

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the international continence society. *Urology* 2003; 62: 37-49.
2. Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998; 51(3): 355-61.
3. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004; 93: 324-30.
4. Balcı M C B, Akçetin Y Z. Üriner inkontinansın tanımı ve sınıflaması. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2009; 2(1): 13-6.
5. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (Geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi* 2004; 30 (3): 332-8.
6. TT ve ark. Aşırı aktif mesane değerlendirme formu (OAB-V8) Geçerlilik Güvenilirlik çalışması. Türk Üroloji Derneği Kongresi 2008; Poster 053.
7. Wennberg A L, Molander U, Fall M, Edlund C, Pecker R, Milsom I. A Longitudinal Population-based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Women. *European Urology* 2009; 55 (4): 783-91.
8. Jahanlu D, Qureshi S A and Hunskaar S. The Hordaland Women's Cohort: A prospective cohort study of incontinence, other urinary tract symptoms and related health issues in middle-aged women. *BMC Public Health* 2008; 8: 296.
9. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2000; 7 (1): 54-7.
10. Öztürk G Z, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni* 2012; 46 (4): 170-6.
11. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48(3): 132-6.
12. Özdemir S, Çelebi İ, Nurullahoğlu N, Ark H C. Ürojinekoloji kliniğimize başvuran üriner inkontinans olgularının dağılımı. *Genel Tıp Derg* 2006; 16 (2): 49-52.
13. Özerdoğan N, Sayın F D, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40-65 Yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(2): 46-59.

Geliş tarihi: 20.10.2015

Kabul tarihi: 21.12.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Fatih Özcan

e-posta: fatihozcan41@gmail.com

Anadolu tıp tarihi - Bölüm I

The history of medicine in Anatolia - 1st Part

Bektaş Murat Yalçın¹, Mustafa Ünal², Hasan Pirdal³, Yasin Selçuk²

Özet

Anadolu tarihte hem bilimsel hem de kültürel açıdan modern uygarlığa birçok konuda öncülük etmiş bir toprak parçasıdır. Bu bilim dallarından biriside tıptır. Anadolu'daki tıp tarihi Antik, Hitit, Antik Helenistik, Roma, Bizans çağları ve Türklerin Anadolu'ya Göçleri Sonrası Dönem (Anadolu Selçuklu ve Osmanlı) olarak incelenebilir. Antik çağda Anadolu'da yaşayan ilk uygarlıklar hastalıkların doğaüstü nedenlerden ortaya çıktığını düşünüyordular. Anadolu üzerinde kurulduğu bilinen ilk imparatorluk olan Hititler zamanında hekimlik bir meslek olarak tanındı. Antik Helenistik dönemde ise Hipokrat hastalıkları doğaüstü sebeplerle değil ilk kez materyalist ve rasyonel bir bakış açısına göre açıklanmaya çalışılmıştı. Hipokrat ayrıca doktorların sahip olması gereken meslek ahlakı kurallarını (Etik kuralları) belirlemiştir. Anadolu, Roma imparatorluğu hâkimiyetine girdikten sonra başta Galen olmak üzere Anadolu'da doğmuş birçok hekim tıba önemli katkı yapmışlardır. Roma döneminde özellikle askeri cerrahide önemli gelişmeler olmuştur. Roma imparatorluğu ikiye ayrılıp doğuda Bizans Devleti ortaya çıkınca dünyadaki ilk hastaneler hizmet vermeye başlamış ancak kilise tıp uygulamalarını tekelleştirmiştir. Bu nedenle tıp bilimi Rönesans dönemine teolojik yapının baskısından kendini kurtaramamıştır. Aşağıdaki derlemede Anadolu tıbbi hakkında ilk dört dönem hakkında kısaca bilgi verilmeye çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Anadolu, tıp tarihi, Hipokrat, Galen, Hititler, Bizans

Summary

Anatolia is a land where were pioneered both scientific and cultural perspectives for the civilization history. One of the science branches of the Anatolian people had pioneered was medicine. The medical history in Anatolia can be divided into ages of Antic, Hittites, Antic Hellenistic, Roman, Byzantium and the period after Turks had immigrated (Anatolian Selcuklu and Ottoman) to Anatolia. In the Antic ages the first humans believe that the diseases were originating from supernatural factors. First doctors had emerged with the Hittites the first empire founded on this land. In the Antic Hellenistic period Hypocrites tried to explain the diseases with materialist and rationalist view instead of supernatural causes. Hypocrites also determined the ethical qualifications of doctors. After the Anatolia fell under Roman rule many physicians with Galen in the leading role who were born in Anatolia had contribution to Medicine. In the Roman period the especially military surgery were improved. After the Roman Empire had divided into two pieces Byzantium Empire submerged first hospitals on the worlds begun to give service however the church monopolized the medicine. Medicine couldn't set free itself from the chains of theological structure until the Renaissance. In the review below brief information about the first four periods of the medicine in Anatolia were tried to be given.

Key words: Anatolia, medicine history, Hippocrates, Galen, Hittites, Byzantium

Giriş

Anadolu tarihte pek çok medeniyetten ve halktan insana yurt olmuş, Asya ile Avrupa kıtaları arasında uzanan bir toprak parçasıdır. Dünyanın hiçbir yerinde bu kadar değişik milliyetten ve ırktan insanlar iç içe barış içinde yaşayıp aynı uygarlık potası içinde barış içinde kaynaşmamışlardır. Bunun yanında yine aynı topraklarda insanlar çağlar boyunca büyük savaşla-

ra, kıyımlara ve acılara da göğüs germek zorunda kalmıştır. Anadolu'nun geçmişi ve burada yaşayan halkların tarihi ile ilgili bilgiler çok uzun zaman karanlıkta kalmıştır.^[1] Homeros'un İlyada destanında bile Anadolu halkları / devletleri hakkında herhangi bir bilgi verilmemiştir. Hititlerin ismi İncilin, Eski Ahit (Tevrat) kısmında geçmesine rağmen uzun yıl-

1) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Samsun
2) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Samsun
3) Göynicek Entegre Devlet Hastanesi, Uzm. Dr., Amasya

lar bu kavmin hayali olduğu düşünölmüştü. Antik Anadolu tarihinin, bu topraklarda yeşeren Türkiye Cumhuriyeti'ne kadar karanlıkta kaldığı ön görülebilir. Cumhuriyetin mimarı olan Mustafa Kemal Atatürk derin entelektüel alt yapısı ile bir milleti birleştiren en önemli unsurlardan birisinin de ortak bir tarih bilinci olduğunun da farkına varmıştı. Atatürk'ün kurulmasına doğrudan öncülük ettiği ilk kurumlardan birisinin Türk Tarih Kurumu olması (12 Nisan 1931) bu nedenle tesadüf değildir.^[2] Bu yaklaşım, 1870 yılında Truva'nın Schliemann tarafından kazılarak tahrip edilip kral Priamos'un hazinelerinin yurtdışına kaçırılmasına göz yumanlardan veya Zeus Tapınağını (Pergamon) Bergama'dan parçalar halinde kesip, katır sırtında Berlin'e kaçırılanların yolunu kesen halkı sindirmek için Paşa gönderip "Alman dostlarımızdan birkaç eski taşımı esirgeyeceğiz" diyenlerle tam bir tezat içindedir.^[3,4] Bu toprakların üstünde bir zamanlar mücevher gibi yükselen Zeus tapınağı (Pergamon) ve yükseldiği yerde kalan temelleri **Resim 1**'de gösterilmiştir.

Ölkemizde başlayan laik ve akılcı eğitim devriminden sonra genç ve idealist bir bilim insanı kuşağı yetişmiştir. Bu öncü Türk bilim insanları (Ekrem Akurgal, Muazzez İlmiye Çığ vb.) ve yabancı pek çok arkeolog/ tarihçinin (Hans G. Göterbock vb.) de katkıları ile Anadolu tarihi yavaşça aydınlanmaya başlamıştır. Geç dönem toplayıcı avcı insanların meydana getirdiği düşünölen Göbekli tepe (Şanlıurfa) kalıntılarının 2011 yılındaki keşfi bize Anadolu'daki ilk insan yerleşimlerinin eski taş çağına kadar geri (M.Ö. 10.000-8.000) gittiğini göstermiştir. Geç taş devrinde (M.Ö. 8.000-5.500) ise Çayönü, Hacılar, Çatalhöyük, Norşun Tepe ve Köşkhöyük gibi gerçek

yerleşik yaşamın başladığı tarım ve hayvancılıkla geçinen şehirler/yerleşkeler izlenmektedir.^[5] Anadolu'daki bazı bulgular Avrupa uygarlığı için oldukça büyük bir sürpriz olmuştur. Avrupa kendi kültürel kimliğinin antik Yunan'dan köken aldığını kabul ederken Almanca, İngilizce, Fransızca ve Latince pek çok kelimenin kökeni Hititçe olduğu daha sonradan anlaşılmıştır. Bugün için Yunan ana tanrısı olan Zeus ve Eski Roma'daki Jüpiter'in aslında Hitit panteonundaki baş tanrı olan Fırtına tanrısından esinlendiği olduğu açıktır. Ancak yine yakın zamanda Anadolu'nun, Helen yarım adası yerine pek çok bilim ve sanat dalının doğduğu topraklar olduğu anlaşılmıştır.

Anadolu bu bilim dallarından en önemlilerinden birisi olan tıbbında doğuşunda öncülük etmiştir. Bu derlemenin amacı Anadolu topraklarında gelişen tıp tarihinin kısa bir özetini vermektir. Bu nedenle Anadolu tarihinin kronolojik sıralaması ile tıp tarihi arasında bazı farklar bulunabilir. Anadolu Tıp tarihi kabaca Antik Çağ (eski taş ve erken tunç çağı arası), Hitit, Antik Helenistik, Roma, Bizans ve son olarak Türklerin Anadolu'ya Göçleri Sonrası Dönem (Anadolu Selçuklu ve Osmanlı) olarak incelenebilir. Bu derlemede ilk dört dönem incelenmeye çalışılacaktır.

Antik dönem (M.Ö. 10.000-5.500)

Bu dönemle ilgili olarak elimizde çok fazla doğrudan bilgi yoktur. Ancak kazılardan elde edilen bilgilerle yapılan akılcı varsayımlara göre bu dönemde insanlar klanlar şeklinde yaşıyor ve ölümlerini belli adetlere göre gömüyordu. Bu dönemle ilgili olarak bilim insanları özellikle çevresel ve sosyolojik etkilere göre evrimleşen klanların hayatta kalma tarzlarına göre te-



Resim 1 - A. Pergamon kaçırdığı Berlin müzesinde



Resim 1 - B. Pergamon'un temelleri

davi yöntemlerini geliştirdiklerini iddia ederler.^[6]

Buna göre

- Rahiplerin / şamanların hüküm sürdüğü dinsel öğelerin önem kazandığı toplumlarda büyü ile tedavi,
- Avcı, toplayıcı veya yağmacı toplumlarda cerrahi tedavi,
- Tarımla uğraşan toplumlarda şifalı otlarla tedavi ön plana çıkmaktadır.

Antik dönemde, Anadolu’da yapıldığı bilinen ilk tıbbi girişim “trepensasyon” denen beyin delme ameliyatlarıdır. On bin yıl öncesinden kalan insan kafataslarında bilinen en eski cerrahi girişimlerin izleri bulunmuştur (**Resim 2**). Bu işlemin neden yapıldığı halen net olarak açıklanamamıştır. Neolitik dönemden kalan epilasyon aletlerinin bulunması, bedendeki kılların da günümüzde olduğu gibi, eskiden de alındığının göstermektedir. Bu dönemde yaşamış insanların iskeletlerdeki eski iyileşmiş kırık ve yara izlerinin varlığı hastaların kaderlerine terk edilmeyip bakıldığı ve bunun sonucu iyileşebildiklerini göstermektedir.^[7]

Bu dönemde insanların mezarlarına çeşitli iyileştirici etkisi bilinen bitkilerin (Ihlamur vb.) ve koruyucu tanrı heykelticiklerinin konmuş olduğu izlenmektedir. İlginç bir şekilde pek çok merkezde (Hacılar ve Çatalhöyük) yapılan kazılarda bu insanların doğaya taptığı ve ana ilahlarının doğurgan bir dişi tanrıça olduğu izlenmektedir. Ana tanrıça heykellerinin çocuk ve hayvan motifleriyle

bezenmesi doğurganlığı ve bereketi simgelediğini düşündürmektedir.

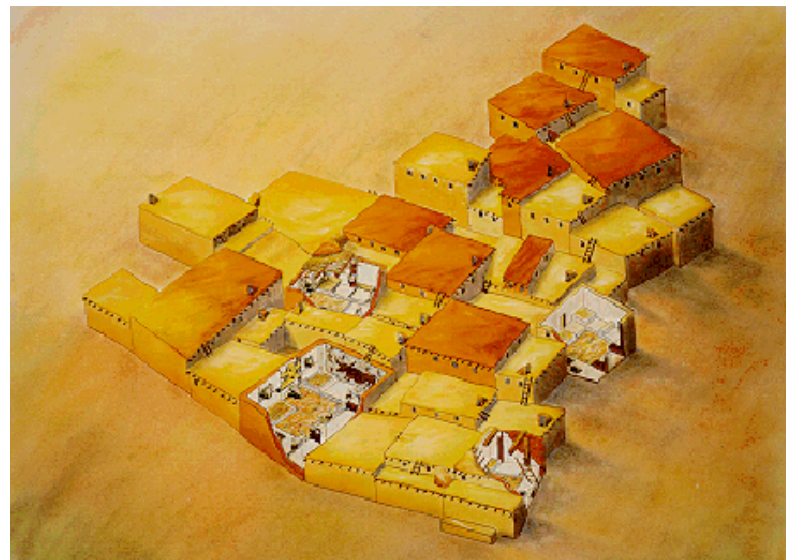
Hitit dönemi (M.Ö 2100-1190)

Orta ve geç tunç dönemine kadar Anadolu’da Hatti adındaki bir kavimin oldukça köklü bir uygarlık geliştirdiği bilinmektedir. Özellikle Çatalhöyük kazılarında en alt kazı seviyelerinde birbirine bitişik altı taş üstü kerpiç ve tavandan giriş yapılan evler açığa çıkmıştır (**Resim 3**). Bu kavimin yerleşkelerinin bir süre sonra, Kafkaslar ve Karadeniz üzerinden göç eden kökeni hala tartışmalı olan Hint-Avrupa kavimlerinin göçü ile yıkıldığı bilinmektedir. Gelen yeni halk, eski Hatti kavmi ile çoğu zaman aynı yerlerde beraber yaşayarak onların dilini, adetlerini, tanrılarını ve hatta adını kabul etti.^[8] Bu insanlar kendilerine Hitit diyerek muazzam bir uygarlık haline gelip Anadolu’da bilinen ilk siyasi devleti oluşturdular. Hitit devlet teşkilatı kâtiplere dayanmaktaydı ve tüm devlet arşivi, kil tabletlere çivi veya hiyeroglif yazısı ile arşivleniyordu. Kâtiplerin aynı zamanda rahiplik ve doktorluk görevlerinin de olduğunu kazılarda Çatalhöyük’te bulunan bu devlet arşivlerine dayanarak biliyoruz.

Bu dönemin en ileri uygarlıkları Mezopotamya’daki Babil ve Nil nehri boyunca kurulmuş Mısır İmparatorluğu idi. Her iki uygarlığında birbirinde farklı tarzda tıp ekolleri vardı. Mısırlılar dinsel ihtiyaçları dolayısıyla insan mumyalama işlemlerinde çok ilerlemişlerdi. Bu nedenle Mısır tıbbi faydacı ve deneysel bir niteliğe sahipti.^[9] Mezopotamya tıbbında ise dinsel uygulamalar ve doğaüstü varlıklara (kötü ruh-



Resim 2. Trepensasyon uygulanmış bir kafatası (M.Ö. 7000 civarı)



Resim 3. Temsili Çatalhöyük yerleşkesi (M.Ö. 5500)

lar, şeytanlar vb.) inanç ön planda idi. Hititler her iki ekolden de faydalanmış olsalar da Mezopotamya tıbbının etkisi daha ağır basıyordu. Hitit tıbbında en önemli hastalığa neden olan beş sebep şöyle sıralanmaktadır;

- Tanrıların ihmal edilmesi veya onlara karşı işlenen suç ve günahlar,
- Bedensel ve ruhsal kirlilik (Hititlerde temizlik çok önemli, dini ve sosyal bir gereksinim idi),
- Mağaralar, düdenler ve yer çatlaklarından çıkarak insanları kötü biçimde etkileyen birtakım kötü güçler,
- Ölü ruhların huzursuz edilmesi ve
- Kara büyü olarak sıralanabilir.

Bu nedenlerle Hititlerde hastalıklar, hastalık nedenleri ve tedavi yöntemleri arasında gerçekçi bir ilişki kurulamamıştı. Bu duruma en iyi örnek Hitit Kralı II. Murşili zamanında izlenen ve nüfusun büyük kısmının ölümüne neden olan veba salgını gösterilebilir. Veba esasen Anadolu'ya Suriye'den Mısır'lı hasta köleler aracılığı gelmiş ve salgın ortaya çıkmıştır. II. Murşili vebanın sebeplerini incelemeleri için kâhinlerini ve kâtiplerini toplar. Buna göre vebanın dört sebebi belirlenir; tanrıların ihmali, genç Tuthalia'nın haksız yere öldürülmesi (önceki dönemdeki bir kral veliahttı), Mala (Fırat) nehrine sunulan kurbanların ihmal edilmesi ve son olarak esirlerin vebayı taşımaları ve yaymaları.

Hitit metinlerinde hekim isimlerinden fazlaca bahsedilmektedir ve bunlardan bazıları özellikle Mısırlı kökenli yabancı hekimlerdir. Pek çok Mısır hekimin (bilhassa II. Ramses - III. Hattuşili döneminde) karşılıklı olarak Hitit sarayına gelmiş olduğu anlaşılmaktadır. Doktorların arasında bir hiyerarşi olduğu, sadece erkeklerin değil kadınların da doktor olarak görev yaptığı kayıtlıdır. Bununla birlikte kadın doktorların tıbbî girişimlerden çok büyü işlemlerini uyguladığı ve doğuma yardımcı olduğu sanılmaktadır. Mezopotamya'da kullanılan karaciğer falı, Hitit döneminde Anadolu'da da kullanılıyordu. Hattuşaş'ta öğretim amacıyla kullanıldığı sanılan, üzeri yazılı kilden yapılmış karaciğer modelleri bulunmuştur.

Hititlerde büyü pek çok hastalığın tedavisinde kullanılmıştır. Hastalık tedavisinde kullanılan bir diğer büyü yöntemi de 'günah keçisi' adı verilen ve kötülüklerin keçi, koyun, fare, boğa, eşek gibi hayvanlara "majik" (İngilizce "magic" kelimesi ile olan

fonetik ve anlam benzerliği ilginçtir) olarak geçirilmesi metodudur. Bu metot orta Asya'daki Şamanist uygulamalarla neredeyse aynıdır. Bu yöntemle göre insanın hasta olan kısımlarına hayvanın kesilen uzuvları yerleştirilmiş ve bu yolla o hastalık insandan hayvanın bu uzuvlarına geçeceğine inanılmıştır. Uygulanan diğer büyü yöntemleri arasında hasta uzuvları hayvanlara yalatma (diğer bir "majik" tedavisi) ve köpek pisliğini çeşitli bitki çiçekleriyle karıştırıp elde edilen macunu hasta ve yaralı bölgelere sürme sayılabilir.^[10]

Hitit tabletlerinden belki de dünya üzerinde kayıtlı ilk psikoterapi yaklaşımı tedavi örneğini öğrenmekteyiz. Bu kayıttaki bir kadın hekimin, muhtemelen cinsel işlev bozukluğu yaşayan bir erkek hastaya dinsel ayin/televi düzenlediği anlatılır. Hasta tek başına dolunay zamanı bir odaya yerleştirilir. Dualarla birlikte tanrılara seslenilirken, hastanın eline iğ ve yün iplik yumağı verilir. Kadın hekim tablette, hastasına şöyle sesleniyor "Kadınlık alametleri olan iğ ve yumakla girdiğin bu odada elinden iğ ve yumağı alıyorum. Kadınlık alametlerini üzerinden ben aldım. Eline erkeklik alametleri olan ok ve yay veriyorum. Kadınlık alametlerini şimdi bu odada bırakacaksın ve kapıdan bir erkek olarak çıkacaksın!". Ne yazık ki tedavinin sonucu hakkında bir bilgi bulunamamıştır.

Babil kaynaklı Hammurabi kanunlarından (Bazı hastalıklarda tedavi başarısızlıkları veya yanlış tıbbi uygulamalar hekimin canına mal oluyordu) çok daha hafif yaptırımları olsa da Hitit doktorlarının günlük uygulamaları ve tıbbî kötü uygulamaları hakkında bazı kuralları vardı. Kanun maddelerinde hekimlerin uyguladıkları tedavi için ne kadar ücret alacakları da tespit edilmiştir. Hekime ödenmesi gereken miktar yaralanan kişinin yarasının hafif ya da ağır olmasına, maddi ve sosyal durumuna göre değişmekteydi. Örneğin, yaralanmış hastayı tedavi eden doktora 6 "şekel" (Net karşılığı tam bilinmeyen antik bir ölçü birimi) gümüş verileceği tabletlerde yazılıdır. "Eğer bir kişiyi bir kimse yaralarsa ve onu kötürüm ederse o zaman onun bakımını üstlensin, onun yerine bir kişi versin ve evinde çalışmaya devam etsin, o iyileşinceye kadar. Ama o iyileştiği zaman, ona altı şekel gümüş versin ve hekime yine o ücret versin".

Bulunan tıbbî kil tabletlerde kırka yakın hastalığın adı da geçmektedir. Bu tabletlerde adı geçen bazı hastalıklar ve tedavi yöntemleri **Tablo-1**'de gösterilmiştir. Bu hastalıklarında genellikle belirtilere göre sınıflandırdığı (Örnek; göz kanaması, göz bulutu

[katarakt], gözde kızarıklık ve gözlerin yaşarması) izlenmektedir. Anadolu bitki varlığının zenginliği Hititlerin bu kaynaktan da yararlanmasını sağlamıştır. Tedavi amaçlı adamotu, banotu, haşhaş, mazı, mersin, meyan kökü, safran ve zeytin gibi aksırık otu, badem, hardal, meyan kökü, sarımsak, sedir, söğüt, susam, şimşir ve abanoz ağacı gibi bitkiler kullanılıyordu. Abanoz gibi Lübnan kökenli bitkilerin kayıtlarda yer laması canlı bir drog ticaretini işaret etmektedir. Hititler bu bitkilerin biyokimyasal özelliklerinden çok içerdikleri “majik” (sihir) yolu ile etki gösterdiğine inanıyorlardı. Hitit araştırmacılarından bazıları kullanılan maddelerin etkileri gözlemlenmesi yoluyla seçildiğine inanırken bazıları ilaç reçetelerinin hiç olmazsa bir kısmının Mezopotamya kökenli olduğuna inanmaktadır. İlaç yapımı için kullanılacak hammadde miktarı biraz, çok ya da yarım gibi ölçülerle anlatılmakta, alınacağı zaman (gece ya da gündüz biçiminde) ve tedavinin başarısızlığı karşısında alternatif tedavi yöntemleri de belirtilmektedir.

Hititlerin tababete kazandırdığı en önemli katkılardan birisi de halk sağlığı konusuna verdikleri önem olmuştur. Hititlerde ruhen ve bedenen temizlendikten sonra (Tırnakların kesilmesi de dâhil) tanrılara ibadet

edebiliyordu. Hitit kralının içme suyu içinde bir saç ya da kıl parçası bulduğu takdirde buna neden olanlar şiddetle cezalandırılıyordu. Bugün tam olarak ne olduğunu bilinmese de Hititler sabun otu (reçine veya sakız losyonu?) gibi pek çok maddeyi temizlik için kullanıyorlardı.

Hitit şehirlerinde taze su kanalları bulunuyordu. Pis ve yağmur sularının şehir dışına atılması için başka kanallar vardı ve genel çöpler şehir dışında toplanıyordu. Salgın hastalık görülen bazı şehirlerin boşaltılması ve hastalık geçtikten sonra yaşayanların tekrar dönmesi halk sağlığı açısından önemli adımlardı. Bunun yanında Hitit evlerinde banyo ve tuvalet bulunmamakta idi. Banyo ve tuvalet sadece geç Hitit döneminde, Urartu Devletine yakın olan bazı kale harabelerinde izlenmektedir. Halkın lazımlık kullanmakta olduğu ve lazımlıkların şehir içine boşaltılmamasının istendiği bilinmektedir.^[11]

Hititler doğum için özel bir sandalye yapmışlardır. Hititlerin doğum öncesinde, doğum esnasında ve doğum sonrasında neler yaptıkları hakkında ayrıntılı bilgiler edinmek mümkündür. “Bir kadın doğum yapacağı zaman, ebe şunları hazırlar: iki sandalye ve

Tablo 1. Hitit tabletlerinde bahsedilen bazı hastalıklar ve tedavi yöntemleri

Hastalık	Kullanılan Malzeme	Tedavi Yöntemi
İştahsızlık	Beyaz Ot (?) Pırasa kökü Sarımsak Şarap (?) Şeytintersi Tere Tohumu	Tere tohumu, şeytintersi bitkisi, beyaz ot alınır ve hastaya 7 gün süreyle verilir. Eğer iyileşmezse, şarap, sarımsak, pırasa kökü, beyaz ot verilir.
Erkeklik Uzvuunun Sıvı (?) Damlatması (?)	Tappi (Bir çeşit sargı bezi olduğu düşünülmektedir)	Tappi ısıtılır ve uzuv iyileşinceye kadar tüm gece tappi'nin içinde tutulur.
Kanama	Kan durdurucu ve tortulaştırıcı bitkiler	Kan durdurucu ve tortulaştırıcı çeşitli bitkiler kanayan organın üzerine konur.
Göz rahatsızlığı	Su, bandaj ve otlar	Su ve bandajlarla göz temizlendikten sonra sarılır. Çeşitli otların göze sürülmesi de önerilir.
Kansızlık	Koyun yağı, çeşitli karışımlar	Tedavisi hem majik hem de tıbbi yöntemlerle yapılmıştır. Buna göre; çeşitli droglar karıştırılıp çocuğun ağızı bununla yıkıyor, gargara yaptırılıyor, sonrada bu karışım çocuğa yutturulur. Aynı karışım çocuğun vücudunun her tarafına dökülüyor. Daha sonra çocuk banyo yaptırılıyor. Sudan çıkarıldığında ise üzerinde HUR-RI kuşu çevriliyor. En son olarak da koyun yağı ve anlamı bilinmeyen birçok şeyle merhemleniyor.

üç yastık öyle bir hazırlanır ki her tabureye bir yastık yerleştirilir. Ve bir yastık taburelerin arasına, yere koyulur. Çocuk düşmeye (yani doğmaya) başladığı zaman, kadın sandalyenin üstüne oturur.” Bu metnin ilerleyen bölümlerinde, Hititlerde çocuğun düşmesi durumunda verilen cezanın gebeliğin kaçınıcı ayda olduğuna bakılarak verildiği anlaşılmaktadır. Hititler doğum esnasında meydana gelebilecek fiziki güçlükleri ortadan kaldırmak amacıyla bir takım büyüler kullanmışlardır. Örneğin kadın doğum ağrıları nedeniyle bağırma başladığı zaman ebe “bağırma büyüsünü” söylemektedir. Hititlerde ebeğin aktivitelerinin iki kategoriye ayırmak mümkündür. Bunlardan ilki doğum için gerekli malzemeyi hazırlamak ve çocuğu doğurtmaktır. İkincisi ise çocuk doğduktan sonra, yeni doğan bebek adına, kötü etkileri bebeklerden uzaklaştırarak bebeğe iyi bir alınyazısı bahşetmeleri için tanrılara dua etmektir.

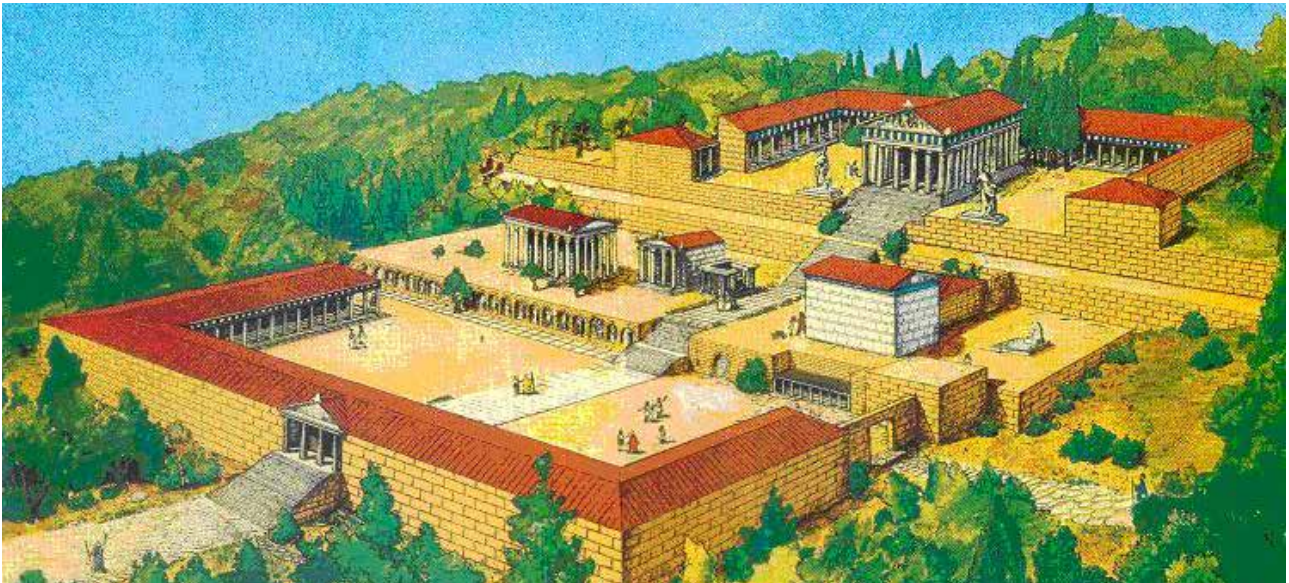
Antik Helenistik dönem (M.Ö 600-M.S.100)

Anadolu’da Hitit devletinin tarih sahnesinde silinmesinden sonra siyasi bütünlük uzun zaman kurulamamıştır. Hititlerin tarih sahnesinden neden çekildiği ise halen tam olarak açıklanamamış bir sırdır. Antik Mısır kaynakları bu dönemde Anadolu’yu istila edip, yakan yıkan göçebe deniz insanlarından bahseder. Günümüzde kabul gören ana fikir Anadolu’nun nüfus yoğunluğunu besleyebilecek gerekli insan gücünü (Savaşlar ve salgınlar v.b) ve mali kaynaklarını (Anadolu kökenli lüks tüketim maddelerine karşı ticari ilginin kaybı buna bağlı temel ihtiyaçların ithal edilememesi) yerine koyabileceğinden daha hızlı bir şekilde kaybettiği yolundadır.^[12] Bu dönemi takip eden devrede Ege denizi kıyısında kurulmuş olan ba-

zı eski Batı Anadolu Yunan kolonileri (şehir devletleri) siyasi, ekonomik, bilim, kültür ve sanat yönünde oldukça güçlendiler.

Eski Helenistik tarihi M.Ö 3000’li yıllara götürmek mümkün olsa da Helen kültürü en parlak dönemi M.Ö 500’lü yıllarda yaşadı. Felsefe alanında Eflatun ve Sokrat, trajedide Sofokles ve Euripides, komedide Aristofanes, şiirde Pindarus, heykelde Praxiteles ve tarihte Herodot bu dönemde yaşamıştır. Başlangıçta hastalık nedenleri olarak fizik üstü sebepler görülmekte idi. Yaşamı ‘Timos’ adı verilen bir gücün sürdüğüne inanılmaktaydı (Timos yaralar veya ağız gibi yerlerden kaçabilirdi). Hititler gibi çok tanrılı bir dini olan Yunanlılar aynı şekilde pek çok tanrının hastalık verici veya tedavi edici olduğuna inanıyordu.

Apollo ve Artemis (Zeus’un oğlu ve kızı) özellikle insanlara salgın hastalık gönderip sonrada şifa veriyordu. Apollo’nun gayrı meşru bir ilişkiden olma yarı tanrı yarı insan Asklepios ise tıp tanrısı olarak bi-linmekteydi. Asklepios’unda çocukları da sağlıklı ilgiliydi; kızı Hygiea (Hijyen-temizlik tanrıçası), Panacea (her derde deva olan ağrıları dindiren tanrıça), oğlu Telesphorus (nekahat devri tanrısı), Makhaon (cerrahların tanrısı), Podaleiros (görünmeyen kötülükleri iyi eden tanrı). Önceleri Asklepios’a adanan sağlık tapınakları yalnızca çeşme, kaynak, tapınak ve sunak bölümlerinden oluşmaktaydı. Sonradan bu yapılara kütüphane, kaplıca / hamam (hidroterapi amaçlı) gibi diğer sağlık yapıları eklenmiş, hasta kabul edilerek burada rahipler hizmet vermeye başlamıştır. Bu ilk şifa evleri Asklepiion adını aldı.



Resim 4. Kos adasındaki Asklepiion’un temsili resmi

Burada tedavi olan hastaların hem rahipler hem de tanrılarca aynı anda tedavi edildiğine inanılırdı. Anadolu'daki en önemli Asklepionlar; Kos (İstanköy), Bergama, Efes, Knidos (Datça), Yumurtalık, İzmit, İznik ve Ereğli gibi kentlerde yapıldı. Kos adasında kurulmuş olan Asklepion'un temsili resmi **Resim 4**'te gösterilmiştir.

Batı Anadolu'daki bu dönem tıp uygulamaları Kos ve Knidos olarak iki farklı ekolde incelenebilir. Kos ekolünün en önemli ve bilinen takipçisi Hipokrat'tır.^[13] Bu ekolde hastalığın ilerleyişi gözlenir ve hastaya göre bir tedavi yöntemi belirlenirdi. Bu ekolde anatominin önemi neredeyse hiç yoktu. Knidos ekolü ise daha çok hastalık belirtileri ile ilgilenerek karışık bir sınıflama yöntemi ile hastalık tanısına gidiyordu. Neredeyse her belirti bir hastalık olarak kabul edilmekteydi. Bu ekolün en önemli temsilcileri Heroides ve Europhon gibi hekimlerdir.

Hipokrat (MÖ 460-377) bu dönemin en önemli hekimi olarak bilinir. Babası Kos Asklepionunda tababet uygulayan bir şifacı olan Hipokrat, ilk eğitimini yine burada almış, Yunanistan ve Mısır'ı dolaştıktan sonra Larissa (Yenişehir) da ölmüştür. Çalışmalarını Corpus Hipocraticum'da toplamış olduğu iddia edilse de bu 72 ciltlik eserin büyük kısmının oğulları ve damatları tarafından zaman içinde tamamlandığına inanılmaktadır.^[13] Bu yapıtta batıl inançlar ve büyülü şifa yöntemleri reddedilerek bir bilim dalı olan tıbbın rasyonalist temel ilkeleri öğretilir. Bu yapıtın bilimsel içerikten uzak olmasının nedeni o dönemdeki temel bilgi birikimin çok yeter-

siz olmasıdır. Hipokrat'ın tıp tababetine kazandırdığı en önemli değer belki de geleneksel olarak tıp fakültelerinden mezuniyetinde hekimlerin içtiği tıp andındaki etik ilkelerdir.

Hipokrat bir hekimin sahip olması gereken etik özellikleri ayrıntılı bir şekilde belirtir. Bu özellikler **Ek-1**'de gösterilmiştir.^[14] Hipokrat'a göre her hastalık daima kişideki doğal dengenin bozulmasından ortaya çıkmakta idi ve hastalıklar tanrıların gazabından kaynaklanamazdı. Hipokrat, filozof Empedokles'in evreni dört elementten (hava, ateş, su ve toprak) oluştuğu fikrini geliştirerek Beden Sıvıları Teorisini (Theorie Humorale) ortaya koydu. Buna göre hava sıcak, ateş kuru, su nemli ve toprak soğuktur. Bedende dört sıvı vardır bunlar kalpteki kan, beyindeki bağlam, karaciğerdeki sarı safra, dalak ve midedeki kara safradır.

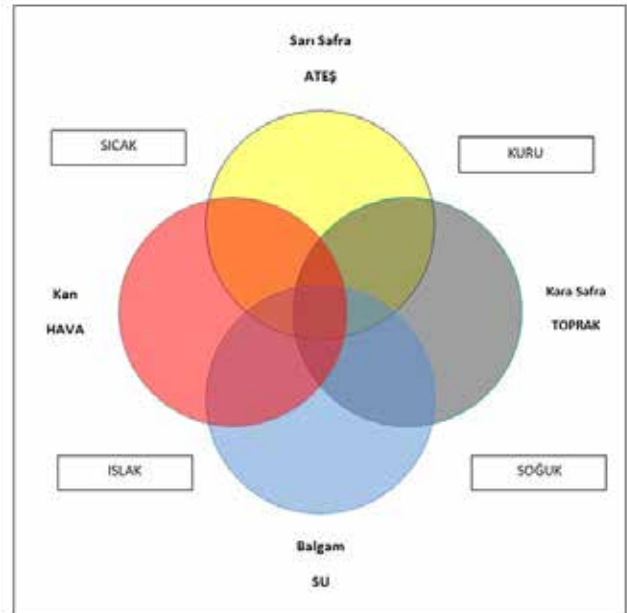
Yenilen veya içilen her şey vücutta bu dört temel maddeye dönüşür. Teoriye göre; bu dört unsur her uzuvda farklı oranda bulunur. Bu unsurlar mevsimlere ve besinlere göre değişir. Her insanın mizacındaki farklılıklar bu unsurların oranlarının değişikliği ile açıklanabilir. **Şekil 1**'de Beden Sıvıları Teorisi gösterilmiştir. Hastalıklar vücuttaki bu dengenin bozulması sonucu ortaya çıkar. Hipokrat ayrıca yanlış beslenme sonucunda sindirilemeyen bazı artıkların buhar çıkardığı, bu buharların bedenden atılmayarak hastalıklara yol açtığına inanırdı. Sağlığa yeniden kavuşmak için hastanın dengesinin kurulması şarttır.^[15]

Hipokrat hasta başında ders verirdi ve hastadaki

Ek 1. Hipokrat'ın tıp etiği kuralları

1. Genç yaşta tıp öğrenimine başlamak
2. Vücut temizliğine özen göstermek
3. Güzel ahlak sahibi olmak
4. Sözünde doğru ve yalancı olmamak
5. Kötü karakteri olan ve kötü iş yapanlarla ilişki kurmamak
6. Hastanın yanında çok kalmamak
7. Parayı çok sevmemek
8. Fena davranışlarda bulunmamak ve sarhoş olmamak
9. Hastaya çağırıldığında zamanında gitmek
10. Hastanın yanında nazik olmak
11. Hasta ile ilgili sırrı tutmak
12. Yazdığı ilacı kendi hazırlamamak
13. Hastanın yanına tekrar çağrılıncaya kadar gitmemek
14. Yeni eserleri ve operasyonlarla ilişkili gelişmeleri izlemek
15. Yeni ilaçları kanaati olmayınca kadar vermemek
16. Kimseye muhtaç olmamak

Şekil 1. Hipokrat'ın beden sıvıları teorisi



belirtiler hakkında bilgileri anamnez, gözlem ve fizik bakıyla (özellikle palpasyon) elde ederdi. Bazı hastalıkları ilk kez Hipokrat tanımlamıştır. Çomak parmak belirtisine “Hipokrat parmakları” denmesinin nedeni de budur. Tanımladığı bazı başka hastalıklar arasında akciğer kanseri, akciğer hastalığı ve siyanotik kalp hastalığı sayılabilir. Beden Sıvıları Teorisine uyarak tedavisinde özellikle “Boşaltıcılara” önem verirdi. Bu nedenle kan alarak, lavman yaparak, müshiller, kusturucular, idrar söktürücüler, aksırtıcılar vererek, vantuz çekerek, dağlayarak hastalığı daha az tehlikeli bölgelere çekmeye çalışırdı. Tedavisinin büyük bir kısmı perhize ve doğaya karşı gelmemeye bağlı idi. Cerrahi olarak apselerin drenajı ve temizlenmesi ile ağrıyı dindirilmesine özen gösterirdi. Kırıkları yerine koyar, çıkıkları özel bir masa kullanılarak tedavi ederdi. Hipokrat’ın ortaya koyduğu nesnel nedenlere dayalı, gözleme dayanan, akılcı, uygulamaya dönük ve dinsel-büyüsel etkilerden sıyrılmış tıp anlayışı Galenle sürmüştü ve ondan sonra Rönesans’ta tekrar ortaya çıkmıştır.

Roma İmparatorluğu dönemi (MÖ 509-MS 395)

Roma imparatorluğu tarihteki rolüne oldukça mütevazı bir şekilde Kapitol tepesi üzerine tahta bir setle korunan mütevazı bir köy olarak başladı. Roma oldukça kısa sayılabilecek bir sürede önce İtalya’ya sonrada bilinen dünyanın çoğuna yayılarak dünya tarihi üzerinde belki de hiçbir devletin yapamadığı kadar güçlü izler bırakmıştır. Bugün için Romalıların dünya kültür ve sanat tarihi üzerine (Felsefe, heykel, edebiyat ve diğer plastik sanatlar) olan etkilerinin siyasi olanlarıyla kıyaslanmayacak kadar zayıf olduğuna inanılır. Romanlıların dünya tarihine en büyük katkıları hukuk ve askeri teknik üzerinedir.

Eski Roma’da tıp (Erken Cumhuriyet Dönemi) bilindiği kadarıyla çok gelişmiş değildi.^[16] Bu dönemde ailenin reisi baba sosyal alanda olduğu gibi aile üyelerinin tedavisinden de sorumlu idi. Daha sonraki dönemlerde hiçbir Roma vatandaşı doktorluğu şerefli bir meslek olarak kabul etmeyerek, doktor olmaya tenezzül etmemiştir. Bu durum Romalıların Yunanistan’ı işgaline kadar sürdü. Yunan hekimlerinin Roma’ya gelişinden sonra hekimliğin önemi anlaşıldı ve hekimlik yaygınlaştı. Roma tıbbından bahsedilecekse askeri ve sivil tababet birbirinden ayrılmalıdır. Romalıların başarısının altındaki asıl güç erken cumhuriyet (M.Ö 509-107) döneminden beri geliştirdikleri üstün askeri güçte yatıyordu.

Roma İmparatorluğu tarihteki ilk profesyonel orduydü ve askeri tıp açısından Romalılar çok ileri bir seviyede idi (Erken İmparatorluk Dönemi).^[17] Roma askerleri hem çok iyi bakılıyor hem de mükemmel tıbbi hizmet alıyorlardı. Öyle ki askeri tarihçiler diğer milletlerin ordularının sıradan bir Roma askerinin (lejyoner) konforuna 19.yüzyılda, aldığı tıp bakımı kalitesine ise ancak 1920’lerin sonunda ulaşabildiği konusunda hem fikirdirler.^[18] Bir lejyonerin ortalama yaşam süresi normal bir vatandaşın en az beş yıl daha fazla idi. Tüm kalelerde ve garnizonlarda temiz su, hamam, sargı ve cerrahi odası bulunmaktaydı. Askeri kamplardaki kanalizasyon sistemleri mükemmeldi (içme suyuna kanalizasyon ve kirli su asla karışmıyordu) ve su temiz kaynaklarda kurşun borularla taşınıyordu. Seferi düzende ise ordu kampı bir plan dâhilde oluşturuldu. Yaralı askerleri savaş alanından uzaklaştırmak için tarihte ilk kez atlı arabalar kullanılmaya başladı (Ancak Napolyon döneminde bu yöntem tekrar uygulanabilmiştir). Daha önceleri ise savaş alanındaki yaralılar kaderlerine terk edilirdi. Garnizondaki hekimler amputasyon gerçekleştirip, göğüsten ok çıkarıyorlar, bandaj, turnike ve cerrahi mengene kullanıyorlardı.

Operasyon öncesi hastalara ağrı kesici olarak afyon veriliyordu. Özellikle atar damar kesilmesi ve kangren nedeni ile ölümleri en aza indirmişlerdi. Bunun için ileri düzeyde damar bağlama teknikleri geliştirmişlerdi. Roma ordularında skorbit hastalığı (Kronik Vitc eksikliği), denizciler dâhil olmak üzere hiç rapor edilmemiştir. Her askerin istihkak hakkı günde üç kilo ekmek, iki kilo et ve bir litre şaraptı.

Roma sivil tıbbı erken imparatorluk dönemi ile birlikte gelişti.^[19] Roma’da hekimlik sanatı sadece erkeklere özgü değildi. Kadın hekimlere Medica adı verilmekte idi. Ebelere ise Atronea veya Obstretica adı verilirdi. Çoğu Romalı hastalıkları için sağlık tanrısı Aesculapius’a dua edip iyileşmesini istedikleri uzuvlarının küçük modellerin tapınaklara bırakmışlardır. Roma’da ilaçların çoğu bitkisel kökenliydi. İmparatorluk döneminde bu ilaçları merhem veya hap olarak hazırlayan eczaneler ortaya çıkmıştı. Bu eczacılardan bazıları şaşırtıcı olarak kadındı (Roma’da kadınların evleri dışında bağımsız bir şekilde toplumda onurlu sayılan bir meslek sahibi olmalarına çok ender izin verilirdi). Biberiye görme bozukluklarında, adaçayı öksürük için, rezene sinir hastalıklarında, limon baş ağrısında, hardal

tohumu yılan ısırığında kullanılırken askerlere sağlıklı olmaları için sarımsak veriliyordu. MS 100 yılları civarında sosyal bir sistem oluşturularak fakir vatandaşlarında doktorlardan hizmet alması sağlandı.

Bu dönemde hekimler katarakt ameliyatı yapıyor, çürük dişleri çekip yerine yapma dişler yerleştiriyordu. Bu dönemde kullanılan tıbbi gereçler (Bisturiler, pensler, kemik sabitleyiciler, ekartörler, vaginal spekulumlar, ok çıkartıcılar, v.b) MS 79 yılında faaliyete geçen Vezüv yanardağının külleri altında kalan Heraklium ve Pompei şehirlerindeki kazılardan çıkartılmıştır (**Resim 5**). Bu araç gereçlerin zamanına göre ileri tasarımları şaşırtıcıdır. Roma İmparatorluğunda halk sağlığı alanında büyük başarılar elde edilmiştir. Kanalizasyon, su bağlantıları ve hamamlar her Roma kentinde izlenmektedir. Romalılar özellikle su kanalları inşasında çok ileri gitmişlerdir. Şehre ticaret gibi başka amaçla dışarıdan yeni gelen kişiler ilk önce fiziksel açıdan hastalık taşıyıp taşımadıklarının değerlendirilmesi için hamam alınır ve mutlaka yıkanılırdı.^[19] Kaplıcalar ve hamamlarda hem sıcak (Tepidarum) hem de soğuk su (Frigidar-

um) havuzları buluyordu.

Hamamlar ayrıca şehirdeki insanların toplandığı ve zaman geçirdikleri sosyal yerlerdi. Sıtma gibi hastalıklarla bataklıkların ilişkisi anlaşıldığından şehire yakın olanlar mutlaka kurutulurdu. Ölüler şehir içine gömülmez (Bunu yasaklayan kanunlar vardı) bazen yakılıp külleri bir kavanozda toplanırdı. Marcus Varro, enfeksiyon hastalıkları ile ilgili tarihteki ilk teoriyi M.Ö birinci yüzyılda ortaya atan kişi oldu. Ona göre gözle görülemeyecek kadar çok küçük yaratıkların üreyip havadan ağız ve burun yoluyla vücuda girerek hastalık yapıyorlardı. Celsus ise (M.S. 14-37) enfeksiyonun dört belirtisi tanımlayıp (rubor, calor, tumor ve dolor) hasta ve hekim iletişimi konusunda eserler verdi. Birçok operasyonu (atardamarların bağlanması v.b) açık bir şekilde tarif etti. Ancak Romalılar iyileşmesini imkânsız gördükleri hastalarla ilgilenmezlerdi ve eski Roma şehirlerinde hastane kavramı yoktu. Doktorlar mesleklerini hastalarının evlerinde bazen de doktorun evinde hazırlanmış özel bir odada (Hasta şehir dışından gelmişse) icra ediyorlardı.^[19]



Resim 5. Heraklium kazısından çıkarılan ve Napoli müzesinde sergilenen tıbbi araç ve gereçler (M.S. 79)

Roma hâkimiyeti döneminde Anadolu'da çok önemli tıp ve bilim insanları yaşamıştır. Bunlar arasında Bursa'da yaşamış olan Asklepiades (M.Ö 124), Efes'te yaşamış olan Soranus (M.S 98-138), Adana'da doğmuş olan Dioscorides (M.S.40-90), Kapadokya'da yaşamış olan Aretaeus, Efesli Rufus (M.S. 110-180) ve Galen (M.S. 130-200) sayılabilir.

Asklepiades özellikle Hipokrat'ın dört beden sıvısı teorisini reddetmiş, hastayı doğanın değil hekimin tedavi ettiğine inanmıştı. Vücut sistemleri üzerinde materyalist açıklamalar getirerek rasyonalizm için ilk adımı attı. Soranus ününü kadın doğum ve çocuk hastalıkları konusunda yapmış olduğu çalışmalara borçludur. Gerçeğe çok yakın bilgiler verdiği için insan kadavrası üzerinde çalışmalar yaptığı sanılmaktadır. Özellikle ergenlik dönemi fizyolojisi, menstrual siklus, normal ve patolojik doğumlar konusunda oldukça gerçekçi gözlemlerde bulunmuştur. Postmaternal bakım ilkelerini geliştirerek ebelerin bu konuda iyi ve yeterli eğitilmesini savunmuştur. Anne adayı kadar bebeğinde tehlikeli doğumlarda hayatının korunması gerektiğinin altını çizmiştir. Hipokrat'ın hasta hekim gizliliği ilkesini savunmuştur. Aretaeus ise tetanos, inme, plörezi, pnömoni ve tüberküloz konusunda birçok gözlemlerde bulunmuştur. Tarihte ilk defa diabetes mellitus hakkında bilgi veren hekimdir. Dioscorides ise botanik biliminin kurucusu sayılmaktadır. Askeri cerrah olarak hizmet vermiş ve birçok bitkinin tıbbi kullanımı konusunda çalışmalar yapmıştır. Afyondan morfini ayrı bir ilaç olarak hazırlayan ilk hekimdir. Efesli Rufus ise özellikle optik sinirlerin komşuluklarını ve lens dâhil olmak üzere gözün anatomik yapısını oldukça doğru bir şekilde tanımlamıştır.^[16-18]

Galen'in (M.S 130-200) Roma döneminde yaşamış en önemli hekim olduğuna inanılır (20). Bergama'da doğduktan sonra önce İzmir (Smyra) sonra da İskenderiye'de eğitim görmüştür (**Resim 4**). Bergama'ya 28 yaşındayken tekrar döndüğünde zamanın tıp bilimine tamamıyla hâkimdi. Bergama'daki gladyatör okuluna atanarak önemli bir konuma geldi. Buradaki deneyimleri ona insan anatomisi ve çeşitli yaralanmalar kırık ve çıkıklar konusunda oldukça bilgi kazandırdı. Daha sonra davet üzerine Roma'ya giderek imparator'un özel hekimi oldu.

Hipokrat gibi beden sıvıları teorisine ve hastalıkların tedavisinde doğanın gücüne inanıyordu. Ortaçağ tıbbi genelde "Galen Tıbbi" adıyla anılır. Ga-

len, tedavi çalışmalarının yanı sıra anatomi, fizyoloji, ilâçbilim ve de felsefeyle ilgilendi. Galen, tıp bilim dalını orijinal ilkelere göre yeniden düzenledi. Ününü de özellikle yeni geliştirdiği araştırma yöntemiyle kazandı. Galen'e göre analizler, hastalıkların incelenip iyileştirilmesinin temelini oluşturur.

Droglardan ilaç elde etmeye başlamış olduğundan da eczacılığın ve farmasötik teknolojinin de babası olarak kabul edilir. Anatomik bilgileri gerçekçi olsa da fizyoloji açısından fikirleri gelişmemiştir ve bilimsel gerçeklere uymuyordu. Nervus laryngeus recurrens'i bularak bu sinirin gırtlak kıkırdaklarının hareketini denetlediğini, konuşma merkezinin -eski-den sanıldığı gibi- göğüste değil beyinde olduğunu söylemiştir. Yedi kafa sinirini tanımlayıp, omurilik hasarlarını seviyesine göre tanımlamıştır.^[21] Atar damarların hava değil kan taşıdığını göstererek 400 yıllık bir yanlış düzeltmiştir. İdrarın böbreklerde meydana geldiğini söylemiştir. Ne yazık ki Galen'in bilgilerindeki eksikliklerin saptanması ise Rönesans çağını bulacak ve Vesalius'a kadar (MS 16.YY) söyledikleri dogmatik bir şekilde itiraz görmeden kabul görecekti. Galen'e göre cerrahi operasyonlar yaklaştırma ve ayırma olmak üzere iki grupta incelenebilir. Yaklaştırma grubunun içinde batının kapatılması, eksik olan dokunun yerine konması örnek gösterilebilir. Ayırıştırma ise basit insizyonlar, dağlama, kazıyarak temizleme ve amputasyonlar gibi operasyonları kapsar.

Galen, Hipokrat'ın aksine tevazu sahibi bir insan değildi ve hep başarılarından konuşmuştur. Pek çok organın fonksiyonunu elinde kanıt olmadan uydurmuştur. "Laudalpedus" görüşünün (Yaraların kapanması için mutlaka önce iltihaplanması gerekir) yanlışlığı ancak Ambroise Parre (M.S. 1510-1590) tarafından kanıtlanabilecekti. Bunun yanında Galen otorite ve sertliği seven, dogmatik ve didaktik bir stile sahipti. Hiçbir soruyu doğru olup olmamasına bakmadan cevapsız bırakmıyordu. Skolâstik ve teolojik fikirleri vardı. Vücudu ruhun durağı olarak kabul ediyordu. Daha sonradan bu fikirleri tek tanrılı din (Semavi dinler) mensuplarınca sevilip, kabullenilmesinde oldukça etkili olmuştur.

Doğu Roma (Bizans) dönemi (MS 395-1071)

Roma imparatorluğu ihtişamlı günlerin ardından siyasi, askeri, ekonomik ve ahlaki bir çöküntü sürecine girdi. Gelir dağılımındaki eşitsizlik, doğal sınırlarına ulaşmış olan bu sömürgeci ve emperyalist

ekonomik yapıya sahip devletin gerilemesinde etkili olmuştur. İmparatorluk 473 yılında batı ve doğu olmak üzere ikiye ayrıldıktan sonra batı kanadı kısa sürede çöktü. İmparatorluğun zengin yarısı olan doğu ise 1453 yılına kadar varlığını sürdürecekti. Özellikle bu dönemde Hıristiyanlık imparatorluk tıbbı üzerinde çok etkili olmuştur. Sağlık, hastalık ve ölümün Tanrının bir lütfü veya cezası olduğuna inanılıyordu. Hıristiyanlık esasen Roma kültürüne karşı bir antitez olarak ortaya çıkmıştı. Roma'nın maddi olan yaşam beklentisine karşı manevi beklentiler (Cennet - Tanrının Krallığı), cinsel özgürlüğe karşı çok katı bir tekeşlilik (Boşanma ancak kilise izni ile gerçekleştirilebiliyordu ve evliliğin temel amacı çocuk yapmaktı) bu duruma örnek gösterilebilir.

Eski Roma'da yapılması doğal ve gerekli olan şeyler yeni sosyal ve siyasi düzende kabul görmüyordu. Temizlik amaçlı olsa da soyunmak, çıplaklığı özendirildiği için muayene olmak veya yıkanmak, hamam ve kaplıcalara gitmek giderek yadırganan davranışlar haline aldılar. Bunun yanında Hıristiyanların sosyal bir yardım programları vardı ve merhamet duygusunun Hıristiyan inancının özünü oluşturduğuna inanılıyordu. Bu dönemde yapılan Ksenodokheion gibi yerlerde hastalara, cüzamlılara, toplumdan dışlanan ve yoksullara bakılan ve sağlık hizmeti veren yerler kuruldu. Burada yine din adamları veya rahibeler hizmet veriyordu. İmparator Justinian (MS 527-565) doktorların yılın altı ayı fakirlere bakımını finanse etmişti.^[22] Nihayetinde II. John Comneneus (MS

1118-1143) İstanbul'da biri erkekler diğeri de kadınlar için olmak üzere her biri on bölümlü ve 50 yataklı iki hastane kurmuştur. İlginç olarak bu hastanelerde 12 erkek doktorla beraber bir kadın doktor ve ayrıca bir kadın cerrahın görev yapmasıydı.

Her erkek doktora 12 asistan ve 8 müstahdem verilirken, kadın doktorları dörder asistan ve 2 müstahdem yardımcı oluyordu. Tababetin kilisenin kontrolüne geçmesi nedeniyle bilimsel çalışmalar engelleniyor ve bilimin gelişmesine izin verilmiyordu. Buna rağmen MS 13. Yüzyılda yaşamış olan Nikolas Myrepsos, genel farmakoloji kitabını yazdı ve 1651 yılında Paris üniversitesi tarafından daha iyisi yayınlanana kadar bu kitap kullanıldı. Bizans tıbbının en önemli tıbbi eseri Aeginalı Paul (MS 625-690) tarafından yazılmış ve 800 yıl kullanılmış olan yedi ciltlik genel tıbbi tababet kitabıdır.

Bu kitabın içinde hijyen bilgileri, diyetler, patoloji, klinik bilgiler, cüzzam ve benzeri deri hastalıkları, yanıklar, kanamalar, zehirler, cerrahi ve farmakoloji hakkında bilgiler mevcuttur. Daha sonraki yıllarda ruhun tapınağı olduğu gerekçesi ile insan kadavrası diseksiyonları yasaklandı ve kilisenin görüşlerine karşı çıkan kişiler aforoz ile cezalandırıldı. İnsanlar daha çok mucizevî iyileşme yollarına (büyü, muska v.b) inanmaya başladılar.^[23] Türklerin 1071 yılında Malazgirt zaferi ile Anadolu'da varlıklarını kalıcı olarak kabul ettirmelerinden sonra Anadolu'da büyük değişimler yaşandı.

Kaynaklar

- Loyd S. Türkiye'nin tarihi. (Çev. Varinoğlu E) Bir gezginin gözüyle Anadolu uygarlıkları. Dördüncü Basım TÜBİTAK popüler bilim kitapları. Pelin Ofset Ankara. 1989: 1-19.
- Türk Tarih Kurumu. Tarihçe <http://www.ttk.gov.tr/index.php?Page=Sayfa&No=1> adresinden 02.08.2014 tarihinde erişilmiştir.
- Easton DF. "Heinrich Schliemann: Hero or Fraud?" *The Classical World* 91 (5): 335. doi:10.2307/4352102
- Yıkaroğlu N. Bergama sunağı nasıl kaçırıldı <http://yikaroglu.wordpress.com/2012/04/17/zeus-sunagi-bergamadan-nasil-kacirildi/>. adresinden 12.08.2012 tarihinde erişilmiştir.
- Brandau B, Schickert H. Hititler. Bilinmeyen bir dünya imparatorluğu. (Çev. Mertoğlu N). Arkadaş Yayınları Ankara. 2003:13-24.
- Medicine in ancient ages. BBC library <http://www.bbc.co.uk/schools/gcsebitesize/history/shp/ancient/prehistoriccivilisationrev1.shtml> adresinden 04.04.2014 tarihinde erişilmiştir.
- Yoket Ü. Eski Çağda Tıp. *STED* 2002; 12(2):76-7.
- Alp S. Hitit çağında Anadolu. TÜBİTAK popüler bilim kitapları Ankara. 2000: 45-53.
- Yavı E, Yavı NY. Tarih öncesi çağlardan günümüze Mısır. Dördüncü Basım. Yazıcı Basım Yayıncılık İzmir. 2001: 5-27.
- Ceren B. Antik Mısır ve Eski Anadolu Uygarlıklarında Tıp. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Konya 2008.
- Sevimli Ş. Anadolu Uygarlıklarında Temizlik Kavramı ve Uygulamalarının Evrimi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim dalı. Adana 2005.
- Akurgal E. Anadolu kültür tarihi. Üçüncü basım TÜBİTAK popüler bilim kitapları Ankara.1997: 187-195.
- Ellis HA. Hippocrates: The "Greek Miracle" in Medicine. http://www.ucl.ac.uk/~ucgajpd/medicina%20antiqua/sa_hippint.html adresinden 02.05.2014 tarihinde erişilmiştir.
- National Library of Medicine. Images from the History of Medicine, National Institutes of Health, <http://www.nlm.nih.gov/ihm/images/B/14/555.jpg>, adresinden 25.10.2015 tarihinde erişilmiştir.
- Hippocrates. On the Sacred Disease, Internet Classics Archive: The University of Adelaide Library, <http://web.archive.org/web/20070926213032/http://etext.library.adelaide.edu.au/mirror/classics.mit.edu/Hippocrates/sacred.html> adresinden 17.12.2006 tarihinde erişilmiştir.
- Bingham J, Chandler F, Chisholm J, Harvey G, Miles L ve ark. Antik Dünya Ansiklopedisi. (Çev. Tür Z.). TÜBİTAK popüler bilim kitapları. İkinci Basım. Korza Yayıncılık Ankara, 2012:330-332.
- Scarborough J. Roman Medicine and the legions: a reconsiderations. http://www.academia.edu/557446/Roman_medicine_and_the_legions_a_reconsideration. adresinden 02.09.2008 tarihinde erişilmiştir.
- Archer CI, Ferris JR, Herwig HH, Travers THE. Dünya Savaş Tarihi. (Çev. Demirkan C.). Birinci Baskı, Akyüz Yayın Grubu, Ezgi Matbaacılık, İstanbul, 2006: 73-109.
- Medicine in Roman Civilization. BBC library. <http://www.bbc.co.uk/schools/gcsebitesize/history/shp/ancient/romancivilisationrev1.shtml> adresinden 06.02.2014 tarihinde erişilmiştir.
- Hankinson, RJ. Galen's anatomy of the soul. *Phronesis* 1991; 36(2), 197-233.
- Ustun C. Galen and his anatomic eponym: Vein of Galen. *Clinical Anatomy* 2004; (17) 6: 454-7.
- Wiener J. Byzantine medicine, health and healing at Istanbul's Pera Museum. <http://etc.ancient.eu/2015/04/10/byzantine-medicine-health-and-healing> adresinden 10.04.2015 tarihinde erişilmiştir.
- Constantelos DJ. Medicine and social welfare in Byzantine Empire. *Med. Secoli* 1999;11(2):337-55

Geliş tarihi: 15.01.2016

Kabul tarihi: 29.02.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. B. Murat YALÇIN

e-posta: myalcin@omu.edu.tr / 0 553 136 88 27

Katarakt ve hipokalsemi: Tiroidektomi öyküsü olan bir olgu

Cataract and hypocalcemia: A case with a history of thyroidectomy

Hülya Parıldar¹, Ayşe Yeşim Oral²

Özet

Bu yazıda, multinodüler guatr nedeniyle yapılan total tiroidektomiden üç yıl sonra katarakt gelişen 48 yaşındaki bir kadın hastanın sunulması amaçlanmıştır. Kronik hipokalseminin uzun dönemdeki komplikasyonları, birinci basamakta sık rastlanmayan bir durumdur. Ancak bu olguda olduğu gibi, tiroidektomi geçirmiş hastaların hipokalsemi açısından düzenli olarak takip edilmesi önemlidir. Katarakt tanısı alan hastalar kalsiyum düzeyleri ve ilişkili diğer metabolik hastalıklar yönünden taranmalıdır.

Anahtar sözcükler: Hipokalsemi, katarakt, tiroidektomi

Summary

A 48-year-old asymptomatic woman with bilateral cataracts after three years following total thyroidectomy operation due to multinodular goitre was presented. Long term complications of chronic hypocalcemia are not often seen in primary care settings. However, the patients who had thyroidectomy should be checked for hypocalcemia periodically for long term complications as has occurred in this case. And also the patients presenting with cataracts should be monitored for hypocalcemia and other associated metabolic diseases.

Key words: Hypocalcemia, cataract, thyroidectomy

Giriş

Total tiroidektomi, bazı tiroid hastalıklarının tedavisi için standart bir cerrahi operasyondur.^[1] Ancak kalıcı hipoparatiroidi ve buna bağlı olarak gelişen kalıcı hipokalsemi bu operasyonun %0-4,6 sıklıkla görülen bir komplikasyondur.^[2] Tiroidektomi sonrası gelişen ve tedavi edilmeyen hipokalsemiler, uzun dönemde geri dönüşümsüz sonuçlara yol açabilmektedir.^[3] Katarakt bunlardan biridir ve rutin göz taraması yapılmadıkça başlangıçta hiçbir klinik belirtiyi vermeyebileceği için varlığının tespiti güçtür.^[3,4]

Olgu Sunumu

48 yaşındaki kadın hasta, gözlük almak amacı ile başvurduğu göz hastalıkları polikliniğinde değerlendirildi.

Yapılan göz muayenesinde her iki gözde tashihle 0,8 seviyesinde görme keskinliği ve bilateral punktat kortikal lens kesafeti saptanarak hastaya katarakt tanısı kondu. Ancak özgeçmişinde tiroidektomi öyküsü olması nedeniyle komplikasyonlar yönünden ilk araştırmaların yapılması amacı ile aile hekimliği polikliniğine yönlendirildi. Bilateral multinodüler guatr nedeniyle üç yıl önce total tiroidektomi operasyonu geçiren ve halen ötiroid olan hasta da hipokalseminin klinik belirtileri olarak halsizlik, yorgunluk, ekstremitelerde karıncalanma ve parestizi şikayetleri mevcuttu. Chovestek ve Trousseau belirtileri negatifti. Hastanın aile hekimliği uzmanı tarafından yapılan fizik muayenesinde bunlar dışında herhangi bir özellik saptanmadı. Ayrıca eşlik eden sistemik bir hastalık bulgusuna rastlanmadı. Serum kal-

1) Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., İstanbul
2) Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Doç. Dr., İstanbul

siyum, magnezyum ve fosfor düzeyleri sırasıyla, 7,6 (8,5-10,5), 1,6 (2-4) ve 4,6 (2,5-4,5) mg/dl idi. Serum paratiroid hormon düzeyi 14 pg/ml (21-40), 25 OH D vitamin düzeyi ise 24 ng/ml olarak ölçüldü. Serum 25 OH D düzeyi 20-30 ng/dl arasında yetersizlik olarak kabul edildi ve ileri tetkik ve tedavi için endokrinoloji polikliniğine gönderildi.

Tartışma

Paratiroid fonksiyonlarında azalma olarak tanımlanan hipoparatiroidizm, tiroid ameliyatı sırasında paratiroid dokusunun yanlışlıkla çıkarılması ve/veya tahrip olmasından kaynaklanır.^[5] Kalıcı hipoparatiroidizm, tiroid ameliyatından 6 ay sonrasında kalsiyum ve/veya D vitamini tedavisi ile düzelebilen hipoparatiroidi bulgularıdır.^[5] Klinik belirtileri hipokalsemi ile ortaya çıkar.^[6] Hipokalseminin uzun dönemli komplikasyonları arasında bulunan katarakt %58 ile göz bulguları arasında en sık görülenidir.^[7,8] Kalsiyum metabolizmasındaki bozulma ve çözünemeyen kalsiyum tuzlarının lens üzerinde birikmesi sonucunda presenil katarakt gelişebilmektedir.^[8] Bilateral, ön ve arka korteksteki punktat opasiteler ile karakterize olan kataraktın tanısı, klinik belirtileri hemen ortaya çıkmayabileceği için atlanabilmektedir. Katarakt ile kendini gösteren hipokalsemi tanısı, özellikle tiroid operasyonu geçiren hastalarda dikkatli bir öykü alınmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu hastada, uzun süren ve tedavi edil-

meyen hipoparatiroidiye bağlı hipokalsemi nedeniyle bilateral katarakt geliştiği görülmüştür.

Birinci basamağa başvuran hastaların tıbbi öykülerinin dikkatlice değerlendirilerek amaca yönelik olarak tarama ve takiplerinin yapılması ve gerektiği durumlarda gecikmeden tedavinin düzenlenmesi ve/veya sevk edilmesi önceliklidir. Tiroid operasyonları sonrasında sadece TSH ve T3-T4 takipleri ile yetinmeyip, önemli bir komplikasyon olarak görülen hipoparatiroidi açısından serum paratiroid düzeylerinin takip edilmesi, olası hipokalseminin saptanmasında önemlidir ve hipokalseminin ortaya çıkabilecek komplikasyonlarını önleyerek söz konusu hastaların yaşam kalitesinde de belirgin bir iyileşme sağlayabilecektir. Hipoparatiroidizme bağlı hipokalseminin tedavisinde, kalsitriol ve kalsiyum replasmanı önerilmektedir.^[9] Tedavi sırasında serum kalsiyum düzeyleri ve klinik belirtileri takip edilmelidir. Ayrıca özellikle metabolik hastalıkları olan kişilerde, rutin göz muayeneleri ile hem göze hem de sistemik hastalıklara yönelik ek bilgiler edinilmesi ile olası sorunların erken tanı ve tedavisi mümkün olabilecektir. Bu olgu tedavi olarak 0,25 µg/gün oral kalsitriol ve 1-3 g/gün oral elementer kalsiyum planlanarak takibe alındı. Kataraktın görme üzerine etkisinin değerlendirilmesi açısından ise altı aylık aralıklarla göz hastalıkları uzmanı tarafından takibi önerildi.

Kaynaklar

1. Lorente-Poch L, Sancho JJ, Muñoz-Nova JL, Sánchez-Velázquez P, Sitges-Serra A. Defining the syndromes of parathyroid failure after total thyroidectomy. *Gland Surg* 2015;4(1):82-90. doi: 10.3978/j.issn.2227-684X.2014.12.04.
2. Ito Y, Kihara M, Kobayashi K, Miya A, Miyauchi A. Permanent hypoparathyroidism after completion total thyroidectomy as a second surgery: How do we avoid it? *Endocr J* 2014;61(4):403-8.
3. Philipson B, Angelin B, Christensson T, Einarsson K, Leijd B. Hypocalcaemia with zonular cataract due to idiopathic hypoparathyroidism. With a note on the prevalence of severe hypocalcaemia in a health screening. *Acta-MedScand* 1978;203(3):223-6.
4. Akdemir MO, Ayar O, Yazgan S, Uğurbaşı HU. Diagnosis of post-total thyroidectomy hypocalcemia by an ophthalmologist. *Journal of Glaucoma-Cataract* 2015;10(1):58-60.
5. Underbjerg L, Sikjaer T, Mosekilde L, Rejnmark L. Post surgical hypoparathyroidism-risk of fractures, psychiatric diseases, cancer, cataract, and infections. *J Bone MinerRes* 2014; 29(11): 2504-10. doi: 10.1002/jbmr.2273.
6. Thakker RV. Parathyroid disorders and diseases altering calcium metabolism. In: Warrell DA, Cox TM, Firth JD, Benz EJ eds. *Oxford Textbook of Medicine* 4th ed. Oxford University Press, 2004;230-41.
7. Pohjola S. Ocular manifestations of idiopathic hypoparathyroidism. *Acta Ophthalmol* 1962; 40: 255-65.
8. Rosenfeld SI, Blecher MH, Bobrow JC, et al. Section 11, Lens and Cataracts In: Leisenberg TJ, Skuta GL, Counter LB eds. *Basic and Clinical Science Course. American Academy of Ophthalmology* 2004;45-69.
9. Khan MI, Waguespack SG, Hu MI. Medical management of post-surgical hypoparathyroidism. *Endocr Pract* 2011; 17(1):18-25. doi: 10.4158/EP10302.RA.

Geliş tarihi: 15.11.2015

Kabul tarihi: 29.02.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Hülya Parıldar

e-posta: hulyaparildar@gmail.com

Vasco da Gama Türkiye Değişim Ekibi'nden yeni bir deneyim: Prekonferans 2015 Hatay, İzmir ve İstanbul değişim programları

Vasco da Gama Hareketi (VdGM; Vasco da Gama Movement), üye ülke temsilcilerinden oluşan Avrupa Konseyi (Europe Council) ve bu Avrupa Konseyi içinden seçilen temsilcilerle oluşturulan Yönetim Grubu (Executive Group) ile yönetilmektedir. Eğitim-öğretim, araştırma, Avrupa ötesi ve değişim konularında çalışan alt gruplar hem yerel hem de global olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Değişim grubu, çeşitli değişim programları sayesinde genç aile hekimlerine farklı ülkelerdeki birinci basamak sağlık sistemi ve aile hekimliği uygulamalarını yerinde inceleme imkanı sağlamaktadır.^[1]

Günümüze kadar farklı ülkelerde gerçekleştirilen değişim programlarına ülkemizden meslektaşlarımızın katılımına aracılık eden VdGM Türkiye Değişim Grubu'nun ilk kez ev sahipliği yaptığı VdGM konferans öncesi değişim programı, 18-22 Mayıs 2014 tarihleri arasında Adana'da düzenlenmiştir. Dört farklı ülkeden beş farklı katılımcıya ev sahipliği yapan aktivite, 14. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu'na katılım ile sona ermiştir.^[2-10]

Ülkemizin ikinci VdGM konferans öncesi değişim programı olan VdGM Prekonferansı 2015 Değişim Programı, 11. VdGM Prekonferansı ve 20. WONCA Avrupa Konferansı öncesinde, 17-20 Ekim 2015 tarihleri arasında VdGM Türkiye Değişim Grubu tarafından gerçekleştirilmiştir.

Değişim Programı ülkemizdeki aile hekimliği uygulamalarının ve kültürümüzün misafirlerimize tanıtılmasını amaçlayan toplantılar, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ziyaretleri, huzurevi ziyaretleri, şehir turları ve çeşitli sosyal programlardan oluşturulmuştur. Program İstanbul, İzmir ve Hatay ille-
rimizde eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Program kapsamında İstanbul'da 10, İzmir'de yedi ve Hatay'da ise bir yabancı meslektaşımız, gönüllü aile hekimliği asistan ve uzmanlarının evlerinde konuk edilmiş, yine gönüllü aile hekimliği uzmanlarının çalıştığı ASM'leri ziyaret etmiştir.

VdGM Prekonferansı 2015 Hatay Değişim Programı

Hatay Değişim Programı, Dr. Serdal Kanuncu tarafından yürütülmüştür. Hatay'ı ziyaret eden Indra Van Hoorick (Belçika) 16 Ekim 2015 Cuma günü Hatay'a varmış ve ev sahibi ile buluşmuştur.

17 Ekim Cumartesi günü Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. Bu kurumda yaşlıların ve bakıma muhtaç hastaların sosyal ve sağlık sorunlarının nasıl çözümlendiğine ilişkin incelemelerde bulunmuş, merkezin nöbetçi fizyoterapisti ile fikir alış-verişi yapılmıştır.

17 Ekim Cumartesi günü öğleden sonra dünyanın en önemli mozaik müzelerinden biri olan Hatay Mozaik Müzesi ve Hristiyanlığın doğduğu yer olarak bilinen St. Pierre Kilisesi ziyaret edilmiş, tarihi Antakya evlerinin bulunduğu dar sokaklardan geçilerek Hatay Tabip Odası'na varılmıştır. Misafirimiz için aynı zamanda tarihi bir ev olan bu kurumda mola verilmiş olup muhteşem Türk Kahvesini tatması sağlanmıştır. Bu kurumun çalışmaları hakkında kısaca bilgi alındıktan sonra eski Antakya sokaklarında yürüyüş yapılarak tarihi dokusu ve bütünlüğü bozulmamış bir kafede yiyecek ve içecek molası verilmiştir. Eski Antakya yemeklerinden olan humus ve bakla için ayrıca bir zaman ayrılmış olup daha sonra ünlü Affan Kahvehanesi'nde "Haytalı" adlı tatlı yenilmiştir.

18 Ekim Pazar günü ise Samandağ'daki, Türkiye'deki son Ermeni köyü ve ilk organik tarım yapılan köy olma özelliği taşıyan Vakıflı Köyü, Dor Mabedi, Hz. Musa Ağacı, Hz. Hıdır Türbesi ve dünyanın en uzun 2. sahili olma özelliği taşıyan muhteşem Samandağ Sahili görülmüş ve güzel bir balık restoranında yemeğe geçilmiş, ardından da Hatay'ın olmazsa olmazı künefe tadılmıştır.

19 Ekim Pazartesi günü Tanışma Aile Sağlığı Merkezi ziyareti gerçekleştirilmiş olup bu ziyaret esnasında Türkiye'deki Aile Hekimliği disiplini, tarihi, Türkiye'de bu alanda yapılan çalışmalar, uygulamaya konulan Aile Hekimliği modeli, aşilar, koruyucu sağlık unsurları, kanser taramaları, gebelik izlemi gibi birçok konuda fikir alışverişinde bulunulmuştur. Ardından Hatay Halk Sağlığı Müdürlü-

ğü'ne geçilmiş olup kurum hakkında bilgiler verilmiştir. Akşam yemeği için Hatay'ın olmazsa olmazı tepsi kebabı ile gün noktalanmıştır. Misafir 20 Ekim Salı günü kongreye katılmak üzere Hatay'dan ayrılmıştır.

VdGM Prekonferansı 2015 İzmir Değişim Programı

İzmir Değişim Programı, Dr. Tuğba Onat, Dr. Hakan Mut ve Dr. Candan Kendir Çopurlar tarafından yürütülmüştür. İzmir'i ziyaret eden misafirlerimiz Erkan Gümüş (Hollanda), Dimitrios Alepidis (Yunanistan), Rocia Garcia-Gutierrez Gomez ve Teddy Weimar Cordova Irusta (İspanya), Luz Nunes Osorio (Peru), Soleman Begg ve Hooriyah Begg (İngiltere), 17 Ekim 2015 Cumartesi günü İzmir'e varmış ve ev sahipleri Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Dr. İlke Ekim Yardım, Dr. Kemal Mustan, Dr. Hakan Mut ve Dr. Candan Kendir Çopurlar ile buluşmuşlardır. Buluşmanın ardından, İzmir'in en ünlü sahili olan Alsancak Kordon'da Türk kahvaltısı kültürünün çeşitli tatlarını içeren keyifli bir ortamda kahvaltısı yapılmıştır. Kahvaltısından sonra Kordon'da sahil boyunca kısa bir yürüyüş yapılarak vapurla sahilin diğer yakasında olan Bostanlı semtine geçilmiştir. Katılımcılar, öncelikle Türk kahvesi, Türk çayı ve nargile kültürünü tanıma fırsatı bulmuş ve sonrasında dondurma eşliğinde Bostanlı'da eğlenceli bir yürüyüş yapmışlardır. Vapurla geri dönerken İzmir Körfezini kaplayan günbatımının eşsiz kıızıllığının büyümesi katılımcıları etkisi altına almıştır. Bu ilk günün keyifli saatleri İzmir'in sembollerinden tarihi Asansör'de,



Fotoğraf 1. Belçikalı misafirimiz Indra van Hoorick Hatay Tabip Odası önünde



Fotoğraf 2. Dr. Indra Aile Sağlığı Merkezi ziyaretinde



Fotoğraf 3. İzmir katılımcıları ve ev sahipleri, Narlıdere Huzurevi konferans salonunda Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerini tartışırken

İzmir’in renkli ışıklarını izlerken ve fotoğraflar çekerken son bulmuştur.

18 Ekim Pazar günü saat 09.00’da Narlıdere Huzurevi’nde Türk usulü kahvaltı ile güne başlanmış ve sonrasında 09.30’da resmi programa geçilmiştir. Öncelikle Dr. Candan Kendir Çopurlar, Dr. Tuğba Onat ve Dr. Hakan Mut tarafından organizasyon ekibi tanıtımı, değişim programının sunumu ve katılımcıların kendilerini tanıtımı ile açılış sunumu gerçekleştirilmiştir. Sonrasında Dr. Şehnaz Hatipoğlu tarafından “Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi” ve Dr. Nil Tekin tarafından “VdGM’nin Gelişimi ve Geleceği” adlı sunumlar yapılmıştır. Sunumlar sonrasında yaklaşık bir saat boyunca karşılıklı sorular ve fikir alışverişlerinde bulunulmuştur. Bu verimli tartışma ortamı sonrası öğle yemeği Narlıdere Huzurevi’nde yenilmiş ve ardından keyifli bir tarih ve lezzetli bir şarap tatma yolculuğuna çıkılmıştır.

İlk durak, Helenistik dönemin en değerli liman ve kültür şehirlerinden biri olan Efes Antik Kenti olmuştur. Uzun zamandır Efes Antik Kenti’nin kazılarında görev alan bir arkeolog rehber eşliğinde, dört km’lik parkurda yaklaşık üç saat süren bir zaman yolculuğunun keyfine varılmıştır. Efes Antik Kenti gezisi sonrası rota lezzetli ve farklı aromalar içeren şaraplarıyla ünlü Şirince beldesine çevrilmiştir. Ünlü ülke sınırlarını aşmış Şirince evlerinin manzarası karşısında akşam yemeği yenilmiş, sonrasında lezzetli Şirince şarapları tadılmıştır. Oylama yapılarak en çok beğenilen üç şişe şarap alınıp İzmir’e geri dönmüştür. Sahilde, yakamoz ışıltıları ve güzel şaraplar eşliğinde çok eğlenceli bir sohbetin ardından

keyifli bir gün ve gece tamamlanmıştır.

Katılımcılar, 19 Ekim 2015 Pazartesi sabahı Dr. Ülkü Bulut, Dr. Şehnaz Hatipoğlu, Dr. Selami Doğan’ın görev yaptığı ASM’leri ve İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Birimi ve İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Birimi’nin bağlı olduğu ASM’leri ziyaret etmiştir. Ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasının işleyişini, uygulanışını, hasta-hekim arasındaki iletişimi, ASM’lerin fiziksel koşullarını, farklı gelir dağılımı ve kültür özelliklerine sahip Türkiye mozağını yansıtan beş ayrı merkezde inceleme imkanı bulmuşlardır. Öğleden sonra tarihi İzmir Saat Kulesi’nde bir araya gelindikten sonra, Kemeraltı Çarşısı ve Kızlarağası Hanı gezilerek oryantalizmin ve modern toplum yaşantısının kesitlerini görme imkanı yakalanmıştır. Kızlarağası Hanı’nda Türk kahvesi eşliğinde hoş sohbetler edildikten sonra oryantal Türk müziği ezgileri ile akşam yemeği yenilmiş ve geleneksel Anadolu halk dansları eşliğinde eğlenceli bir atmosfer paylaşılmıştır. Yemek sonrası dinlenmeyi tercih eden katılımcılar dışında kalan tüm ekip İzmir’in gece yaşantısını enerji ve coşkuları ile sabah saatlerine kadar deneyimlemiştir. 20 Ekim Salı günü misafirlerimiz kongreye katılmak üzere İzmir’den ayrılmıştır.

VdGM Prekonferansı 2015 İstanbul Değişim Programı

İstanbul Değişim Programı Dr. Süheyla Atalay, Dr. Fethi Sada Zekey, Dr. Emrah Kırımlı, Dr. Nur-



Fotoğraf 4. İzmir ekibi antik kent Efes ziyaretinde keyifli anlar yaşarken

şah Özkan, Dr. Halil Volkan Tekayak ve Dr. Demet Merder Coşkun tarafından yürütülmüştür. İstanbul’u ziyaret eden misafirlerimiz Alexandra Tsipou (Yunanistan), Beatriz Figueiredo (Portekiz), Berit Hansen (Danimarka), Isar Wulffaert (Hollanda), Lidia Armati (İtalya), Kenneth Yakubu (Nijerya), Martina Noviscak (Hırvatistan), Oz Bleich (İsrail), Nathalie Scherz ve Manuel Schaub (İsviçre) 17 Ekim 2015 Cumartesi günü İstanbul’a varmış ve ev sahipleri Dr. Zeynep Polat, Dr. Saba Sağlıker, Dr. Sevim Aksoy Kartcı, Dr. Saliha Şahin, Dr. Merve Şen, Dr. Melike Kurtoğlu Yakıcı, Dr. Süheyla Atalay, Dr. Ayşe Özdamar, Dr. Sacide Seçkin ve Dr. Nurşah Özkan ile buluşmuşlardır. Aynı gün akşam saatlerinde isteyen misafirler ve ev sahipleri tanışma yemeği için bir araya gelmiştir.

Tüm katılımcılar ile davetli aile hekimliği akademisyenleri, aile hekimliği uzmanları ve asistanları, 18 Ekim 2015 Pazar günü İstanbul Tabip Odası Kadıköy Ofisi’nde gerçekleştirilen açılış töreni için saat 10:00’da bir araya gelmiştir. Tören Dr. Demet Merder Coşkun’un ve Dr. Arzu Uzuner’in açılış ko-

nuşmaları ile başlamıştır. Açılışın ardından “Türkiye’deki Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Uygulamaları” başlıklı toplantı programına geçilmiştir. Dr. Dilek Toprak tarafından “Türkiye’de aile hekimliği tarihçesi”, Dr. Fethi Sada Zekey tarafından “Türkiye’de aile hekimliği uzmanlarının çalışma alanları”, Dr. Süheyla Atalay tarafından “Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi”, Dr. Hayriye Külbay tarafından “Türkiye’de aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları”, Dr. Özgür Akbaba tarafından da “Türkiye’de birinci basamak sağlık sisteminin güncel durumu” adlı sunumlar yapılmıştır.

Soruların ve katkıların paylaşıldığı yaklaşık iki saat süren tartışma bölümünün ardından gecenin ilerleyen saatlerine kadar sürecek şehir ve kültür turu, Kadıköy-Kabataş güzergahında tarihi yarımadanın silüeti ve martıların eşliğinde yapılan vapur gezisi ile başlamıştır. Harbiye Askeri Müze’sinde geçmişe bir yolculuk yapan katılımcılar, mehteran gösterisi ile büyülenmiştir. Taksim-Sultanahmet güzergahında nostaljik tramvay, Galata Kulesi, Galata Köprüsü, Ayasofya Camii, Sultanahmet Camii gibi



Fotoğraf 5. İstanbul katılımcıları Aile Sağlığı Merkezi ziyaretinden keyifle ayrılırken

önemli tarihi ve turistik yapılar ziyaret edilmiştir. Gün boyunca gerek sokak lezzetleri gerek Türk Mutfağının lezzetli örnekleri tadılmıştır. Değişim programının ilk günü Türk müziği ve sema gösterisi eşliğinde otantik bir ortamda gerçekleşen akşam yemeği ile son bulmuştur.

Katılımcılar 19 Ekim 2015 Pazartesi sabahı Dr. Ayşe Özdamar, Dr. Sacide Seçkin, Dr. Emrah Kırımı, Dr. Hayriye Külbay ve Dr. Özgür Akbaba'nın görev yaptığı ASM'leri ziyaret etmiş, hasta-hekim ilişkisini, ASM'lerin fiziki koşullarını ve aile hekimliği

uygulamasını yerinde görme imkanını bulmuşlardır. Öğleden sonra bir araya gelen katılımcılar, Kapalı Çarşı ve Mısır Çarşısı'nın tüm güzelliklerini keşfetmiştir. Haliç ve boğaz manzarasına hakim bir restoranda akşam yemeği sonrası kimi misafirler dinlenmek için evlerine dönerken kimileri İstanbul'un gece yaşamını tüm coşkusu ile deneyimlemişlerdir

Serbest geçen 20 Ekim 2015 Salı sabahını dinlenerek veya gezerek geçiren İstanbul Değişim Programı katılımcıları ile kısa bir uçak yolculuğu ardından İstanbul'a varan İzmir ve Hatay Değişim



Fotoğraf 6. Tüm ekiplerin İstanbul'da Osmanlı mutfağından seçme yemekler eşliğinde tanışma öğle yemeği



Fotoğraf 7. Tüm katılımcılar, kendi ülkelerinin birinci basamak sağlık hizmetleri sunumları öncesinde İstanbul Kadıköy Tabip Odası'nda

Programı katılımcıları birbirleri ile ilk kez karşılaşacakları öğle yemeği için bir araya gelmiştir. Osmanlı Mutfağının çeşitli yemekleri, şerbetleri ve tatlılarının tanıtıldığı menüyü tadarken, özellikle diğer şehirlerden gelen katılımcılar yorgunluklarını atma imkanı bulmuşlardır.

Öğleden sonra tüm katılımcılar, İstanbul Tabip Odası Kadıköy Şubesi'nde gerçekleştirilen "Dünya'daki Aile Hekimliği ve Birinci Basamakta Sağlık Uygulamaları" başlıklı toplantı programına katılmışlardır. Toplantıda, 14 farklı ülkeden gelen VdGM Prekonferansı 2015 Değişim Programı katılımcıları tarafından, kendi ülkelerindeki aile hekimliği ve birinci basamak sağlık uygulamaları tanıtılmıştır.

Toplantının ardından tüm katılımcılar, değişim programı sonrasında kalacakları otellerine yerleşmek ve akşam yemeği için hazırlıklarını tamamlamak üzere ayrılmışlardır. Boş zamanın ardından tüm katılımcılar, Boğaz ve Fatih Sultan Mehmet köprüsü manzarası ile ünlü bir restoranda yapılacak gala yemeği için

yeniden bir araya gelmiştir. VdGM Prekonferansı 2015 Değişim Programı, 20 Ekim 2015 akşamı değişim programı katılımcıları, 11. VdGM Prekonferansı Düzenleme Kurulu ve VdGM Avrupa Konseyinin bir araya geldiği gala yemeği ile son bulmuştur.

VdGM Prekonferansı 2015 Değişim Programına ilgi ve katılımları ile destek veren tüm aile hekimliği akademisyen, uzman ve asistanlarına, konferans salonlarının kullanılmasına izin veren Narlıdere Huzurevi ve İstanbul Tabip Odası yetkililerine çok teşekkür ederiz.

VdGM değişim programlarından biri olan konferans öncesi değişim programlarının ülkemizde daha da yaygınlaşması için VdGM Türkiye değişim grubu olarak çalışmalarımıza hızla devam etmekteyiz. Grubumuza katılmak ve/veya programlarımıza destek vermek isteyen tüm meslektaşlarımızı aramızda görmekten büyük mutluluk duyarız.

VdGM Türkiye Değişim Grubu



Fotoğraf 8. Değişim programı katılımcıları, VdGM Yönetim Kurulu üyeleri ve Prekonferans 2015 düzenleme ekibi akşam yemeğinde

Kaynaklar

1. VdGM Hakkında. <http://vdgm.woncaeurope.org/about> adresinden 27.10.2015 tarihinde erişilmiştir.
2. Tekayak HV, Eraslan AM, İngilok S. Ülkemizin ilk Vasco da Gama Hareketi değişim programı Adana'da düzenlendi. *Türk Aile Hek Derg* 2015; 19(3): i-iv.
3. Tekayak HV. İspanya Palma de Mallorca'da bir konferans öncesi değişim programı, *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2015; 9(3): 78-82.
4. Kendir Copurlar C, Kılıç Öztürk Y. Giotto Hareketi 2. Ulusal Kongresi tasarım odaklı düşünme çalıştayı. *Türk Aile Hek Derg* 2015; 19(1): vi-viii.
5. Onat T. Hırvatistan 2014 değişim programı gözlemleri. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18 (3): i-ii.
6. Haliloğlu S. LOVAH-WES Holanda değişim programı deneyimlerim. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18 (1): iii-vi.
7. Kendir Copurlar C, Kılıç Öztürk Y. İspanya'da bir önkonferans değişim programı deneyimleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014; 8 (4):133-7.
8. Ayraller A, Can H, Erdem Ö. Prag/ Çek Cumhuriyeti, 2013 Vasco da Gama Hareketi Ön-konferans İzlenimleri. *TJFMPC* 2014; 8(2): 32-4.
9. Geroğlu B, Can H, Altuntaş M, İspanya SoMaMFyC 2013 değişim programı gözlemleri. *Türk Aile Hek Derg* 2013; 17(3): i-ii.
10. Külbay H. 16. WONCA Europe konferansı ve Vasco da Gama Movement ön-konferansı 2010 Malaga/ İspanya. *Türk Aile Hek Derg* 2012; 16(1): 50-1.

Geliş tarihi: 02.11.2015

Kabul tarihi: 02.02.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 26.03.2016

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Candan Kendir Çopurlar

e-posta: candankendir@hotmail.com