

Cilt
Volume **21** | Sayı
Number **2** | Nisan-Haziran
April-June **2017**

İstanbul kadı sicillerinden bir örnek Evde Bakım için bir başlangıç tarihi: 1766 tarihli bir belge

Nilüfer Demirsoy



Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış

Emrah Ersoy, Esra Saatçı

* **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.

* Derisinin 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 tip eğitimine 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 demegimiz yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dediği hiçbir türün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntıda, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

* Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İncelenme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editör mektupları, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tip 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 yanıtı 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.turkailehkederg.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 güvenirlik 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 tekrarı 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'yı, şekil ve tablo sayısı 2'yi geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

Derlemeler: Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak 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 bildirim ve tartışmalıdır. 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 uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerekliğinde resim (hasta ya da kişi resimlerinde sahibinden izin alınarak) eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

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

Tanıtmı yazılar: Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmaları 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 konuları 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 dışında 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 az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "Medical Subject Headings" (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 yazar 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 vermeksizin 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 kullanıldığı 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.turkailehkederg.org/yazarlara-bilgi>

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



Kapak Resmi: Osmanlıdan bir minyatür
Çiçek hastalığı tedavisine yönelik
ilaçların hazırlanması (11.4X8.60)
Osmanlı el yazması (17. Yüzyıl)

Baş Editör | Editor-in-Chief
Prof. Dr. Esra Saatçı

Editörler | Editors

Prof. Dr. Ersin Akpınar
Doç. Dr. Ümit Aydoğan
Doç. Dr. Serdar Öztora
Doç. Dr. Dilek Toprak
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Uğur Bilge
Uzm. Dr. Birgül Coşkun
Uzm. Dr. Işık Gönenç
Uzm. Dr. Erdiñç Yavuz

Sahibi | Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Esra Saatçı

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

Doç. Dr. Serdar Öztora, droztora@yahoo.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

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren (Aile Hekimliği)
Trakya Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Edirne
Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu (Aile Hekimliği)
Dışkapı Eğitim ve Araş. Hast. / Ankara
Prof. Dr. Cahit Özer (Aile Hekimliği)
Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak., Aile Hek. ABD. / Hatay
Prof. 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**16. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'ne yaklaşırken | 49****Approaching the 16th National Family Medicine Congress**

Esra Saatçı

Araştırmalar | Research Articles**Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi | 50****Evaluation of diabetes risk and eating habits of university students and personnel**

Burcu Doğan, Nurdan Yörük, Can Öner, Gülcan Yavuz, Aytekin Oğuz

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi | 56**Management of patients at primary care who admit to a****Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery department outpatient clinic**

Ayben Mübeccel Kocaöz, Deniz Kocaöz, Didem Sunay

İstanbul kadı sicillerinden bir örnek Evde Bakım için bir başlangıç tarihi: 1766 tarihli bir belge | 66**An example of Istanbul sharia court records****(Ser'iyye Sicilleri) a start date for Home Care: A document date 1766**

Nilüfer Demirsoy

Review | Derleme**Dördüncül koruma: Önce zarar verme | 74****Quaternary prevention: First, do not harm**

Melahat Akdeniz, Ethem Kavukçu

Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış | 82**Periodic health examinations: An overview**

Emrah Ersoy, Esra Saatçı

16. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'ne yaklaşıırken

Approaching the 16th National Family Medicine Congress

Esra Saatçı¹

Değerli okurlarımız,

Dergimizin 21. Cildinin 2. Sayısına hoş geldiniz. Geçen sayıdan bu yana üç aydan uzun süre geçti. Sıcak yaz günleri ve tatil dönemi hepimizi etkilemekte ancak camiamız ve disiplinimiz için geçen sayıdan bugüne nasıl bir dönem geçirdik diye geriye dönüp baktığımızda bilimsel etkinlikler açısından zengin bir dönem geçirdiğimizi görmekteyiz. 21. Cildin 1. Sayısının baş yazısını yazdığım 7 Nisan 2017 tarihinden bugüne ulusal ve uluslararası platformlarda;

* 10. Aile Hekimliği Araştırma Günleri (6-10 Nisan 2017 Kayseri)

* 7. Aile Hekimliği Forumu (12-13 Mayıs 2017 Saraybosna)

* 16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi (11-14 Mayıs 2017 Adana)

* Dünya Aile Hekimleri Günü (19 Mayıs)

* EURACT Leonardo Level 1 Course (25-27 Mayıs 2017 Selanik)

* 4. AGPFMSEE Kongresi (25-28 Mayıs 2017 Budva)

* 22. Wonca Europe Conference (28 Haziran-1 Temmuz 2017 Prag) etkinliklerine katıldığımızı görmekteyiz. 22. Wonca Europe Kongresi'nde en fazla tebliğ sunan üçüncü ülke olmamız hepimize büyük gurur yaşattı.

Özellikle TAHUD'un 19 Mayıs tarihinde Samsun'da Atatürk'ü Anma, Gençlik ve Spor Bayramını ve Dünya Aile Hekimleri Günü'nü kutlaması, ulusal ve uluslararası basında oldukça fazla ses getirdi.

Wonca Europe President Elect (2019-2022) olmasından çok büyük gurur duyduğumuz Prof. Dr. Mehmet Urgan hocamız 20 Haziran 2017 tarihinde World Refugee Day nedeniyle Wonca websayfasında, ülkemizi çok yakından ilgilendiren ve çok etkileyen bu küresel soruna dikkat çekti.

Önümüzdeki üç aylık dönemde takvimlerimize işaretlememiz gereken en önemli bilimsel etkinliğimiz 26-29 Ekim 2017 tarihlerinde Ankara Bilkent Otel'de gerçek-

leştireceğimiz 16. Ulusal Aile Hekimliği Kongremiz. Hepinizi kongremizde sözel ve poster bildirileriniz ile görmek en büyük dileğimiz. Kongremizin bu yılki bilimsel programı son halini almak ve yayınlanmak üzere. Geçen yıldan çok daha zengin ve uluslararası ve ulusal düzeyde çok önemli isimlerin bir araya geleceği bir platform olacak. Bizleri bekleyen sıcak Ağustos ayı ve 30 Ağustos Zafer Bayramı ve hemen akabindeki Kurban Bayramı tatillerini kongremize bildiri hazırlayarak geçirmenin şevki paha biçilmez.

12-16 Eylül 2017 tarihlerinde 26. Janko Kersnik EURACT Course'un bu yıl tema'sı 'Diagnostic Uncertainty'. Eminim birçoğumuz sponsorlu ve ücretli katılım için başvuracağız.

27 Eylül-1 Ekim 2017 tarihlerinde ise 11. Aile Hekimliği Güz Okulu'nda buluşacağız.

19-22 Ekim 2017 tarihlerinde ise Dublin'de 85. (evet yanlış yazmadım 85.) EPPRN toplantısında 'Mental Health in Primary Care' konusu ele alınacak.

Bu arada, akademik yaşama adım atan yeni meslektaşlarımıza hoşgeldiniz diyorum. Yeni doçent ve profesörlerimizi en içten duygularıyla kutluyor, başarılarının devamını diliyorum.

En son buluşmamızdan bu yana geçmiş olan Anneler Günü, Babalar Günü ve Ramazan bayramınızı ve yaklaşmakta olan 30 Ağustos Zafer ve Kurban Bayramınızı en iyi dileklerle kutluyorum.

Dergimizin bu sayısında emeği bulunan tüm yazarlara, hakemlere, ulusal ve uluslararası danışma kurulu üyelerine, teknik yönetim kuruluna ve editörlere sonsuz teşekkür ediyor, bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör / Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

¹⁾ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Baş Editörü ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Adana

Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi

Evaluation of diabetes risk and eating habits of university students and personnel

Burcu Doğan¹, Nurdan Yörük², Can Öner³, Gülcan Yavuz⁴, Aytekin Oğuz⁵

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı İstanbul Medeniyet Üniversitesi'nin Göztepe ve Maltepe kampüslerinde öğrenim gören üniversite öğrencileri ve çalışanlarının beslenme alışkanlıkları, obezite prevalansı ve diyabet risklerini değerlendirmektir.

Materyal ve metod: Çalışmaya 13 - 14 Kasım 2013 tarihlerinde 200'ü üniversite öğrencisi ve 157'si üniversite çalışanı olmak üzere toplam 357 kişi katılmıştır. Çalışma verileri katılımcılarla yüz yüze uygulanan anketler ve ölçümlerle elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışma sonunda katılımcıların %30,8'inin kilolu veya obez olduğu ve düzenli egzersiz yapma oranlarının ise %54,3 düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin %14,0'u ve üniversite çalışanlarının %31,8'i sigara içmektedir. Diyabet risk değerlendirmesi sonucunda öğrencilerin %37,5'inde, çalışanların ise %61'inde diyabet riski olduğu belirlenmiştir. Tüketilen gıda türü ile diyabet riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Üniversite öğrencilerinin %36,5'i haftada birden fazla fast-food tüketirken, öğrencilerin çok büyük bir kısmı (%82,5) haftada en az bir defa gazlı içecek tüketmektedir. Her gün gazlı içecek tüketen öğrencilerin oranı ise %62'dir.

Sonuç: Genç popülasyonda önemli oranda diyabet riski mevcuttur. Bu gruba yönelik yapılacak hayat tarzı değişikliği ve eğitimin bu riski azaltabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Tip 2 Diyabetes Mellitus, Beden kitle indeksi, Diyabet riski

Summary

Aim: The aim of this study was to assess the eating habits, prevalence of obesity and diabetes risk of university students and employees in Istanbul Medeniyet University Goztepe and Maltepe campuses.

Material and method: Three hundred and fifty seven people comprising 200 students and 157 employees of university were included to the study between 13 and 14 November 2013. Study data were obtained via face to face applied questionnaires and measurements.

Results: As a result, 30.8% of participants were overweight or obese and only 54.3% were regularly doing exercise. Fourteen percent of students and 31.8% of employees were smoking. The diabetes risk assessment showed that 37.5% of students and 61.1% of employees had diabetes risk. There was no relationship between consumed food products and diabetes risk. Fast-food consuming more than once a week were 36.5% in students and most of the students (82.5%) were consuming at least one fizzy drink a week. The rate of students having every day fizzy drinks was 62%.

Conclusion: Diabetes risk is considerable in young population. We think that changing life style and education for this group can reduce that risk.

Key words: Type 2 Diabetes Mellitus, Body Mass Index, Diabetes risk

¹⁾ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul

²⁾ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyabet hemşiresi, İstanbul

³⁾ İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği Anabilim Dalı, Uzm. Dr., İstanbul

⁴⁾ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzm. Dr., İstanbul

⁵⁾ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul

Giriş ve Amaç

Obezite; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ‘yağ dokusunun sağlıklı ilgili olumsuz sonuçlara yol açacak şekilde artması’ olarak tanımlanmaktadır. DSÖ verilerine göre tüm Dünya yetişkin nüfusunun %39’u kilolu, %13’ü ise obezdir.^[1] Kronik hastalıkların gelişiminde sağlıklı beslenmenin önemli bir rolü vardır. Günümüzde ‘fast-food’ ve hazır gıdaların tüketimi geleneksel yemek tüketiminin önüne geçmiştir. Kötü beslenmenin yanı sıra fiziksel aktivitenin de azalması obezitenin artmasına sebep olmuştur.^[2] Yeterli ve dengeli beslenme, sigara ve alkol kullanmama, egzersiz yaparak sağlıklı yaşam biçimini benimsemenin obezitenin yanı sıra kalp damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi birçok kronik hastalık riskini azalttığı hatta tedavisinin bir parçası olduğu gösterilmiştir.^[1,3]

Risk faktörlerindeki artış ile birlikte diyabet, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlığını tehdit eden sık görülen kronik bir hastalık haline gelmiştir. Toplumda değiştirilebilir risk faktörleri olan yanlış beslenme ve egzersiz yapmama sonucu gelişen obezitenin önlenmesi ile diyabetin geciktirilebilir veya önlenilebilir bir hastalık olduğu bilinci geliştirilmelidir.^[4] DSÖ verilerine göre; dünya nüfusunun 2015 yılın-da 700 milyonu obez, 2,3 milyarı da fazla kiloludur.^[5] Çalışmamızın amacı üniversite çalışanları ve öğrencilerinin bu anlamda farkındalıklarını arttırarak, tip 2 diyabet risklerini belirlemek ve beslenme alışkanlıklarını saptamaktır.

Materyal ve Metot

Çalışmamız 13 - 14 Kasım 2013 tarihlerinde İstanbul Medeniyet Üniversitesi’nin Göztepe ve Maltepe kampüslerinde yürütülmüştür. Çalışmaya 200’ü üniversite öğrencisi ve 157 üniversite çalışanı (hizmetli, memur, öğretim görevlileri dahil olmak üzere) gönüllü olarak başvuran toplam 357 kişi katılmıştır. Çalışma öncesinde üniversite yönetiminin yazılı izni ve tüm katılımcıların sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara çalışmacılar tarafından düzenlenmiş bir anket uygulanmıştır. Bu ankette katılımcıların sosyodemografik ve biyodemografik (biyolojik özellikler açısından nüfusun değerlendirilmesi) özellikleri yanında beslenme alışkanlıklarını sorgulayan sorular yöneltilmiştir. Diyabet risk anketini hazırlarken ADA ve Lindström ve Tuomiletho tarafından geliştirilen diyabet risk anketleri baz alınmıştır. ADA diyabet risk anketinde kan şekeri düzeyi dikkate alınmaması

sebebiyle bizim anketimizde Lindström ve Tuomiletho tarafından geliştirilen diyabet risk anketi kullanılmıştır.^[6] Bu testte toplamda 8 parametre incelenmektedir. Bu parametreler sırasıyla yaş, vücut kitle indeksi, bel çevresi, günlük fiziksel aktivite durumu, günlük sebze ve meyve tüketimi, aile öyküsü, hipertansiyon mevcudiyeti, daha önce rastlantısal olarak kan şekerinin yüksek saptanıp saptanmadığıdır.

Bu parametrelere verilen cevapların karşılığında alınan puanlar toplanarak risk puanı elde edilmektedir. Anket sonucunda diyabet risk puanı olarak minimum 0 ve maksimum 26 puan alınmaktadır. Alınan toplam puan 7’nin altı ise kişinin 10 yıl içinde tip 2 diyabet geliştirme riski çok düşük, 7-11 arasında ise düşüktür. Alınan toplam puanın 12-14 puan arası olması durumda kişi orta düzeyde bir riske sahipken, 15-20 arası yüksek riske ve 20 üstü puanlarda ise çok yüksek riske sahiptir.^[6,7]

Ağırlık ölçümü ayar kontrolü yapılmış, elektronik tartı ile boy ölçümü ise duvara sabitlenen metre ile yapılmıştır. Katılımcıların beden kitle indeksleri DSÖ kriterlerine göre hesaplanmış ve sınıflandırılmıştır. Katılımcıların rastgele kan şekerleri kapiller kandan kalibrasyonu yapılmış aynı marka makinelerle belirlenmiştir. Öte yandan katılımcıların kan basınçları kişiler oturur halde 10-15 dakika kadar dinlendikten sonra sağ koldan uygun manşon kullanılarak ölçülmüştür. Ölçülen kan basınç değeri 140/90 mmHg’nin üzerinde tespit edilen kişilerde 15 dakika daha dinlendikten sonra ikinci kez tansiyon ölçümü yapılmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences Version 17) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütler (sıklık, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve en büyük-en küçük değer) kullanılmıştır. Ayrıca sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. P değeri 0,05 altında anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan 357 (E/K =173/184) katılımcının yaş ortalaması 26,3±3,2 yıl idi. Katılımcıların 200’ü (E/K =97/103) üniversite öğrencisiydi ve yaş ortalamaları 19,8±2,9 yıl olarak bulundu. Katılımcılardan üniversite çalışanı olanların %51,6’sı (s=81) kadın ve %48,4’ü (s=76) erkekti. Yaş ortalamaları 34,61±8,1 yıl idi. Tüm grup ele alındığında BKİ açısından katılımcıların %13,7’si (n=49) zayıf, %42,2’si

(n=172) normal, %28,8'i (n=103) kilolu ve %9,3'ü (n=33) obez olarak sınıflandırılmıştır.

Grupların BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık mevcuttu (Öğrenciler için; $22,5 \pm 3,8$ kg/m²; çalışanlar için $25,6 \pm 4,3$ kg/m²; $p=0,001$). BKİ sınıflaması açısından bakıldığında çalışanlarda kilolu ve obez olanların oranı öğrencilere göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,000$). Cinsiyet ve BKİ sınıfları arasında anlamlı bir farklılık vardı. Kilolu ve obez olanların oranları erkeklerde sırasıyla %22,3 (n=41) ve %5,4 (n=10) iken; bu oranlar kadınlarda %35,8 (n=62) ve %13,3 (n=23) olarak belirlenmiştir ($p=0,000$). Katılımcıların genel özellikleri **Tablo 1**'de derlenmiştir.

Katılımcıların beslenme örüntüleri **Tablo 2**'de verilmiştir. Tablo takip edildiğinde şekerli içecek tüketimi, hazır gıda ve fast food ürün tüketimi, süt ve süt ürünleri tüketimi ile kuruyemiş tüketme

durumları bakımından öğrenci ve çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Katılımcıların beslenme örüntüleri incelendiğinde ortalama öğün sayısı 3 (0-7)'dür.

Üniversite öğrencilerinde sigara içme oranı %14, sigarayı bırakmışların oranı %2,5 iken, üniversite çalışanlarında ise sırasıyla %31,8 ve %11,4 olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında alkol kullanımı açısından fark görülmezken, sigara içen kişilerde alkol kullanımı anlamlı olarak fazla saptanmıştır ($p=0,000$). Lindström ve Tuomiletho tarafından geliştirilen diyabet risk anketine göre öğrenci grubunun büyük bir kısmı (%95, n=190) diyabet açısından çok düşük veya düşük risk taşımaktaydı. Çalışan grupta ise orta ve üstü düzeyde diyabet riski taşıyanların oranı %21,9 (n=37) idi. Çalışan grup içinde yüksek ve çok yüksek diyabet riski taşıyanlar ise %9,7 (n=15) idi (**Tablo 3**). Çalışma grubumuz-

Tablo 1. Katılımcıların genel özellikleri

		Öğrenci % (n=200)	Çalışan % (n=157)	p
Cinsiyet	Kadın	48,5 (97)	48,4(76)	0,986
	Erkek	51,5 (103)	51,6 (81)	
Yaş (yıl)		19,8 $\pm$ 2,9	34,6 $\pm$ 8,1	0,000
Sigara Kullanımı	Kullanmayan	83,5 (167)	56,6 (89)	0,000
		2,5(5)	11,6 (18)	
		14,0 (28)	31,8 (50)	
Alkol Kullanımı	Kullanan	10,0 (20)	10,8 (17)	0,891
	Kullanmayan	90,0 (180)	89,2 (140)	
Konaklama Biçimi	Evde	75,0 (150)	87,8 (138)	0,000
	Yurtta	25,0 (50)	12,2 (19)	
Egzersiz yapma durumu	Yapanlar	54,0 (108)	54,7(86)	0,884
	Yapmayanlar	46,0 (92)	45,3 (71)	
BMI (kg/m ²)		22,5 $\pm$ 3,8	25,6 $\pm$ 4,3	0,001
Zayıf (<18,5 kg/m ²)		20,0(40)	5,7 (9)	0,000
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)		58,0(116)	35,6 (56)	
Kilolu (25,0-29,9 kg/m ²)		18,5(37)	42,0 (66)	
Obez (>30 kg/m ²)		3,5(7)	16,7 (26)	
Bel çevresi (cm)		79,6 $\pm$ 10,8	88,0 $\pm$ 12,2	0,000
Sistolik Kan basıncı (mm Hg)		123,0 $\pm$ 13,1	125,0 $\pm$ 13,8	0,184
Diastolik kan Basıncı (mm Hg)		69,9 $\pm$ 9,5	72,8 $\pm$ 9,2	0,004
Açlık Kan şekeri (mg/dL)		86,1 $\pm$ 14,1	97,7 $\pm$ 27,8	0,000

Tablo 2. Katılımcıların beslenme örüntüleri

		Öğrenci % (n=200)	Çalışan % (n=157)	p
Şekerli içecek tüketimi	Her gün	62,0 (124)	54,7 (86)	0,001
	Haftada 2-3 kez	20,5 (41)	12,1 (19)	
	Haftada 1 ve daha az	17,5 (35)	33,2(52)	
Meyve tüketimi	Her gün	50,0 (100)	47,7 (75)	0,903
	Haftada 2-3 kez	38,5 (77)	41,4 (65)	
	Haftada 1 ve daha az	11,5 (23)	10,9 (18)	
Sebze tüketimi	Her gün	50,0 (100)	54,7 (86)	0,610
	Haftada 2-3 kez	39,5 (79)	36,9 (58)	
	Haftada 1 ve daha az	10,5 (21)	8,4 (13)	
Tatlı ve unlu mamuller	Her gün	43,0 (86)	37,5 (59)	0,058
	Haftada 2-3 kez	39,0 (78)	33,7 (53)	
	Haftada 1 ve daha az	18,0 (36)	28,8 (45)	
Ekmek	Her gün	91,5 (183)	95,0 (149)	0,453
	Haftada 2-3 kez	4,0 (8)	2,5 (4)	
	Haftada 1 ve daha az	4,5 (9)	2,5 (4)	
Hazır gıda ve fastfood	Her gün	9,5 (19)	2,5 (4)	0,000
	Haftada 2-3 kez	27,0 (54)	12,1 (19)	
	Haftada 1 ve daha az	63,5 (127)	85,4 (134)	
Süt ve süt ürünleri	Her gün	50,0 (100)	58,5 (92)	0,015
	Haftada 2-3 kez	37,5 (75)	23,5 (37)	
	Haftada 1 ve daha az	12,5 (25)	18,0 (28)	
Kuruyemiş	Her gün	9,0 (18)	16,5 (26)	0,038
	Haftada 2-3 kez	38,0 (76)	41,4 (65)	
	Haftada 1 ve daha az	53,0 (106)	42,1 (66)	

da kilolu ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) bireyler ve bel çevresi kadında 80 cm erkekte 94 cm üzerinde olan bireyler ele alındığında orta riskli birey oranı %17 (n=24) ve yüksek ve çok yüksek riskli bireylerin oranı %12,5 (n=17) idi. Bu oranlar $BKİ < 25$ veya bel çevresi kadınlarda < 80 ve erkeklerde < 94 cm olması durumunda sırasıyla %2,2 (n=5) ve % 0,04 (n=1) saptandı (p=0,000). Diyabet riski orta ve üstü olan grupta yaş, bel çevresi $BKİ$ ortalamaları ve sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü.

Tartışma

Tüm çalışma grubu ele alındığında Beden Kit-

le İndeksi ($BKİ$) değerlerine göre kilolu ve obez olarak sınıflandırılanların oranı %28,8 ve %9,3 idi ve kadınlarda kilolu ve obez olanların oranı erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. Türkiye genelinde kilolu bireylerin oranının %34,6, obez bireylerin oranının %30,3 olduğu bildirilmektedir.^[8] Çalışmamızdan elde edilen obezite oranları Türkiye geneli ile kıyaslandığında daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın tarama grubunun genç ve eğitilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması'na göre 19-30 yaş arasındaki erişkinlerde obez olanların oranı

%10,2 ve kilolu olanların oranı ise %26,9 olarak bildirilmektedir. Türk Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinoloji Hastalıkları Prevalans Çalışması II (TURDEP II) sonuçlarında 1998'den 2010'a kadar Türkiye'de kiloluluk oranı %35 den %37,5 ye, obezite oranı ise %22 den % 35,9'a kadar yükseldiği tespit edilmiştir.^[9]

Sadece öğrenci grubu ele alındığında kilolu ve obez öğrenci oranları %18,5 ve %3,5 olarak tespit edilmiştir. Garipağaoğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da üniversite öğrencileri üzerinde yürüttükleri çalışmada kilolu ve şişman oranı %5,3 olarak saptanmıştır.^[10] Öte yandan üniversite öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada ise öğrencilerin %14,1'inin kilolu, %3,6'sının ise obez veya morbid obez oldukları gösterilmiştir.^[11] Çalışmalarda elde edilen sonuçlar bizim bulgularımıza benzerlik göstermektedir.

Çalışan grupta kilolu ve obez olanların oranı öğrencilere göre anlamlı olarak yüksektir. Çalışma alanları genellikle çalışanlar açısından sedanter alanlardır. Bu alanlarda kantin, otomatik makineler gibi araçlarla yüksek enerji içerikli gıdalara ulaşılması daha kolaydır.^[12] Bütün bunların dışında çalışma koşulları, çalışma saatleri, vardiya durumu ve iş stresinin de obezite üzerine etkili olduğu gösterilmiştir.^[13] Beyaz yakalı olarak çalışan grubun diğer çalışanlara göre obezite prevalansı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.^[14]

Beslenme örüntüleri ele alındığında; çalışan ve öğrenci grubu arasında şekerli içecek, hazır ve fast-food gıda, süt ve süt ürünleri ve kuruyemiş tüketimi açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda üniversite öğrencilerinin haftada birden fazla fast-food tüketimi %36,5 olarak tespit edilmiştir. Bu oran çalışan grupta %14,6'dır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer oranlar bildirilmektedir.^[11,15] Öte yandan üniversite öğrencilerinin haftada birden fazla şekerli içecek tüketim

sıklığı %82,5, her gün tüketenlerin oranı ise %62 ile oldukça yüksek olarak tespit edilmiştir. Her gün sebze tüketenlerin oranı %50 ile Avşar ve ark.'nın çalışmasındaki sonuca benzer olarak bulunmuştur.^[10] Düzenli egzersiz yapma oranı tüm gruplarda %54,3 olup, öğrenci grubunda bu oran %54'tür. Bu oran Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların hayli altındadır.^[11] Çalışmamızda her gün en az 30 dakika egzersiz yapanların bu gruba alınmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Diyabet riski değerlendirildiğinde grubun genelinde orta ve üstü düzeyde diyabet riski taşıyanların oranının %13,1 (n=47) olduğu görülmüştür. Yapılan değişik çalışmalarda erişkin popülasyonda diyabet riski %41'e kadar yükselmektedir.^[16] Diyabet riski açısından öğrencilerle çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çalışan grupta orta ve üstü diyabet riski taşıyanlar anlamlı oranda yüksektir. Diyabet riski yüksek olan bireylerin yaş, BKİ, bel çevresi ve sistolik-diyastolik kan basınçları yüksekti.

Öte yandan çalışanların yaş, bel çevreleri, BKİ ve diyastolik kan basıncı ortalamaları öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazladır. Bu durum çalışanların diyabet riskinin de beraber artmasının nedeni olabilir. Bu nedenle değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılmasının çalışanların diyabet riskini azaltacağı söylenebilir. Çalışma grubumuzda ADA'nın da önerdiği gibi kilolu ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) olan bireylerde glisemik testin yapılmasının erken tanı anlamında yararlı olacağı görülmüştür.^[16] Ayrıca ADA kriterlerinde yer almayan bel çevresi kadında 80 cm, erkeklerde 94 cm üzerinde olan bireylerin diyabet riskinin yüksekliği saptanmıştır.^[17]

Çalışmamız gönüllülük esasına dayanarak yapıldığından, özellikle öğrenci grubundaki obez bireylerin tarama için gönüllü olmaktan kaçınmış olabilecekleri çalışmamızı kısıtlayıcı bir faktör olarak düşünülmüştür.

Tablo 3. Lindström ve Tuomilehto tarafından geliştirilen diyabet risk sınıflamasına göre katılımcıların diyabet riskleri

	Öğrenci % (n=200)	Çalışan % (n=157)	p
Çok düşük risk	62,5 (125)	38,1 (59)	0,000
Düşük risk	32,5 (65)	38,1 (59)	
Orta risk	3,5 (7)	14,2 (22)	
Yüksek ve çok yüksek risk	1,5 (3)	9,7 (15)	

* Analiz için yüksek ve çok yüksek risk grubu birleştirilmiştir.

Sonuç

Çalışmamız sonucunda tip 2 diyabet geliştirme açısından orta ve üstü riske sahip bireylerin oranı %13,1 bulunmuştur. Bu oran çalışan grupta daha yüksektir. Bunun temel nedeni ise BKİ ve bel çevrelerinde artış olarak görülmektedir. DSÖ ve ADA'nın da vurguladığı gibi kilo artışı ve obezitenin diyabet riskindeki artış üzerine olan olumsuz etkisi çalışmamız sonucunda görülmüş olup, ayrıca bel çevresindeki artışın da etkili olduğu saptanmıştır. Düzgün beslenme ve yeterli fiziksel aktivitenin diyabet gelişimi üzerine

belirgin negatif etki yapacağı kesindir.

Diyabetle mücadelede başarı önce eğitim sonra da erken tanı ile mümkündür. Diyabet ortaya çıkmadan önlenabilir bir hastalık olduğundan, çok erken yaşlardan başlayan bir eğitime ve bilinçlenmeye gerek vardır. Diyabeti önleme ve farkındalık yaratma çalışmalarına katkı olarak yapmış olduğumuz sağlık taraması gibi etkinlikler toplumun her kesiminde, her yaş grubuna yönelik olarak devam etmelidir. Toplumun diyabet konusunda bilinçlenmesi, diyabetin artan hızını yavaşlatacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Obesity and overweight. <http://www.who.int/topics/obesity/en/> adresinden 12/05/2015 tarihinde erişilmiştir.
2. Noel MN, Thompson M, Wadland WC, Holtrop JS. Diet in Prevention and Management of Major Disease. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 8. Baskı. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2011; 831-5.
3. Kaya A. Obezite ve hipertansiyon. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2003;2:13-21.
4. Velasco Mondragon HE, Charlton RW, Peart T, Burguete-Garcia AI et al. Diabetes Risk Assessment in Mexicans and Mexicans Americans. Diabetes Care 2010;33: 2260-5.
5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Kronik Hastalıklar Daire Başkanlığı. <http://beslenme.gov.tr/> adresinden 25/01/ 2016 tarihinde erişilmiştir.
6. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score A practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003;26(3):725-31. DOI:doi.org/10.2337/diacare.26.3.725
7. Type 2 diabetes risk assesment form. <http://www.diabetes.fi/files/502/eRiskitestilomake.pdf>. adresinden 17/12/2016 tarihinde erişilmiştir.
8. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2010: 445-95.
9. Satman I, Alagöl F, Ömer B et al. TURDEP-II Sonuçları. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II. http://www.turkendokrin.org/files/file/TUR-DEP_II_2011.pdf adresinden 12/05/2015 tarihinde erişilmiştir.
10. Garipağaoğlu M, Budak N, Öner N, Sağlam Ö, Nişli K. Üç farklı üniversitede öğrenim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi. Journal of Health Sciences 2006;15:173-80.
11. Avşar P, Kazan EE, Pınar G. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile obezite ve kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin incelenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi 2013;1:38-46.
12. Anderson ML, Quinn TA, Glanz K et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: A systematic Review. Am J Prev Med 2009; 37(4): 340-57.
13. Schulte PA, Wagner GR, Ostry A et al. Work, obesity, and occupational safety and health. Am J Public Health 2004; 97 (3); 428-36.
14. Luckhaupt SE, Cohen MA, Calvert GM. Prevalence of Obesity Among U.S. Workers and Associations with Occupational Factors. Am J Prev Med 2014;46(3):237-48.
15. Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E, Bakır B. Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. Gülhane Tıp Dergisi 2008;50: 102-9.
16. Her C, Mundt M. Risk prevalence for type 2 diabetes mellitus in adult hmong in Wisconsin: a pilot study. Wisconsin Medical Journal 2005;104 (5):70-7.
17. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2010;33:11-61.

Geliş tarihi: 08.02.2016

Kabul tarihi: 09.01.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Burcu Doğan

e-posta: burcutdogan@hotmail.com

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi

Management of patients at primary care who admit to a Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery department outpatient clinic

Ayben Mübeccel Kocaöz¹, Deniz Kocaöz², Didem Sunay³

¹) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Ankara

²) Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Asist. Dr., Ankara

³) Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Karabük

Kocaöz M. A. ve ark. | Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi

Özet

Amaç: Aile hekimlerinin karşılaştıkları sağlık sorunlarının önemli bir bölümünü Kulak Burun Boğaz (KBB) ile ilgili hastalıklar oluşturmaktadır. Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinin KBB polikliniklerine başvuran hastaların ne kadarının birinci basamakta yönetilebilirliğini, hastaların konuyla ilgili tutumunu ve aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşüncelerini belirlemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Nisan-Mayıs 2016 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği polikliniklerine başvuran 300 hasta dâhil edildi ve bu hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, başvuru şikâyetleri, bu şikâyetleri için aile hekimlerine başvurma durumları, aile hekimliğini kullanma durumları ve aile hekimliği uygulamasından memnuniyetleri sorgulandı, muayene sonrası KBB uzman hekimleri tarafından konulan tanılar kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 49,04±16,17 yıl olup %64'ü kadın, %66'sı erkekti. En sık başvuru şikâyetleri boğaz ağrısı (%24,1), kulak ağrısı (%13,3), kulak çınlaması (%13,0), işitme kaybı (%12,3), burun/geniz akıntısı (%10,3), en sık konulan tanılar sıkışmış serumen (%16,7), akut farenjit (%10,0), tinnitus (%8,3), benign paroksizmal vertigo (%7,7) ve akut otitis media (%7,0) idi. Hastaların %70,7'si KBB ile ilgili şikâyetleri için aile hekimlerine başvurmamış, %18'i aile hekimlerinin yönlendirmesi ile KBB polikliniğine başvurduğunu, %62,3'ü bir yakınması olduğunda aile hekimlerine başvurmamış, %62,3'ü evli olan katılımcıların aile hekimliğini kullanma sıklığı evli olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Aile hekimliğini kullanan hastaların memnuniyet düzeyleri kullanan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$).

Sonuç: KBB polikliniklerine başvuran hastalara konulan tanıların çoğunun birinci basamakta yönetilebilir olduğu görüldü. Sevk sisteminin hayata geçirilmesi, aile hekimlerinin becerilerinin artırılması ve toplumun bilinç düzeyinin yükseltilmesi ile aile hekimliği uygulamasının etkinliği artırılabilir ve 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının amaca yönelik kullanımları sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, Kulak Burun Boğaz, birinci basamak, sevk sistemi, hasta memnuniyeti

Summary

Aim: Majority of the health problems that family physicians encounter are associated with otorhinolaryngology (ORL) diseases. It was aimed in this study to determine how many of the patients who admitted to ORL out-patients clinics at a training and research hospital can be managed by primary care physicians, the attitudes of patients about this issue and their thoughts about family medicine practice.

Materials and Methods: A total of 300 patients who were attended to Keçiören Training and Research Hospital Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery out patient clinics between April-May 2016, were included into the study and sociodemographic and clinic characteristics, complaints of referral, family physician visits for the same complaints, frequency of visits to family physicians and satisfaction status of patients using primary care, diagnosis after the examination of ORL specialist were recorded.

Results: Mean age of patients was 49,04±16,17 years, 64% of them were female, 36% were male. Most common admission complaints were sore throat (%24.1), otalgia (%13.3), voice in the ear (13,0%), hear loss (12,3%) and nasal/postnasal drainage (10,3%); most common diagnoses were impact serumen (16,7%), acute pharyngitis (10,0%), tinnitus (8,3%), benign paroxysmal vertigo (7,7%) and acute otitis media (7,02%), respectively. Of all the patients 70,7% reported that they did not visit their family physicians for these complaints. Of the patients 18% were admitted ORL outpatient clinics with the referral of family physicians. One hundred eighty-seven patients (62,3%) reported that they have never visited their family doctors. Admission rates to primary care were higher in married patients than those single ($p<0.05$). Satisfaction rates were high in patients who admitted to family physicians ($p<0.05$).

Conclusions: Our findings suggested that %70 of diagnoses of patients admitted to ORL out-patient clinics can be managed in primary care. For the correct use of secondary and tertiary health care facilities, a working referral system, qualified family physicians and sufficient public consciousness are essential.

Keywords: family physician, otorhinolaryngology, primary care, referral system, patient satisfaction

Giriş

Çağdaş sağlık hizmeti uygulamalarında temel organizasyon basamaklandırılmış bir hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Bu örgütlenme içinde birinci basamakta yer alan aile hekimliği hastalarla ilk temas noktası olup sistemin merkezinde yer alır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının işlerliği iyi çalışan bir aile hekimliği uygulamasının varlığıyla mümkündür. Aile hekimliği uygulamasının tam olarak çalışmadığı durumlarda üst basamak sağlık hizmetlerinde de aksaklıklar olacaktır. Zira toplumda görülen hastalıkların %90 kadarı birinci basamakta yönetilebilmektedir.^[1]

Toplumun her kesiminde ve her yaş grubunda üst solunum yolu enfeksiyonlarının (ÜSYE) fazla görülmesi, kulak burun boğaz hastalıkları (KBB) polikliniklerinde yoğunluk artışına neden olmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bir devlet hastanesi KBB polikliniğine başvuran hastalarda konulan tanılarda ilk beş sırayı ÜSYE (%23,3), sinüzit (%15), akut tonsilit (%11,5), akut otitis media (%11) ve kronik otitis medianın (%6,7) oluşturduğu saptanmıştır.^[2] Yine ülkemizde bir aile sağlığı merkezinde (ASM) yapılan bir çalışmada hastaların en çok başvuru yakınmaları sırasıyla öksürük, ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, bel ağrısı, halsizlik, diz ağrısı, kusma, kaşıntı ve göğüs ağrısı olarak raporlanmıştır. Bu

hastalara konulan tanıları ise sıklık sırasına göre üst solunum yolu enfeksiyonları (viral ve bakteriyel ÜSYE, otit, tonsillit, faranjit, gribal enfeksiyonlar), hipertansiyon, anemi, diabetes mellitus ve depresyon olarak belirtilmiş, başvuranların %26,3'üne ise tanı konulamamıştır.^[3] Yapılan çalışmalar ülkemizde ve tüm dünyada aile hekimliğine başvurularda saptanan en sık yakınmaların üst ve alt solunum yolu semptomları olduğunu ortaya koymaktadır.^[4]

Bu çalışmada basamaklandırılmış bir sağlık sisteminin ve sevk uygulamasının henüz yapılandırılmadığı ülkemizde bir eğitim ve araştırma hastanesi KBB polikliniğine başvuran hastaların ne kadarının birinci basamakta yönetilebileceğini, hastaların konuyla ilgili tutumunu ve aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşüncelerini belirlemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki çalışmaya, Nisan-Mayıs 2016 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzerindeki yetişkin hastalar dâhil edildi. Hastalara çalışma hakkında bilgi verildi, sözlü ve yazılı onamları alındı.

Hastalara muayene öncesinde ve sonrasında, araştırmacılar tarafından önceden hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu. On sekiz sorudan oluşan ankette hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, başvuru şikâyetleri, bu şikâyetleri için aile hekimlerine başvurma durumları, başvurmadıysa nedeni, aile hekimliğine yıllık başvuru sayısı, sağlık problemlerinde ilk başvuru sağlık kurumu ve aile hekimliği uygulamasından memnuniyetleri sorgulandı. Hastaların muayene sonrası KBB uzman hekimleri tarafından konulan tanıları kaydedildi.

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov Testi) kullanılarak incelendi. Normal

dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student T Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-KAEK-15/1115 sayılı ve 23.03.2016 tarihli etik kurul kararı ile yürütüldü.

Bulgular

Çalışmaya 18 yaş üstü toplam 300 gönüllü hasta dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması $49,04\pm16,17$ (18-84) yıl olup %64'ü ($n=192$) kadın, %66'sı ($n=108$) erkekti. Yüzde 46,0'sı ($n=138$) ilköğretim mezunu, %76,3'ü ($n=229$) evli, %53,3'ü ($n=160$) ev hanımı idi ve aylık toplam hane geliri %55 hastada ($n=160$) 1001-2000 TL arasındaydı. Yüzde 44,7'sinin ($n=134$) kronik hastalığı olup bunların %43,3'ünde ($n=62$) hipertansiyon, %32,1'inde ($n=43$) diyabetes mellitus, %22,4'ünde ($n=30$) kardiyovasküler hastalık, %18,7'sinde ($n=25$) tiroid bozukluğu, %5,2'sinde ($n=7$) astım ve %2,2'sinde ($n=3$) kronik obstrüktif akciğer hastalığı mevcuttu.

Hastaların KBB polikliniğine başvuru şikâyetleri ve muayene sonrası tanıları **Tablo 1** ve **Tablo 2**'de görülmektedir. Buna göre en sık başvuru şikâyeti boğaz ağrısı (%24,1), en sık konulan tanı %16,7 ile sıkışmış serumendi.

Aynı şikâyetle hem KBB polikliniğine hem aile hekimine başvuran hastalar içinde başvuru şikâyeti kulak ağrısı olanların yüzdesi aile hekimine başvurmamayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0,032$). Diğer taraftan aynı şikâyetle KBB polikliniğine ve aile hekimine başvuranlar arasında boğaz ağrısı, kulakta çınlama, işitme kaybı, burun ya da geniz akıntısı, kulak tıkanıklığı, baş dönmesi, boyunda kitle, burun kanaması ve diğer şikâyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (**Tablo 3**).

KBB polikliniğine aile hekiminin yönlendirmesi ile başvuran hastaların tanıların dağılımı **Tablo 4**'te sunulmuştur. Bu hastalar içinde alerjik rinit ve aft tanısı konanların yüzdesi aile hekiminin yönlendirmesi ile başvurmamayanlardan anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla, $p=0,026$ ve $p=0,042$). Diğer taraftan KBB polikliniğine aile hekiminin yönlendirmesi ile başvurma durumuna göre hastalara konan diğer tanıların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Aile hekimliği uygulamasından memnun olma durumunu etkileyen faktörler değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, aylık gelir ve kronik hastalık bulunma durumunun memnuniyeti etkilemediği saptandı. Ancak ASM başvuru sıklığı açısından değerlendirildiğinde yılda en az bir kez başvuranların memnuniyet oranı (%82,0) hiç başvurmayanlardan (%29,5) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Benzer şekilde sağlık sorunu olduğunda ilk olarak aile hekimine başvuran hastaların memnuniyeti diğer sağlık kurumlarına başvuranlardan anlamlı olarak daha yüksekti (%88,5'e karşı %65,8) ($p<0,001$) (Tablo 5).

Aynı şikâyetle daha önce aile hekimine başvuranların uygulamadan memnuniyeti başvurmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti (%87,5'e karşı %68,9) ($p<0,001$). Yine KBB polikliniğine aile hekiminin yönlendirmesi ile başvuranların memnuniyet oranı

başvurmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti (%87,0'e karşı %71,5) ($p=0,01$).

Tablo 2. Hastaların KBB Muayenesi Sonrası Tanılarının Dağılımı

KBB Muayenesi Sonrası Tanı	n (%)
Non-Spesifik bulgular	41 (13,7)
Sıkışmış serumen	50 (16,7)
Akut farenjit	30 (10,0)
Tinnitus	25 (8,3)
Benign paroksizmal vertigo	23 (7,7)
Akut otitis media	21 (7,0)
Nörosensoriyal işitme kaybı	20 (6,7)
Alerjik rinit	18 (6,0)
Akut tonsillit	13 (4,3)
Kronik farenjit	10 (3,3)
Nazofarenjit	7 (2,3)
Akut sinüzit	5 (1,7)
Aft	5 (1,7)
Epistaksis	5 (1,7)
Temporomandibüler eklem bozuklukları	4 (1,3)
Kronik otitis media	4 (1,3)
Sellülit	2 (0,7)
Nodül	2 (0,7)
Nasal septum deviasyonu	2 (0,7)
Nazal polip	2 (0,7)
Akut larenjit	2 (0,7)
Kronik sinüzit	2 (0,79)
Vokal kord nodülü	1 (0,3)
Parotis bezi benign neoplazmı	1 (0,3)
Uyku apnesi	1 (0,3)
Peritonsiller apse	1 (0,3)
Lenfadenopati	1 (0,3)
Parafaringeal kitle	1 (0,3)
Akut gingivitis	1 (0,3)

Tablo 1. Hastaların KBB Polikliniğine Başvuru Şikâyetlerinin Dağılımı

Şikâyet	n (%)
Boğaz ağrısı	72 (24,1)
Kulak ağrısı	40 (13,3)
Kulakta çınlama	39 (13,0)
İşitme kaybı	37 (12,3)
Burun/geniz akıntısı	31 (10,3)
Kulak tıkanıklığı	27 (9,0)
Baş dönmesi	23 (7,7)
Boyunda kitle	6 (2,0)
Burun kanaması	6 (2,0)
Ağızda yara	4 (1,3)
Ses kısıklığı	4 (1,3)
Öksürük	3 (1,0)
Kulakta kaşıntı	2 (0,7)
Baş ağrısı	2 (0,7)
Burun tıkanıklığı	2 (0,7)
Horlama	1 (0,3)
Yüzde şişlik	1 (0,3)

Değerlendirilen parametreler arasında aile hekimliğine başvuru sıklığını etkileyen faktörler incelendiğinde aile hekimliğine hiç başvurmamayanlarla yılda en az bir kez başvuranlar arasında cinsiyet, öğrenim durumu, aylık gelir açısından farklılık yokken, evli olanların olmayanlara göre (%87,8'e karşın %77,5) ($p=0,03$), kronik hastalığı bulunanların bulunmayanlardan göre (%91'e karşın %80,7) ($p=0,01$), sağlık sorunu olduğunda ASM'ye başvuranların ikinci basamakta ilgili bölüme başvuranlara göre (%98,2'e karşın %77,4) ($p<0,001$), KBB polikliniğine başvuru şikâyeti ile ilgili daha önce aile hekimine başvuranların başvurmamayanlara göre (%98,9'a karşın %79,7) ($p<0,001$) aile hekimliğine başvurma oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (**Tablo 5**).

Tartışma

KBB polikliniğine başvuran hastaların ne kadarının birinci basamakta yönetilebileceği, hastaların konuyla ilgili tutumunu ve aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşüncelerini belirlemenin amaçlandığı çalışmada KBB polikliniğine başvuran hastaların şikâyetlerinin aile hekimliğine yapılan başvurulardaki şikâyetlerle örtüştüğü ancak hastaların çoğunluğunun bu şikâyetleri için (%70,7) aile hekimine başvurmamış olduğu saptandı. KBB polikliniğine başvuru şikâyetlerinin sırasıyla boğaz ağrısı, kulak ağrısı, kulakta çınlama, işitme kaybı, burun ya da geniz akıntısı olduğu, muayeneleri sonrasında en sık konulan tanıların sıkışmış serümen, akut faranjit, benign paroksizmal vertigo, otitis media olduğu saptandı. Hastaların sadece %18'i bu şikâyetleri için aile hekimlerine başvurmuş ve aile hekimlerinin yönlendirmesi ile gelmişti.

Doğru ve İnceer'in bir KBB polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada en sık konulan beş tanı sırasıyla ÜSİYE (%23,3), sinüzit (%15,1), akut tonsillit (%11,5), akut otitis media (%10,9) ve kronik otitis media (%6,7) olarak saptanmıştır.^[5] Şensoy ve ark. tarafından bir ASM'de 2.618 başvuru üzerine yapılan çalışmada sıklık sırasına göre hastalara konulan tanılarının %19,1'i üst solunum yolu enfeksiyonları (viral ve bakteriyel ÜSİYE, otit, tonsillit, faranjit, gribal enfeksiyonlar), %9'u hipertansiyon, %4,2'si anemi, %3,5'i diabetes mellitus ve %3,3'ü depresyon olarak bildirilmiştir.^[3] Yine Yıl-

Doğru ve İnceer'in bir KBB polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada en sık konulan beş tanı sırasıyla ÜSİYE (%23,3), sinüzit (%15,1), akut tonsillit (%11,5), akut otitis media (%10,9) ve kronik otitis media (%6,7) olarak saptanmıştır.^[5] Şensoy ve ark. tarafından bir ASM'de 2.618 başvuru üzerine yapılan çalışmada sıklık sırasına göre hastalara konulan tanılarının %19,1'i üst solunum yolu enfeksiyonları (viral ve bakteriyel ÜSİYE, otit, tonsillit, faranjit, gribal enfeksiyonlar), %9'u hipertansiyon, %4,2'si anemi, %3,5'i diabetes mellitus ve %3,3'ü depresyon olarak bildirilmiştir.^[3] Yine Yıl-

Tablo 3. KBB Polikliniğine Başvuru Şikâyeti ile İlgili Aile Hekimine Başvurma Durumuna Göre Başvuru Şikâyetlerinin Dağılımı

KBB Polikliniğine Başvuru Şikâyeti ile İlgili Aile Hekimine Başvurma Durumu			
KBB Polikliniğine Başvuru Şikâyeti, n (%)	Başvurmamış (n=212)	Başvurmuş (n=88)	p
Boğaz ağrısı	50 (23,6)	22 (25,0)	0,794
Kulak ağrısı	34 (16,0)	6 (6,8)	0,032
Kulakta çınlama	24 (11,3)	15 (17,0)	0,179
İşitme kaybı	29 (13,7)	8 (9,1)	0,271
Burun/Geniz akıntısı	20 (9,4)	11 (12,5)	0,427
Kulak tıkanıklığı	19 (9,0)	8 (9,1)	0,972
Baş dönmesi	19 (9,0)	4 (4,5)	0,190
Boyunda kitle	3 (1,4)	3 (3,4)	0,364
Burun kanaması	4 (1,9)	2 (2,3)	1,000
Diğer*	10 (4,7)	9 (10,2)	0,074

%. Sütun yüzdesi

maz ve ark.'nın yaptığı benzer bir çalışmada en sık başvuru sebepleri sırasıyla akut nazofarenjit / nezle, esansiyel hipertansiyon, dorsalji, işe girme öncesi muayene, baş ağrısı, akut / kronik bronşit, atopik dermatit, ürtiker, diabetes mellitus ve genel tıbbi muayene olarak sıralanmıştır.^[6] Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmalarda da aile hekimlerine yapılan başvurularda en sık görülen şikâyetlerin üst solunum yolu semptomları olduğu bildirilmiştir.^[4] Görüldüğü gibi KBB ile ilgili hastalıklar birinci basamak başvurularının büyük bir kısmını oluşturmaktadır ve bunlar büyük oranda birinci basamakta tedavi edilebilen hastalıklardır. Bu hastaların bir kısmının birinci basamağı atlayıp 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları bu kuruluşların hasta yükünü arttırmakta ve bu durum özellikle erken

tanı ve tedavisi önemli olan hastalıklar için bir risk oluşturmaktadır. Zira hastanelere başvuru sayıları arttıkça, bu hastalıkların tanısındaki gecikme oranları da artmaktadır.^[7]

Basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, sistemin merkezinde yer alan aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir ve hangi hastaların 2. 3. basamakta takip edileceğini belirleyebilir. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktası sevk zincirinin olmamasıdır. Sevk zinciri olmadan etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsedilemez. Türkiye'de 2002-2012 yılları arasında

Tablo 4. KBB Polikliniğine Aile Hekiminin Yönlendirmesi ile Başvurma Durumuna Göre Hastaların Tanılarının Dağılımı

KBB Polikliniğine Aile Hekiminin Yönlendirmesi ile Başvurma Durumu			
KBB Muayenesi Sonrası Tanı	Başvurmamış (n=246)	Başvurmuş (n=54)	p
Non-Spesifik bulgular	34 (13,8)	7 (13,0)	0,868
Sıkışmış serumen	41 (16,7)	9 (16,7)	1,000
Akut farenjit	28 (11,4)	2 (3,7)	0,089
Tinnitus	19 (7,7)	6 (11,1)	0,417
Benign paroksizmal vertigo	21 (8,5)	2 (3,7)	0,394
Akut otitis media	19 (7,7)	2 (3,7)	0,388
Nörosensoriyal işitme kaybı	16 (6,5)	4 (7,4)	0,766
Alerjik rinit	11 (4,5)	7 (13,0)	0,026
Akut tonsillit	12 (4,9)	1 (1,9)	0,476
Kronik farenjit	7 (2,8)	3 (5,6)	0,394
Nazofarenjit	7 (2,8)	0	0,358
Akut sinüzit	4 (1,6)	1 (1,9)	1,000
Aft	2 (0,8)	3 (5,6)	0,042
Epistaksis	4 (1,6)	1 (1,9)	1,000
Diğer	21 (8,5)	6 (11,1)	0,599

?: Sütun yüzdesi

Tablo 5. Bazı Tanımlayıcı Özelliklere ve Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Durumunun Dağılımı

AH Uygulamasından memnuniyet			
	Memnun değil (n=77)	Memnun (n=223)	p
Yaş (yıl) (ort±ss)			
	46,49±15,25	49,92±16,42	0,109
Cinsiyet, n(%)			
Kadın	48(25,0)	144 (75,0)	0,724
Erkek	29 (26,9)	79 (73,1)	
Eğitim Durumu, n(%)			
Okur-yazar değil	18 (29,0)	44 (71,0)	
İlkokul	34 (24,6)	104 (75,4)	0,791
Ortaokul ve üzeri	25 (25,0)	75 (75,0)	
Medeni Durum, n(%)			
Evli değil	23 (32,4)	48 (67,6)	0,137
Evli	54 (23,6)	175 (76,4)	
Aylık Gelir, n(%)			
≤1000 TL	23 (32,4)	48 (67,6)	
1001-2000 TL	35 (21,2)	130 (78,8)	0,124
>2000 TL	19 (28,8)	47 (71,2)	
Kronik Hastalık, n(%)			
Var	30 (22,4)	104 (77,6)	0,243
Yok	47 (28,3)	119 (71,7)	
Aile Hekimine Başvurma Sıklığı, n (%)			
Hiç başvurmuyor	31 (70,5)	13 (29,5)	
Yılda 1-2 kez	24 (27,6)	63 (72,4)	
Yılda 3-4 kez	13 (12,0)	95 (88,0)	<0,001
Her ay sık sık	9 (14,8)	52 (85,2)	
Sağlık Sorunu Olduğunda İlk Başvurulan Kurum, n (%)			
ASM	13(11,5)	100 (88,5)	
Acil	18 (28,6)	45 (71,4)	<0,001
2. basamakta ilgili bölüm	46 (37,1)	78 (62,9)	
KBB Polikliniğine Başvuru Şikâyeti ile İlgili AH Başvurma Durumu, n (%)			
Başvurmamış	66 (31,1)	146 (68,9)	0,001
Başvurmuş	11 (12,5)	77 (87,5)	
KBB Polikliniğine AH Yönlendirmesi ile Başvurma Durumu, n (%)			
AH yönlendirmesi ile başvuramamış	70 (28,5)	176 (71,5)	0,018
AH yönlendirmesi ile başvurmuş	7 (13,0)	47 (87,0)	

birinci basamağın tüm sağlık hizmetleri içindeki payı %36'dan ancak %40'a çıkmıştır.^[8] Sağlık hizmetinin basamaklandırılarak verilmesi amacıyla, 1 Kasım 2008 tarihli Sağlık Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile dört ilde sevk zinciri uygulaması başlatılmış ancak kısa bir süre sonra vazgeçilmiştir.^[9] Sevk sistemi cezalarının durdurulmasına karşın, aile hekimliği uygulanan illerde 2008 yılında aile hekimliğine başvuran hastaların oranı %51, ikinci basamağa başvuran hastaların oranı %49 olmuştur. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği sevki olmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuranlardan alınacak katkı paylarının miktarını arttırarak bu kuruluşlara başvuru sayılarını azaltmayı amaçlamaktadır.^[10]

Aile hekimliği ve sevk sisteminin uygulandığı ülkelerde sevk oranlarında farklılıklar görülmektedir. İngiltere'de aile hekimlerinin yaptığı tüm sevklerin oranını araştıran bir çalışmada sevk oranlarının %2-22 arasında değiştiği bildirilmiştir.^[11] Yine İngiltere'de KBB polikliniğine aile hekimliği tarafından yapılan sevklerin oranı %2,1 olarak bulunmuştur.^[12] Almanya'da yapılan bir çalışmada aile hekimliğinden yapılan tüm sevklerin oranı %10 olarak raporlanmıştır.^[13]

Bizim çalışmamızda aile hekiminin yönlendirmesi olmadan KBB polikliniğine başvuran hastaların oranı %82 idi. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre aile hekimleri kendilerine yapılan başvuruların %80-90'ına niteliğinden bağımsız olarak kesin çözüm getirebilmektedirler.^[14] Buradan da anlaşılabileceği üzere, işlevsel bir sevk sistemi varlığında sevk oranları ne kadar değişiklik gösterirse gösterebilir bu hastaların büyük bir kısmı birinci basamakta tedavi edilebilecektir.

Ülkemizde 2002-2014 yılları arasında birinci basamakta çalışan hekim sayısı %13 artarken uzman hekim sayısında %66 artış olduğu, aynı süre içerisinde kişi başı poliklinik başvurularının 2,6 kat artarak 8,3 olduğu bildirilmiştir. Yine bu sürede birinci basamak sağlık kurumlarına kişi başı başvuru sayısı 1,1 iken 2,8, 2. ve 3. basamak kurumlarına başvuru 2,0 iken 5,5 olduğu bildirilmiştir. Başka bir açıdan baktığımızda bu dönemlerde 1. basamak sağlık kuruluşlarına olan başvurularda 2.5 kat artış olurken 2. ve 3. basamak kuruluşlara olan başvurularda artış 2,75 kat olmuştur. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde 2015 yılı verilerine göre kişi başı sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı ise 6,7'dir.^[15] Bu bilgiler

ışığında hekim sayısındaki artış oranları ile başvuru sayısındaki artış oranlarının dengesiz olduğu söylenebilir. Bu durum özellikle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarındaki hekimlerin iş yükünde artışa sebep olurken sağlık maliyetlerinde artışı da beraberinde getirmektedir. OECD ortalamalarına yaklaşmak için 1. basamak hekim sayısını ve hastaların birinci basamağı kullanma sıklığını arttırırken 2. ve 3. basamak başvuru sayılarını azaltmak gerekmektedir. Bunun için ise işlevsel bir sevk sistemi şarttır.

Yukarıda belirtildiği üzere ülkemizde bir kişi bir yılda ortalama olarak 2,8 kez 1. basamak sağlık hizmetlerinden faydalanırken 5,5 kez 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır.^[15] Çalışmamızda hastalara aile hekimine başvuru sıklığı sorulduğunda; %14,7'si hiç başvurmadığını, %29'u yılda 1-2 kez başvurduğunu, %36'sı yılda 3-4 kez başvurduğunu, %20,3'ü ise her ay sık sık başvurduğunu belirtmiştir. Bu veriler ışığında KBB polikliniğine başvuran hastaların %43,7'si 1. basamak hizmetlerinden yararlanma açısından Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmayan bu hastalar 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini gereğinden fazla kullanmaktadır.

Çalışmamızda hastaların %41,3'ü bir sağlık sorununu olduğunda ilk olarak ikinci basamakta ilgili bölüme, %37,7'si aile hekimine, %21,0'ı ise acil servise başvurdıklarını belirtmişlerdir. KBB ile ilgili şikâyetleri olduğunda ise %70,7'si aile hekimlerine başvurmadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık sisteminde sevk zorunluluğunun olmadığı İran'da uzman hekimlere sevksiz başvuru oranı %60,5 olarak raporlanmıştır.^[16] Hollanda'da özel sağlık sigortası olan ve bu nedenle 1. basamak sevki olmadan bir uzman doktora muayene olabilme hakkı olan popülasyonun %25'inin ilk muayene için direkt uzman doktorları tercih ettiği bildirilmiştir.^[17]

Aile hekimliği uygulamasının tam olarak uygulandığı ülkelerde sevk zorunluluğu olmayan hastaların bile büyük oranda aile hekimlerine başvurdıkları gözlenirken, tam uygulanmayan ülkelerde hastaların büyük bir kısmının aile hekimlerine başvurmadığı görülmektedir. Buradan çıkartılabileceği üzere yeterli teorik bilgi ve pratik beceriye sahip hekimlerden oluşan, aile hekimliği uygulaması olmadan sadece sevk zorunluluğunun getirilmesi gereksiz sevklerin ve 2. ve 3. basamak kurumlar üzerindeki yükün artmasına sebep olurken hasta memnuniyetsizliğinde

artışı da beraberinde getirebilir.

İran’da hastaların uzman doktora direkt başvuru sebepleri %58,8’i uzman doktorun daha yetenekli olması, %16,2’si sevk için aile hekiminde boşa zaman harcaması, %9,8’i sevk sistemi hakkında yetersiz bilgi sahibi olma, %4,2’si uzman doktorla daha iyi iletişim kurabilme, %4,5’i uzman doktorun aile tarafından tanınmıyor olması, %1,5’i aile hekimi ile uzman doktor arasında ücret farkının çok az olması, %2,6’sı reçete için özel uzmanlık gerekliliği ve %0,8’i kolay ulaşım olarak raporlanmıştır.^[16]

Amerika’da yapılan bir çalışma da ise hastaların uzman doktora doğrudan başvuru sebepleri; direkt olarak uzman doktora muayene olmayı isteme (%38), aile hekimleri ile iletişim sorunları yaşama (%28), uzman doktorla mevcut bir ilişkinin varlığı (%23), sigorta ile sorun yaşama (%8) ve bir aile hekiminin olmaması (%3) şeklinde sıralanmıştır.^[18]

Çalışmamızda hastaların; %17,9’unun branş doktoruna muayene olmak istediği, %14,2’si aile hekimini bu konuda yeterli görmediği, %8,5’i hastanenin evine daha yakın olduğu, %7,5’i aile hekiminden memnun olmadığı, %7,1’i ASM ekipmanlarının yetersiz olduğu ve %5,2’si hastaneye başka bölüme gelmişken KBB uzmanına muayene olmak istediği için aile hekimine başvurmadığını belirtti.

Değişik ülke örneklerinde de görüldüğü üzere aile hekimine başvurmama nedenleri farklılık göstermekle beraber ortak olan bir nokta hastaların branş doktorlarını daha donanımlı bulmalarıdır. Başka bir deyişle hastalar aile hekimlerini yeterli bulmamaktadır. Ülkemizde bugün aile hekimliği uygulamasında çalışan doktorların önemli bir kısmı daha önce sağlık ocağı hekimi olarak görev yapmaktaydılar. Yetersiz, hızlandırılmış bir eğitimle unvan değiştirilerek aile hekimliği uygulamasına geçiş, toplumda birinci basamağa güven konusunda bir değişiklik meydana getirememiştir. Birinci basamakta yalnız yeterli eğitim almış uzman aile hekimlerinin çalışması hastaların güvenini kazanmak için şarttır.

Çalışmada ortaya çıkan diğer bir konu hastaların KBB hastalıkları için ASM ekipmanlarını yetersiz

görmesidir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde KBB rotasyonunun zorunlu olmaması; hekimlerin otoskop, nazal spekulum gibi ekipmanların kullanımını ve birinci basamakta yönetilebilecek KBB hastalıklarının yönetim becerisini azaltmaktadır. KBB hastalıklarının çok sık görüldüğü birinci basamakta yeterli araç gereç ve bilgi donanımı gerekmektedir. Bu da aile hekimliği uzmanlık eğitiminde KBB rotasyonunun zorunlu hale getirilmesi ile mümkün görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların aile hekimliği uygulamasından memnuniyetleri ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken aile hekimliğini kullanan, sağlık şikâyeti için ilk olarak aile hekimine başvuran, KBB ile ilgili şikâyetleri için aile hekimine başvuran ve aile hekiminin yönlendirmesi ile KBB polikliniğine başvuran hastalarda aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu anlamlı şekilde daha yüksekti. İlginçtir ki aile hekimine hiç başvurmamayan hastaların %29,5’i de aile hekimliği sisteminden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Buradan da anlaşılabacağı üzere aile hekimliği uygulaması kişilerin demografik özelliklerine bakılmaksızın hizmet sağlamayı amaçlamaktadır. Aile hekimliğini kullanan hastaların memnuniyet seviyelerinin yüksek olması, eksikliklerine rağmen sistemin işlerliğini göstermektedir.

Ülkemiz aile hekimliği uygulamasına yakın zamanda başlayan ülkelerden olup bu konuda iyileştirmeler halen devam etmektedir. Hekim sayılarının ve fizik koşulların yetersizliği yanında aile hekimliğinin toplum tarafından yeterince benimsenmemiş olması aşılması gereken sorunlardan sadece birkaçını oluşturmaktadır. Sevk zorunluluğunun olmaması, hastaların aile hekimliği ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmaması ve aile hekimlerinin yetersiz olduğu düşüncesi aile hekimliğine başvurmanın en önemli sebepleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların aile hekimliğini kabullenmesi, teorik ve pratik açıdan yeterli donanımına sahip uzman aile hekimlerinin varlığıyla gerçekleşecektir. Bu durum sevk sisteminin işlerliği için de önemlidir.

Kaynaklar

1. Ünalın P. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1. Basım. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; Ata Ofset 2004;11-15.
2. Vergese A. The Use of Oral Antibiotics in Daily Clinical Practice. Drugs 1991; 42 (4): 1-5.
3. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi 2004; 35 (3):115-21.
4. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskam SK et al. The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. Journal of Family Practice 2002; 51 (1):72-5.
5. Doğru H, İnçeer O. Etimesgut Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Polikliniğine Başvuran Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1995; 2 (3): 55-9.
6. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, ve ark. Bir Aile Hekimliği Merkezine Başvuran Hastalara Konulan Tanılar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2 (3): 7-13.
7. Hsieh VC, Wu TN, Liu SH, Shieh SH. Referral-free health care and delay in diagnosis for lung cancer patients. Jpn J Clin Oncol. 2012; 42(10):934-9.
8. Akman, M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014; 70-78.
9. Aktürk Z, Set T, Erdal M, Kihan AS. Türkiye'de 2008-2011 Yılları Arasında Aile Hekimlerinin TAHUD, Özlük Hakları ve Sevk Zinciri Hakkındaki Görüşleri: Zamanla Neler Değişti? TJFMPC 2013; 7 (1):1-6.
10. Akdağ R, Aydın S, Demirel H, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara, 2008. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> Erişim tarihi 08.07.2016.
11. Calnan M, Payne S, Kemple T, et al. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. Br J Gen Pract 2007; 57 (542):706-13.
12. Kinshuck AJ, Derbyshire SG, M Wickham, Lesser THJ, Current Demand for ENT Outpatient Services in the UK. http://www.priory.com/family_medicine/ENT_services.htm Erişim tarihi 08.07.2016.
13. Letrilliart L, Flahault A. The Sentinel Surveillance of Referral to Hospital in French Primary Care. http://www.ulb.ac.be/esp/emd/fr_letrilliard.htm Erişim tarihi: 24.07.2016.
14. Oğuz D. Aile Hekimliği. Güncel Gastroenteroloji. 2009;13 (1):8-14.
15. Indicators, O.E.C.D. "Health at a Glance 2015." http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#.WInnQVWLSpo# Erişim tarihi 10.08.2016.
16. Rasoulynejad SA. Patient views for self-referral to specialist. Iranian Journal of Public Health.2007; 36 (1):62-67.
17. Kulu-Glasgow I, Delnoij D, de Bakker D. Self-referral in a gate keeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. Health policy 1998; 45: 221-38.
18. Forrest CB, Weiner JP, Fowles J, Vogeli C, Frick FD, Lemke KW, et al. Self-referral in point-of-service health plans. JAMA. 2001; 285:2223-31.

Geliş tarihi: 06.10.2016

Kabul tarihi: 10.03.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Doç.Dr. Didem Sunay

e-posta: didemsunay@gmail.com

İstanbul kadı sicillerinden bir örnek *Evde Bakım* için bir başlangıç tarihi: 1766 tarihli bir belge

An example of Istanbul sharia court records (Ser'iyye Sicilleri) a start date for
Home Care: A document date 1766

Nilüfer Demirsoy¹

Özet

Evde sağlık hizmetleri tarihsel gelişimde bireye sunulan, en ilkel sağlık hizmetleri arasındadır. Evde sağlık hizmeti: Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre bakıma ihtiyacı olan bireye ailesi, dostları ya da komşuları gibi yakınlarının, gönüllülerin ve profesyonel sağlıkçılarla, hasta bakıcı gibi yardımcıların sağladığı bakım faaliyetleridir. Özellikle doğum eyleminin evde tamamlanmasıyla başlayan uygulamalar, yaşlı, engelli, akıl sağlığı yerinde olmayanlar ve terminal dönem hastaların bakımının evde sürdürülmesi gerekliliği ile genişleyerek devam etmiştir. Akıl hastalarının merkezi akıl hastanelerinde başlayan tedavi yaklaşımı farklı kültürel yapılanmalarda geleneksel tedavi dışında yaşadığı yerde tedavinin sürdürülmesi kabul görmüştür.

Osmanlı devletinde de akıl hastaları XIX.yy'ın başına kadar Haseki Süleymaniye ve Sultanahmet Darüşşifası'nda tutulmuştur. Kadılar akıl hastalarının gözlem altına alınması, yakınları yanında kalacaklarsa güvenliklerinin sağlanması ile de ilgilenmiş ve bu konuda çeşitli kararlar vermişlerdir.

Bu çalışmada, İstanbul Kadılığı Şerri Sicilleri taranmış, ulaşılan belgeler arasında 29/2/4'te kayıtlı 19 Receb 1180 (21 Aralık 1766) tarihli belge Osmanlı devletinde "Evde Bakım" konusunda bir başlangıç tarihi oluşturması açısından önemli bulunarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Kadı sicilleri, evde bakım, mental hastalıklar

Summary

Home health care services are among the most primitive health services offered to the individual in historical development. Home health care service: According to the definition of the World Health Organization is activities of care which is provided for individual who needs care by the relatives such as his/her family, friends or neighbours, volunteers and assistants such as professional health care providers, nurses. Especially applications that started with the completion of birth activity at home continued by expanding with the necessity of continuing the care of elderly, disabled, mentally ill people and terminal period patients at home. The treatment approach of the mentally ill people, which started at the central mental hospitals, is adopted in different cultural constructions as continuation of treatment at the place where they live outside treatment place traditional.

Also in the Ottoman state, people of mental illness were held in Haseki Süleymaniye and Sultanahmet Hospital until the beginning of 19th century. Sharia Court Records also involved in keeping the mental patients under observation and ensuring the safety of their relatives if they stayed with them, they made various decisions on this issue.

In this study, Records of Istanbul Sharia Court are scanned and the document, which is registered on 29/2/4 with the date 21st December 1766, is evaluated as important in terms of creating a starting date for "Home Care" in the Ottoman state.

Key Words: Sharia court records, home care, mental illness

¹ Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Öğr. Gör. Dr., Eskisehir

Giriş

Evde bakım hizmetleri, ev ziyaretleri temeline dayalı bir sağlık hizmeti sunum şeklidir. Ev ziyaretçileri de evde bakım hizmetlerini sunan kişilerdir. Ev ziyaretçiliği kavramı yirminci yüzyılla birlikte bakım hizmetlerinin ötesine geçmiştir. Ev ziyaretleri hasta ya da hizmet alacak bireyi ve aileyi belirlemek, gerekli olan hizmeti sunmak ve kontrol etmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Ev ziyaretleri ile hedef kitleye erişim sağlanmaktadır. Evde hizmet (home service); kendine yeterli olup da kısmi destek ve yardımla evinde yaşamak isteyen ya da kurumda bakımı gerektirecek kadar sağlıklı olan, ancak özel gereksinim gruplarına onların yaşadığı ortamda gerekli meslek elamanları tarafından zaman zaman hastanın evine gidilerek verilen hizmet olarak tanımlanmaktadır. Evde bakım, ev hastanesi, ev hospitilizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinir ve hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelir.^[1]

Sürekli gelişen dünya algısının içinde sağlık hizmetlerinin üstlendiği görevler de değişmekte olup yalnızca tedavi edici değil koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici sağlık ve sosyal hizmetlere duyulan ihtiyaç ve talep artmaktadır.^[2]

Akıl hastasının geleneksel, merkezi akıl hastanelerinin dışında tedavisi ve akıl hastasının yaşadığı yerde kabul görmesi 1960'lı yıllardan sonra araştırmacıların dikkatini çekmiş olmasına rağmen tarihsel süreçte yazılı bazı belgeler bunun gerekliliğini bize yüzyıllar öncesinde göstermiştir. Toplumun, hastaların bakımında ve tedavisinde sorumluluk almasının gerekliliği, hastaların toplumdan koparılması yerine toplum içinde bakım ve tedavilerinin sürdürülmesini gündeme getirmiştir. Bu amaç için yeni kurumlar oluşturulmaya başlanmıştır.

Bu gelişme, doğal olarak hastanın içinden geldiği ve bir gün yine döneceği aile ve toplumsal çevresine daha çok ilgi gösterilmesini sağlamıştır. Böylece gerek ailenin yapısı, özellikleri ve etkileşim kalıplarına ilişkin bilgiler alınmasına, gerekse ailenin psikiyatrik kuruluşlarla iş birliği içine girmesi ve taburculuk sonrası hastayı kabul etmesine yönelik etkinlikler giderek ağırlık kazanmıştır. Akıl hastasının yaşadığı yerde tedavisi akıl hastalığına ve akıl hastasına karşı tutumlar konusunu beraberinde getirmektedir.^[3,4]

Tıp hem düşünce sisteminde hem de uygulamada bütüncül yaklaşımı benimser. İnsanı bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden bir bütün olarak görür. İn-

sanın ve sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak benimsenmesi ve uygulanması, psikiyatri alanında diğer sağlık alanlarına göre çok daha uygundur. Psikiyatri hastalarının evde bakımının temel prensipleri ve fel-sesine bakıldığında, yetişkinlerin ekonomik, sosyal veya tıbbi nedenlerle kendi evlerinde ve toplum içinde kalmak istedikleri bilinmektedir. Uzun süreli bakım gerektiren durumlarda sıklıkla birçok sorunla birlikte baş etmek gerekmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri birey ve ailesini bir bütün olarak ele alarak, bakımın bütünleştiriciliğini ve koordinasyonunu sağlamalıdır.^[4]

Türkiye’de Evde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Türklerin İslam’ı kabul etmelerinden önceki dönemlerde toplumun sağlığını korumakla ve hastalıklarla savaşmakla görevli olanlar başlıca iki gruba ayrılabilir.^[2] Bunlardan ilki “kam”lardır. Genellikle erkeklerin yürüttüğü ve onlara kendi soylarından geçen bir özellik olan kamlık; insan ruhuna ‘musallat’ olan, onu çalan ya da yolunu şaşırtan kötü ruhlarla mücadele etmektedir. Diğer grup ise, ampirik tıp uygulayıcıları olan, ‘emci’, ‘otacı’, ‘atasagun’lardır.^[5]

Erken dönem İslam Tıbbı’nda sağlık hizmetlerinin verildiği özel sabit bir mekânın varlığı bilinmemektedir. Sağlıkla ilgili hizmetlerin savaş meydanlarında kurulan çadırlarda ya da ayaktan tedavi edildiği aşikardır. Günlük yaralanmalar ve hastalıklarda tedavi evlerde sürdürülmüştür.^[6]

Anadolu Selçukluları zamanında Anadolu Bacıları “Bacıyan-ı Rum” adı altında Ahilik Teşkilatının kadınlar kolunu oluşturmuşlar, dokumacılık, askerlik gibi faaliyetlerin yanı sıra yolcu ve kimsesizlerin bakılması gibi önemli hizmetler yürütmüşlerdir.^[5]

Osmanlı döneminde, genel idari örgütlenmenin askeri temele oturmasına koşut olarak sağlık hizmetleri daha çok orduya olarak devlet eliyle yürütülmüş; padişah, sultan ve hayırsever kişilerin kurdukları hastane, şifa evleri ve benzeri kuruluşlarca verilmiştir.^[7]

Cumhuriyet döneminde ise evde bakım hizmetleri yasal zemine yerleşmiştir. Umumî Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) Tatbikatına Dair 19 Temmuz 1931 tarihli 1852 sayılı 21 No’lu Tamim’de ilk defa “ev ziyareti” kavramından resmî olarak söz edilmiştir. 17 Mayıs 1934 “Evde muayene” Zührevî Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesinin 14. Maddesine Tevfikan Yapılmış Olan Talimatname yayınlanmıştır.

6 Ekim 1934 “Evde tedavi” bahsi Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatnamesinde yer almıştır, 12 Haziran 1937 “Kamu Kurumu Personeline ve Kurum Çalışanlarına Evde Tedavi Sunulması” başlığı Emniyet Teşkilatı Kanunda yayınlanmıştır.^[8]

12 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile atıldığı görülmektedir. İlgili kanunda, sağlık hizmetlerini tek bir elde toplamak, sağlık hizmetlerinin ve personelin ülke geneline dengeli dağılımının sağlanması, yatak sayısının yetersiz olduğu hastanelere yönelik alternatif bir çözüm olarak köylere kadar ulaşılabilen evde tedavi örgütlerinin oluşturulmasının gerekliliği konularına değinilmiştir.^[9,10]

9.9.1964 tarih ve 11802 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin 1.maddesine göre “... evde ve ayakta tedaviye öncelik verilecektir.” hükmü yer almaktadır. Aynı yönetmeliğin 6. Maddesinin i bendinde ise “mütehassıs tabipler ve sağlık ocağı hekimlerinin konsültasyon için eve hasta muayenesine gidecekleri, bu ziyaretin ücrete tabi olmadığı belirtilmektedir.”^[11]

15 Kasım 1976 “Uzun süreli evde bakım kullanımı”, “Millî Eğitim Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik”te yer almıştır.^[12] 30 Ekim 1989’da evde hasta bakımı yıllık programlara dâhil edilmiş, konu “1990 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair” Bakanlar Kurulu Kararı’nda yer almıştır.^[8]

19 Ağustos 1993’de “Evde hizmet” kavramı ilk defa engellileri de kapsayacak biçimde “Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik”te yer almıştır.^[13]

Sağlık Bakanlığı ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetleri verilmesine imkân sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir. İlgili yönetmelik 06.11.2007 tarihinde (26692 sayılı Resmi Gazete) revize edilmiştir. Yönetmeliğin 8. maddesi “Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenlemede yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebilirler”

şeklinde dir. Yönetmeliğe göre, evde bakım hizmetleri bir sağlık ekibi tarafından ve hekim merkezli yürütülecek şekilde düzenlenmiştir.^[14]

Yönetmeliği takiben Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.^[15] 06 Temmuz 2005 tarihinde Evde bakım hizmetleri, aile hekimlerinin görevi olarak Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğinde belirlenmiştir.^[16]

2 Şubat 2008 tarihli “Evde bakım hemşireliği” ve klinik eğitim içerisinde evde bakım hemşireliğinin yer alması gerektiği belirtilmiştir. “Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır.^[17] 28 Mayıs 2008 tarihli evde verilen hizmeti, bakım ve tedavi ayırımı yapmadan sağlık hizmeti vermek olarak tanımlayan ilk metin Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi yönetmeliğidir.^[18]

18.01.2010 tarihli ve 2620 sayılı makam oluru ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” hizmete girmiştir.^[19]

21 Ocak 2012’de İlk defa evde sağlık hizmetleri bedellerinin hizmet başına ödeme yöntemi ile kamu bütçesinden ödeneceği belirtilerek Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer verilmiştir.^[8] 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazete’de “Evde Bakım Hizmetleri Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” yayımlanmıştır.^[20]

27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” uygulamaya geçmiştir.^[21]

Ankara Büyükşehir Belediyesi, Türkiye’de evde bakım hizmetleri uygulamasını başlatan ilk büyükşehir belediyesidir. Ankara Büyükşehir Belediyesi’nde evde bakım hizmetleri, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı’na bağlı, Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü çatısı altında bulunan Yaşlılara Hizmet Merkezi tarafından yürütülmektedir.^[22]

Ülkemizde bilimsel tanımın dışında gerçekleşen “Evde Bakım” tanımı ve uygulamaların örnekleri giderek artmış ve konu tartışmalara yol açarak gündemde yerini almaya devam etmektedir. Konu son yıllarda Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının da gündemine girmiş bulunmaktadır. Bilimsel tanıma uymasa da evde yapılan bu sosyal ağırlıklı destek “Evde Bakım” olarak adlandırılmaktadır.^[23]

Her ne kadar bilimsel tanımını tam olarak kapsamasa da, bu gelişme ve tartışmalar konu ile ilgili farkındalık yaratmakta, gelişim sağlamaktadır. Son yıllarda evde bakım hizmetine ilgi duyan ve bu konuda katkı sağlayan resmi sağlık kuruluşlarının sayısı artmaya başlamıştır. Evde bakımda beklenen sağlık hizmetlerinde kalite artışı getirmesidir ve bu konuda aynı yıllarda gelişen bir diğer sağlık yapılanması ile entegre olmaktadır.

İslam Hukuk Sistemi İçinde Hasta Bireye Yaklaşım

İslami anlayışa göre bireylerin ve hastaların fakir, engelli, yaşlı, kadın veya bakıma muhtaç olması onların sahip oldukları haklarını kullanmalarını engellememeli ve bu tür özellikler bu insanların çalışma, eğitim, sağlık gibi haklardan uzak kalmalarına neden teşkil etmemelidir. Toplumda birlik, beraberlik, kaynaşma, sevgi, merhamet ve yardımlaşma duygularının hakim olmasını öngören İslam dini engelli, hasta ve yaşlı insanlarla ilgilenmeyi ve onlara yardım etmeyi iyi bir davranış olarak nitelemektedir. Engelli, hasta, yaşlı ve her türlü yardıma ihtiyacı olan insanlara yardım etmek iyi ve güzel işlerin başında gelir.^[24]

İslam dini gerek kişisel gerekse toplumsal açıdan insan hayatına yön ve şekil veren, koyduğu kurallara uymakla dünya ve ahiret mutluluğu sunan evrensel bir dindir. Kişilerin dini yaşayabilmeleri için hem bedensel hem de ruhsal yönden sağlıklı olmaları, işlerini yürütebilmeleri için temel şartın sağlık olduğu konusu üzerinde Kur'an ve Hz. Peygamber (s.a.v.) önemle durmuştur.^[25]

Akıl sağlığı yerinde olmayanlar bunun geçici veya kalıcı olmasına bağlı olarak İslam dini nazarında bir takım yükümlülüklerden muaf tutulmuştur. Hz. Peygamber'in “Akıll olmayanın dini de yoktur” hadisi bu bakış açısını etkilemiştir. Akıl hastasının ehliyetli sayılmamasının, toplumdan dışlanması şeklinde gelişmediği, tersine bir veli gibi korunduğu, bakıldığı ve hoş görüldüğüne işaret eden çalışmalar vardır.^[26]

İslam dininde zihinsel yetersizliği olan bireylerin sosyal konumları ve hakları esas olarak Kur'an-ı Kerim'in 4. suresi olan Nisa suresinin 5. ayetinde yer alan hadise dayanarak açıklanmaya çalışılmıştır. Bu ayette; “Allah'ın, sizin için geçim kaynağı yaptığı mallarınızı aklı ermezler vermeyin. O mallarla onları besleyin, giydirin ve onlara güzel söz söyleyin (Nisa.5).” şeklindedir. Bu ayetle ilgili olarak, İslam fıkıhçıları sosyal ve ekonomik hayatta bireysel hak ve sorumluluklar konusunda bu ayeti ve peygamberin hadislerini esas alarak konulara açıklık getirmeye çalışmışlardır.^[25]

İslamiyet'te sosyal yardımlaşma ve hayırseverlik, ihtiyacı olan bireylere ekonomik ve sosyal desteklerin sağlanması şeklinde olduğu belirtilmektedir. Diğer tüm yardımlaşma ve hayırseverliklerin dinsel ve geleneksel kurallara bağlı olduğu belirtilmiştir. İslam hukukunda zihinsel yetersizliği olan bireyler toplumsal yaşamın dışına itilmemiş ve bazı ayrıcalıklar tanınarak özel uygulamalarla sosyal katılımları sağlanmaya çalışılmıştır.

Bu durum İslam'ın büyük günahlarından sayılan kul hakkının çiğnenmemesi gereği ve insanın yaratılmışların en şereflisi olduğuna dair (İsra, 70) ayette açıklanmıştır. Yine, Ya'sin suresinin 65–67. ayetlerine göre tüm yetersizlik durumları Allah tarafından yaratılmıştır. İslam hukukuna göre tüm günahlar Allah tarafından affedilebilir, ancak kul hakkı ancak hakkı yenilen birey affederse af edilecektir. Bu nedenle, zihinsel yetersizliği olan bireylerin sosyal ve ekonomik haklarının korunup kollanması özellikle üzerinde durulan bir konu olmuştur.^[26]

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin akıl hastalarıyla birlikte dönemin hastanelerinde bakım ve tedavi aldıklarını zihinsel yetersizliğin XV. ve XVII. yüzyıllarda hala bir akıl hastalığı kategorisi olarak ele alınmış olmasından anlayabiliyoruz. Ortaçağ İslam dünyasında başta Bağdat olmak üzere Kahire, Şam gibi önemli ticaret ve bilim merkezlerinde akıl hastalarının ve dolayısıyla da zihinsel yetersizliği olan bireylerin bakıldığı hastanelerin/kurumların kurulduğu ve bu kurumların masraflarının merkezi hükümetçe karşılandığı bildirilmektedir.^[25]

Gerek Selçuklu gerekse Osmanlı zamanında yapılan darüşşifalar birer akıl hastanesi olarak kurulmamış, her türlü hastaya hizmet vermek üzere vakfedilmiştir. Akıl hastanesi anlamında kullanılan Bimarhane, Bimaristan ve Tımarhane isimli mekân-

lar aslında hasta evi/yeri ve tedavi evleri olarak hizmet vermişlerdir. Bu kurumlar, “İnsanlık içinde en fazla bakıma ve şefkate muhtaç olduğu” inancını temel amaç kabul etmişlerdir.^[27]

Osmanlı Şer’i Sicilleri

Kuruluş yılından itibaren Şer’i kaza usulünü benimseyen Osmanlı Devleti’nin birinci padişahı Sultan Osman’ın ilk tayin ettiği iki memurdan birisi, kadı olmuştur. Daha sonra fethedilen her idare merkezine bir kadı tayin edilmiş, Osmanlı Adli Teşkilat yapısı ortaya çıkmıştır. Tek kadı’nın görev yaptığı bu usule Şer’iye Mahkemeleri adı verilmektedir.^[28]

Şer’iye Sicilleri, insanlarla ilgili bütün hukukî olayları, kadıların verdikleri karar suretlerini, hüccetleri ve yargıyı ilgilendiren çeşitli yazılı kayıtları içermektedir. Bu kayıtlarda her türlü toplumsal olay ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Siciller, mukavele, senet, vakfiye kayıtları, nafaka, vekâlet, vesayet, Miras davaları, tereke ve taksim kayıtları, nikâh kayıtları, günlük narh kayıtları gibi ilgili yerleşim birimlerine ait birçok konuda belge içermektedir.^[29]

XV. yüzyılın ikinci yarısından başlayarak, XX. yüzyılın ilk çeyreğine kadar geçen yaklaşık beş asırlık bir dönemin kayıtlarını ihtiva eden Şer’iye Sicilleri, Osmanlı toplum yapısıyla ilgili çalışmalarda vazgeçilmez kaynaklardan biridir. İncelenen dönemin yaşam dinamiklerinin tümünü bu kayıtlarda görmek mümkündür.^[30]

Şer’iye Sicilleri, Osmanlı Devleti Tarihi’nin bütün kurumlarıyla o günün kayıtlarına inilerek tespit edilmesinde önemli olan ilk elden kaynaklardandır. İçerisinde başka hiçbir yerde aslı veya kopyası bulunmayan çok fazla sayıda belgenin bulunması sicillerin ne kadar değerli olduklarını gösterir. Osmanlı tarihinin kaynakları arasında arşiv belgeleri daima ana kaynak durumundadır. Şer’iye Sicilleri de bu yönüyle birinci derecede öneme haizdir.^[31]

İstanbul Şer’iye Sicilleri sadece İstanbul’un değil bütün Osmanlı toplumunun aynasıdır. Dil, din, mezhep ve etnik yapı dolayısıyla kültür bakımından kozmopolit bir yapı arz eden Osmanlı toplumunun ayakta kaldığı altı asrın en az yarısında Osmanlı sülhünü gerçekleştirmedeki sırrı ve bunun dinamiklerini öğrenme şansı vermektedir.^[32]

Şer’iye Sicilleri, Osmanlı devleti tarihinin bütün

kurumlarıyla o günün kayıtlarına inilerek tanzim edilmiş, başka yerde aslı ya da kopyası olmayan çok sayıda belgeyi ihtiva etmesi bakımından çok değerlidir. Şer’i sicillerinde, tıp tarihi ve deontolojisi ile tıbbi folklorumuzu ilgilendiren kayıtlarda yer almaktadır. Bu kaynakların Osmanlı dönemi tıp tarihinin özellikle uygulama boyutunu göstermesi açısından önem arz etmekte tıp tarihi için vazgeçilmez birinci el kaynakları arasında yer alır. İncelenen dönemin yaşam dinamiklerini bu belgelerde bulmak mümkündür.^[33,34,35,36]

Materyal ve Metot

Başbakanlık Osmanlı arşivinde yer alan İstanbul Kadı Sicilleri taranmıştır. Adliye başlıklı bölümü H:1123-1293 / M:1711-1876 yılları arasında 6.731 belgeyi ihtiva eder. İncelemede C.ADL. Adliye Fon’unda yer alan 6731 belge taranmış ve 724 belge numarası ile nr. 29/2/4’te kayıtlı 19 Receb 1180 (21 Aralık 1766) tarihli belgenin (**Resim 1**) evde bakım konusunda bir ilk tarih olabileceği düşünülerek seçilmiş, belgenin transkripsiyonu ve konu ile ilgili bir değerlendirme yapılmıştır. Çalışmada kullanılan, belge Batıda 18.yüzyıla tarihlenen evde bakım hizmetlerinin sunumu ile ilgili yasal yaptırımın Osmanlıda da 18.yy’a tarihlendiği bu belirlemenin batıdan yaklaşık 250 yıl öncesine ait olduğu konu temelli ulaşılabilen en eski belge olması dolayısıyla ile tartışılarak öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Belgenin Transkripsiyonu

Ma’rûz

İstanbul’da Odabaşı ŞevkîkurbundaCa’ferAğâ Mahallesi ahâlisinden olûb hâlâ SultânAhmed Hân –aleyhi’r-rahmetehuve’l-gufran-Dârü’s-şifâsında der-zincir olan derûne arzuhâlde mezkurü’l-ism Osman’ın menziline muâlecezmından der-zincir olmakda zararı yokdur deyûzîkr olunan darü’s-şifâ hekimbaşısı efendi-i dâileri tarafından Mürsel Mehmed Bin İbrâhîm ve ahâli-i mahalleden Ahmed Efendi Bin Resul ve Ömer Çavûş ve Ali ve Ahar Mehmed ve Hüseyin vesâirleri sâdır olan fermân-ı âlîlerineimtisâlen haber verdiklerinden sonra Merkûm Osman’ın kâînpederisâhib-i arzuhâl Mehmedmezbûr Osman’ın darü’s-şifâdan menziline nakl ve menziline der-zincir ve muhâfaza ve muâlece etmek üzere fermân-ı âlî rica eylediği huzûr-ı âlîlerinei’lâm olundu.

Fi 19 Receb sene 1180. [21 Aralık 1766]

Tartışma

Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artması, evde sağlık hizmetleri uygulamasının önemini her geçen gün artırmaktadır. Diğer önemli bir husus ise evde sağlık hizmetlerinin kapsamlı, kolay ulaşılabilir, nitelikli ve yaygın bir hale getirilmesi ile hastanelerdeki yoğunlukların önüne geçileceği ve tedavi masraflarının azaltılabileceği düşünülmektedir. Yaşlıların ve kronik hastalıkları olanların sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinimlerinin olması kaynakların en etkin şekilde kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle bu hizmetler sağlık, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla birlikte değerlendirilmelidir.

Evde bakım hizmetleri; ihtiyacı olanlara kendi evlerinde sağlanan bir dizi sağlık ve sosyal destek hizmetleridir (DSÖ). Evde sağlık hizmetleri; çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere, evinde ve aile ortamında, sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleridir.^[14]

Ülkemizde bu konudaki mevzuat ayrıntılandırılarak verilmiştir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde; evde sağlık hizmetleri ülkemizde üç şekilde uygulanmaktadır. Birincisi, aile hekimleri tarafından, aile hekimliği mevzuatı doğrultusunda verilen sağlık hizmetleridir. İkincisi, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri tarafından verilen sağ-

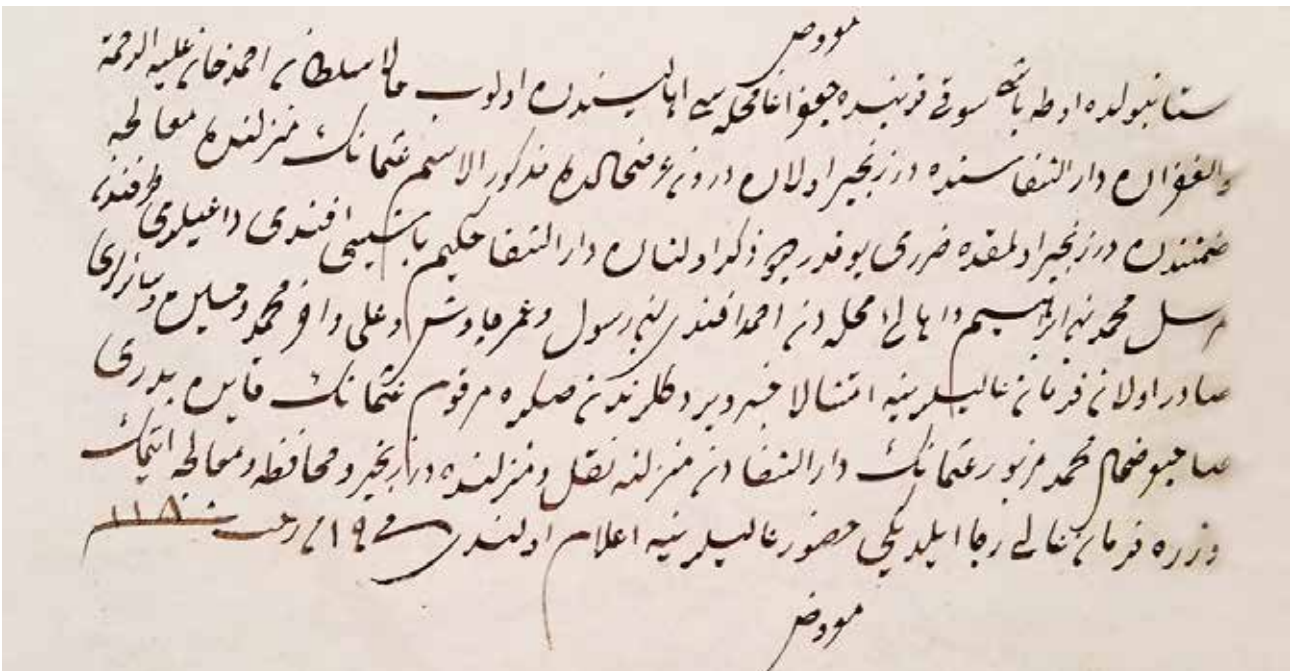
lık hizmetleri ve üçüncü olarak periferdeki bireylere sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan mobil ekipler vasıtasıyla sunulan evde sağlık hizmetleridir.

10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ülkemizde bütüncül sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması adına önemli adımlarından biridir.

Bu yönetmeliğin amacı; “fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir”. Yönetmelikte evde bakım hizmeti; “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması”, olarak tanımlanmaktadır.

Çalışmamızda sunduğumuz 1766 tarihli arşiv belgesi incelendiğinde yönetmelik içinde yer alan bireyin sağlığını korumaya yönelik ve hekim önerisiyle ev ortamında bütüncül sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması adına hukuki nitelik taşıyan bir karar alınmıştır. Birey odaklı hizmetlerin sunumu ve bu konuya gösterilen hassasiyet belgede dikkat çekmektedir. Yönetmeliğin ilgili tanımları ile de birebir örtüşür niteliktedir.

Resim 1.



Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge gereği; başvuruların değerlendirilmesi ve evde sağlık hizmetine kabul Madde 17- (2) “Aile sağlığı merkezi veya aile hekimi kendisine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek hizmetin seviyesini belirler. Evde sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kendisi tarafından verilecek ise hasta veya yakınının da muvafakatini alarak doldurduğu başvuru formunu, hizmetin kapsamı ve hastanın durumunu belirtir bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletir.”

Çalıştığımız arşiv belgesinde de evde bakımının sürdürülmesi kararı verilen hasta için yakınlarının onamının alındığı, hasta yakının bu konuda bilgilendirildiği görülmektedir. Karar verebilecek yeterliliğe sahip olamayan bireyler için veli/vasisi ya da birinci derece yakınlarından gerekli onamın alınması hukuki olarak zorunlu bir durumdur. Geçmişte sağlık uygulamalarında birçok belgede bu konunun önemine vurgu yapıldığı görülmektedir.^[33,34,35,36] İncelediğimiz belgede de bu konuya dikkat çekilmiş, hasta yakınının nezaretinde eve gönderilmiştir.

Ülkemiz kültür yapısı evde bakımın kavramsal olarak destek göreceği özelliklere sahiptir. Hastanın aile ortamında bakımının sağlanması, bakımın maliyetinin azaltılması bakımından da önemlidir. Evde bakım hizmetlerinin sunumu bireylerin sağlık bakımları için olduğu kadar ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin karşılanabilmesi için de ayrı bir öneme sahiptir.

Sonuç ve Değerlendirme

“İstanbul’da Odabaşı çarşısı yakınındaki Ca’ferAğâ Mahallesi sakinlerinden Sultan Ahmed Darüşşifasında tutulan Osman’ın evinde tedavi edilmesi konusunda ferman talep edildiği” ne dair bir belge 18. Yüzyılda Evde bakım hizmetlerinin yaptığına kanıt teşkil edebilecek araştırmalarda ulaşılabilen en eski belge olarak değerlendirilmiştir. Hem sağlık uygulayıcıları hem de aile yakınları tarafından ta-

lep edildiği gerçekleştirilmesi için İslam hukuk sisteminin bunu destekler nitelikte bir yaklaşım izlediği görülmektedir.

Bilindiği gibi temel sağlık hizmetlerinin felsefesine göre birey ve ailelere kendi sağlıklarına yönelik sorumluluğu üstlenme bilinci kazandırılmalı, sağlık alanında toplum katılımı sağlanmalıdır. Bu anlayışla bakıldığında evde bakım hizmetleri topluma aileye ve bireylere katılım bilinci kazandırmada uygun bir model olduğu söylenebilir.

Tarihsel olarak değerlendirildiğinde evde bakım kavramının kurumsallaşmasının Osmanlıda batıdan yaklaşık yarım asır öncesine dayandığı söylenebilir. Hasta merkezli yaklaşım içinde hastanın mümkün olduğunca kendi yaşam ortamında düzenlenmiş tedavinin uygulanmasının önemi de vurgulanmıştır.

Evde sağlık ve bakım uygulamaları, Türkiye sağlık mevzuatı içinde yer alan “evde bakım” Osmanlı döneminden itibaren karşımıza çıkar ve bu nedenle yeni bir kavram değildir. Yıllar içerisinde hem kadılık müessesesinde hem de mevzuatta yer alan uygulamaların hizmet sunumu sırasında etkin kullanımı konusunda gayret edildiği söylenebilir. Evde sunulan hizmetler “ev ziyareti” kavramından “evde sağlık” kavramına dönüşüm yaşamıştır.

Diğer tüm hastalıklarda olduğu gibi psikiyatrik hastalıklarda da evde bakım hizmetlerinin önemi ve etkinliği tartışılmaz. Bireye uygun, kaliteli ve maliyeti düşük evde bakım hizmetinin sağlanması çok önemlidir. 18 yüzyıla tarihlenen uygulamaların önemi günümüzde var olan yasal ve tıbbi imkânların temellendirilen gerekçelerle uygulamaya geçirilmesi sununun hizmet anlayışı ve kalitesini de arttıracaktır.

Teşekkür

Bu çalışmada değerlendirilen belgenin transkripsiyonuna ilişkin desteklerinden dolayı Mesut GÜVENBAŞ’a teşekkür ederim.

Kaynaklar

1. Bentur N. Hospital at home: what is its place in the health system. Health Policy 2001; 55: 71-79.
2. Elçioğlu Ö. Evde Bakım ve Etik (Home Care and Ethics). I. Ünlüoğlu, E Saatçi, (Eds.), Aile Hekimliğinde Evde Bakım, İstanbul: Türkiye Aile Hekimliği Vakfı, Akademi Yayınevi, 2015, s. 207-217.
3. Özdemir U. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Kitabı. 6.Ünite, 2015.
4. Arkar H. Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi. Düşünen Adam 1991; 4 (3): 6-9.
5. Sarı N, Akgün B. Türk Tarihinde Psikiyatri Hastasına Kısa Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 1, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62. 2008, s.1-24.
6. Ağırakça A. İslam Tıp Tarihi Başlangıçtan 7. / 13. Yüzyıla Kadar. Akdem Yayınları, s:20-30.
7. Akdur R. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları. Akdur, R. et.all (Eds), Halk Sağlığı, Ankara: Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Yayın No:26,1998.
8. Coban M, Esatoğlu AE, İzgi MC. Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi (Historical evolution of home care applications in legislative base in Turkey) Türkiye Biyoetik Dergisi 2014;1(3):154-76.
9. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html, Erişim Tarihi: 02.05.2016.
10. Işık O, Kandemir A, Erişen M.A, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016; 19(2): 171-186.
11. RG 11802 sayılı 9.9.1964 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik.
12. 15 Kasım 1976 tarihli Millî Eğitim Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik.
13. 19 Ağustos 1993 tarihli Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmeliği.
14. RG 26692 sayılı ve 06.11.2007 tarihli Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.
15. <http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/59-evde-bakim-hizmeti/145-bakanlmzca-evde-bakim-hizmeti-alannda-yapilan-calmalar.html> adresinden 02.11.2016 tarihinde erişilmiştir.
16. 06 Temmuz 2005 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik.
17. 2 Şubat 2008 tarihli Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik.
18. 28 Mayıs 2008 tarihli Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği.
19. 18.01.2010 tarihli ve 2620 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”.
20. 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazetede Evde Bakım Hizmetleri Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.
21. 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik”.
22. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslibakim2.htm> adresinden 03.11.2016 tarihinde erişilmiştir.
23. www.sydgm.gov.tr/tr/haberler/sydgm/guncel/1280 adresinden 02.11.2016 tarihinde erişilmiştir.
24. Musayev İ. İslami Bakış Açısıyla Engellilerin Sorunlarına Çözümler (Solutions Of Disabled People’s Problems by Aspect of Islam) International Symposium on Changes and New Trends in Education November 22-24, 2013 Konya, Turkey Symposium Proceedings Book Volume 1. s: 11-18.
25. Aksoy V. Ortaçağ İslam Topluluklarında Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Toplumsal Statüleri ve Eğitimler. International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE) 2014; 6(1):102-114.
26. Ekşi A. İslam Tıp Hukuku: Çağdaş Tıp Problemlerine İslam’ın Getirdiği Hukuki Çözümler. Ensar Neşriyat, İstanbul 2011.
27. Kılıç R, Osmanlı Devletinde Deliliğin Tarihi: Toptaşı Örneği bilig, Güz 2013 / Sayı 67.
28. Akgündüz A. Osmanlı Devleti’nde Belediye Teşkilâtı ve Belediye Kanunları, Osmanlı Araştırmaları Vakfı, İstanbul.2005 s.:47, 129-139,178-187,218-231.
29. Gedikli F. Osmanlı Hukuk Tarihi Kaynağı Olarak Şer’iye Sicilleri. Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi 2005; 3(5) :188-189.
30. Akgündüz A. Şer’iye Sicilleri Mahiyeti Toplu Kataloğu ve Seçme Hükümler. TDA Vakfı, İstanbul.1998 syf. 17-18,
31. Ekinci EB. Osmanlı Devleti’nde mahkemeler ve kadılık müessesesi. Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi 2005. 3:417-419.
32. Demir A. Konya Şer’iye Sicilleri’nde rıza senedi örnekleri (1659-1749). History Studies International Journal of History 2012 31-46.
33. Sayligil O, Ozden H. A written consent form dating back to 1524 in Bursa Şer’iye (Sharia Court) records and a proposal of a new start date for consent forms. Ann Saudi Med 2014; 34(5): 433-436.
34. Demir A. Konya Şer’iye Sicillerinde Rıza Senedi Örnekleri (1659-1749) History Studies 2012: 31-46.
35. Arda B, Aciduman A. Ayıntab Şer’i Mahkeme Sicilleri’nden örneklerle tıp ve hekimlik üzerine gözlemler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi/ Pediatri Tarihi 2014; 57: 283-287.
36. Tok Ö. Osmanlı Dönemi Hekim-Hasta ilişkileri Hasta (Kadı Sicillerine Göre XVII. ve XVIII. Yüzyıllarda Kayseri Örneği). Turkish Studies International Periodical For The Languages, Literature And History Of Turkish Or Turkic 2008; 3/4 : 788-805.

Geliş tarihi: 29.11.2016

Kabul tarihi: 08.05.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2017

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Nilüfer Demirsoy

e-posta: nilufer_p2@hotmail.com

Dördüncül koruma: Önce zarar verme

Quaternary prevention: First, do not harm

Melahat Akdeniz¹, Ethem Kavukçu²

Özet

“Önce zarar verme” ve “koruma tedaviden daha iyidir” tıbbın iki temel ilkesidir. Bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimlerinin günlük rutin işleri arasındadır. Klinik koruma bir sağlık sorununun ortaya çıkmasını, gelişmesini ya da komplikasyonlarını engelleme için yapılan girişimlerdir. Günümüze dek klinik koruma girişimleri 3 düzeyde değerlendirilmekteydi. Birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma. “Önce zarar verme” ilkesi hekimlerin iyatrojenik zararlardan kaçınmasını gerektirmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalardan elde edilen yeni bilgiler koruma girişimlerinin hastalara zarar da verebileceğini işaret etmektedir. Ancak, hastalara zarar verme potansiyeli olan sağlık hizmetleri sadece koruma girişimleri ile sınırlı değildir. Hastalıkların araştırılması, tanı ve tedavi aşamalarında da hastalara zarar verilebilir. Aile hekimlerinin hastalarının tıbbi girişimlerden zarar görmesini engellemek sorumluluğu, dördüncül koruma kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Dördüncül koruma kavramı 1986 yılında Dr. Marc Jamouille tarafından geliştirilmiştir ve önce zarar verme ilkesinin yeni versiyonu olarak sunulmuştur. Kavram Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) Uluslararası Klasifikasyon Komitesi toplantısı sırasında benimsenmiş ve WONCA'nın Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri için sözlüğünde yayınlanmıştır. Sözlükteki tanımıyla dördüncül koruma “aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemdir. Dördüncül koruma kavramı giderek artan bir şekilde diğer uzmanlıklarca da benimsenmekte ve yaygınlaşmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Dördüncül Koruma

Summary

“First, do not harm” and “Prevention is better than cure” are two key principles of medicine. Preventive health serves for individuals and population are among the daily routine task of the family physicians. Clinical prevention are the activities taken to prevent the occurrence and development of a health problem or its complications. Preventive actions have been evaluated in three levels until today: Primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention. Principle of “first, do not harm” requires that physicians to avoid iatrogenic harm. New information from the studies conducted in recent years indicated that the preventive actions could give harm to patients. However, health care practices which are potentially harmful to the patient are not only limited to protection interventions. Harm can be given to patients in process of investigation, diagnosis and treatment of disease. The responsibility of family physicians to prevent their patients from being harmed by medical initiatives has led to the emergence of the concept of quaternary prevention.

Concept is developed by Marc Jamouille in 1986; and has been presented in a new version of the principle of “First, do not harm”. The concept of quaternary prevention adopted during the World Organization of Family Doctors (WONCA) International Classification Committee Meeting and were published in the WONCA's General Practice and Family Medicine Glossary. Quaternary prevention is defined as “Action taken to identify a patient or a population at risk of over-medicalisation, to protect them from invasive medical interventions and provide for them care procedures which are scientifically and medically acceptable. Concept of Quaternary prevention is also being increasingly adopted by other specialties widespread.

Key words: Family Medicine, quaternary prevention

¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Antalya

² Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Antalya

Giriş

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım sağlamadan sorumludurlar. Bu sürekli ve kapsamlı bakımın bir parçası uygun ve etkili girişimlerle hastanın sağlıklı olmasını sağlama ve iyilik durumunu geliştirmedir. Hastanın sağlıklı olmasını sağlamak için tedavi edici hizmetlerle koruyucu sağlık hizmetleri birlikte sunulur.^[1] Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül korumayı kapsamaktadır.^[2] Korumanın bu üç formu 1995’de Aile Hekimliği Sözlüğünde WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi tarafından tanımlanmış ve 1999 yılında WONCA yeni bir koruma tipi olan dördüncül korumayı Aile Hekimliği Sözlüğüne eklemiştir.^[3] Bu yazıda dördüncül koruma kavramından, ortaya çıkış sürecinden ve farklı uzmanlık alanlarında kullanılmasından bahsedilecektir.

Tıp Eğitimimizin başlarında hepimize öğretilen “önce zarar verme” ilkesi genellikle, uygulama konusunda yetkin olunmayan ya da sonuçları tam bilinmeyen tedavi ve girişimlerin uygulanmasından kaçınmamız gerektiği olarak algıladığımız bir ilkedir. Halk sağlığı derslerinde öğrendiğimiz ikinci önemli ilke “koruma tedaviden daha iyidir” ilkesidir. Bu ilke öncelikle hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeyi, önlenemeyen hastalıklar için erken tanıyı ve hastalığın seyrini kontrol altına almanın önemini vurgulamaktadır. Koruma, geniş anlamıyla, hastalığı eradike etme, elimine etme ya da hastalık ve engelliliğin etkisini en aza indirme ya da bunların hiçbirini yapılamıyorsa hastalık ve engelliliğin ilerleyişini geciktirmeyi amaçlayan eylemler olarak tanımlanmaktadır.^[2]

Koruma düzeyleri ve koruma etkinlikleri genellikle birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak 3 ana kategoride sınıflanmaktadır. Korumanın bu üç düzeyi kişiye yönelik korumalardır. Bu üç düzey koruma dışında 1978 yılında Strasser tarafından önerilen bir koruma düzeyi olan primordiyal koruma hastalığın nedenselliğine yol açabilen sosyal ve çevresel durumlara yatkınlığın önlenmesini hedefleyen toplumda hastalıklar için risk etmenlerinin ortaya çıkmasını azaltmak ya da elimine etmek için önlem ve eylemler kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır.^[24-8] Burada, çabalar riskli davranışlar gelişmeden ve henüz riskte olmayan kişilere yöneliktir ve sıklıkla bireysel ve kitle eğitimleri yolu ile başarılmaktadır.^[2]

Birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramları ilk kez Leavell ve Clark tarafından tanımlanmıştır. Onların tanımına göre birincil koruma “kişiyi yakalamadan önce hastalığın nedenlerini ortadan kaldırmak için özel bir hastalık ya da hastalık gruplarına uygulanabilir önlemler”dir.^[4] Birincil koruma hastalığa yol açan davranışların değiştirilmesi için yapılan etkinlikleri (Örneğin, davranış değişikliği danışmanlığı), hastalığa yol açan etmenlere maruziyetin azaltılmasını, maruziyetten kaçınılamadığı durumlarda hastalığın ortaya çıkmasını önlemeyi, hastalıklar için risk etmenlerinin kontrol edilmesini ve böylelikle hastalıkların insidansını azaltma için yapılan etkinlikleri içermektedir.^[3-7]

İkincil koruma, sorun ya da hastalığı kontrol etmek, sonuçları en aza indirmek için erken tanı ve acil girişim amacıyla kullanılan girişimler olarak tanımlanmıştır ve hastalıkların belirtisiz evrede erken tanınması ve ilerlemesinin kontrol edilmesini amaçlayan etkinlikleri kapsamaktadır.^[3-7]

Üçüncül koruma hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastalığın etkilediği hastanın işlevselliğini ve yaşam kalitesini koruma, yaşam süresini artırma amacıyla yapılan etkinliklerdir. Üçüncül koruma mevcut tedaviler ve rehabilitasyon yolu ile sorun ya da hastalığın ileride çıkabilecek olası komplikasyonlarını azaltmaya yöneliktir.^[3-7]

Son yüzyılda bilim ve teknolojiye ilerlemeler tıp alanında önemli başarılar sağlamıştır. En çok öldüren hastalıklar sıralamasında bulaşıcı hastalıklar yerlerini bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bırakmıştır. Büyük çoğunluğu sağlıksız yaşam biçimlerinden kaynaklanan kronik hastalıkların önlenmesi ya da geciktirilmesi koruyucu etkinliklerin doğru uygulanmasını gerektirmektedir.^[8] Bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimlerinin günlük rutin işleri arasındadır. Aile hekimleri hastalarının yaş, cinsiyet, yaşam koşulları ve alışkanlıkları bağlamında gereksinimleri olan koruyucu hizmetleri almalarını sağlamaya çalışır. Son yıllarda yapılan çalışmalardan elde edilen yeni bilgiler koruma girişimlerinin hastalara zarar da verebileceğini işaret etmektedir.^[4,5,9] Aile hekimlerinin kişileri olabildiğince sağlıklı tutma ve sağlık durumlarını iyileştirme sorumluluğumuz yanında onların zarar görmesini engellemek için “hasta savunuculuğu” görevi de vardır.^[1] Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini uygularken hastaya zarar

verilmemelidir. Koruma girişimlerinden tedaviye tüm bakım sürecinde zarar ortaya çıkabilmektedir. Hastalıkların araştırılması, tanı ve tedavi aşamalarında hastalara zarar verilebilir. Hastalar aşırı tarama ya da aşırı tedavi nedeniyle zarar görme riskine girebilirler. Hastalıklardan koruma için ilaç kullanıldığı durumlarda ilaca bağlı zarar riski (iyatrojenik hasar) ortaya çıkabilmektedir.^[4-10] Son yıllarda aşırı tanı ve aşırı tedavinin hastaya verebileceği zarar ve sağlık sistemine maliyeti konusunda pek çok araştırma yayınlanmaktadır.^[11-15]

Tıp mesleğinin temel karakteri olan “Önce zarar verme” ilkesi hekimlerin iyatrojenik zararlardan kaçınmasını gerektirmektedir. Hekimlerin hastaların sağlığını ve yaşam kalitesini artırmak ya da sadece tedavi etmek için önerdikleri ilaç ve diğer girişimler kendilerini sorgulamalarını gerektiren durumlara neden olabilmektedir.^[16] Aile hekimleri, hastalarına değeri ve hastanın gereksinimlerine uygunluğu etik olarak kabul edilmiş ve onaylanmış, bilimsel olarak kabul edilebilir, kişisel olarak gerekli maksimum kalitede ve minimum sayıda girişimle başarılan tıbbi bakım sunmaya çalışırken onlara zarar vermek-ten nasıl kaçınabilirler sorusu dördüncül koruma kavramını ortaya çıkarmıştır.^[4,6,8-10]

Dördüncül koruma kavramı ilk olarak Belçikalı Aile Hekimi Marc Jamoulle tarafından Fransızca bir yayında kullanılmıştır.^[4,16] Daha sonra Jamoulle ve Roland 1995’de Hongkong’daki WONCA kongresinde dördüncül korumayı “önce zarar verme” kavramının yeni versiyonu olarak sunmuştur.^[17] Kavram 1999’da Durham’daki WONCA Uluslararası Klasifikasyon Komitesi toplantısı sırasında benimsenmiş ve 2003 yılında WONCA’nın Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri için sözlüğünde yayınlanmıştır.^[3,16,17-23] Sözlükteki tanımıyla dördüncül koruma “aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemdir”.^[3,4,9,17] Bu kavram daha sonra WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesindeki hekimlerce yaygınlaştırılmıştır. Günümüzde dördüncül koruma tüm dünyada hızla benimsenmektedir.^[17-21] İnternet ve sos-yal ağların genişlemesiyle aile hekimleri bu fikirle tanışmaktadırlar. Güney Amerika, Avrupa ve Asya’da aile hekimleri tarafından onaylanmıştır. Brezilya’da, 2010’da Brezilya birinci basamak bakım sisteminin 20. yıldönümü konferansı sırasında yayınlanmıştır.

Daha sonra Arjantin, Uruguay, Peru ve Bolivya’da dördüncül korumayı savunan gruplar (P4 grupları) ortaya çıkmıştır. Avrupa’da İspanya ve Portekiz’i Fransa izlemiştir. 2010 yılında WONCA Avrupa Basel Konferansında Dördüncül Koruma Çalıştayı’nı takiben İsviçre “Primary Care” dergisi dördüncül korumaya dair 6 dilde makale yayınlamıştır. 2013’de Prag’daki WONCA Dünya Konferansında Yeni Zelanda, Çin, Pakistan, İngiltere ve Belçika’dan konuşmacılarla bir seminer organize edilmiş ve bir makale Fransızca, İspanyolca, Portekizceye, Vietnam ve Tay diline çevrilmiştir. Dünyanın pek çok bölgesinde dördüncül koruma ile ilgili P4 ağları kurulmuştur.^[1-19]

Marc Jamoulle dördüncül korumayı anlattığı makalelerinde dördüncül korumanın “ilişkiye dayalı tıbbi anlama” hakkında olduğunu, bu ilişkinin hastaların ve hekimlerin otonomilerine saygılı bir şekilde doğru olarak tedavi edici kalması gerektiğini bildirmektedir.^[16-21] Dördüncül koruma kavramının, hasta ve hekimin bakış açısını birleştiren, “ilişkiye dayalı koruma” kavramını ayrıntılandıran yeni bir strateji sunduğunu ileri süren Jamoulle makalelerinde ilişki ve hastalıklardan koruma bağlamında hasta hekim karşılaşmasının ve koruma düzeylerinin 4 alanını tanımlamıştır. **Şekil 1**, bu alanları göstermektedir. Birinci alan birincil korumayı, ikinci alan ikincil korumayı ve üçüncü alan üçüncül korumayı temsil

Şekil 1. İlişkiye dayalı hasta-hekim karşılaşmasının 4 alanı

		HEKİM	
		Hastalık yok	Hastalık var
HASTA	Hastaliksız	1 Birincil koruma Hastalıktan önce girişim	2 İkincil koruma Hatalı negatiflikten kaçınma
	Hastalıklı	4 Dördüncül koruma Hatalı pozitiflikten kaçınma	3 Üçüncül koruma Komplikasyonların tedavisi ve koruma Zaman çizgisi

Kaynak: Jamoulle M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract 2014;36:1-6’dan alıntı yapılmıştır

etmektedir. Alanların içine WONCA sözlükte bulunan birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramlarını yerleştirmiştir. Dördüncü alana dördüncül korumayı yerleştirmiştir.^[16-21] **Şekil 2** hasta-hekim ilişkisinin koruma etkinliklerinin 4 tipinde de yer aldığını vurgulamaktadır.

Jamoulle'e göre bu ilişkisel görünüm WONCA tanımına tam olarak uymaktadır. Dördüncü alanda hasta kendini hasta hissederken hekim sorunu bulmak için araştırma yapar. Zaman çizgisi soldan sağa ve yukarıdan aşağıya, α 'dan Ω 'ya, doğumdan ölüme oblik olarak ilerlemektedir. Zaman çizgisi boyunca aile hekimi hastalara korumanın 4 tipi ile bakım verecektir. Hekimler ve hastalar sonunda acı çekme ve ölüm ile birlikte karşılaşacaklardır.^[9,18-21]

Aile hekimlerinin bu 4 alanda görevleri ve bu görevleri yerine getirmek için yaptıkları etkinlikler vardır. Birinci bölgede, hastanın sağlığı iyidir ya da sağlıklı hissediyordur. Hekim hastada olumsuz bir şey bulamamıştır. Bu evrede hekim, hastanın sağlığını korumak için birincil koruma etkinliklerini yapar. İkincil koruma bölgesinde hekim sağlıklı olduğunu düşünen ve rahatsızlığı olmayan hastada, ikincil koruma için kanser ve hastalık taramaları yapar. Taramalar sonrası hastalık bulunmuşsa ya da

hasta bir semptomla gelmişse hasta üçüncül koruma bölgesine kayar. Bu bölgede hasta, hasta olduğunu bilir; hekim hastaya üçüncül koruma bağlamında bakım verir, komplikasyonlardan kaçınmaya çalışır ve rehabilitasyona başlar. Jamoulle dördüncü alanın hekimin işinin en zor olduğu alan olduğunu bildirir. Jamoulle'a göre, bu alanda hasta kendini hasta hissederek ancak hekim tedavi edilecek bir hastalık bulamaz ya da hatalı bir hastalık bulur.

Bu alandaki hastalar genellikle 'hastaliksız hastalık', 'tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar', 'kaygılı sağlıklı', 'zor hasta', 'fonksiyonel somatik sendromlar', 'somatoform hastalıklar', 'anormal hastalık davranışı' gibi fonksiyonel tanımlar alırlar. Dördüncül koruma bu tanımları kabul etmez ve ayrıntılı tetkikler yapmak yerine hastanın daha fazla dinlenmesini ve sorunun altında yatan nedenin açığa çıkarılmasını önerir. Bu alanda hekim hasta merkezli tıp ve öyküye dayalı tıp yaklaşımlarını kullanarak hastanın asıl kaygısını öğrenebilir.^[9,16,21,24]

Sağlığı artırma için yapılan birincil ve ikincil koruma girişimleri ve herhangi bir kontrolsüz ya da bilinçsiz tıbbi eylem, özensiz davranma, etkin dinlememe, bilgi eksikliği, defansif davranışlar hatalı değerlendirmelere neden olarak hastayı dördüncü

Şekil 2. Hasta-hekim ilişkisi koruma etkinliklerinin 4 tipinin orijininde yer almaktadır.

		HEKİM	
		Hastalık yok	Hastalık var
HASTA	Hastaliksız	1 (Birincil koruma) Birey ya da toplum bazında ortaya çıkmadan önce sağlık sorununun nedenini ortadan kaldırmak ya da kaçınmak için yapılan eylem Sağlığı artırma ve spesifik korumayı içerir (ör. Aşılama)	2 (İkincil koruma) Sağlık sorununu birey ya da toplumda erken evrede saptamak ve böylece kuru kolaylaştırmak, yayılmasını ya da uzun süreli etkilerini azaltmak ya da önlemek için yapılan eylem. (Örn. Tarama, olgu bulma, erken tanı yöntemleri).
	Hastalıklı	4 (Dördüncül koruma) İnvazif tıbbi girişimlerden korumak için aşırı medikalizasyon riskinde olan hasta ya da toplumu tanımlamak ve onlara etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylem.	3 (Üçüncül koruma) Akut ya da kronik sağlık sorununun sonucu olan işlevsel yetersizliği en aza indirerek birey ya da toplumda sağlık sorununun kronik etkilerini azaltmak için yapılan eylem. (örneğin Diyabetin komplikasyonlarını azaltma). Rehabilitasyonu da içerir.

Alanların ortasındaki ok dördüncül koruma tutumunun tüm etkinlikleri etkilediğini işaret etmektedir.

Kaynak: Jamoulle M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract 2014;36:1-6'dan alıntı yapılmıştır.

alana kaydırabilmektedir.^[9,16,19,20] Dördüncül koruma gerektiren alan aşırı medikalizasyon ve aşırı tanı gibi etik olarak kabul edilemez sağlık bakımı uygulamaları için bazı risklerle karşılaşır.^[24] Aile hekimlerinin diğer üç alandaki hastaların dördüncü alana kaymalarını önlemeleri için önlemler alması, kendi davranışlarını kontrol etmesi, iletişim biçimine dikkat etmesi ve hastada gereksiz anksiyete yaratmaktan kaçınması gerekmektedir. Örneğin, kanser taraması yapılan (ikinci alan) kişide kanser korkusu yaratılabilir ve kişi dördüncü alana kayabilir. Hastaya neden istendiği net olarak açıklanmayan bir istem hastada anksiyete yaratabilir.^[16,20,25]

Günümüzde hastalar medyadan ya da internetten pek çok şey öğrenmektedirler; ancak, bu bilgiler her zaman doğru olmayabilmektedir.^[26] Hastalar öğrendikleri bilgiler ya da duydukları mesajlar sonrası kendilerinde bir hastalık olduğunu düşünebilmekte ya da kanser olma korkusu yaşayabilmektedirler. Televizyon dizilerinde gördükleri hastalardan etkilenen ve kendilerinde de aynı hastalığın olabileceğinden kuşkulanan hastalar, rutin bir batin ultrasonografisinde küçük bir kitle bulunması ile korkuya kapılan hastalar dördüncü alana kayan hastalardır. Bazen yeni bir ilaç ya da tıp teknolojisi reklamı hastaların kendilerini hasta hissetmelerine ve bu yeni ilaç ya da teknolojiyi kullanmak istemelerine neden olabilmektedir.^[9,18,20]

Dördüncül koruma hekimlerin tıbbi girişimlerden kaynaklanan zararları önlemesini, azaltmasını ya da hafifletmesini amaçlamaktadır. Medya ve ilaç endüstrisi yeni tekniklerin ve ilaçların hemen uygulanması için hekimlere baskı yapabilir. Ancak hekimlerin hastalara verilen tedavilerin etkinliğini ve güvenliğini sağlama sorumlulukları vardır. Aile hekimlerinin aşırı tedavi, aşırı tanı ve aşırı koruma riski olan bireyleri saptayarak ve etik olarak kabul edilebilir alternatifleri önererek çok gereksiz ve kabul edilemez tıbbi eylemler ile aşırı tıbbi girişimcilikten kaçınmaları gerekmektedir.^[21,26]

Bazen hastalar hekimlerinden uygun olmayan istemlerde bulunabiliyor. Bazı hekimler hastaların taleplerine yanıt verebilmek için, ya da kendi olumsuz deneyimleri nedeni ile iyi belgelenmiş kanıt olmadan aşırı tarama ve testlere yönelebiliyor. Bu testlerin bazıları hatalı pozitif sonuçlar verebilmektedir. Bu sonuçlar, yeni testlerin yapılmasına neden olur ve bir kısır döngü başlar. Sonuçta bu hastalara bazı tedaviler başlanabilir ya da ilaçlar reçete edilebilir.^[13,21,27]

Aile hekimleri sorgulanabilir hasta istemleri ile karşılaştıklarında zor durumda kalmaktadırlar. Hastanın istemini karşılamak kolaydır ve hasta memnuniyetini artırmaktadır. Ancak bu davranış şekli hastaya zarar verme potansiyeli taşıması yanında, sınırlı kaynakların gereksiz israfına da yol açabilmektedir. Hastaların uygun olmayan istemlerini geri çevirmek etik ama zor olan yoldur. Hekimlerin hastanın hak-sız istemlerini karşılamak için aşırı tetkik ve ilaç kullanımı yerine kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları için onları bilgilendirmesi ve güçlendirmesinin hem hasta hem de hekim için uzun erimde daha verimli olacağı kabul edilmektedir.^[1,26-28] Bu durumda kanıta dayalı tıp ve paylaşılmış karar alma hekime yardımcı olabilir. Hasta-hekim ilişkisi güçlü ise hekimin açıklamaları hasta tarafından kabul edilebilir. Ayrıca sağlık politikalarının da bu konuda hekimleri desteklemesi çok önemlidir.^[29]

Tıbbi olmayan sorunların bir hastalık veya hastalık olarak tanımlanması ve tedavi edilmesi olarak tanımlanan medikalizasyon sağlık bakım maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. ABD’de medikalize durumlar için tıbbi harcamanın 2005 yılında yaklaşık olarak 77 milyar dolar olduğu ve bunun toplam sağlık harcamalarının %3,9’unu oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu tahmin doğrudan medikalize durumlarla ilişkili maliyetlere dayanmaktadır ve onların da tümünü içermemektedir.^[30]

Aşırı medikalizasyonun yol açtığı gereksiz test, tedavi ve girişimler bakıma değer eklememektedir. Potansiyel olarak hastaları zarar vermeye maruz bırakarak, yanlış pozitifleri araştırmak için daha fazla test yapılmasına ve hastalar için stres ve önlenebilir maliyetlere katkıda bulunarak bakımdan uzaklaşmaya neden olmakta, sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına yol açmaktadır.^[10-31] Dördüncül koruma, medikalizasyon, aşırı tanı ve tedavilerden kaçınmayı sağlayarak sağlık hizmetinin maliyetini de azaltmaktadır.^[30-31] Ancak hekimler medikalizasyondan kaçınırken uygun olmayan ya da yetersiz bakım verme tuzağına düşmemelidir.^[10]

Dördüncül korumanın hedeflerinden biri sağlık bakım maliyetini artıran ana etmenlerden biri olan iyatrojenik zararları önleme ve yaşam kalitesini iyileştirmedir.^[27] Sağlık bakımının her aşamasında uygulanabilen dördüncül koruma kanıtsız taramalardan, uygun olmayan antibiyotik kullanımından, endikasyonsuz ve gereksiz ilaç kullanımından, doğru

olmayan rehabilitasyon tekniklerinden kaçınmayı; maksimum kalitede ve en az sayıda girişimle hasta bakımı verebilmek için bilimsel olarak kabul edilebilir, etik olarak uygun ve hastanın gereksinimlerine uyulanmış tıbbi bakım sunmayı önermektedir.^[27-32]

Dördüncül korumanın uygulanmasında ve gereksiz tıbbi süreçlerden kaçınmada en güçlü yöntemlerden biri kanıta dayalı tıp (KDT) verilerini ve paylaşılmış karar almayı kullanmaktır. Klinik çalışmaların verileri ve uygulama rehberleri, kullanılacak girişimin yarar ve zararlarına dair veriler hasta verileri ile karşılaştırılır ve hasta için en uygun karar hasta ile birlikte alınmaya çalışılır. Karar sürecine hastayı katma hasta memnuniyetini artırmaktadır.^[9,20-22]

Diğer yardımcı kaynak “akılcı seçimler” önerileridir. Gereksiz test ve girişimlerin bakımın maliyetini artırması nedeniyle 2012 yılında iki büyük tıp kurumu [Amerikan Hekimler Koleji (ACP) ve Amerikan Dahiliye Uzmanlık Kurulu (ABİM)] gereksiz test ve girişimlerin kullanımını kısıtlamayı denemek için “Akılcı Seçimler” olarak adlandırılan bir kampanya başlatmıştır. Kampanyanın amacı, hasta bakımında gerekli test ve girişimlerin, tedavi seçeneklerinin hastanın yararına ve en az maliyetle yapılmasıdır. Bu kampanya ile bakım yönteminin seçiminde, kanıtlar tarafından desteklenen, hastaya halen yapılan test ve girişimlerin hastaya zarar vermeyen ve gerçekten gerekli test ve girişimlerden seçilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.^[34]

Dördüncül koruma taramadan rehabilitasyona kadar sağlık bakımının tüm yönlerine uygulanabilmektedir. Klinik kanıt olmadan tarama, endikasyon olmadan aşı yapma, gereksiz ilaç kullanımı, doğru olmayan rehabilitasyon tekniklerini uygulanmasından kaçınmayı önermektedir.^[35] Günümüzde diğer uzmanlık alanları da dördüncül koruma kavramı ile tanışmakta ve bazı uzmanlıklardan yazarlar dördüncül korumayı kendi alanlarına uyguladıkları makaleler yayınlamaktadır.^[12,23,33]

Bu makalelerde aşırı tanı ve tedaviden kaçınma vurgulanmaktadır. ‘Aşırı tanı’, tanı konulan durumun halen zararlı bir hastalık olmadığı ya da hastanın yaşamı süresinde zararlı hastalığa ilerlemeyeceği için yanlış kabul edilen bir tanıyı ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Aşırı tanı konulmuş hasta tanı ve tedaviden yararlanmaz, ama zarar görebilir.^[12,13]

Endokrinolojide dördüncül korumanın kullanıldığı iki alan bildirilmiştir. Tiroid hastalıkları alanında tiroid tümörlerinin aşırı tanısından kaçınma^[23] ve diyabet bakımında hastaya zarar verebilecek aşırı ya da hatalı yönetimlerin önlenmesinin^[36] dördüncül koruma ile mümkün olabileceği bildirilmektedir. Radyolojide dördüncül koruma bağlamında hastaları radyasyona maruz bırakmaktan kaçınma için gereksiz ve yararı sınırlı radyolojik tetkiklerden kaçınma vurgulanmaktadır.^[32]

Üroloji alanında dördüncül korumanın uygulanmasına en iyi örnek prostat kanseri taramalarıdır. ABD’de yapılan çalışmalar tarama ile saptanan prostat kanseri olgularının %22-42’sinin aşırı tanı aldığını bildirmektedir.^[37] Prostat kanserinde prostat spesifik antijen (PSA) ve dijital rektal muayene ile taramanın yaşam süresini etkilemediği ama gereksiz girişimlere yol açarak hastalara zarar verebildiği için taramanın risk grubundaki kişilere aydınlatılmış onam alınarak yapılması önerilmektedir.^[38]

Cerrahide dördüncül koruma aşırı ve erken cerrahi girişimlerden kaçınma olarak vurgulanırken^[39] kardiyolojide dördüncül koruma bağlamında tanısız prosedürlerin, ilaçların ve girişimlerin aşırı kullanılmasını önlemeye odaklanması gerektiği vurgulanmaktadır.^[40]

Dördüncül korumanın çocuk ve ergen sağlığında aşırı tanı ve tedaviye bağlı istemsiz zarar vermenin önlenmesinde önemli rolü olduğu bildirilmektedir.^[41] Obstetrik alanında yayınlanan makalelerde gereksiz sezaryenin anne ve çocuğa zarar verebileceği bildirilmekte ve kanıtsız ve gereksiz girişimlerden kaçınılması önerilmektedir.^[17,42] Jinekoloji alanında hormon replasman tedavisi uygulama kararı alınırken hastaya zarar vermeme ilkesinin dikkate alınması önerilmektedir.^[43]

Baş ağrısı, birinci basamakta sık karşılaşılan bir yakınmadır. Günlük ilaç tedavileri zararlı sonuçlara yol açabilmektedir. Migren tedavisinde dördüncül koruma bağlamında mesajlar verilmiştir.^[44] Bu mesajlara göre ilaçların olumlu ve olumsuz etkilerinin iyi bilinmesi ve tedavinin kişiselleştirilmesi önerilmekte; tıbbi girişimlerin zarar verebileceği uyarısı yapılmaktadır. Dördüncül korumanın yaşam sonu bakımında da önemli rolü olduğu bildirilmektedir. Dördüncül korumanın rolü olarak yaşam kalitesinin iyileşmesine yardımcı olmayacak tedaviler

uygulanmaksızın terminal hastalık semptomlarının rahatlatılması ve sağlıksız ölüm yerine daha pozitif sağlıklı bir ölümün sağlanması belirtilmektedir.^[45] Anesteziye dördüncül koruma bağlamında hastaların kullandıkları ilaçların gözden geçirilmesi, ilaç etkileşimlerine dikkat edilmesi ve özellikle yaşlı hastalarda gereksiz ilaçların kesilmesi önerilmektedir.^[46]

Sonuç

Tıp uygulamalarının amacı hastanın yaşam kalitesini ve beklentisini artırmaktır. Ancak her girişim ya da tedavinin bazı riskleri vardır. Aşırı ve gereksiz uygulanan girişim ya da tedaviler, en basit görünenleri bile, hastaya zarar verebilmektedir. Dördüncül koruma eski bir kavram olan “önce zarar verme” için

yeni bir terimdir. Hastalara verilen zarar, hasta-hekim ilişkisinin her aşamasında, korumadan tedaviye tüm bakım sürecinde ortaya çıkabilir.

Hastalarının savunuculuğunu yapan aile hekimleri kendi uygulamalarında da hastaya zarar vermemek için dördüncül korumayı rutin görevlerinin bir parçası olarak kabul etmelidir. Hastalarla kurulan güven ilişkisinin devam etmesi için uygulanacak koruma, tanı, tedavi girişimlerinin olası yarar ve zararları konusunda hastanın aydınlatılması ve karar sürecine katılması gerekir. Belirsizliğin yönetiminde tanı için testlere ve tedavilere girişmeden önce hastalar etkin bir şekilde dinlenmeli ve kültürel özelliklerine dikkat edilmelidir.

Kaynaklar

1. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition.
2. Brown S, Hazlewood A. The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee. A Lifetime of Prevention, final report, 2009. Erişim: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2009/CPPR_Lifetime_of_Prevention_Report.pdf. Erişim tarihi: 20.08.2015
3. Bentzen N. Wonca International Dictionary For General/Family Practice. Wonca International Classification Committee. Erişim: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2016
4. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Archives of Medicine and Health Sciences, 2014;2(2):254-257.
5. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heatf I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health 2008;62:580-583.
6. Barros H. Quaternary prevention. BMJ Qual Saf 2011;20(suppl1):13-17
7. Margarida M, Moreira A. Too Many Types of Prevention? Eur J Fam Med 2015;4(3):142-4.
8. Villaseñor-Chávez DA, Guzmán-Esquivelb J. A new tool for knowledge acquisition and assessment in urology: Quaternary prevention. Rev Mex Urol 2015;75(3):123-125.
9. Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract 2014;36:1-6.
10. Pandve J. General Practitioners must know about Quaternary Prevention. Gen Practice 2016;4:3.
11. Centre for Health Protection of the Department of Health. Less Unnecessary Medical Care For Better Health, Key Facts Non-Communicable Diseases Watch 2014. Erişim: http://www.chp.gov.hk/files/pdf/ncd_watch_aug2014.pdf Erişim tarihi: 20.12.2016
12. Carter SM, Degeling C, Doust J, Barratt A. A definition and ethical evaluation of overdiagnosis. J Med Ethics. 2016;42:705-714.
13. Hoffman B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. Med Health Care and Philos. 2016;19:253-264.
14. Croon ER, Young PC, Quinonez RA, Morgan DJ et al. Update on Pediatric Overuse. Pediatrics 2017. Erişim: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/01/02/peds.2016-2797>. Erişim tarihi: 20.12.2016
15. Bhatia MS. Over Diagnosis, Overshadowing and Overtreatment in Psychiatry. Delhi Psychiatry Journal 2012;15(1):3-4.
16. Jamouille M Quaternary prevention From Wonca world Hong Kong 1995 to Wonca world Prague 2013. Erişim: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000439.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2016
17. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. WICC annual workshop: Hongkong, Wonca congress proceedings; 1995. Erişim: <http://hdl.handle.net/2268/173994> Erişim tarihi: 20.12.2016
18. Jamaulle M. Quaternary prevention: First, do not harm. MJ. P4 final draft. Brazilia, Friday, June 24, 2011.
19. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-3.
20. Jamouille M, Tsoi G, Heath I, Mangin D, Pezeshki M, Pizzanelli Báez M. Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice. Wonca world conference Prague; 2013. Erişim: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000469.pdf> Erişim tarihi: 20.08.2015.

21. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(2):61–64.
22. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoulle M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Prim Care [Internet]*. 2010. Erişim: http://www.primary-care.ch/docs/primary-care/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf Erişim tarihi: 20.08.2015.
23. Kalra S, Baruah MP, Sahay R. Quaternary prevention in thyroidology. *Thyroid Res Pract* 2014;11:43-4.
24. Bae JM. Implementation of quaternary prevention in the Korean healthcare system: lessons from the 2015 Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreak in the Republic of Korea. *J Prev Med Public Health* 2015;48(6):271-273.
25. Woolf SH, Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA* 2012;307(6):565-6.
26. Wagner H. Quaternary prevention and the challenges to develop a good practice: Comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization”. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(8):557–558.
27. Annadurai K, Danasekaran R, Mani G, Ramasamy J. Quaternary prevention: Preventing over-medicalization. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences* 2014;3(3) 216-217.
28. Tesser CD, Norman AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad. Saúde Pública*, 2016;32(10):e00012316.
29. Widmer D, Herzig L, Jamoulle M. Quaternary prevention: is acting always justified in family medicine? *Rev Med Suisse* 2014;10(430):1052-1056.
30. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med.* 2010;70:1943-7.
31. Widmer D. Care and Do Not Harm: Possible Misunderstandings With Quaternary Prevention (P4). Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization” *Int J Health Policy Manag* 2015, 4(8), 561–563.
32. Pandve HT. Quaternary prevention: Need of the hour. *J Family Med Prim Care.* 2014;3:309-10.
33. Souza JP, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Perspectives. Cad. Saúde Pública*, 2014;30 Sup:S1-S3.
34. ABIM Foundation. Choosing Wisely. Erişim. www.choosingwisely.org erişim tarihi: Erişim tarihi: 20.08.2015
35. Jamoulle M. First do not harm. *J Midlife Health* 2015;6(2):51-52.
36. Kalra S, Sreedevi A, Unnikrishnan AG. Quaternary prevention and diabetes. *J Pak Med Assoc.* 2014;64(11):1324-6.
37. Loeb S, Bjurlin MA, Nicholson J, et al. Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *Eur Urol.* 2014;65: 1046-55.
38. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer* 2016 DOI: 10.1002/cncr.30474.
39. Turner R. Acute Pancreatitis is a Chronic Disease. *Pancreatic Dis Ther* 2013;3:2.
40. Gupta R, Ahuja S. Coronary heart disease secondary prevention. *J. Preventive Cardiology*, 2014;3(4):549-555.
41. British Association Child and Adolescent Public Health. Introducing the “Family Friendly Framework” Erişim. <http://www.bacch.org.uk/policy/BACCH%20Family%20Friendly%20Framework%20final.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2015
42. Sisty J. Moshi, Epidemiology in Gynecological Diseases. Erişim tarihi: https://www.glowm.com/pdf/Chap-33_Moshi.pdf. Erişim tarihi: 20.12.2015
43. Kalra B, Malik S Quaternary prevention and menopause. *Journal of Mid-life Health.* 2014;5(2) :53-44.
44. Veloso TS, Cambão MS, Migraine treatment: a chain of adverse effects. *SpringerPlus.* 2015;4:409-410.
45. Borraccimtsac PA, Mauromtsac VM, Medical Professionalism, Models of Regulation and Professional. *Autonomy. Rev Argent Cardiol* 2015;83:242-244.
46. Bajwa SJS, Kalra S, Takroui MSM. Quaternary prevention in anesthesiology: Enhancing the socio-clinical standards *Anesthesia: Essays and Researches*; 2014;8(2):125-126.

Geliş tarihi: 30.01.2017

Kabul tarihi: 11.04.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Melahat Akdeniz

e-posta: melahatakdeniz@gmail.com

Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış

Periodic health examinations: An overview

Emrah Ersoy¹, Esra Saatçı²

Özet

Günümüz sağlık bakımının temel amacı; tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu hizmetler; hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin riskleri-nin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesini içerir. Bu temel amaçlara çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri (PSM) yoluyla ulaşılır. Aile hekimleri, kendilerine bağlı popülasyona sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir konuma sahiptirler. Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı sunan aile hekimleri bu istemi karşılamak için çok uygundur. PSM sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme bağlamında birinci basamak uygulamalarının önemli bir bileşenidir. Ancak hastayı taramaya gerek olup olmadığı ve en uygun tarama yöntemini seçme konusu aile hekimleri için zorlayıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, periyodik sağlık muayenesi, koruyucu hizmetler

Summary

The main aim of up-to-date health care is to advise people about preventive health care services and to help them avoid health risks as well. Preventive health care services are the basis of primary health care. Their aim is to help healthy people avoid risky behaviours, to reduce risks if there are any, to provide early diagnosis and treatment and to prevent permanent damages of chronic diseases. These basic targets can be achieved through periodic health examinations (PHE) implemented according to various national and international guidelines. Family physicians have a unique position to help for improving their patients' health. Family physicians provide preventive, curative, supportive, rehabilitative and palliative care. PHE is an important component of primary care in the context of health promotion and prevention. However, question of to screen or not to screen and choose the most appropriate screening method can be challenging for family physicians.

Key Words: Family medicine, periodic health examination, preventive care

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uz. Dr., Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Adana

Giriş

Periyodik sağlık muayenesi, henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her başvuran için, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır. Bu izlemle, hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bu amaç doğrultusunda, bireylere, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, o toplumda mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen hastalıkların risk faktörlerine yönelik, kanıta dayalı muayene ve tarama testlerinin uygulanmasını, danışmanlık ve hasta eğitimi hizmetlerini ve bağışıklamayı içeren bir hizmet sunumunu içermektedir.^[1]

PSM'nin diğer bir önemli bileşeni ise eşlik eden hastalık (ör: hipertansiyon, hiperlipidemi vb...) bağlamında veya pozitif aile öyküsüyle (ör: birinci derece akrabada erken gelişen koroner hastalık, kanser vb...) ilgili olarak hastada bilinen risk faktörlerine yönelik vaka bazlı taramayı içermesidir.^[2]

Aile hekimliği, sağlık hizmeti sunum sistemiyle

ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, es-enlendirici ve destekleyici bakımı sunan aile hekimleri bu istemi karşılamak için çok uygundur. Periyodik sağlık muayenesi (PSM) sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme bağlamında birinci basamak uygulamalarının önemli bir bileşenidir.^[3]

Çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri öneri kategorilerine göre sınıflandırılmıştır. Bu öneri kategorileri aynı zamanda önerinin gücünü belirtmektedir. **Tablo 1**'de U.S. Preventive Services Task Force'nin (USPSTF) öneri kategorileri gösterilmektedir.^[4] **Tablo 2**'de ise Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) öneri düzeyleri görülmektedir.^[5]

Dünyada Ölüm Nedenleri

Ölüm nedenleri açısından kronik hastalıkların etkisi gittikçe artmaktadır. Bunlardan kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları başı çeken hastalıklardır. Dünyada iskemik kalp hastalığı, inme, alt solunum yolları enfeksiyonları ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları son on yılda en sık ölüm nedenleri arasında yer almıştır.

Tablo 1. USPSTF'nin öneri kategorileri

Düzy	Tanımlama	Uygulama için öneri
A	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın önemli olduğuna dair yüksek kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
B	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın orta derecede olduğuna dair yüksek kesinlik var ya da net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
C	USPSTF bu hizmetin profesyonelin kanaatine ve hastanın tercihlerine bağlı olarak hastanın bireysel özelliklerine göre seçici olarak sunulmasını ya da sağlanmasını öneriyor. Net yararın düşük olduğuna dair en azından orta derecede kesinlik var.	Bireysel koşullara bağlı olarak seçilmiş hastalara bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
D	USPSTF hizmetin sunulmasına karşı. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
I	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar – zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar - zarar dengesi belirlenemiyor.	USPSTF'in öneri açıklamasının klinik özellikler bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

Dünyada 2012 yılında tahmini olarak 56 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin 17.5 milyonu kardiyovasküler hastalara bağlı olup bunun 7.4 milyonu iskemik kalp hastalığına, 6.7 milyonu inmeye bağlı gerçekleşmiştir. Akciğer kanseri 2000 yılında 1.2 milyon ölüme (% 2,2) neden olurken 2012 yılında artarak 1.6 milyon (% 2,9) ölüme neden olmuştur. Benzer bir şekilde diyabet 2000 yılında bir milyon (% 2) ölüme sebebiyet verirken 2012 yılında 1,5 milyon (% 2,7) ölüme neden olmuştur.

Tütün kullanımı dünyada en sık öldüren hastalıklardan kardiyovasküler hastalık, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri olmak üzere birçok hastalığın nedenlerindendir ve dünyada her 10 yetişkinden birinin ölümünden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Tütün kullanımı çoğunlukla ölüme neden olan hastalıklar içerisinde saklanmış bir risk faktörüdür.^[6]

Türkiye’de Ölüm Nedenleri

Türkiye’de ölüm nedenleri incelendiğinde, 2013 yılında ilk üç hastalık grubunun sıralaması, 2014 yılında da değişmemiştir. Ölüm vakalarının 2013 yılında % 39,6’sını, 2014 yılında ise % 40,4’ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmuştur. İkinci sırada 2013

yılında % 21,2 oranında gerçekleşen iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden ölümler, 2014 yılında % 20,7 olarak hesaplanmıştır. 2014 yılında ölüm sıralamasında % 10,7 ile solunum sistemi hastalıkları, % 5,1 ile endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, %4,3 ile dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, %4,4 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları ve %14,4 ile diğer nedenlerden sık ölüm nedenleri olarak sıralanmıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin 2014 yılında % 39,6’sı iskemik kalp hastalığından, %24,7’si ise serebrovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır. 2014 yılında kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerin % 31,1’i, 2013 yılında ise % 31,3’ü larynx ve trakea / bronş / akciğerin kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır.

Yine 2014 yılında kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerden yaklaşık %5’i memenin kötü huylu tümöründen, yaklaşık %0,7’si serviks uterusinin kötü huylu tümöründen, yaklaşık % 5’i prostatın kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır. 2014 yılı endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklara bağlı ölümlerden yaklaşık %82’sine diyabet hastalığı neden olmuştur. Bütün ölüm nedenleri arasında diyabet hastalığı yaklaşık % 4,5 oranla yer almıştır.

Ölüm nedeni istatistikleri yaş gruplarına göre incelendiğinde; 2014 yılında dolaşım sistemi hastalıklarının en çok 75-84 yaş grubunda, iyi huylu ve kötü huylu tümörlerin ise en fazla 65-74 yaş grubunda görüldüğü tespit edilmiştir.^[7]

Periyodik Sağlık Muayenesinin Bileşenleri

Periyodik sağlık muayenesi kabaca primer koruma ve taramadan oluşur. Danışmanlık ve aşılama primer korumanın köşe taşlarıdır. Aslında sekonder ve tersiyer korumaya kıyasla primer korumada yapılan girişimler zararsızdır ve daha maliyet etkindir. Bundan dolayı, kanıta dayalı primer koruma bütün hastalar için PSM’nin bir parçası olmalıdır.^[8]

Primer Koruma

Danışmanlık / Yaşam Tarzı

Bu nedenle USPSTF beslenme bozukluğu ile ilişkili kronik hastalığı olan ve kardiyovasküler risk faktörü taşıyanlara kardiyovasküler hastalıklara karşı koruma amacıyla sağlıklı beslenme ve egzersiz içeren yoğun bir danışmanlık önermektedir (B düzeyi).^[9]

Tablo 2. Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin öneri düzeyleri

A Öneri	Net yararın belirgin olduğu kesin.
B Öneri	Net yararın orta derecede olduğu kesin ya da net yararın orta derecede veya belirgin olduğu orta derecede kesin.
C Öneri	Rutin kullanım karşıtı öneri. Hizmetin bazı bireylere kullanımıyla ilgili düşünceler olabilir. Net yararın düşük olduğuna dair en azından bazı deliller var.
D Öneri	Hizmetin kullanımına karşı. Yarar olmadığını veya zararın ağır bastığını gösteren iyi ya da orta düzeyde kanıtlar.
I yetersiz kanıt	Kanıt yok ya da kalitesiz veya sonuçlar çelişkili ve yarar-zarar dengesini belirleyemiyor
I-HB	Davranış istenir; ancak hekimin önerisinin ya da danışmanlığının faydası belirsizdir

AAFP’de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır.^[10] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda da öneriler benzerdir.^[11]

Tütün Kullanımı

Hekimler her bireyin tütün kullanım durumunu sorgulamalı, sigara bırakmayı tavsiye etmeli, tütün kullanan bütün hastalarına tütünü bırakması için danışmanlık yapmalı ve bıraktırmak için medikal tedavi uygulamalıdır. (A düzeyi)^[12] AAFP’de de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır.^[5]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise 18 yaş ve üzeri grupta tütün ürünü kullanım ve tütün dumanından pasif etkilenim durumu sorgulanması önerilmektedir.^[11]

Alkol Kullanımı

USPSTF, hekimlerin 18 ve üzeri yaşta bütün hastalarında alkol kullanımını ve kullanım varsa miktarını sorgulamalarını ve riskli alkol tüketimi olanlara alkol kullanımını azaltmak için kısa davranışsal danışmanlık oturumları sağlamalarını önermektedir. (B düzeyi)^[13] AAFP’de de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır.^[5]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda da benzer şekilde 18 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım durumunun sorgulanması önerilmektedir.^[11]

Madde Kullanımı

USPSTF ve AAFP, ergenlerde, erişkinlerde ve gebelerde yasadışı uyuşturucu madde kullanımı için yapılacak taramayla ilgili kanıtların yetersiz olduğunu belirtmiştir. (I düzeyi)^[5,14]

Bunun aksine, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda 18 yaş ve üzeri grupta uyuşturucu madde kullanım durumu sorgulanmalı ve bireylere uyuşturucu madde kullanımının zararları ve karşılaşılabilecekleri sağlık riskleri hakkında bilgi verilip tedavi olmaları için motivasyonel görüşme yapılmalı ve ilgili merkezlere yönlendirilmeli şeklinde belirtilmiştir.^[11]

Cinsel Davranış

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların morbiditeyle ilişkili ve potansiyel komplikasyonları olması nedeniyle USPSTF ve AAFP cinsel aktif her ergene ve CYBH açısından artmış riski olan erişkinlere yüksek yoğunlukta davranışsal danışmanlık yapılmasını önermektedir. (B düzeyi)^[15] AAFP ise cinsel aktif olmayan ve CYBH ilgili riski artmamış olan erişkinlerde kanıtların yetersiz olduğunu (I düzeyi) bildirmiştir.^[5]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda ise bazı farklılıklar mevcuttur. Kılavuzda 18 yaşın üzerinde ve cinsel aktif kişilerde kişiden talep gelmesi durumunda veya risk faktörlerinin varlığında gerekli bilgilendirme yapıp kişinin onayı alınarak Hepatit B, Hepatit C, HIV, gonore ve klamidy enfeksiyonları için tarama yapılması önerilmektedir.^[11]

Aşılama

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda erişkinlerde aşı ile önlenabilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamında aşı uygulamaları yapılmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Risk gruplarına tetanoz-difteri (Td) (primer doz 0,1 ve 6. ayda, tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel), hepatit B (0, 1 ve 6. ayda üç doz), meningokoksik menenjit (bir doz veya daha fazla), pnömokok (65 yaş üzeri bir doz), influenza (yılda bir doz), hepatit A (6 ay ara ile iki doz), suçiçeği (bir ay ara ile iki doz) ve KKK (bir veya iki doz) aşılı yapılmalıdır. Gebelere bir ay ara ile uygulanmakta olan iki doz Td aşısı beş doza tamamlandığında doğurganlık çağı boyunca tetanozdan koruyacaktır.^[11]

İsviçre Halk Sağlığı Federal Bürosu bütün kızlara 15 ile 19 yaşlar arasında tekrar aşılama yapılma koşuluyla 11 ile 14 yaş arasında HPV aşısı yapılmasını önermektedir.^[16] Australian National HPV Vaccination Program Register yakın zamanda genç erkeklerin de HPV’ye karşı bağışıklanması gerektiğini önermiştir.^[17] AAFP’de cinsel olarak aktif olup hiç aşı yapılmamış veya aşısı eksik olan erkeklere 26 yaşına kadar HPV aşısı önermektedir.^[18] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama

Testleri Kılavuzunda ise erişkin kadın veya erkeklere yönelik HPV aşısıyla ilgili öneride bulunulmamıştır.

Taramalar

Tarama testleri; asemptomatik bireylerde bir hastalık saptamak üzerine tasarlanmışlardır. DSÖ'ye göre tarama testleri belirlenmiş ilkelere bağlı olmalıdırlar. Taranan durum yaygın bir sağlık sorunu olmalı ve onaylanmış tarama testinin bu sorunu erken tespit edebileceği uzun bir latent periyodu içermelidir. Tarama testleri hem ekonomik açıdan makul olmalı, hem de toplum için kar ve zarar oranları kabul edilebilir düzeyde olmalıdır. Sonuç olarak tespit edilen hastalığın da tedavi edilebilir olması gerekmektedir.^[19]

Kardiyovasküler Hastalıklar

Hipertansiyon

Kontrollü seyreden hipertansiyonun kalp yetmezliği riskini % 50, serebrovasküler olay (SVO) riskini % 40, miyokard enfarktüsü (MI) riskini % 25 azalttığı göz önüne alınarak 18 yaş ve üzeri için rutin olarak kan basıncı takibi yapılması; yüksekse kontrol altına alınması önerilmektedir.(A düzeyi)^[20,21] AAFP'nin bu konuyla ilgili güncel önerileri USPSTF ile aynıdır.^[5]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel kan basıncı ölçülmesi önerilmiştir.^[11]

Koroner Kalp Hastalığı

AAFP ve USPSTF kardiyovasküler olaylar için düşük risk taşıyan asemptomatik erişkinlerde koroner kalp hastalığı (KKH) için istirahat halinde veya eforlu elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT) önerilmemektedir. (D düzeyi) Kardiyovasküler olaylar için orta ve yüksek risk taşıyan hastalarda ise taramayla ilgili kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi)^[22] Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Kılavuzunda 40 yaş altı bireylerde ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü varsa, 40 yaş üstü bireylerde ise başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılması önerilmektedir.^[11]

Abdominal Aort Anevrizması (AAA)

AAFP ve USPSTF'ye göre 65 ve 75 yaşları arası sigara içmiş olan erkek hastalar abdominal aort anevrizması için bir kez ultrasonografi ile taranmalıdır. (B düzeyi) Aynı yaşlar arası olup hiç sigara içmemiş erkekler için ise öneriler net değildir. (C düzeyi) Sigara içmiş 65-75 yaş arası kadınlarda ise AAA taraması için kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi) Sigara içmemiş kadınlarda ise tarama önerilmemektedir. (D düzeyi)^[23]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda abdominal aort anevrizmasıyla ilgili bir öneri bulunmamaktadır

Obezite

Altı yaşından itibaren her bireyde obezite taraması için BKİ hesaplanarak sistematik bir şekilde takip edilmelidir. (B düzeyi)^[24,25]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 18-65 yaş grubu yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, BKİ ve bel çevresi ölçümleri önerilmektedir. Bu ölçümlere ek olarak glukoz ölçümü (plazma glukozu), total kolesterol, HDL, LDL kolesterol ve trigliserid ölçümü, ALT ve kreatinin ölçümü, TSH ölçümü yapılmalıdır. Bu ölçümler sonrasında kişiye, gerekli görülen durumlarda sağlıklı beslenme, psiko-sosyal destek (davranış tedavisi) ve fiziksel aktivite danışmanlığı verilmelidir.^[11]

Lipid Hastalıkları

AAFP ve USPSTF tarafından yüksek kolesterol ve dislipidemi için tarama erkeklerde 35 yaş ve üzerinde (A düzeyi); kadınlarda ise kardiyovasküler risk taşıyanlar için 45 yaş ve üzerinde 5 yılda bir yapılması önerilmektedir. (A düzeyi) Koroner kalp hastalığı için artmış riski olan 20-35 yaş arası erkeklerde ve 20-45 yaş arası kadınlarda lipid bozuklukları açısından tarama önerilmektedir. (B düzeyi) Kardiyovasküler risk taşımayan kadınlarda ve yine risk taşımayan 20-35 yaş arası erkeklerde ise öneriler net değildir.(C düzeyi)^[5,26] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise diğer kılavuzlardan

farklı olarak hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitus ve komplikasyonlarının gerek erken tanısı gerekse yan etkilerinin önlenmesi amacıyla 35 yaşından büyük tüm kişilerde beş yılda bir serum lipid profili taramasının yapılması (en az 12 saat açlıktan sonra) önemlidir. Risk faktörü olanlarda ise taramaya 18 yaşından itibaren başlanması önerilmektedir.^[11]

Diyabet Hastalığı

USPSTF ve AAFP'ye göre fazla kilolu veya obez olan 40-70 yaş arası erişkinlerde normal olmayan kan glukozu düzeyi kardiyovasküler olay riskini arttırdığı için tarama önerilmelidir. (B düzeyi)^[27]

Kan basıncı devamlı olarak 135/80 mm Hg ve üzeri olan erişkinlerde tip 2 DM için tarama önerilmektedir. (A düzeyi) USPSTF kan basıncı 135/80 mm Hg'nin altında olan erişkinlerde ise uzun dönem verileri halen belirsiz olduğundan tip 2 DM için sistematik bir tarama yapılması gerekliliği hakkında kanıtların yetersiz olduğunu belirtmiştir.(I düzey)^[28]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 45 yaşın üzerinde herkese ve ayrıca risk faktörlerini barındıran kişilere yaştan bağımsız olarak diabetes mellitus taraması önerilir. Test normal ise üç yılda bir tekrar edilmelidir.^[11]

Tiroid Hastalığı

AAFP ve USPSTF'de asemptomatik erişkinlerde ve gebe olmayanlarda tiroid disfonksiyonu için taramayla ilgili veriler yetersizdir. (I düzeyi)^[29] Tiroid disfonksiyonu ile ilgili tarama dünya geneline çelişkili bir konudur. American Thyroid Association (ATA) 35 yaş üzeri asemptomatik olsa bile bütün hastalara beş yılda bir tiroid stimüle edici hormon (TSH) bakılmasını önermektedir.^[30]

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri kılavuzunda ise tiroid fonksiyon anomalilerinin erken tanısı amacıyla ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunanlara ilk muayenede olmak üzere ve 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere beş yılda bir TSH bakılması önerilmiştir.^[11]

Osteoporoz

Kemik dansitometri (DEXA) ile osteoporoz taraması 65 yaş ve üzeri her kadına (B düzeyi) ve daha

genç olup spontan kırık gelişme riski artmış olan kadınlara önerilmektedir. (B düzeyi) Risk faktörü olmayan asemptomatik erkeklerde osteoporoz için rutin bir tarama önerilmemektedir.(I düzey)^[31]

USPSTF'ye göre osteoporozda kalsiyum ve vitamin D desteğinin primer koruma için etkinliğini gösteren kanıtlar şu anda yetersizdir.(I düzey)^[32] 65 yaş ve üzeri olup düşme riski artmış olan yaşlılarda düşme ve çarpmalara karşı korumak için egzersiz veya fizik tedavi ve D vitamini desteği önerilmektedir.(B düzeyi)^[33] AAFP'nin önerisi de USPSTF ile aynıdır.^[5]

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye göre farklılıklar içermektedir. 65 yaş altında olup aşağıdaki risk faktörlerini barındıran erişkinlerde en az bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D3 ölçümleri) önerilmektedir. 65 yaş üstü tüm kişilerde ise yılda bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D ölçümleri ve vertebral kırığı olanlarda protein elektroforezi) önerilmiştir. Kılavuzda ayrıca 65 yaş üstü kadınlara ek olarak 70 yaş üstü erkeklerde de hayatlarında en az bir kez DEXA ölçümü yaptırmalarının önerilmesi dikkat çekmektedir.^[11]

Depresyon

Birinci basamağa kayıtlı bütün hastalar depresyon açısından taranmalıdır. (B düzeyi) AAFP ve USPSTF'ye göre ise 18 yaş ve üstünde olan bireylere; doğru tanı, etkili izlem ve tedaviyi sağlamak için personel destekli depresyon bakım hizmetleri sağlanabilecek bir fırsat varsa depresyon taranması önermektedir.(B düzeyi) Eğer bu olanak yoksa tarama kararı kişiselleştirilmelidir. (C düzeyi)^[5,34]

Depresyon taraması için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye göre farklılıklar içermektedir. Kılavuzda 18-65 yaş aralığındaki yetişkinlerde kişinin şikâyeti veya hekimin öngörmesi durumunda "Son iki hafta içinde hemen her gün kendinizi çökkün ya da umutsuz hissettiğiniz

oldu mu?” ve “Son iki haftadır ilgi kaybı ya da hayattan zevk alamama gibi yakınmalarınız oldu mu?” sorularının yöneltilerek depresyon sorgulamasının yapılması önerilmektedir.^[11]

Hastaların Gizli Gündemi

Hasta, PSM için hekime başvurduğunda hekim, bu başvurunun sebebinin asemptomatik bir hastalığın saptanması olduğunu düşünebilir. Ancak prospektif bir çalışmada, koruyucu hizmet almak üzere PSM talebinde bulunan hastaların çoğunluğunun asemptomatik hastalardan oluşmadığı; aksine özel-likli semptomları ve buna bağlı kaygıları olduğu gösterilmiştir.^[35]

Hastalar olağan bir görüşmede hekimlere kaygı ve isteklerini anlatırken PSM için gelen hastaların yaklaşık üçte birinde bir veya daha fazla gizli gündem olduğu saptanmıştır.^[35]

Bu durum göz ardı edilirse hasta memnuniyetinde azalma, sağlık kurumlarına başvuru sayısında artma, malpraktis davalarında artma, başvuru alan hekim sayısında ve uygulanan tedavi yaklaşımlarının değişikliğinde artma olmaktadır.^[36-40] Davranışsal ve sözel ipuçları hakkında uyanık olmak ve hastaların gizli gündemlerinin farkında olmak, hasta-hekim iletişiminin gelişmesinde önemlidir.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları için Kurs Notları. Ankara, 2004; 99-100.
2. Virgini V, Meindl-Fridez C, Battegay E, Zimmerli L. Check-up examination: recommendations in adults. Swiss Med. Wkly 2015; 145:w14075.
3. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005: 6.
4. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm> adresinden 26.02.2016 tarihinde erişilmiştir.
5. Summary of recommendations for clinical preventive services, AAFP, 2 January 2016. http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf adresinden 26.02.2016 tarihinde erişilmiştir.
6. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html> adresinden 04.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
7. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015. TÜİK haber bülteni 2015; 18855.
8. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. Risk Anal 1995; 15:369–90.
9. U.S. Preventive Service Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. Am J Prev Med 2003;24:93–100.
10. Summary of recommendations for clinical preventive services. http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf adresinden 26.02.2016 tarihinde i erişilmiştir.
11. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri., T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın no: 991, 2015.
12. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150:551–5.
13. Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med 2013; 159:210–8.
14. Screening for Illicit Drug Use U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement AHRQ Publication Number 08-05108-EF-3 January 2008.
15. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008; 149:491–496, W495. .
16. Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch>. adresinden 04.01.2016 tarihinde erişilmiştir.

17. Australian Government- The department of health. <http://www.immunise.health.gov.au>. adresinden 04.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
18. CDC. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult-compliant.html> adresinden 28/02/2016 tarihinde erişilmiştir.
19. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization. 1968; 14-39.
20. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, 2003.
21. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2007; 147:783-6.
22. Moyer VA. Screening for coronary heart disease with electrocardiography: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157:512-8.
23. Michael L. LeFevre, Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2014; 161:281-90.
24. Barton M. Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics 2010; 125:361-7.
25. Moyer VA. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157:373-8.
26. Helfand M, Carson S. Screening for Lipid Disorders in Adults: Selective Update of 2001 U.S. Preventive Service Task Force Review. AHRQ Publication No 08-05114-EF-1 2008.
27. Albert L. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2015; 163:861-8.
28. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008; 148:846-54.
29. Michael L. LeFevre Screening for Thyroid Dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2015; 162:641-50.
30. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid 2012; 22.
31. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med 2011; 154:356-64.
32. Moyer VA. Vitamin D and calcium supplementation to prevent fractures in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2013; 158(9):691-6.
33. Virginia A. Moyer Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2012; 157:197-204.
34. Depression in Adults: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. December 2014. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening>. adresinden 28/02/2016 tarihinde erişilmiştir.
35. Hunziker S, Schlapfer M, Langewitz W et al. Open and hidden agendas of "asymptomatic" patients who request check-up exams. BMC Fam Pract 2011; 12:22.
36. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. Med Care 1989; 27:1027-35.
37. Jackson JL, Kroenke K. Patient satisfaction and quality of care. Mil Med 1997; 162:273-7.
38. Joos SK, Hickam DH, Borders LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. Public Health Rep 1993; 108:751-9.
39. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. Ann Intern Med 1996; 125:730-7.
40. Kravitz RL, Cope DW, Bhargava V, Leake B. Internal medicine patients' expectations for care during office visits. J Gen Intern Med 1994; 9:75-81

Geliş tarihi: 06.03.2017

Kabul tarihi: 22.03.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Emrah Ersoy

e-posta: dremrahersoy86@gmail.com