

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt 21 | Sayı 3 | Temmuz-Eylül 2017 |
Volume | Number | July-September

Aile Hekimliği uygulamasında hekim hareketliliği: Tokat ili örneği

Yunus Emre Bulut, Rıza Çıtıl, Alper Yalın



Kanser taramaları: İhtilaflar

Emrah Ersoy, Esra Saatçi

Yayın Kuralları | Instructions to Authors

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Olgu sunumları: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. Aile hekimliği

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

Yorum yazıları ve editöre mektuplar: Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini gelişmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Siz olsaydınız ne yapardınız: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, 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 bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

Ulusal ve uluslararası raporlar: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, 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 bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

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

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

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

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

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

Başlık: Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlar 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 başlıklarla izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150 en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere Türkçe ve İngilizce en azı üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

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

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

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

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



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

Kapak Resmi: Pablo Picasso.
Science and Charity (96X75)
Yağlı Boya (1897)

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'nin ardından | 90

Following the 16th National Family Medicine Congress

Serdar Öztora

Araştırmalar | Research Articles

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 2015 yılı Özürlü Sağlık Kuruluna başvuran olguların incelenmesi | 91

Analysis of cases referred to the Disability Board of Inonu University Turgut Ozal Medical Center in 2015

Hilal Baltacı, Burcu Kayhan Tetik, Engin Burak Selçuk, Mustafa Baltacı

Aile Hekimliği uygulamasında hekim hareketliliği: Tokat ili örneği | 101

Physicians mobility in family medicine practice: Example of Tokat province

Yunus Emre Bulut, Rıza Çıtıl, Alper Yalın

Pnömoni tanısı ile hastanede yatarak tedavi gören yaşlı hastaların prognozunun yaş gruplarına göre incelenmesi | 109

Analysis of prognosis in hospitalized elderly patients with pneumonia according to age groups

Ayşegül Albay, Bengü Şaylan, Hacer Sali Çakır, Sema Basat, Şeyma Başlılar, Nesrin Sarıman

Review | Derleme

Kanser taramaları: İhtilaflar | 118

Cancer screening: Controversies

Emrah Ersoy, Esra Saatçi

Olgu Sunumu | Case Report

Maligniteyi taklit eden asemptomatik bir tüberküloz olgusu | 123

An asymptomatic case of tuberculosis mimicking mal

Fatih Üzer, Ömer Özbudak

Editöre Mektup | Letter to Editor

Predatör dergilere dikkat | 128

Attention to predatory journal

Mustafa Kürşat Şahin, Füsün Aysin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici

16. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nin ardından

Following the 16th National Family Medicine Congress

Serdar Öztora¹

Değerli okurlarımız,

Dergimizin 21. cildinin 3. sayısına hoşgeldiniz. Dergimiz 21 yıldır olduğu gibi Aile Hekimliği bilimsel alanına katkısını sürdürmektedir. Bu sayıda yer alan makaleler ile yine önemli konular bilimsel tartışmaya açılacak ve yeni katılan yazarlarımız ile bilimsel camiamız daha da zenginleşecektir. Dergimizin yayınlanmasını sağlayan tüm editör, teknik kurul ve danışma kurulu üyelerine, oldukça değerli zamanlarını dergimiz için ayıran hakemlerimize ve kıymetli bilimsel çalışmalarını dergimizde değerlendiren yazarlarımıza minnetlerimizi sunarız.

Bu vesile ile TAHUD'un diğer önemli bilimsel katkısı olan ve bu yıl 26-29 Ekim 2017 tarihleri arasında Ankara Bilkent Otel'de gerçekleştirdiğimiz 16. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi hakkında bilgi vermek istiyorum. Kongremiz bu yıl da zengin bilimsel içeriğiyle meslektaşlarımız ile bir araya gelme fırsatı yaratarak Cumhuriyetimizin 94. yıldönümünü hep birlikte kıvançla kutlamamızı sağladı.

Açılışı takiben WONCA Avrupa Seçilmiş Başkanı Prof. Dr. Mehmet Ungan'ın UEMO 50. Yıl Açılışında yaptığı konuşmasını Paris'ten canlı yayınla takip ettik. Kongremizi 6 salonda sunulan 24 konferans, 10 panel ve 5 çalıştay ile tamamlarken, 260 kişinin aynı anda salonlarda aktif olarak oturumlara katılması ile izlenen yüksek katılım oranı kongremizin bilimsel olarak doyurucu olduğunu teyit etmemizi sağladı.

Kongremizde Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü onaylı Sigara Bıraktırma Kursu da dahil olmak üzere bilgi, beceri ve tutum geliştirilmesine yönelik 4 adet kursta 113 katılımcı yer aldı.

Yine 8 oturumda gerçekleştirilen 52 poster, 54 sözel bildiri sunumları oldukça verimli geçti ve meslektaşlarımızın direkt bilgi paylaşımı yapabilmelerine olanak tanıdı.

Kongremizin galası olan "Cumhuriyet Balosu" da hem meslektaşlarımızla bir araya gelerek yorulduğumuzu atmamızı, hem de Cumhuriyetimizin 94. yılını beraberce coşkuyla kutlamamızı sağladı. Aynı zamanda Prof. Dr. Mustafa Çelik'e ait bir kişisel resim sergisi de kongremizin sosyal olarak da renklenmesine katkıda bulundu.

Kongre kapsamında 160 TAHUD üyesi asistanımıza burs imkanı sağlandı. Genç meslektaşlarımızla bir araya gelmek ve onların heyecanını paylaşmak hepimiz için oldukça keyifli ve geleceğe umutla bakmamızı sağlayan bir unsur oldu. Biz-zat gelip katılan 302 katılımcı ile beraber, belki de ilk kez bir kongrede bu kadar fazla yapılan canlı yayınlara katılan tüm meslektaşlarımıza minnetlerimizi sunar, kongremizin ve kursların düzenlenmesinde emeği geçen tüm hocalarımıza çok teşekkür ederiz. 17. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi hazırlıklarına şimdiden bu şevk ile başlamış bulunmaktayız. Sizlerden gelecek talepler, destekler ve katkılarla bu senekinden daha da iyi bir kongre olacağına inanmaktayız.

Saygılarımla

Doç. Dr. Serdar Öztora

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Editörler Kurulu Üyesi

¹ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Editörler Kurulu Üyesi ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Edirne

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 2015 yılı Özürlü Sağlık Kuruluna başvuran olguların incelenmesi

Analysis of cases referred to the Disability Board of Inonu University Turgut Ozal Medical Center in 2015

Hilal Baltacı¹, Burcu Kayhan Tetik², Engin Burak Selçuk², Mustafa Baltacı³

Özet

Amaç: Ülkemizde özürsüzlüğün önlenmesi ve rehabilitasyonu için, uygun toplanmış detaylı verilere ihtiyaç olduğundan, çalışmamızda İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi sağlık kuruluna başvuran özürsüzlü olguları inceleyip, mevcut verilere katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Sağlık Kurulu'na özürsüzlü raporu almak için 01.01.2015-29.12.2015 tarihleri arasında müracaat eden 2241 rapor tarandı. Olgulara ait yaş, cinsiyet, başvurdıkları ay, tüm vücut fonksiyon kaybı oranları, ağır özürsüzlü ve özürsüzlüklerinin sürekli olup olmadığı, engel grupları, kullanım amaçları ve başvuru yaptıkları bölüm kaydedildi. İstatistiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows Version 17.0 yazılımı kullanıldı.

Bulgular: Araştırmamızda bayanların sayısı 863, erkeklerin sayısı 1378 ve yaş ortalamaları 33.18±26.63 yıl idi. Olguların özür oranı ortalaması 67.36±22.53 olup 1272 (%56.7) kişi ağır engelli idi. En fazla müracaat edilen bölüm çocuk psikiyatrisi (%29.7) ve çocuk nörolojisi (%12.9) idi. Özür türleri incelendiğinde 0-18 yaş aralığında en fazla %64.9 ile zihinsel, 19-64 yaş ve 65 yaş ve üzeri grupta ise kronik hastalıklar idi. (Sırasıyla %74.2 ile %87.8)

Sonuç: Çalışmamızda olguların %43.2'sini çocuk yaş grubu oluşturmakta olup, çocuklarda en çok zihinsel problemler görülürken erişkin grupta en fazla kronik hastalıklar görülmekte idi. Çalışmamızda çocuk yaş grubunda bu kadar çok zihinsel problemlerin görülmesi biz aile hekimleri olarak muayeneye gelen çocukları sadece biyolojik açıdan değil, zihinsel açıdan da değerlendirmemiz gerekliliğini ortaya koymuştur. Ayrıca aile hekimleri olarak muayene olmak için başvuran engelli bireylere uygun sos-yal destek ve yardım hizmetlerinin devlet tarafından verildiği konusunda bilgilendirmelerde de bulunulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Özürsüzlü, Sağlık Kurulu, raporlar

Summary

Objective: Because of the need for appropriately collected, detailed data to prevent and rehabilitate disability in our country; were viewed disability cases whom were admitted to İnönü University Turgut Özal Medical Center an daimed to contribute to the data about disabled people.

Methods: Of the archive records between 01.01.2015 and 12.29.2015, which were comprised of disabled people who applied to Health Board for disability report, 2241 were screened retrospectively. Age, sex, month of application, whole body function loss ratio, whether or not they had severe disability and and their disability were continuous, type of disability, purpose of use and applied division are recorded. SPSS for Windows Version 17.0 was used for statistical analysis in our study.

Results: 863 women and 1378 men were included in our study with mean age of 33.18±26.63 years. Mean rate of disability was 67.36±22.53 and 1272 (56.7%) people were severely disabled. Department with the most reports given was child psychiatry (29.7%) and pediatric neurology (12.9%). The most common type of disability was; mental in 0-18 age group (64.9%), chronic diseases in 19-64 age group and over 65 age group (74.2% and 87.8% respectively).

Conclusions: 43.2% of our cases were children and the most common disability in this age group was mental disability. Chronic diseases were observed as the most common reason of disability in adult age group. The fact that mental disability is that much prominent in children age group shows us, family doctors, that we shouldn't only examine children from a biological standpoint but also from a mental standpoint. As family doctors, we should also inform handicapped people who come to the clinic for examination, about social support given by the state.

Key words: Disability, Health Board, reports

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Uzm.Dr., Malatya

² İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Yrd.Doç.Dr., Malatya

³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD,Uzm.Dr., Malatya

Baltacı H. ve ark. | İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 2015 yılı Özürlü Sağlık Kuruluna başvuran olguların incelenmesi

Giriş ve Amaç

Doğuştan veya sonradan herhangi bir sebeple bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yeterliliklerini farklı derecelerde kaybetmesi sonucu toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük ihtiyaçlarını karşılama güçlükleri olan koruma, bakım, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi ‘özürlü’ olarak tanımlanır.^[1] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelişmiş ülkelerde özürlü nüfusun toplam nüfusa oranını %10, gelişmekte olan ülkelerde ise %12 olarak açıklamıştır.^[2,3] Türkiye özürlüler araştırmasının 2002 yılı verilerine göre ülkemizde yaklaşık 8,5 milyon (%12,3) özürlü bulunmaktadır.^[4] Nüfusun, kronik hastalıkların tedavisinde bulunan gelişmeler neticesinde uzayan yaşam süresinin, ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların artması, çevre koşullarındaki bozukluklar gelecek özürlü insan sayısının daha da artacağını göstermektedir. Bu durum sadece özürlüler ve aileler için değil, toplum içinde de ciddi psikolojik, sosyal, fiziksel ve ekonomik problemler yaratır.^[2,3]

Özürlü nüfusun yaşam düzeyi ile özürlü nüfusa verilen hizmetin kalitesi, ülkelerin sağlık, eğitim ve ekonomik kalkınma düzeyinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu sebepten dolayı özürlü bireylere uygun sosyal destek ve yardım hizmetleri sunulmaktadır.^[4] Özürlülerin bu hizmetlerden yararlanabilmesi için yetkili merkezlerin özürlü sağlık kuruluna başvurması gerekmektedir. Özürlü sağlık kurulu raporu sağlık kurulunca hazırlanan kişilerin özürlü ve sağlık durumunu, faydalanabileceği sosyal hakları ve çalıştırılmayacağı iş sahalarını belirten belgedir.^[5] Ülkemizdeki kayıt sistemlerinde eksiklik sonucu özürlü sayısı, türü ve nedenleri konusunda yeterli verimiz mevcut değildir.^[4]

Özürlü sağlık kurulu raporu; genel sağlık raporuna kıyasla daha detaylı olarak hazırlanan ve engellinin kronik durumu hakkında uluslararası iş yapamaz yüzdesi içerecek şekilde belirlenmiş oranları gösteren belgedir.^[6] Bu belge içinde, özürlü bireylerin yararlanabilecekleri sosyal haklar ve çalıştırılmayacağı iş alanları yer alır. Engelli raporu yetkilendirilmiş hastanelerde oluşturulan özürlü sağlık kurulu tarafınca verilir. Sadece bir organ ya da sistemi ilgilendiren özürlü bulunanlar için özürlü

sağlık kurulu, o özürlü ile ilgili branştan üç uzman ile oluşturulabilir. Bu kurulun başkanlığını ilgili şef ya da anabilim dalı başkanı yürütür.^[7]

Özürlülüğün önlenmesi ve rehabilitasyonu için bu konuda uygun toplanmış detaylı verilere ihtiyaç vardır. Çalışmamız Turgut Özal Tıp Merkezi Sağlık Kurulu’na başvuran olguların incelenmesi ile özürlüler ile ilgili ülkemizdeki kısıtlı verilere katkı sağlamayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan ve İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu’ndan 28.06.2016 tarihinde 2016/9-5 sayılı kararı ile izin alınarak başlanmıştır. Retrospektif tanımlayıcı özellikteki çalışmamızda 01.01.2015-29.12.2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Sağlık Kurulu’na kişisel olarak engelli raporu almak için başvuran 2.241 olgunun raporları geriye dönük olarak taranmıştır.

Olgulara ait yaş, cinsiyet, başvurdıkları ay, tüm vücut fonksiyon kaybı oranları, ağır özürlü ve özürlülüklerinin sürekli olup olmadığı, engel grupları, kullanım amaçları ve başvuru yaptıkları bölüm kaydedildi. Çalışmada mevzuata uygun olarak ağır özürlülük tanımı; tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %50’ nin üzerinde olanlar, beslenme, giyinme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacını giderme gibi öz bakım becerilerini yerine getiremeyenler, kendi başına hareket etmede veya iletişim kurmada zorluk ya da yoksunluk yaşayanlar ve bu becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine tıbbi olarak karar verilen kişiler olarak kabul edilmiştir. Ayrıca sosyal yardıma başvuran hastalar telefonla aranarak sosyal yardım alıp almadıkları da öğrenilerek kaydedilmiştir.

Araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows Version 17.0 yazılımı kullanıldı. Nicel değişkenlere ilişkin verilerin tanımlanması aritmetik ortalama (Mean) \pm standart sapma (SS) ile nitel değişkenlere ilişkin verilerin tanımlanması sayı ve yüzde (%) kullanıldı. Nicel değişken verilerinin Kalmogrov-Smirnov normallik testine göre normal dağılım gösterdiği saptandı ($p>0,05$). İki grubun karşılaştırılmasında “unpaired t” tes-

ti kullanıldı. Nitel değişken verileri-nin gruplara göre karşılaştırılması Ki-Kare analizi ile test edildi. “p<0.05” istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Araştırmamızda kadınların sayısı 863 (%38,5), erkeklerin sayısı ise 1.378 (%61,5)’dir. Araştırmamızda bulunan olguların yaş ortalaması 33,18±26,63 yıl olup, sağlık kuruluna özür lülük raporu almak için başvuranların özür oran ortalaması 67,36±22,53 olarak bulundu.

Araştırmamızda kadınların yaş ortalaması 35,50±28 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 31,69±25,62 yıl olup, istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p=0.001). Ayrıca araştırmamızda her iki cinsiyet açısından özür oranına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (p<0,001). Sağlık kuruluna engelli sağlık raporu almak için müracaat edenlerin aylara göre dağılımlarına bakıldığında en fazla ocak ayında 245 kişi müracaat ederken, en az 146 kişi ile ekim ayında müracaat edilmişti.

Araştırmamızda özür oranı veren bölümlere sırasıyla baktığımızda en fazla çocuk psikiyatri (%29,7), çocuk nörolojisi (%12,9) ve yetişkin nöroloji (%11,2) tarafından özür oranı verilmişken, en az özür oranları dahiliye hepatoloji, pediatrik gastroenteroloji ve dermatoloji tarafından verilmiştir. Pediatrik romatoloji, göğüs cerrahisi, enfeksiyon hastalıkları bölümleri tarafından ise özür oranı verilmemiştir. Sağlık kuruluna başvuru bölümler **Tablo 1**’de verilmiştir.

Sağlık kurulu raporunun mevzuata göre değerlendirilmiş olan bölümünde ağır engelli olup olmadığı ve raporun geçerlilik süresi belirtilmektedir. Çalışmamızda başvuranların 1.262 (%56,3) kişisi ağır engelli olduğu, 1.290 (%57,6) kişinin de sürekli engelli olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde uygulanan yönetmelikler gereği özür lülük haklarından faydalanmak için %40 ve üzerinde puan almak gerekmektedir. Araştırmamızda özür oranı %40’ın altında olan 200 (%8,9) kişi, %40 ve üzerinde olanlar ise 2.041 (%91,1) kişidir. Aldığı puan %40’ın altında kalanların cinsiyet dağılımı ile %40 ve üzerinde puan alanların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak

Tablo 1. Olguların başvuru yaptıkları ve özür oranı aldıkları bölümler

Başvurulan Bölüm	Kişi Sayısı (n)	Oranı (%)
Yetişkin Psikiyatri	132	5,9
Çocuk Psikiyatri	665	29,7
Göz	228	10,2
KBB	214	9,4
Yetişkin Nöroloji	251	11,2
Çocuk Nörolojisi	289	12,9
Kardiyoloji	233	10,4
Göğüs	53	2,4
Beyin Cerrahi	108	4,8
Ortopedi	181	8,1
Fizik Tedavi	146	6,5
Dermatoloji	9	0,4
Dahiliye Gastroenteroloji	14	0,6
Dahiliye Nefroloji	106	4,7
Dahiliye Endokrin	142	6,3
Dahiliye Hematoloji	79	3,5
Dahiliye Hepatoloji	2	0,1
Dahiliye Onkoloji	149	6,6
Genel Dahiliye	31	1,4
Kalp Damar Cerrahi	36	1,6
Plastik Cerrahi	23	1
Üroloji	35	1,6
Göğüs Cerrahi	0	0
Genel Cerrahi	188	8,4
Radyasyon Onkoloji	23	1
Enfeksiyon Hastalıkları	0	0
Gelişimsel Pediatri	26	1,2
Pediatrik Nefroloji	13	0,6
Pediatrik Kardiyoloji	29	1,3
Pediatrik Hematoloji	29	1,3
Pediatrik Gastro	6	0,3
Pediatrik Endokrin	22	1
Pediatrik Romatoloji	0	0
Çocuk Cerrahi	13	0,6

anlamli bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Sağlık kuruluna başvuran kişilerin özür türlerine baktığımızda en fazla başvuru 1.387 (%61,9) kişi ile süreğen (kronik) hastalığı olan grup iken, %32,7 ile zihinsel özürlü olanlar izlemiştir. En az başvuru ise 34 (%1,5) kişi ile dil ve konuşma özür grubu olanlar olmuştur. Sağlık kuruluna başvuru yapan özürlü olguların özürlülük türleri **Tablo 2**'de verilmiştir.

Çalışmamızda 0-17 yaş grubunda 967 (%43,2) kişi, 18-64 yaş grubunda 903 (%40,2) kişi, 65 yaş ve üstünde 371 (%16,6) kişi yer almaktadır. 0-17 yaş grubunda en fazla görülen özürlülük türü %65,1 ile zihinsel özürlü, 18-64 yaş grubunda %73,9 ile kronik hastalıklar, 65 yaş ve üzeri grupta ise %87,9 ile kronik hastalıklar en fazla olarak tespit edilmiştir.

Sağlık kuruluna müracaat eden olguların kullanım amacına baktığımızda en fazla 1.995 (%89) kişi ile engelli kimlik kartı alabilmek için iken, 2.sırada ise 1.356 (%60,6) kişi ile sosyal yardım alabilmek için başvurulmuştur. Olguların başvuru amaçları **Tablo 3**'de verilmiştir.

Engel türlerine göre başvuru amaçları değerlendirildiğinde olgulardan zihinsel engelli olanlardan 434 (%59) kişi özel eğitim alabilmek için müracaat etmiş iken, kronik hastalığı olanlardan 68 (%5) kişi istihdam, 929 (%67) kişi sosyal yardım, 1.289

(%93) kişi engelli kimlik kartı için müracaat etmiştir. Olguların engel türlerine göre başvuru amaçları ve oranları **Tablo 4**'de verilmiştir.

Sosyal yardıma 1.356 kişi başvurmuş. Başvuran kişilere telefonla ulaşıp sosyal yardım alıp almadıkları sorulduğunda 870 (%64,1) kişi sosyal yardım aldığını, 344 (%25,3) yardım almadığını söyledi ancak 142 (%10,6) kişiye ulaşılamadı.

İstihdam için başvuranların 68 kişisi erkek, 31 kişisi kadın olup yaş ortalaması $29,25\pm 9,51$ yıldır. Özür oranına baktığımızda ise $50,35\pm 15,43$ 'tür. 0-18 yaş arasındaki çocukların yaş gruplarına göre başvuru sayılarını incelediğimizde en fazla 408 (%42,2) kişi ile 5-9 yaş grubu iken en az başvuru 15-17 yaş arasında 95 (%9,8) kişi ile olmuştur. .

Çocuk psikiyatrisine başvuran 665 tane olgunun 438 (%65,9)'u eğitime başvurmuştur. Çocuk psikiyatrisinden özür oranı alanların 512 (%77)'sinin engeli sürekli olup, 153 kişisinin ise engeli sürekli değildir. Çocuk psikiyatrisinden özür oranı alanların sürekli engellilik ve eğitime başvurma yüzdeleri **Tablo 5**'de belirtilmiştir.

Tartışma

DSÖ ve Dünya Bankası'nın 2011'de yayınladığı Dünya Engellilik Raporu'na göre, 2010 yılı dünya

Tablo 2. Sağlık kuruluna başvuru yapan özürlü olguların özürlülük türleri

Kişinin Engel Grubu	Kişi Sayısı(n)	Oranı (%)
Süreğen (Kronik)	1.387	61,9
Zihinsel	733	32,7
Ortopedik	288	12,9
Görme	228	10,2
İşitme	214	9,9
Sınıflanamayan	106	4,7
Ruhsal ve Duygusal	58	2,6
Dil ve Konuşma	34	1,5

Bir kişide birden fazla özürlülük türü olabildiği için özürlülük türü yüzdeleri toplamı %100'ü geçmektedir.

Tablo 3. Sağlık kuruluna özürlü raporu almak için müracaat edenlerin başvuru amaçları

Raporun Kullanım Amacı	Kişi Sayısı (n)	Oranı (%)
Eğitim	574	25,6
İstihdam	99	4,4
Sosyal Yardım	1.356	60,6
Engelli Kimlik Kartı	1.995	89
Diğer (Maluliyet tespiti, Özel tertibatlı araç, Engelli araç ehliyeti, ÖTV indirim, Akülü tekerlekli sandalye)	606	26,8

Bir kişide birden fazla özürlülük türü olabildiği için özürlülük türü yüzdeleri toplamı %100'ü geçmektedir.

Tablo 4. Engel türlerine göre başvuru amaçlarının değerlendirilmesi

Engel Grubu	Eğitim (n)				İstihdam (n)				Sosyal Yardım (n)				Engelli Kimlik Kartı (n)				Diğer (n)			
	Var	%	Yok	%	Var	%	Yok	%	Var	%	Yok	%	Var	%	Yok	%	Var	%	Yok	%
Ortopedik	25	9	263	91	12	4	276	96	126	44	162	56	213	74	75	26	160	56	128	44
Görme	8	4	220	96	19	3	219	97	134	59	94	41	208	91	20	9	82	36	146	64
İşitme	61	29	153	71	14	7	200	93	123	57	91	43	190	89	24	11	63	29	151	71
Dil ve Konuşma	26	76	8	24	3	9	31	91	14	41	20	59	22	65	12	35	7	21	27	79
Zihinsel	434	59	299	41	14	2	719	98	474	65	259	35	685	93	48	7	72	10	661	90
Ruhsal ve Duygusal	9	16	49	84	8	14	50	86	24	41	34	59	50	86	8	14	22	38	36	62
Süreğen (Kronik)	160	12	1227	88	68	5	1319	85	929	67	458	33	1289	93	98	7	429	31	958	69
Sınıflandırmayan	27	25	79	75	2	2	104	98	72	68	34	32	97	92	9	8	33	31	73	69

nüfusunun yaklaşık %15'inin ya da başka bir ifadeyle, bir milyardan fazla insanın bir çeşit engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir.^[8] Gelişmiş ülkelerde nüfusun %10'unun, gelişmekte olan ülkelerde ise %12'sinin engelli bireylerden oluştuğu kabul edilmektedir.^[3]

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 1.805 olgunun yaş ortalaması 36,97±25,76 yıl bulunmuştur.^[9] Özürlülük prevalansının incelendiği 2006 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada özürlülerin yaş ortalaması 29,5±17,9 yıl bulunmuştur.^[10] Yine benzer şekilde yapılan bir çalışmada 19-77 yaş arası özürlü olguların yaş ortalaması ise 45,8 yıl bulunmuştur.^[11] Özyurda ve Soyer'in yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması 40'in üzerinde bulunmuştur.^[12] 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırmasında yaş ortalaması 33,86 yıl olarak bulunmuştur.^[13] Araştırmamızda hem çocuk, hem yetişkin yaş grupları alındığında olgularımızın yaş ortalaması, ülkemizde yapılan çalışmalara benzer şekilde 33,18±26,63 yıl olarak bulunmuştur.

Cinsiyet açısından değerlendirme yaptığımızda yapılan bir çalışmada özürlülerin %56,4'ü kadın, %43,6'sı erkek olarak bulunmuştur.^[14] Isparta'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde kadınların oranı daha fazla bulunmuştur.^[15] Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise erkek oranı kadın oranından yüksek bulunmuştur. Örneğin Beşer ve arkadaşlarının çalışmasında başvuranların yaklaşık üçte ikisi (%59,7) erkek idi.^[16] Benzer şekilde 2010 yılında yayınlanan TÜİK verilerine göre özürlülerin %58,6'sının erkek, %41,4'ünün ise kadın olduğu bulunmuştur.^[17] Yapılan araştırmalara baktığımızda bazı çalışmalarda erkek, bazı çalışmalarda kadın sayısının fazla olduğu görülmüştür. Araştırmamızda ise olguların %61,5'i erkek, %38,5'i kadın olarak tespit edilmiş olup verilerimiz TÜİK verileri ile uyumlu bulunmuştur.

Yine 2010 yılında yapılan TÜİK verilerine göre özürlü raporlarına müracaat nedeni en çok zihinsel hastalıklar olarak tespit edilmiştir.^[17] Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada özürlü raporu almak için başvuranların, en fazla kas iskelet sistemi hastalıkları ve zihinsel hastalıklar sebebiyle başvuru yaptığı tespit edilmiştir.^[9] Olgularımızın başvurdukları bölümleri incelediğimizde bu konuda

yapılan çalışmalara benzer şekilde en fazla zihinsel hastalıklar, sonrasında ise nörolojik hastalıklar ve kas iskelet sistemi hastalıkları yer almış olup zihinsel hastalıkların bu kadar çok olmasındaki sebep olgularımızın %43,2'sinin çocuk yaş grubunun oluşturması ve çocuk yaş grubunda daha çok zihinsel özür nedeniyle müracaat edilmesine bağlanmıştır.

Amerika'da 2010 yılında yapılan bir çalışmada, toplam özürlü grubun % 62'si ağır özürlü olarak tanımlanmıştır.^[18] Ülkemizde çocuk yaş grubunun dâhil edildiği bir çalışmada olguların %45,9'u ağır özürlü olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada düzenlenen raporların geçerlilik sürelerine bakıldığında, sürekli raporu olanların oranı %17,6 bulunmuştur.^[19] Yapılan başka bir çalışmada olguların %56,3'ü sağlık kurulunca ağır özürlü olarak değerlendirilmiş, %82,4'ünün özürlülüğü sürekli olarak raporlandırılmıştır.^[20] Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer olarak başvuranların %56,7'si ağır engellidir. Süreklilik açısından değerlendirildiğinde %57,6 sürekli engelli olup, sadece çocuk yaş grubunu inceleyen çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Çocuk olguların yaşla ve tedavi süreci ile birlikte, hastalık seyirlerinin de farklılık gösterebilmesi, genellikle sürekli yerine süreli raporların düzenlenebilmesi nedeniyle çalışmamızda diğer çalışmalardan daha fazla süreli rapor verildiği düşünülmektedir.

Sağlık kuruluna başvuru amaçlarına baktığımızda ülkemizde yapılan bir çalışmada en sık başvuru nedeninin % 81,8 oranıyla özel eğitim için başvuru olduğu tespit edilmiştir.^[21] Yapılan başka bir çalış-

Tablo 5. Çocuk psikiyatrisinden özür oranı alan olguların sürekli engelli olma durumları ve eğitime başvuru yüzdeleri

Çocuk Psikiyatrisi	Kişi sayısı (n)	Oranı (%)
Rapor süreklilik durumları (n=665)		
Sürekli engelli	512	77
Sürekli engelli olmayan	153	23
Eğitime Başvurma Durumları (n=665)		
Eğitime basvuran	438	65,9
Eğitime basvurmayan	227	34,1

mada özürlü sağlık kuruluna en sık başvuru nedeni %40 oranıyla sosyal yardım ve evde bakım hizmetlerinden yararlanma talebi olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada çeşitli nedenlerle özür derecesini bildirir rapor talebi ile başvuru ikinci sırada, eğitim üçüncü sırada yer almaktadır.^[20] Kaya ve arkadaşlarının 18 yaş altı grupta başvuru nedenlerini inceledikleri çalışmalarında en çok müracaatın %81,6 oranıyla özel eğitim almak olduğu, bunu %45 oranıyla belediye hizmetlerinden yararlanmanın izlediği belirtilmiştir.^[19] Bizim çalışmamızda ise raporun kullanım amacına baktığımızda başvuranların %89'unun engelli kimlik kartı için, %60,6'sının sosyal yardıma müracaat etmek için olduğu bulunmuştur. Çocuk yaş grubunda başvuru amacının araştırıldığı çalışmalarda en fazla müracaatın eğitim için olduğu bulunmuştur.^[19,21]

Ülkemizde uygulanan yönetmelikler gereği özürlülük haklarından faydalanmak için özür oranının %40 ve üzerinde olması gerekmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Sağlık Kurulu'na başvuran olguların %90,8'inin özürlü haklarından faydalanmayı hak kazandığı görülmüştür.^[22] Uysal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada özür oranı %40'ın üzerinde olanların oranı %74 bulunmuştur.^[9] Çalışmamızda da benzer şekilde müracaat edenlerin %91'i %40 ve üzerinde özürlülük oranı almıştır. Bu kadar yüksek bir oranın bulunmasında engelli yönetmeliğine göre %40 ve altında olanların engellilik haklarından yararlanamayacağından dolayı, hafif özürlü olanların başvurmamaları sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Başvuru amaçları arasında yer alan sosyal yardım konusunu incelediğimizde ülkemizde yapılan bir çalışmada özürlülerin %62,7'si sosyal bir yardım almaktadır.^[23] Bizim çalışmamızda da sosyal yardıma müracaat edip de sosyal yardım alanların oranı %64,1'dir.

Özürlü vatandaşlar için en önemli sorunların başında istihdam gelmektedir. Yapılan bir çalışmada istihdam oranı erkek özürlüler için %32,2 ve kadın özürlüler için ise %6,7 olarak bulunmuştur.^[24] Ulusal rapor taslağına göre (2010), kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha düşük oranlarda istihdam edildiği, kadın çalışanlar %4,6 oranında iken, erkek çalışanlar %21,4 oranında olduğu görülmek-

tedir.^[17] Bizim çalışmamızda erkek olguların %5'i, kadınların %3,5'i istihdam için başvurmuştur. Kadın çalışan oranı ülkemizdeki çalışmalara benzer iken, erkek oranının düşük olması şehrimizde istihdam konusunda tam bir bilgilendirme olmamasına bağlanabilir.

Özürlülük türlerini araştırdığımızda Amerika'da yapılan bir çalışmada özürlülük tespit edilenlerin %13'ü kas iskelet sistemi, %10,6'sı zihinsel engelli olarak bulunmuştur.^[25] Barbotte ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise en fazla özürlülük nedeni kronik hastalıklar olarak bulunmuştur.^[26] American Community Survey tarafından yapılan çalışmada özürlülük türleri arasında ilk sırada %6,9 ile ortopedik özürlüler, en düşük özürlülük oranı %2,2 ile görme özürlülerde saptanmıştır.^[27]

Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik hastalıklar nedeniyle oluşan özürlülerin oranı %38,12 ile en yüksek iken bunu %32 oran ile ruhsal özür-lüler ve %27,44 ile işitme özür-lüler izlemiştir.^[23] TÜİK 2010 verilerine göre ülkemizde kayıtlı özür-lülerin %29,2'si zihinsel özürlü, %25,6'sı kronik hastalığı olan özür-lüler, %8,8'i ortopedik özür-lüler, %8,4'ü görme özür-lüler, %5,9'u işitme özür-lüler, %3,9'u ruhsal ve duygusal özür-lüler, %0,2'si dil ve konuşma özür-lüler ve %18'i birden fazla özür-lülüğe sahip olarak sınıflandırılmıştır.^[17] Uskun tarafından yapılan bir çalışmada ise %56,8 oranıyla kronik hastalıklara bağlı özür ilk sırada yer almıştır.^[28] Olgularımızın özür türleri incelendiğinde yapılan çalışmalara benzer bir şekilde %61,9 ile kronik hastalıklara bağlı özür ilk sırada yer almıştır.

Kronik hastalıkların görülme sıklığı açısından değerlendirme yaptığımızda Bennet ve arkadaşlarının kronik hastalıklar ve özürlülük ile ilgili yapmış oldukları prevalans çalışmasında özür-lülüğün hem erkek hem de kadınlarda 55 yaş ve üzerinde bireylerde daha fazla olduğunu vurgulamıştır.^[9] Yurt dışında yapılmış yaşlılık ve sakatlık konularını ele alan çalışmalarda benzer şekilde yaşlılarda sakatlığın ve kronik durumların daha sık görüldüğü ile ilgili sonuçlara varılmıştır.^[30,31,32,33,34,35] Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmada kronik hastalıkların istatistiksel olarak 45 yaş ve üzeri grupta daha fazla görüldüğü saptanmıştır.^[14] Türkiye Özür-lülük Araştırması'nda (2002) da yaşla birlikte kronik has-

talıkların görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir.^[13] Özkan ve ark. yapmış oldukları çalışmada 65 yaş ve üzeri nüfusun bölge nüfusunun %14,5'ini oluşturduğunu, bunların % 78,3'ünün en az bir kronik hastalığının olduğunu bulmuştur.^[36] Yine bu konuda yapılmış başka bir çalışmada kırsal alanda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin % 65,4'ünün en az bir kronik hastalığı olduğu rapor edilmiştir.^[37] Çalışmamızdaki sonuçlar diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir ve 65 yaş üstü kişilerde %87,9 oranında kronik hastalığa bağlı özürllülük olduğu bulunmuştur. Bu durum yaşam süresinin uzaması, çevresel faktörlerin etkisi, sağlıksız beslenme alışkanlığı gibi birçok faktöre bağlı olarak kronik hastalık riskinin gün geçtikçe daha çok artmasına bağlanmıştır.

Amerika'da 2000 yılında yapılan nüfus sayımı verilerinde ortopedik özürllü sıklığı %16,6, Afrika'da ise 2001 yılı sayımlarına göre %29,6 olarak tespit edilmiştir.^[38,39] Türkiye 2002 Özürllüler Araştırması'na göre ortopedik özür sıklığı %1,25 olarak bulunmuştur.^[17] Türkiye'de yaşlılarda özürllülüğün belirlenmesi için yapılan çok merkezli bir çalışmada ortopedik özürllülük sıklığı Ankara'da %6,6, İzmir'de %7,6, Diyarbakır'da %9, İstanbul'da %9,5-%11,3, Ağrı'da %13,3, Adana'da %15 olarak bulunmuştur.^[40] Bizim çalışmamızda ise özürllü grubun içindeki ortopedik özürllülük oranı %12,9 olup, özürllü grupları arasında önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir.

Dünyada yapılan bazı çalışmalarda işitme bozuklukları görülme oranı Kanada'da %4, Oman'da %5,5, Brezilya'da %6,8 olarak tespit edilmiştir.^[41,42,43] DSÖ 2005 yılı tahminlerine göre dünyada 278 milyon kişide işitme ile ilgili bir patoloji olduğu, bunların %80'ninin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğunu bildirmiştir.^[44] Türkiye Özürllüler Araştırması'na göre ülkemizde işitme engelli görülme sıklığı %0,37 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada tüm özürllüler içerisinde işitme özürllüler oranı %9,2 bulunmuştur.^[2] Diyarbakır ilinde yapılmış olan bir çalışmada 55 yaş üstü bireylerde işitme özürllülüğünün oranını %22,2 bulmuştur.^[45] Bizim çalışmamızda ise işitme engelli %9,9 oranında tespit edilmiştir. Bazı çalışmalar sadece yetişkin yaş grubu ya da yaşlı bireyleri almakta olup yaşla birlikte işitme problemlerinin daha çok ortaya çıkması nedeniyle işitme özürllülük oranı daha

yüksek çıkmaktadır. Literatürdeki farklı sonuçları netleştirmek için daha geniş katılımlı çalışmalar yapılması kanaatindeyiz.

İngiltere'de 2000-2001 yılında yapılan bir sağlık araştırmasına göre dil ve konuşma bozukluğunun prevalansı %3 olarak rapor edilmiştir.^[46] Afrika'da 2005 yılında yapılan nüfus sayımı verisinde ise bu rakam %6,5 olarak belirtilmiştir.^[39] Ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların %3'ünde konuşma patolojisi saptanmıştır.^[47] Bizim çalışmamızda ise dil ve konuşma özürllü olanların oranı %1,5 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oranın biraz daha düşük çıkmasındaki sebep, toplumumuzda hafif konuşma ve dil özürllü olanların bu durumu sağlık kuruluna başvuracak kadar önemli bir mevzu olarak görmemeleri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Görme özürllüler açısından değerlendirme yaptığımızda DSÖ verilerine göre Amerika'da %7, Avrupa'da %7, Doğu Akdeniz ülkelerinde %11, Afrika'da %18, Güneydoğu Asya'da %32 oranında görme özürllü bulunmaktadır.^[48] Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplam özürllü grubun % 17'sini görme özürllüler tarafından oluşturduğu belirtilmektedir.^[23] Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada özürllü grup içindeki görme engelliler oranı %12 olarak bulunmuştur.^[9] Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde özürllü sağlık kuruluna başvuranların %10,2'si görme özürllü olarak bulunmuştur. Çalışmamız DSÖ verilerine göre Doğu Akdeniz ülke sonuçlarına benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Çalışmamızda 0-17 yaş grubunda 967 kişi bulunmaktadır. Bu çalışmamızın %43,2'sini çocuk yaş grubunun oluşturduğunu göstermektedir.

Konya il merkezinde ikamet eden 0-18 yaş arasındaki engelli çocukların değerlendirildiği bir anket çalışmasında %44,6 oran ile büyük çoğunluğu 10-14 yaş grubunun oluşturduğu görülmüştür.^[49] Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada çoğunluğu 11-14 yaş grubu (%34,8) oluşturmakta, bunu 1-5 yaş grubu (%33) engelli çocuklar takip etmektedir.^[50] Yine bu konuda yapılan tüm yaş gruplarını kapsayan bir çalışmada en büyük grubu 5-9 yaş grubu (%10,9) engelli çocuklar oluşturmaktadır.^[19] Başka bir çalışmada özürllülerin %31'i 6 yaş ve altında bulunmuştur.^[51] Bizim çalışmamızda 0-18 yaş ara-

sındaki çocukların yaş gruplarına göre başvuru sayılarına baktığımızda en fazla 408 (%42,2) kişi ile 5-9 yaş grubu olmuştur. En az başvuru ise 15-17 (%9,8) yaş grubundadır. Çalışmalarda genel olarak yaş gruplarının ayrımı ile oranlarının değişiklik gösterdiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda, yaş arttıkça olgu sayısının azalmasında; küçük yaş gruplarında zamanla mevcut hastalığının tedavi ile gerileyebileceği nedeniyle genellikle raporların süreli olarak verildiği, yaş ilerledikçe sürekli raporu olan olguların yeniden başvurması nedeniyle sayılarının azaldığı şeklinde yorumlanmıştır.

Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada olguların en sık başvuru nedeninin %81,6 oranıyla özel eğitim hakkından yararlanabilmek olduğu tespit edilmiştir.^[19] Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, özel eğitim alma isteğinin müracaat nedenlerinin başında geldiği ve oranın %81,8 olduğu görülmüştür.^[21] Bizim çalışmamızda ise çocuk psikiyatrisine başvuran 665 tane olgunun 438 tanesi yani %65,9'u eğitime başvurmuştur.

Çalışmamızda çocuk yaş grubunda bu kadar çok zihinsel problemlerin görülmesi biz aile hekimleri olarak muayeneye gelen çocukları sadece biyolojik açıdan değil, zihinsel açıdan da değerlendirmemiz gerekliliğini ortaya koymuştur. Çocukluk dönemi özürüllük sebepleri erken yaşta tespit edilebilir ve özürüllüğe neden olan hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile özürüllük durumu azaltılabilir. Böylece

geleceğimiz olan çocukların topluma ve sosyal hayata uyumu erken dönemde artırılabilir. Muayene olmak için başvuran engelli çocukların özellikle eğitim ve rehabilitasyon hizmeti alabilmeleri için ilgili bölümlerin olduğu sağlık merkezlerine yönlendirmeliyiz. Ayrıca özürüllü bireylere uygun sosyal destek hizmetlerinin devlet tarafından verildiği konusunda bilgilendirmelerde bulunmalıyız.

Çalışmamızda yaş ilerledikçe kronik hastalık nedeniyle özürüllü sağlık kuruluna başvuru sıklığında bir artış saptanmıştır. Kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde bulunan gelişmeler neticesinde uzayan yaşam süresi bize gelecekte kronik hastalık oranının daha da artacağını göstermektedir. Yine aile hekimleri olarak bize düşen görev kronik hastalıklar oluşmadan önce koruyucu hekimlik görevimizi yerine getirip, hastalık varlığında ise tanı, tedavi ve hastalığın kontrolünü düzenli bir şekilde yapmaktır.

Özürüllü bireylerin taleplerini değerlendirerek, engelliliğin önlenmesi, engellilerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, maddi ve manevi yardımlara ilişkin sorunlarının çözümü ve sosyal hayata katılımlarının sağlanması amacıyla yapılan hizmetlerden faydalanabilmesi için hastalarımızı bu konuda bilgilendirmemiz ve sağlık kurulu olan bir merkeze yönlendirmemiz gerekmekte olup, özürüllü bireylere uygun sosyal destek ve yardım hizmetlerinin devlet tarafından verildiği konusunda bilgilendirmelerde bulunmalıyız.

Kaynaklar

- 5378 sayılı ve 1 Temmuz 2005 tarihli Engelliler Hakkında Kanun (değişikliklerle birlikte). T.C. Resmi Gazete, Sayı: 25868. 07.07.2005.
- Beşer E, Atasoylu G, Akgör Ş, Ergin F, Çullu E. Aydın İl Merkezinde Özürüllük Prevalansı, Etiyolojisi ve Sosyal Boyutu. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006; 5:4.
- Naçar M, Çetinkaya F, Baykan Z. Kayseri İl Merkezinde Özürüllük, Sakatlık ve Engellilik Prevalansı. Araştırma/Research Article. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(1): 71-80.
- T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, T.C. Başbakanlık Özürüllü İdaresi Başkanlığı. Türkiye Özürüllü Araştırması 2002 Ankara 2004; 5-30.
- Disability Prevention and Rehabilitation. World Health Organization. Technical Report Series.668. World Health Organization, Geneva 1981.
- Giresunlu G, Akıncı V. Engellilerin El Kitabı. Destek Yayınevi İstanbul 2011;74-6.
- Resmî Gazete Özürüllük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürüllü Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27787. 16.12.2010.
- Dünya Engelliler Raporu Yönetici Özeti. <http://Site Resources. Worldbank. Org/ Turkey In Turkish Extn/Resources /455687- 1328710754698 / Yoneticici Ozeti. pdf> adresinden 04.07.2016 tarihinde indirilmiştir.
- Uysal C, Bulut M, Kaya M ve ark. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Özürüllü Kuruluna Başvuran Olguların İncelenmesi. Adli Tıp Dergisi 2013; 27(1): 1-9.
- Karademir Ş, Evcı D. Özürüllük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Uzmanlık Tezi. 2008.
- Keten A, Akcan R, Karapirli M, Durgut P, Kılınc I, Karacaoğlu E, Tümer AR. Evaluation of Cases Referred to Medical Board Due to Appeal. J For Med 2012; 1: 20-6.
- Özyurda F, Soyer A. Sakatlık sorunu ve demografik özellikleri. Sağlık Derg.1982; 156: 59-67.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı Türkiye Özürüllü Araştırması Ankara Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 2004; 84-91. <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf> adresinden 04.07.2016 tarihinde indirilmiştir.
- Akbaba M, Kis U, Nazlıcan E, Gündüz E. Adana Havutlu Beldesinde Özürüllük Sıklığı ve Özürüllülerde Akraba Evliliği Sıklığının Araştırılması. Araştırma/Research. TAF Preventive Medicine Bulletin

- 2012; 11(6): 725-30.
15. Yılmaz H, Kesiktaş N, Eren B, Köse R. İstanbul İlinde Özürlülük Oranı ve Özürlülerin Durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998;1 (2): 51-3.
 16. Enç M, Doğan Ç, Özsoy Y. Özel Eğitime Giriş, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları 1987; 5: 67-9.
 17. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010" TÜİK; (2010) Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2010; 38-45. file:///C:/Users/totm/Desktop/-5262154090452809666.pdf adresinden 04.07.2016 tarihinde indirilmiştir.
 18. Cocchiaella L, 2010. Disability assessment and determination in the United States. <http://www.uptodate.com/contents/disability-assessment-and-determination-in-the-united-states> 04.07.2016.
 19. Kaya A, Güler H, Meral O, Aktaş Özgür E. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Engelli Sağlık Kurulu'nca Düzenlenen Çocuklara Ait Raporların Retrospektif İncelenmesi. J Curr Pediatr 2014; 12: 151-9.
 20. Terzi R, Altun F. Özürlü Sağlık Kurulunda Değerlendirilen Hastaların Lokomotor Sistem Özürlülüklerinin İncelenmesi. Türk Osteoporoz Dergisi 2014; 20: 60-4.
 21. Şahin N, Altun H, Kara B. Özürlü Çocuk Sağlık Kurulu Raporlarının Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15: 48-53.
 22. Evlice A, Demir T, Aslan K, Bozdemir H, Demirkıran M, Ünal İ, Bıçakçı Ş. Nörolojik Hastalıklarda Özürlülük. Cukurova Medical Journal 2014; 39 (3): 566-71.
 23. Kahramanmaraş İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü Kahramanmaraş Özürlü Envanteri Projesi 2011. [http://arabic.dogaka.gov.tr/Icerik/Dosya/www.dogaka.org.tr/_211_FY2G35TN_Kahramanmaraş_Ozurlu_Envanteri_\(TR63-10-DFD-044\).pdf](http://arabic.dogaka.gov.tr/Icerik/Dosya/www.dogaka.org.tr/_211_FY2G35TN_Kahramanmaraş_Ozurlu_Envanteri_(TR63-10-DFD-044).pdf) adresinden 04. 07. 2016 tarihinde indirilmiştir.
 24. T.C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Durum analizi. Stratejik Plan (2008-2012). Ankara: Kalem Matbaacılık 2007; 26-37.
 25. Courtney-Long EA, Carroll DD, Zhang QC, et al. Prevalence of Disability and Disability Type Among Adults--United States, 2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015; 64: 77.
 26. Barbotte E, Guillemin F, Chau N; Lorhandicap Group. Prevalence of Impairments, Disabilities, Handicaps and Quality of Life in the General Population: A Review of Recent Literature. Bull World Health Organ 2001; 79(11): 1047-55.
 27. Erickson W, Lee C, Von Schrader S, 2012. Disability Status Report: United States. İthaca: Cornell University Employment and Disability Institute (EDI); 2014; 2-23.
 28. Uskun E. Isparta İlinde Özürlülük Epidemiyolojisi Uzmanlık Tezi, Isparta. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2002.
 29. Bennett AE, Garrad J, Halil T. Chronic Disease and Disability in the Community: A Prevalence Study, Legislation on Medicines-Dunlop 1970; 26: 762-64.
 30. Kempen G. I. J. M, Sonderren E. Psychological Attributes and Changes in Disability Among Lowfunctioning Older Persons. Journal of Clinical Epidemiology 2002; 55(3): 224-29.
 31. Schroll Bjornsbo K, Ferry M, de Groot CP, Schlienger JL. Changes in Physical Performance in Elderly Europeans. SENECA 1993 - 1999. J Nutr Health Aging 2002; 6(1): 9-14.
 32. Cott CA, Gignac MA, Badley EM. Determinants of Self Rated Health for Canadians with Khronic Disease and Disability. J Epidemiol Community Health 1999; 53(11): 731- 6.
 33. Fried LP, Ettinger WH, Lind B, Newman AB, Gardin J. Physical disability in Older Adults: Aphysiological Approach. Cardiovascular Health Study Research Group. J Clin Epidemiol 1994; 47(7): 747- 60.
 34. Hsieh RL, Lein IN, Lee WC, Lee TK. Disability Among the Elderly of Taiwan. Am J Phys Med Rehabil 1995; 74(5): 370- 4.
 35. Moore EG, Rosenberg MW, Fitzgibbon SH. Activity Limitation and Khronic Conditions in Canada's Elderly, 1986-2011. Disabil Rehabil 1999; 21(5-6): 196-210.
 36. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay B, F. Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir, STED 2006; 15: 199-201.
 37. İlhan M.N, Maral I, Pehlivanoglu A, Bumin M.A. Ankara'da Huzurevinde ve Kırsal Alanda Yasayan 60 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri. Yaşlılık ve Kronik Dejeneratif Hastalıklar 7. Halk Sağlığı Günleri Kitabı, Eskisehir 11-13 Eylül 2001.
 38. Disability and American Families: 2000, <http://www.census.gov/prod/2005pubs/censr23.pdf> 04. 07.20016.
 39. Prevalence of Disability in South Africa. Census 2001. www.statssa.gov.za 10.04.2008.
 40. Arslan Ş, Kutsal YG. Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma, Geriatri 1999;2: 103-14.
 41. Beria JU, Raymann BCW, Gigante L P, Figueiredo AC L. et al. Hearing İmpairment and Socioeconomic Factors: A Population-based Survey of an Urban Locality in Southern Brazil, Pan American Journal of Public Health 21: 381-87.
 42. Al Khabori M, Khandekar R. The prevalence and causes of hearing impairment in Oman: A Community-Based Cross-Sectional Study. İnt. J. Auidiol 2004; 43: 486-92.
 43. Kathryn W, Jason DP. Health profile of deaf Canadians, Canadian Family Physician 2007; 53: 2140-41.
 44. Deafness and Hearing İmpairment, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html> adresinden 04.07.2016 tarihinde ulaşılmıştır.
 45. Turhanoglu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı. Araştırma. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(4): 146-50.
 46. Deafness and Hearing İmpairment in UK, <http://www.archive2.officialdocuments.co.uk/document/deps/doh/survey01/skf/skf04.htm> adresinden 04.07.2016 tarihinde ulaşılmıştır.
 47. Sayın İ, Erdur Ö, Topçu İ, Kayhan F. Sağlık Kuruluna Özürlülük Tespiti ve Diğer Nedenlerle Başvuran Olgularda Kulak Burun Boğaz Patolojileri ve Sıklıkları KBB-Forum 2011: 10 (4).
 48. Magnitude and Causes of Visual İmpairment, Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>) adresinden 04. 07. 20106 tarihinde ulaşılmıştır.
 49. Durduran Y, Bodur S. Engellilerin Engellilikleri Dışındaki Sağlık Sorunları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Selçuk Tıp Derg 2009; 25: 69 - 77.
 50. Özşenel F, Işıkhana V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45: 156-64.
 51. Yılmaz H, Kesiktaş N, Eren B, Köse R. İstanbul İlinde Özürlülük Oranı ve Özürlülerin Durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 1(2): 51-3.

Geliş tarihi: 13.12.2016

Kabul tarihi: 31.08.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Yrd.Doç.Dr. Burcu Kayhan Tetik
e-posta: drburcukayhan@hotmail.com

Aile Hekimliği uygulamasında hekim hareketliliği: Tokat ili örneği

Physicians mobility in family medicine practice: Example of Tokat province

Yunus Emre Bulut¹, Rıza Çıtıl², Alper Yalın³

¹ Bitlis Halk Sağlığı Müdürlüğü, Uzm.Dr., Bitlis

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk sağlığı Anabilim Dalı, Yard.Doç.Dr., Tokat

³ Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Hekimliği Şubesi, Dr., Tokat

Bulut Y. E. ve ark. | Aile Hekimliği uygulamasında hekim hareketliliği: Tokat ili örneği

Aile Hekimliği uygulamasında hekim hareketliliği: Tokat ili örneği

Özet

Giriş ve Amaç: Tokat İlinde 2010 yılı Ağustos ayında 164 aile hekimi (AH) ile aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu tarihten itibaren tayin, askerlik, doğum veya hekimlerin kendi isteği gibi nedenlerle bazı pozisyonlarda boşluklar olmaktadır. Boş ve/veya uygulamaya yeni eklenen pozisyonlar için belli aralıklarla ek yerleştirmeler yapılmaktadır. Bu çalışmada Tokat'ta uygulamaya yeni katılan, yer değişikliği yapan ve uygulamadan ayrılan AH'lerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Uygulamaya geçilen tarihten çalışmanın yapıldığı 2015 yılı Ocak ayına kadar boş pozisyonlar için 40 adet ek yerleştirme yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu araştırma için her ay güncellenen AH listeleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: AH olarak göreve başlayan hekimlerin yalnızca %48,2'si (n=79) Ağustos 2010-Ocak 2015 tarihleri arasındaki dönemde aynı pozisyonda çalışmaya devam etmiştir. Bu dönemde uygulamaya 94 AH yeni katılmış, 99'u pozisyon değiştirmiş, 84'ü de uygulamadan tamamen ayrılmıştır. İlk yerleştirmede hekimlerin yaş ortalaması $38,3 \pm 8,0$ yıl, %71,6'sı erkek, %6,1'i aile hekimliği uzmanı iken; son ek yerleştirme itibarı ile hekimlerin yaş ortalaması $40,5 \pm 8,7$ yıl, %72,2'si erkek, %7,3'ü aile hekimliği uzmanıdır. İlk ve son duruma göre hekimlerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Uygulamaya katılan aile hekimlerinin daha önce çalıştıkları sağlık kurumları incelendiğinde %53,2'sinin (n=50) en sık olarak acil servislerden uygulamaya geçiş yaptıkları saptanmıştır. Uygulamadan tamamen ayrılan AH'lerin en sık ayrılış sebepleri incelendiğinde; %37,5'inin (n=33) başka ile tayin olduğu, %17'sinin (n=15) sağlık yöneticisi olduğu ve %13,6'sının (n=12) önceki çalıştığı kurumuna döndüğü saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Aile hekimliği uygulamasının ilk dört yılında hekimlerin yarısından fazlası çeşitli sebeplerle yer değişikliği yapmış ya da uygulamadan ayrılmıştır. Uygulamaya katılımların en sık acil servislerden olması bu uygulamaya girişte doktorlar için uyum eğitimi gibi çalışmalarının önemini ortaya koymaktadır. AH'lerin kendileri açısından en uygun yerde çalışabilmesi hekim ve hasta memnuniyetini artırarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde sürekliliğinin sağlanmasına yol açacağından AH hareketliliğinin nedenlerine yönelik ileri araştırmalar yapılarak bu hareketliliği azaltmak için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, aile hekimliği uygulaması, hekim hareketliliği

Summary

Introduction: In Tokat province in August 2010 Family Medicine Practice (FMP) was started with 164 family physicians (FP). In course of time, empty locations that occurred because of appointment, military service, giving birth or physicians own requests. Additional replacements were made for empty and/or new positions at regular intervals. It was aimed to evaluate the newcomer, transposition and leaving the system physicians of FMP in Tokat province.

Materials and Methods: Forty additional replacements were made from the beginning of FMP to this study which is 2015 January. For this descriptive study, the list of FP which is updated each month was obtained retrospectively.

Results: From August 2010 to January 2015, only 48.2% (n=79) of FP remained at the same location. In this period, 94 FP joined in the FMP, 99 FP changed their locations, 84 FP left the FMP. At the initial situation, the average age of physicians was 38.3 ± 8.0 years, 71.6% were male and 6.1% were family medicine specialists and at present, the average age of the physicians is 40.5 ± 8.7 years, 72.2% are male and 7.3% are family medicine specialists. There was a significant difference in mean age of physicians from beginning to this study ($p < 0.05$). In 53.2% (n=50) of the cases, newcomer physicians' working positions before FMP were emergency service. The most common reasons of leaving FMP were; 37.5% (n=33) appointment somewhere else, 17% (n=15) becoming manager in health institutions and 13.6% (n=12) returning to their previous working positions.

Conclusions: During the first four years of FMP, because of various reasons, more than half of FP changed their location or left the FMP. Emergency services being the most common previous working positions of FP, shows the importance of in-service training regarding primary health care services. To provide continuity of primary health care services and to ensure best suitable working place for FP, further research concerning causes of physicians' mobility should be performed, essential measures should be taken to reduce mobility.

Keywords: Family physician, family medicine practice, physicians mobility

Giriş ve Amaç

Aile hekimliği uygulaması mevzuatına göre aile hekimi: “kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip”, Aile Hekimliği Birimi (AHB): “bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapı”, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ise: “bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarıca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmaktadır.

Kamu kurumları veya özel sektörde çalışan tabip veya uzman tabipler gerekli şartları yerine getirdikleri takdirde sözleşmeli olarak aile hekimliği yapabilmektedirler. Kamu kurumlarında çalışırken aile hekimi olan tabiplerin kurumlarındaki kadroları ile ilişkileri devam eder, yalnızca ücretsiz izinli sayılırlar. Diledikleri zaman eski kadrolarına dönme hakları saklı tutulmuştur. Geri dönmeleri durumunda, uygulamada geçirdikleri süre boyunca kazanılmış hak derece ve kademeleri veya kıdemleri dikkate alınarak eski görevlerine atanabilmektedirler. Aile hekimleri sözleşmeli olarak görev yaparlarken Tıpta Uzmanlık Sınavı'na başvuru yapabilirler. Bir ilde çeşitli nedenlerle bir aile hekimliği pozisyonu boşaldığında veya yeni AHB açıldığında, en geç bir ay içerisinde o pozisyon için ilde görev yapan tabip ve uzman tabiplerden başvuru alınır ve çeşitli kriterlere göre sıraya konularak, önceden duyurulan gün ve saatte yerleştirme toplantısına çağrılır.

Halen sözleşmeli olarak görev yapan ve pozisyon değişikliği yapmak isteyen aile hekimleri de bir yılını o pozisyonda doldurmuş olmak şartıyla boşalan pozisyon için başvuru yapabilmektedir. İl içinde iki ek yerleştirme döneminde tercih edilmeyen münhal AHB kadroları ise iller arası aile hekimliği yerleştirme işlemine dâhil edilerek ildeki boş pozisyonlar tamamlanmaya çalışılır. Aile Hekimliği Yerleştirme toplantılarında askerlik ya da gebelik sonrası ücretsiz izne ayrılma gibi sebeplerle öncelik

sırası veya hizmet puan sıralamasına göre boş pozisyonlara atanan aile hekimleri ile sözleşme imzalanır. Sözleşme feshi ise ölüm, zorunlu emeklilik gibi hallerde olduğu gibi feshi gerektiren bir kusur işlendiğinde veya gerekli yükümlülüklerinin yerine getirilmediği durumlarda yetkili mercii tarafından gerçekleştirilebilir. Sözleşmeli aile hekimi herhangi bir sebeple sözleşmesini feshedebilir. Bununla ilgili tek yaptırım -eğer iki ay önceden müdürlüğe bildirim yapmadıysa- bir yıl süre ile uygulamaya tekrar giriş yapamamasıdır.^[1-3]

Literatürde ülkemiz genelinde aile hekimlerinin iş doyumunu ve aile hekimliği uygulaması ile ilgili memnuniyetlerini araştıran pek çok yayın mevcuttur.^[4-8] Fakat uygulamaya yeni katılan hekimlerin daha önce çalıştıkları kurum, uygulamada kalış süreleri ve uygulamadan ayrılış nedenlerini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. 2010 yılı Ağustos ayında Tokat'ta uya geçildiği tarihten itibaren zaman zaman tayin, askerlik, doğum veya hekimlerin kendi isteği gibi çeşitli nedenlerle bazı aile hekimliği pozisyonlarında boşluklar oluşmuştur. Boş ve/veya uygulamaya yeni eklenen pozisyonlar için belli aralıklarla ek yerleştirmeler yapılmıştır. Bu çalışmada, Tokat il genelinde aile hekimliği uygulaması ile geçirilen dört buçuk yılda uygulamaya yeni katılan, yer değişikliği yapan veya ayrılan sözleşmeli aile hekimlerinin bazı özelliklere göre değişimi değerlendirilerek ildeki aile hekimi hareketliliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tokat ilinde 2010 yılı Ağustos ayında 164 aile hekimliği pozisyonu ile Aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu tarihten çalışmanın yapıldığı 2015 yılı Ocak ayına kadar boş pozisyonlar için 40 adet ek yerleştirme yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu araştırma için Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Şubesi tarafından her ay güncellenen aile hekimleri listeleri incelenerek, aile hekimliği uygulamasından ayrılan ve bu uygulamaya yeni eklenen aile hekimlerinden oluşan iki ayrı liste oluşturulmuştur.

Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli yasal izinler alındıktan sonra araştırmacılar tarafından oluşturulan veri formuna hekimlerin cinsiyeti, yaşı, geldiği ya da gittiği kurum, uygulamada kalış süresi

ve ayrılış sebebi kaydedilmiştir. Hekimlerin geldiği ya da gittiği kurum ve ayrılış sebebi bilgileri Halk Sağlığı Müdürlüğü Atama Birimi'nden temin edilmiştir. Araştırmada hekimlerin kişisel bilgilerinin korunmasına özen gösterilmiştir.

Veriler IBM SPSS Statistics 20.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler sayı, yüzdeleri ve ortalama \pm standart sapmaları ile gösterilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare ve Student t testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamızda Ağustos 2010-Ocak 2015 tarihleri arasındaki Tokat İli Aile hekimliği hareketliliği incelenmiştir. 2010 yılı Ağustos ayında aile hekimi olarak göreve başlayan hekimlerin %48,2 (n=79)'sinin 2015 yılı Ocak ayında da aynı pozisyonda çalışmaya devam ettiği saptanmıştır. İlk yerleştirmede hekimlerin yaş ortalaması $38,3 \pm 8,0$ yıl, %71,6'sı erkek, %6,1'i aile hekimliği uzmanı iken; son ek yerleştirme itibarı ile hekimlerin yaş ortalaması $40,5 \pm 8,7$ yıl, %72,2'si erkek, %7,3'ü aile hekimliği uzmanıdır. İlk ve son duruma göre hekimlerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var iken ($p < 0,05$); cinsiyet ve aile hekimliği uzmanı olma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tokat'ta aile hekimliği uygulamasına geçiş yapıldıktan sonraki dört buçuk yıllık dönemde uygulamaya katılan 94 aile hekiminin %63'ü kadın, %37'si erkek, yaş ortalaması $31,9 \pm 5,6$ yıldır. Uy-

Tablo 1. Aile Hekimi Uygulamasına katılan aile hekimlerinin daha önceki sağlık kurumları

Sağlık kurumu	n	%
Acil servis	50	53,2
Toplum sağlığı merkezleri	28	29,8
Halk sağlığı müdürlüğü	10	10,6
112 acil sağlık hizmetleri	3	3,2
Doğum izni / askerlik dönüşü	3	3,2
Toplam	94	100

gulamaya yeni katılan hekimlerin %62,8'i il ve ilçe merkezlerinde, %37,2'si köy ve beldelerde, %86,2'si pratisyen hekim, %13,8'si ise aile hekimliği uzmanıdır. Uygulamaya katılan aile hekimlerinin daha önce çalıştıkları sağlık kurumları incelendiğinde %53,2'sinin (n=50) en sık olarak acil servislerden uygulamaya geçiş yaptıkları saptanmıştır (**Tablo 1**). Uygulamaya katılan aile hekimlerinin %9,6'sı (n=9) ise çeşitli sağlık kurumlarında idareci konumda iken, bu görevlerinden ayrılarak aile hekimi olmuştur.

Aile hekimliği uygulaması kapsamında çalışmakta iken yer değişikliği yapan 99 aile hekimi vardır, bunların %74,7'si (n=74) kadın, %25,3'ü (n=25) erkektir. Yer değişikliği yapan aile hekimlerinin ilk çalıştıkları ASM'lerinin %66,7'si (n=66) kentsel bölgede, %33,3'ü (n=33) kırsal bölgede bulunmaktadır. Yeri değişen aile hekimlerinin en son çalıştıkları ASM'lerin %71,7 (n=71)'si kentsel bölgede, %28,3 (n=29)'ü kırsal bölgede, %97'si (n=96) pratisyen hekim, %3'ü (n=3) ise aile hekimliği uzmanıdır.

Çalışmaya alınan tarihler arasında uygulamadan tamamen ayrılan 88 aile hekimi olmuştur. Bunların %61,4'ü (n=54) kadın, % 38,6'sı (n=34) erkek, yaş ortalaması $35,6 \pm 7,3$ yıldır. Uygulamadan tamamen ayrılan aile hekimlerinin %88,6'sı pratisyen hekim, %11,4'ü aile hekimliği uzmanı, aile hekimlerinin

Tablo 2. Aile Hekimliği Uygulamasından tamamen ayrılan aile hekimlerinin ayrılış sebepleri

Ayrılış sebebi	n	%
İl dışı tayin	33	37,5
Sağlık kurumlarında yöneticilik	15	17,0
Aile hekimliği öncesi çalıştığı kuruma dönüş	12	13,6
İstifa	7	8,0
Tıpta Uzmanlık Sınavı ile uzmanlık eğitimine başlama	7	8,0
Askerlik / doğum / ücretsiz izin	7	8,0
Emeklilik	5	5,7
Üniversitede öğretim üyesi olma	2	2,2
Toplam	88	100

ilk çalıştıkları ASM'lerin %68,2'si (n=60) kentsel bölgede, %31,8'i (n=28) kırsal bölgededir. Uygulamadan tamamen ayrılan aile hekimlerinin ayrılış sebepleri incelendiğinde; %37,5'inin (n=33) başka ile tayin olduğu, %17'sinin (n=15) sağlık kurumlarında yönetici olduğu, %13,6'sının (n=12) aile hekimliği öncesindeki çalıştığı kuruma geri döndüğü, %8'inin (n=7) çeşitli sebeplerle istifa ettiği, %8'inin (n=7) tıp-ta uzmanlık eğitimine başladığı, %8'inin (n=7) askerlik veya doğum nedeniyle izinde olduğu, %5,7'sinin (n=5) emekli olduğu, %2,2'sinin (n=2) ise üniversitede öğretim üyesi olduğu belirlenmiştir (**Tablo 2**). Aile hekimliği uygulamasından tamamen ayrılan aile hekimlerinin bu uygulamada ortalama kalış sürelerinin $14,8 \pm 10,7$ ay (min:1 ay -max: 50 ay) olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Birinci basamak sağlık hizmetleri yaş, cinsiyet, hastalık ya da organ sistemi ayırt etmeden; ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdümlülük (koordinasyon) ve süreklilik olmak üzere uygulamadaki dört temel özelliğin bir arada bulunduğu sağlık sisteminin ilk giriş aşamasıdır.^[9,10] Diğerlerinin aksine; bu özelliklerden sağlık personeli ve özellikle de aile hekimi bağımlı olanı sürekliliktir. Süreklilik, hasta ve birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumu arasındaki yalnızca hastalık durumunda değil, sağlıklı olduğu dönemi de kapsaması gereken uzun soluklu ilişki olarak tanımlanabilir.^[11]

Aile hekimi, hastasını biyopsikososyal ve bütüncül yaklaşım içerisinde fetal dönemden başlayarak doğum, bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık ve ölüm dâhil olmak üzere yaşamının her döneminde izlemeli, hastasına gerekli koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini vermelidir.^[12] Aile hekimi sürekliliği sağladığı takdirde, hizmet verdiği toplumu daha iyi tanıyabilecek, toplumun gereksinimlerini bilme ve bu gereksinimlerin karşılanma durumunu daha iyi izleyebilecektir.^[11] Bu çalışmada, Tokat İli'nde aile hekimliği uygulamasının başlangıcından itibaren 4,5 yıllık dönemde aile hekimlerin yarısından daha az bir kısmının aynı pozisyonda çalışmaya devam ettiği, uygulamadan tamamen ayrılan aile hekimlerinin ise uygulamada ortalama kalış sürelerinin yaklaşık 15 ay olduğu bulunmuştur. Kendi isteği

ile aile hekimini değiştiren bireyleri hariç tuttuğumuzda, il genelindeki nüfusun yarısından fazlasının aile hekiminin en az bir kere değişmiş olduğu ortadadır. Bu durum aile hekimliğinin sarsılmaz yapı taşlarından biri olan süreklilik ilkesine ters düşmektedir. Uygulamaya giriş yapan aile hekimlerinin uygulamadan ayrılmasına ya da pozisyon değiştirmesine neden olan faktörler araştırılmalı, bunların önüne geçmek için gerekli tedbirler ve idari yaptırımlar üzerinde durulmalıdır.

Tokat ilinde Ağustos 2010'da yapılan ilk aile hekimliği yerleştirmesinde aile hekimlerinin yaş ortalaması yaklaşık 38 iken aradan geçen 4,5 yıllık dönemde hekimlerin yaş ortalamaları 41'e yükselmiştir (p<0,05). Bu dönemde uygulamaya yeni katılan aile hekimlerinin yaş ortalamasının yaklaşık 32 olması bile genel ortalamanın yükselmesini önleyememiştir. Bu durum, Tokat'ta hizmet puan sıralamasına göre yapılan ilk yerleştirmede yüksek puanlı ve yaşça daha büyük hekimlerin daha da yaşlanmış olmaları, bunun karşılığında ayrılan ve yeni katılan hekimlerin çoğunlukla yeni mezun ve yaşça küçük olan hekimlerden oluşması ile açıklanabilir.

Uygulamaya katılan aile hekimlerinin yarısından fazlasının (%53,2) acil servislerden, sadece %43,6'sının Toplum Sağlığı Merkezi gibi birinci basamak sağlık kurumlarından bu uygulamaya geçiş yapmış oldukları saptanmıştır. Ankara'da yapılan bir çalışma ise bizim çalışmamızla benzer bir şekilde aile hekimlerinin ancak yarısının uygulamaya girmeden önce birinci basamak sağlık kurumunda çalıştığını ortaya koymuştur.^[13]

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu'nda aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetinin bir uzmanlık alanı haline gelmesi, mesleki doyumu sağlaması, itibar artışı, teşvik edici ücretlendirme, daha iyi çalışma şartları, görev tanımlarının daha netleşmesi, kendisine kayıtlı kişileri tanıması ile işinin kolaylaşması gibi hususlara imkân vererek sağlık çalışanlarının motivasyonu ve iş tatminini iyileştirdiği belirtilmektedir.^[14] Acil servislerde çalışan hekimler de bu raporda belirtilen durumlara benzer nedenlerden dolayı uygulamaya katılarak aile hekimi olmayı tercih etmiş olabilirler. Acil servisler, acil sağlık

hizmetleri konusunda özel eğitim görmüş hekim ve yardımcı sağlık personeli tarafından, acil hastalık ve yaralanma hallerinde, hasta olan bireylerin o anki şikâyetleri ile ilgilenen yataklı tedavi kurumları bünyesinde sağlık hizmeti sunan merkezlerdir.^[15]

Aile hekimliği ise acil servislerin aksine bireyleri hasta olup olmamasına bakmaksızın biyopsikososyal yaklaşım modeline göre değerlendirip, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerini de sunan bir uygulamadır.^[16] Ara-daki bu büyük farka rağmen, uygulamaya giriş yapan hekimler, aile hekimliği yapabilmek için yalnızca beş günlük bir uyum eğitimini almakla yükümlü tutulmaktadır.^[17] Bu uyum eğitiminin kapsamı genişletilmeli, tıp fakültesi lisans eğitiminde koruyucu hekimlik ve aile hekimliği uygulamalarına ağırlık verilmelidir.

Çalışmamızda uygulamaya yeni katılan hekimlerin %9,6 'sının (n=9) sağlık kurumlarında yönetici konumda iken, bu görevlerinden ayrılarak aile hekimi oldukları bulunmuştur. İdari pozisyondaki hekimler, poliklinik hizmetlerinden uzak kaldıkları süreye göre değişmekle birlikte, güncel tıbbi pratikler ve hasta-hekim iletişimi yönünden adaptasyon süresine ihtiyaç duyabilmektedirler. Bu süreçte hekimler, hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir.

Aile hekimlerinin yaklaşık %67'sinin (n=66) kentsel bölgede çalışmakta iken pozisyon değişikliği yaptığı, bunların da yaklaşık %72'sinin (n=71) kentsel bölgeyi tercih etmiş oldukları saptanmıştır. Kırsal kesimde bulunan ASM'lerin ulaşım ve teknik alt yapı gibi konulardaki güçlüklerinin yanında, çoğunlukla tek AHB'ye sahip olmaları hekimler tarafından tercih edilebilirliklerini azaltmaktadır. Tercih edilse bile, uygulamaya giriş kapısı olarak görülüp, en yakın yerleştirmede daha merkezi ve kentsel AHB'lere geçişler olmaktadır. Çakıl ve arkadaşlarının, yapılan iller arası sözleşmeli aile hekimi yerleştirme işlemlerinin incelenmesi ve yerleştirme tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, sosyoekonomik açıdan düşük il ve ilçelerdeki münhal AHB'lere aile hekimi yerleşme yüzdesinin düşük olduğu, aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti olmayan, ASM binası ve aile sağlığı elemanı olan AHB'le-ri daha çok tercih ettikleri bildirilmektedir.^[18] Çetinkaya ve

arkadaşları tarafından Kayseri'de yapılan çalışmada, çalışmaya katılan 325 aile hekiminin %18,8'inin görev yaptığı bölgeyi değiştirdiği belirtilmektedir.^[8] Avustralya'da yapılan bir çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin yılda %10'unun çalıştıkları şehirleri değiştirdikleri ve çoğunlukla büyük şehirleri tercih ettikleri saptanmıştır.^[19]

Uygulamadan tamamen ayrılan aile hekimlerinin en sık ayrılış sebepleri incelendiğinde; üçte birinin başka ile tayin olduğu, %17'sinin (n=15 il içindeki sağlık kurumlarında yönetici olduğu, yaklaşık %14'ünün (n=12) aile hekimliği öncesinde çalıştığı kurumuna döndüğü belirlenmiştir. Çalışmamızda uygulamadan tamamen ayrılmanın en sık nedeni olan il dışına tayin ile ilgili olarak hekimlerin gittikleri illerde aile hekimliği yapıp yapmadıkları bilgisine ulaşılamamış olması çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak kabul edilebilir. Tokat İli Sosyal Analiz Raporu'nda Tokat'ın dışarıya göç veren ve nüfusu azalan bir il olduğu, bunun en sık sebeplerinden birinin başka bir ile nakil veya tayinler olduğu bildirilmektedir.^[20]

Bu raporda belirtilenlerin Tokat ilindeki aile hekimlerinin en sık ayrılış sebebiyle paralel olduğu görülmektedir. İlimizde zorunlu hizmet süresini tamamlayarak belli bir süre görev yapmış olan pratisyen hekim veya aile hekimliği uzmanları çoğunlukla sosyoekonomik açıdan daha gelişmiş olan illeri tercih ederek tayin talebinde bulunmaktadır. Buna bağlı olarak aile hekimliğine kayıtlı nüfusun bağlı oldukları aile hekimleri belli süreler sonunda değişmek zorunda kalmaktadır. Böylece hem aile hekimleri hem de kayıtlı hastalar açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliği olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Aile hekimlerinin uygulamadan tamamen ayrılmalarının diğer en sık sebepleri sağlık yöneticiliğini tercih etmeleri ve aile hekimliği öncesi görev yaptıkları kurumlarına geri dönmüş olmalarıdır. Bu durum hekimlerin aile hekimliği yapmak istememeleri veya aile hekimliğinin görev ve sorumluluklarını yeterince benimseyememiş olmalarından kaynaklanabilir. Ülkemizde uygulamaya geçişle birlikte yaşça büyük ve tecrübeli sağlık yöneticisi konumunda önemli orandaki hekim aile hekimliğini tercih etmiştir. Bu nedenle Tokat gibi belli bir nüfusun

altında olan ve hekim sayısının çok fazla olmadığı illerde özellikle birinci basamakta çalışan daha genç yaştaki hekimler için sağlık yöneticisi olma fırsatı doğmuş olup, böyle bir teklif geldiğinde aile hekimliği yerine sağlık yöneticiliğini daha kolay tercih ettikleri düşünülmektedir.

2010 yılı Ağustos ayında Tokat İlinde 164 aile hekimi ile başlatılan uygulamaya, 2015 yılı Ocak ayına kadar olan dönemde uygulamadan ayrılan, uygulamaya yeni giriş yapan ve çeşitli nedenlerle yer değiştiren aile hekimleri olmuştur. Belirtilen tarihler arasındaki Tokat İli aile hekimliği hareketliliğini inceleyen bu çalışma, uygulamaya yeni giriş yapan hekimlerin çalıştıkları kurumları ve uygulamadan tamamen ayrılan hekimlerin ayrılış sebeplerini de ortaya koyması ile Türkiye’de bu alanda yapılmış ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Tokat il genelinde 164 aile hekimliği pozisyonu ile başlayan aile hekimliği uygulamasında Ağustos 2010-Ocak 2015 tarihleri arasında hekim hareketliliğinin çok fazla olduğu saptanmış olup, hekimlerin yalnızca %48,2’si (n=79) ilk yerlerini

korumuştur. Doksan dört sözleşmeli aile hekimi uygulamaya yeni katılmış (en sık acil servislerden), 99 aile hekimi sözleşmeli aile hekimi olarak çalışırken yer değişikliği yapmış, 88 aile hekimi de uygulamadan çeşitli sebeplerle tamamen ayrılmıştır (en yaygın neden il dışı tayin ve hekimlerin sağlık kurumlarında yönetici olmalarıdır, bu uygulamada kalış süreleri ise ortalama 15 aydır).

Uygulamaya katılımların en sık acil servislerden olması, bu uygulamaya girişte doktorlar için uyum eğitimi gibi hizmet içi eğitim çalışmalarının önemini ortaya koymaktadır. Yer değişikliği yapan aile hekimlerinin çoğunlukla kentsel bölgelerde çalışmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Aile hekimlerinin kırsal bölgelerde ve nispeten daha küçük olan ASM’lerde de çalışmalarını teşvik edici önlemlere ağırlık verilmelidir. Aile hekimlerinin kendileri açısından en uygun yerde çalışabilmesi hekim ve hasta memnuniyetini artırarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde sürekliliğinin sağlanmasına yol açacağından aile hekimliği hareketliliğinin nedenleri ve etkileyen faktörlere yönelik ileri araştırmalar yapılarak hekim hareketliliğini azaltmak için gerekli yasal ve idari tedbirler alınmalıdır.

Kaynaklar

1. E1- Aile Hekimliği Kanunu. Resmi Gazete: 9.12.2004 - 25665. <http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/kanunlar/1.5.5258.pdf> (Erişim Tarihi: 21.04.2016).
2. Aile Hekimliği Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği. Resmi Gazete: 30.12.2010-27801. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf> (Erişim Tarihi: 25.04.2016).
3. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete: 25.01.2013 - 28539. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmIsearch=Aile%20Hekimli%C4%9Fi%20Uygulama%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi> (Erişim Tarihi: 08.05.2016).
4. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu. TAF Prev Med Bull 2008;7(5):377-84.
5. Aktaş E, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012;51(1):21-29.
6. Efeoğlu İE, Özcan E. Aile hekimlerinin iş doyumu: Adana il merkezinden bir çalışma. Cukurova Medical Journal 2013; 38 (4): 567-573.
7. Baysal HY, Hacıoğlu N, Yıldız E, Öztürk S. Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2014;2(1):22-29.
8. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, Öksüzkaya A. The current situations and problems of family physicians in the province of Kayseri and their views about the family medicine system. Erciyes Med J, 2014; 36(3): 108-14.
9. Institute of Medicine. A manpower policy for primary care: A report of a study. Washington, DC: The National Academies Press, 1978.
10. Starfield B. Is primary care essential?. Lancet. 1994 Oct 22;344(8930):1129-33.
11. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara, 2007.
12. Başer DA, Kahveci R, Koç EM, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Med J, 2015, 15(1):26-31.
13. İlgün G, Şahin B. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(2):115-130
14. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Aralık, 2012.
15. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete: 11.05.2000 - 24046. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.htm> (Erişim Tarihi: 18.05.2016).
16. Ak M. Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17(4):403-5.
17. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları. Aile Hekimliğine Uyum Birinci Aşama. Standart No:SASES-11-4. 31.12.2015. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-100910/h/aile-hekimligi-sep-standartlari.pdf> (Erişim Tarihi: 20.05.2016).
18. Çakıl E, Küçükendirci H. İller arası sözleşmeli aile hekimliği yerleştirme işlemlerinin incelenmesi 2014. 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Sy.1055-1056. Konya, 5-9 Ekim 2015.
19. Mazumdar S, McRae I. Doctors on the move: National estimates of geographical mobility among general practitioners in Australia. The Royal Australian College of General practitioners AFP October 2015; 44 (10):747-751.
20. Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı. Tokat İli Sosyal Analizi. 08.06.2015, I. Baskı. No: Araştırma/31 <http://www.oka.org.tr/Documents/TOKAT%20SOSYAL%20ANAL%C4%B0Z%20RAPORU%20web.pdf> (Erişim Tarihi: 24.05.2016).

Geliş tarihi: 12.06.2017

Kabul tarihi: 29.08.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Yunus Emre Bulut

e-posta: yunusemrebulut@yahoo.com

Pnömoni tanısı ile hastanede yatarak tedavi gören yaşlı hastaların prognozunun yaş gruplarına göre incelenmesi

Analysis of prognosis in hospitalized elderly patients with pneumonia according to age groups

Ayşegül Albay¹, Bengü Şaylan², Hacer Sali Çakır³, Sema Basat⁴, Şeyma Başlılar⁵, Nesrin Sarıman⁶

Özet

Amaç: Pnömoni tanısı ile serviste yatarak tedavi alan geriyatrik hastalarda; klinik, radyolojik, laboratuvar parametreleri, risk faktörleri ile tedavi, yaş gruplarına göre değerlendirilerek prognozu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Pnömoni tanısı ile yatırılan 65 yaş ve üzerindeki ardışık 305 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastane kayıtları retrospektif olarak; laboratuvar bulguları, radyolojik veriler, tedavi uygulamaları açısından taranmıştır. Geriyatrik hastalar 65-74 yaş (genç yaşlı) ve 75 yaş ve üstü (yaşlı ve ileri yaşlı) olarak iki grupta değerlendirilerek karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların 173'ü (%57) erkek, 132'si (%43) kadındı. Ortalama yaş; 78 (65-98 yıl arası) idi. Seksen dokuzu (%29) 65-74 yaş, 216'sı (%71) 75 yaş ve üstü idi. Yetmiş beş yaş ve üzerindeki hastalarda başvuru sırasında konfüzyon, siyanoz ve hipotansiyon varlığı daha fazla ve arter kan gazında asidoz ve hipoksemi belirtildi. C reaktif protein (CRP) değeri yüksek olan hastaların CURB-65 ve pnömoni ağırlık indeksi (PAI) değerleri anlamlı derecede yüksekti ($p=0.016$ ve $p=0.028$). Bir yıl içinde pnömoni nedeniyle hastane yatışı olan ve en az bir risk faktörüne sahip olan hastalarda balgam kültüründe üreme anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.012$, $p=0.016$). Eşlik eden komorbid hastalıklardan kardiyovasküler hastalık (%67), pulmoner hastalık (%36) ve diyabetin (%36) ilk sıralarda yer aldığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) varlığı ile yoğun bakım ihtiyacı arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p=0.001$). Mortalite oranı % 5,24 olarak hesaplandı ve bu olgularda komorbid durumların daha fazla olduğu görüldü.

Sonuç: Yaşlı ve ileri yaşlı pnömonili hastalarda KOAH varlığının yoğun bakım ihtiyacı ile ilişkili en belirleyici komorbid hastalık olduğu görülmüştür. Tedavinin hastanede yatarak uygulanması klinik seyrin yakın takibi, etken patojen tespiti ve akılcı antibiyotik kullanımı, komorbid hastalıkların yönetimini mümkün kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, geriyatrik yaş, prognoz

Summary

Aim: We aimed to determine the factors that affect prognosis in geriatric hospitalized patients according to age groups with pneumonia by evaluating the clinical, radiological, laboratory parameters, risk factors and management plan.

Materials and Method: Three hundred and five consecutive patients aged above 65 years hospitalized with the diagnosis of pneumonia were included to the study. Hospital records were scanned retrospectively with regard to laboratory, radiologic findings and treatment protocols. Geriatric patients were assessed and compared in two groups as aged(65-74 years) and elderly (75 years and above).

Results: Of the patients, 137 (57%) were male and 132 (43%) were female. Eighty nine (29%) patients were between 65-74 years and 216 (71%) of them were 75 years and above. Presence of confusion, cyanosis and hypotension were higher and acidosis, hypoxemia were prominent in arterial blood gases in patients who were 75 years and above. CURB-65 and pneumonia severity index (PSI) scores were significantly higher in patients with elevated C reactive protein (CRP) values ($p=0.016$ and $p=0.028$). Sputum cultures were significantly positive in patients having pneumonia within a year and at least with one risk factor (respectively, $p=0.012$, $p=0.016$). Cardiovascular disease (63%), pulmonary disease (36%) and diabetes mellitus (36%) were most frequently seen comorbidities and there was a significant relationship between presence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and need for intensive care unit ($p=0.001$). Mortality rate was 5,24% and comorbidities were higher in those patients.

Conclusion: In aged and elderly patients with pneumonia, presence of COPD is found to be the most determining comorbid disease associated with the need for intensive care unit. Inpatient treatment makes close follow up, determination of responsible pathogens and rational antibiotic use possible.

Keywords: Pneumonia, geriatric age, prognosis

¹⁾ Ümraniye 26 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., İstanbul

²⁾ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Uzm.Dr. İstanbul

³⁾ Trabzon Şalpaazarı Aile Sağlığı Merkezi, Uzm.Dr., Trabzon

⁴⁾ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Prof.Dr., İstanbul

⁵⁾ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Uzm.Dr., İstanbul

⁶⁾ Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Doç.Dr., İstanbul

Giriş

Yaşlanma zamanla iç ve dış koşullara uyum yeteneğinin azaldığı, tür içi bireylerin tümünde benzer fenotipik değişikliklerle seyreden fizyolojik bir süreçtir.^[1] Günümüzde sosyal koşulların ve yaşam kalitesinin iyileşmesi ve tıp dünyasındaki gelişmelere paralel olarak ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Dünyada yaşlı nüfus oranı 1900'li yıllarda %1 iken, 2050 yılında %20 olacağı öngörülmektedir.^[2] Pnömoni, tüm dünyada hekim başvurularının, tedavi giderlerinin, iş-okul günü kayıplarının ve ölümlerin önemli bir kısmından sorumludur ve yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Ülkemizde alt solunum yolu infeksiyonları, %4,2 mortalite oranı ile 5. sırada yer almaktadır.^[3]

Pnömoni görülme sıklığı 65-69 yaş grubunda %18,2 iken, 85 yaş ve üstü grupta neredeyse bunun üç katı oranlara (%52,3) çıkmaktadır.^[4] İleri yaş grubunda; KOAH, diyabet (DM), kronik böbrek yetmezliği (KBY), konjestif kalp yetmezliği (KKY), kronik karaciğer hastalığı gibi altta yatan başka bir hastalığı olanlarda pnömoni daha sık görülmekte ve ağır seyredebilmektedir.^[5] Tedavide gecikmenin morbidite ve mortaliteyi artırdığı bilinmekte, başlangıçta uygunsuz antibiyotik seçimi ise kötü prognostik faktör olarak öne çıkmaktadır.^[6] Çalışmanın amacı, yatarak tedavi alan geriyatrik pnömoni hastalarının özelliklerini yaş gruplarına göre değerlendirerek, bu hastalarda tedavi ve prognoz ile ilgili tespitler yapmaktır. Klinik, laboratuvar, radyolojik parametreler değerlendirilerek; tedavi süresi, etken mikroorganizma, uygulanan antibiyotik ve direnç paternleri de yorumlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği (GHK) ve İç Hastalıkları Kliniğinde (İHK) 01.03.2010-01.03.2014 tarihleri arasında pnömoni tanısı ile yatırılarak takip edilen ≥ 65 yaşında olan 305 hastanın dosya kayıtları retrospektif olarak laboratuvar bulguları, radyolojik veriler, tedavi uygulamaları açısından incelendi. Çalışmaya Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 02.06.14/8159 tarih ve sayılı etik kurul kararı alınarak başlandı. Hastane başhekimliğinden izin alınarak Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları kliniklerinin uzman hekimlerinin

yatırarak takip ve tedavi ettikleri hastaların verileri, arşiv dosya taraması yapılarak elde edildi. Çalışma için hazırlanan hasta izlem formuna kaydedildi.

Hasta epikrizlerinden a amnez, özgeçmiş, fizik muayene, klinik gözlemler ve laboratuvar sonuçları değerlendirildi. Hasta izlem formu hasta adı, yaşı, cinsiyeti, hastane protokol numarası, yatış tarihindeki vital bulguları, öykü ve fizik muayene, özgeçmiş özellikleri, eşlik eden hastalıklar, risk faktörleri, radyolojik bulgular, hemogram, biyokimyasal tetkikler, kullanılan antibiyotik, tedavi süresi, nüks, taburculuk durumu, antibiyotik değişikliği, yoğun bakım ihtiyacı gibi klinik bulguları içermekteydi. Arter kan gazları değerleri, Gram boyama ve kültür sonuçları, arter kan gazı, balgam ve kan kültürü alınabilen hastalarda mevcuttu ve hastaların tümünde istenen laboratuvar verilerine ulaşıldı.

Nefelometrik olarak ölçülen CRP değerleri için 0,8 mg/dL sınır değer olarak kabul edildi. Radyografik özelliklerin değerlendirilmesinde ilk posteroanterior (PA) akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları kullanıldı. Toplam tedavi süresi değerlendirilirken taburculuk esnasında verilen antibiyotiklerin süresi göz önüne alındı. Pnömoni ağırlık derecesini, yatış endikasyonu ve prognostik faktörleri belirlemek için CURB-65 ve Pnömoni Ağırlık İndeksi (PAİ) kullanıldı.^[7,9]

Analiz

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD testi; normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$

düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 305 hastanın 173'ü (%57) erkek, 132'si (%43) kadındı. Yaş ortalaması 78 yıl (65-98 yıl arası) idi. Hastalar 65-74 yaş (genç yaşlı) ve ≥ 75 yaş (yaşlı ve ileri yaşlı) olarak iki grupta incelendi (Tablo 1). Hastaların 174'ü (%57) acil servis başvurusu sonrası, 72'si (%24) poliklinik muayenesi sonrası, 48'i (%16) yoğun bakım sonrası takip amaçlı, 11'i (%4) diğer servislerden devir alınarak yatırılmıştı. GHK'de 195 (%64), İHK'de 110 (%36) hasta tedavi edilmişti.

Grubun tamamında CURB-65 skoru ortalaması 2,32 idi. Hastaların CURB-65'e göre dağılımı 65-74 yaş grubu ile 75 yaş ve üzeri olan grupta benzerdi. Başvuru anında konfüzyon, siyanoz ve hipotansiyon varlığının yaş grupları ile ilişkisi incelendi. Altmış beş-yetmiş dört yaş arası grupta konfüzyon %6,97, siyanoz %3,37 ve hipotansiyon %2,24 oranında saptandı. Yetmiş beş yaş ve üzerindeki hastalarda konfüzyon %11,1, siyanoz %11,11 ve hipotansiyon %5,09 oranlarında saptanarak arttığı görüldü.

Başvuru anındaki fizik muayene bulguları değerlendirildiğinde; 127 (%42) hastanın subfebril ateşi mevcuttu. Yetmiş iki (%24) hastanın vücut sıcaklığı 38°C nin üzerindeydi. Kalp tepe atımı 125/dk'nın üzerinde olan 19 (%6) hasta vardı. Ortalama solunum sayısı $23\pm 7/\text{dk}$ idi. Solunum sayısı 30/dk üzerinde olan 60 (%20) hasta mevcuttu. Sistolik kan basınçları

Tablo 1. Geriatrik pnömoni hastalarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı

	Toplam	Kadın	Erkek
Hasta sayısı (n)	305	132	173
Yaş ortalaması (yıl)	78.35	80,41	76,78
En genç hastanın yaşı (yıl)	65	65	65
En yaşlı hastanın yaşı (yıl)	98	98	93
65-74 yaş arası hasta sayısı	89	25	64
75 yaş ve üzeri hasta sayısı	216	107	109

ortalaması $120.84\pm 24,44\text{mm/Hg}$ idi. Parmak ucu nabız ölçer ile ölçülen oksijen saturasyonu (SO₂) değerleri ortalaması %89,53 idi. SO₂ değeri %90'ın altında olan 93 (%30) hasta mevcuttu. Hastaların 213'ünde arter kan gazı değerlendirilmişti. Asidoz varlığı; (pH:0-7,34) 65-74 yaş arası hasta grubunda %11,1, 75 yaş ve üzeri grupta %13,2 idi. Arter kan gazı değerlendirilen hastaların %48'inde hipoksemi görüldü (PaO₂<60 mmHg). Yetmiş beş yaş ve üzerindeki olgularda hipoksemi görülme sıklığı anlamlı derecede yüksek bulundu (p= 0.044).

Başvuru sırasında alınan kan laboratuvar sonuçları incelendiğinde; 65-74 yaş arası hastalar ile 75 yaş ve üzeri gruptaki hastaların hematolojik, biyokimyasal ve serolojik testleri sonuçları benzer bulundu (p>0.005). Pearson korelasyon analizi yapıldığında WBC sayısı ile CURB-65 ve WBC sayısı ile PAİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p= 0.103 ve 0.934, korelasyon değeri= 0.094 ve 0.005).

CRP değeri ile CURB-65 ve PAİ korelasyon analizi yapıldığında, CRP değeri yüksek olan hastaların CURB-65 ve PAİ skorlarının da anlamlı derecede yükseldiği görüldü (p=0.016 ve p=0.028, korelasyon değeri= 0,145 ve 0,132, sırasıyla). CURB-65 ile PAİ arasında güçlü ve anlamlı bir korelasyon bulundu. CURB-65 değeri arttıkça PAİ değerlerinin de arttığı saptandı (p=0.000). Albumin düzeyi ile yatış süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0.063, korelasyon değeri= -0.120) ancak albümin düzeyi arttıkça toplam tedavi süresinde anlamlı derecede azalma saptandı (p=0.000, korelasyon değeri: -0.258).

Hastaların 251'inde akciğer grafisinde radyolojik bulgu mevcuttu; 52'sinde (%21) multilober, 72'sinde (%29) lobar, 127'sinde (%51) bilateral tutulum vardı. Genç yaşlı grupta (65-74 yaş); %17,4 multilober, %44,28 lobar, %38,57 bilateral tutulum saptandı. Yetmiş beş yaş ve üzeri (yaşlı ve ileri yaşlı) grupta ise %22 multilober, %22,65 lobar, %55,24 bilateral tutulum izlendi. Akciğer radyografik bulguları ve ortalama yatış süresi arasındaki ilişki incelendiğinde multilober tutulum $7.94\pm 4,9$ gün, lobar tutulum $8.83\pm 5,36$ gün, bilateral tutulum $7.71\pm 4,69$ gün idi ve radyolojik tutulum ile ortalama yatış süresi arasında ilişki bulunamadı (p=0.60). Otuz iki hastada plevral efüzyon görüldü. Bilateral tutulumda efüzyon %50 oranında görülürken, %31 oranında

lober, %18 oranında da multilober tutulumla efüzyonun eşlik ettiği görüldü. Radyolojik bulgular ile arter kan gazı pH değeri ve yaş ilişkisi incelendiğinde akciğer tutulumları ile pH düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0.852$). Pnömoniye ek hastalık olarak en sık hipertansiyon (HT) (%67), ikinci sırada ise KOAH (%36) ve DM (%36)'nin eşlik ettiği görüldü. Bronşektazi ($p=0.02$), KBY ($p=0.00$), serebrovasküler hastalık (SVH) ($p=0.00$), KKY ($p=0.00$), koroner arter hastalığı (KAH) ($p=0.04$) varlığı ve kanser öyküsü ($p=0.00$) ile PAİ yüksekliği arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Alzheimer hastalığı ve SVH varlığı ile CURB-65 arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu (sırasıyla $p=0.03$, $p=0.047$).

Bakımevinde yaşama, splenektomi varlığı, son 1 yılda pnömoni öyküsü, kanser öyküsü, en az bir risk faktörü varlığı ve aspirasyon ile nüks durumu karşılaştırıldığında sadece aspirasyon varlığında anlamlı bir nüks artışı bulundu ($p=0.028$). Eşlik eden hastalıklar ve risk faktörleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Eşlik eden hastalıkların 75 yaş ve üzeri hastalarda daha fazla olduğu görüldü.

Bir yıl içinde pnömoni nedeniyle hastane yatışı olan ve en az bir risk faktörüne sahip olan hastalarda balgam kültüründe üreme görülmesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla, $p=0.012$, $p=0.016$). Diğer risk faktörleri ile balgam kültüründe üreme arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmedi. Balgam kültüründe üreme

Tablo 2. Geriatrik pnömoni hastalarında saptanan eşlik eden hastalıklar ve risk faktörleri

Eşlik eden hastalıklar	Toplam		65-74 yaş (n=89)		75 yaş ve üzeri (n=216)	
	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
KOAH	109	36	35	11	74	24
Astım	28	9	7	2	21	7
Bronşektazi	5	2	1	0	4	1
KBY	27	9	10	3	17	6
SVH	55	18	11	4	44	14
DM	111	36	39	13	72	24
Hipertansiyon	203	67	66	22	137	45
KKY	91	30	24	8	67	22
KAH	89	29	27	9	62	20
Kanser öyküsü	44	14	21	7	23	8
Alzheimer demans	36	12	8	3	28	9
Karaciğer hastalığı	5	2	0	0	5	2
Aspirasyon	43	14	10	3	33	11
Splenektomi	0	0	0	0	0	0
Bakımevinde yaşama	4	1	0	0	4	1
Son 1 yılda pnömoni	66	22	25	8	41	13

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, **KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği,

SVH: Serebrovasküler hastalık, **DM:** Diabetes Mellitus, **KKY:** Konjestif Kalp Yetmezliği

KAH: Koroner Arter Hastalığı

ile CURB-65, PAİ, yatış süresi ve tedavi süresi arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$).

Yoğun bakım ihtiyacı ile kan kültüründe üreme ($p=0.517$), astım ($p=0.373$), bronşektazi ($p=0.333$), KBY ($p=0.347$), SVH ($p=0.1$), DM ($p=0.413$), HT ($p=0.051$), KKY ($p=0.666$), KAH ($p=0.385$), kanser öyküsü ($p=0.71$), Alzheimer hastalığı ($p=0.067$) ve karaciğer hastalığı varlığı ($p=0.332$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Sadece KOAH varlığı ile yoğun bakım ihtiyacı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.001$) (Tablo 3).

Yüz üç hastadan alınan balgam kültürlerinde üreme olan 19 (%18,44) hastada 22 mikrobiyal ajan üremesi görüldü. Üç hastanın balgamında çoklu mikroorganizma üremesi vardı. On *Pseudomonas aeruginosa*, 4 *Klebsiella pneumoniae*, 2 *Hemophilus influenzae*, 1 *Streptococcus pneumoniae*, 1 *Escherichia coli*, 1 *Acinetobacter baumannii* complex, 1 *Candida albicans*, 1 *Enterococcus fecalis*, 1 *Enterobacter cloacae* complex üremesi görüldü. *Stafilococcus hominis*: 9, *Corynebacterium jeikeum*: 2, *Cryserobacte-*

rium indologenes: 1, *Koagülaz negatif stafilokok*: 1, *Stafilococcus epidermidis*: 1, *Stafilococcus hemolyticus*: 1 olmak üzere 118 hastadan alınan kan kültüründe 15 (%12,71) hastada üreme görüldü. Dört hastanın balgam kültüründen izole edilen *Klebsiella pneumoniae* antibiyogram sonuçları incelendiğinde ise; duyarlılıklar, amikasin: %100, imipenem: %75, siprofloksasin: %50, trimetoprim/sulfametaksazol: %50 idi. Dokuz hastanın kan kültüründe üreyen *Stafilococcus hominis* kültür antibiyogram değerlendirmesinde; penisilin direnci: %100, eritromisin direnci: %89, moksifloksasin direnci: %44 bulundu. Vankomisin duyarlılığı: %89, gentamisin duyarlılığı %78 idi. Tablo 4'de geriyatrik hastalarda pnömoni tedavisinde kullanılan antibiyotikler yer almaktadır.

Tablo 4. Geriyatrik pnömoni hastalarında tedavide kullanılan antibiyotikler

Kullanılan antibiyotik grubu	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Ampisilin/Sulbaktam +Klaritromisin	93	30,49
Seftriakson+ Klaritromisin	89	29,18
Ampisilin /Sulbaktam	35	11,48
Seftriakson	22	7,21
Piperasilin/Tazobaktam	11	3,61
Klaritromisin	8	2,62
Piperasilin/Tazobaktam +Klaritromisin	6	1,97
Moxifloksasin	7	2,30
Sefuroksim+Klaritromisin	5	1,64
Sefaperazon/Sulbaktam	4	1,31
Meropenem	3	0,98
Sefaperazon/Sulbaktam +Siprofloksasin	3	0,98
Levofloksasin	2	0,66
Meropenem / Klaritromisin	2	0,66
Sefuroksim	2	0,66

Tablo 3. Geriyatrik pnömoni hastalarında yoğun bakım ihtiyacı ve risk faktörü ilişkisi

Risk Faktörü	P değeri*
Kan kültüründe üreme	0.517
Astım	0.373
Bronşektazi	0.333
Kronik böbrek yetmezliği	0.347
Serebrovasküler hastalık	0.100
Diabetes Mellitus	0.413
Hipertansiyon	0.051
Konjestif kalp yetmezliği	0.666
Koroner arter hastalığı	0.385
Kanser öyküsü	0.71
Alzheimer	0.067
Karaciğer hastalığı	0.332
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	0.001

*Kl kare testi $P<0.005$

Pnömoni hastalarında uygulanan tedavi, Noninvasiv Mekanik Ventilasyon (NİMV) gereksinimi, yoğun bakım ihtiyacı ve prognoz ile ilgili bilgiler **Tablo 5**'de verilmiştir.

Toplam tedavi süresi ortalaması 12,54±1,75 gün, en kısa tedavi süresi 2 gün, en uzun tedavi süresi 76 gün idi. Yedi hasta yoğun bakım ünitesine devredildikten sonra, 9 hasta ise serviste exitus olmuştu. PAİ değerleri ve taburculuk durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; başka servise devredilen, yoğun bakıma devredilen ve kaybedilen hastaların PAİ ortalamaları, eve taburcu edilen hastaların PAİ ortalamalarından anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$).

Tartışma

Pnömoni tanısı ile hastanede yatırılarak tedavi edilen geriyatrik hastaları 65-74 yaş (genç yaşlı) ve 75 yaş ve üzeri (yaşlı ve ileri yaşlı) olarak tanımlayıp iki grupta incelediğimiz bu çalışmada ileri yaşlılarda konfüzyon, hipotansiyon ve siyanoz görülme sıklığının daha fazla olduğunu ve hipoksemi varlığının anlamlı derecede artmış bulunduğunu saptadık. So-

nucun ileri yaşa daha çok eşlik eden komorbid hastalıklarla ilişkili olabileceğini düşündük.

Başvuruda alınan kan laboratuvar sonuçları incelendiğinde; 65-74 yaş arası hastalar ile 75 yaş ve üzeri gruptaki hastaların hematolojik, biyokimyasal ve serolojik testlerinin sonuçları benzerdi; ancak dikkat çeken bir bulgu olarak hastanede yatış süresini etkilememesine rağmen, albümin düzeyi yüksek olanların toplam tedavi sürelerinin anlamlı derecede daha kısa olduğu idi. İnfeksiyon, major cerrahi ve çoklu travma gibi nedenlerle oluşan akut durumlarda, albumin sentezinin azalması, yıkımın artması, kapiller kaçışın olması ve büyük miktarlarda sıvı replasmanlarının yapılması gibi nedenlerin plazma albumin düzeyini düşürebildiği bilinmektedir. Septik şokta plazmadan damar dışına kaçış nedeniyle albümin kaybı artabilir. Akuzawa ve arkadaşları beslenme parametreleri ile pnömoni ağırlığı ve hastanede yatış süresi arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarında, 65 yaş ve üzeri grupta açlık süresi ve lenfosit sayısı ile hastanede kalış süresi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptamışlardır.

Tablo 5. Geriyatrik pnömoni hastalarında uygulanan tedavi, NİMV gereksinimi, yoğun bakım ihtiyacı ve prognoz

	Toplam		65-74 yaş (n=89)		75 yaş ve üzeri (n=216)	
	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
IV Steroid	54	17.70	15	16.85	39	18.05
İnhaler steroid	193	63.27	60	67.41	133	61.57
İnhaler bronkodilatör	189	61.96	59	66.29	130	60.18
Antibiyotik Değişikliği	46	15.08	15	16.85	31	14.35
NİMV ihtiyacı	4	1.31	1	1.12	3	1.38
Yoğun bakım ihtiyacı	78	25.57	18	20.22	60	27.77
Exitus	16	5.24	6	6.74	10	4.62
Eve taburculuk	237	77.70	75	84.26	162	75
Başka servise devir	19	6.22	7	7.86	12	5.55
Serviste exitus	9	2.95	4	4.49	5	2.31
Yoğun bakım ünitesine devir	40	13.11	12	13.48	28	12.96

NİMV: Non Invasiv Mekanik Ventilasyon

Çok değişkenli regresyon analizi yapıldığında albumin düzeyi, anlamlı negatif korelasyon saptanan tek bağımsız değişken olarak bulunmuştur.^[10] Retrospektif yapılan bu çalışmada Alzheimer demans, serebrovasküler hastalık gibi komorbid durumları olan geriyatrik hastalarda görülebilen beslenme bozukluklarının hipoalbuminemi nedeni olabileceği düşünüldü. Prospektif çalışmalarla pnömoni varlığında albumin düzeyi düşük olanlarda albumin replasmanının tedavi süresi üzerine etkisi araştırılabilir.

Radyolojik bulguların incelenmesinde plevral efüzyon %10 oranında saptandı ve bilateral tutulumu olan olguların %50'sine eşlik etmekte idi. Çeşitli çalışmalarda Toplumda Gelişen Pnömoni (TGP) seyirinde plevral efüzyon gelişimi bu çalışma ile benzer şekilde %7-9 oranındadır. Ampiyem %2,2-4 oranında saptanırken, yoğun bakım tedavisi gerektiren grupta plevral efüzyon görülme oranı %24,4'e kadar yükselmektedir.^[11,12]

Klinik çalışmalarda multilober tutulum olan olgularda mortalitenin ve hastalık ağırlık derecesinin arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada exitus olan hastaların %83'ünde bilateral tutulum görülmüştür. Doğan ve ark. ileri yaş pnömoni olgularını inceledikleri çalışmalarında benzer şekilde akciğerde multilober tutulum ve plevral efüzyon varlığını tedavi başarısızlığı olan olgularda anlamlı yüksek bulmuştur.^[13]

Altmış beş yaş ve üzerinde olan ve KOAH, DM, kardiyovasküler, kronik nörolojik ve karaciğer hastalıkları ve malignite gibi eşlik eden hastalıklara sahip olan kişilerde, pnömoni daha sık görülmekte ve daha ağır seyredilmektedir. Bu çalışmada ek hastalık olarak en sık HT (%67), ikinci sırada ise KOAH (%36) ve DM (%36) görülmüştür. Çakmak çalışmasında serviste izlenen 85 yaş ve üzeri geriyatrik hastalarda en sık yatış tanısının pnömoni (%61,5) ve en sık görülen ek hastalıkların sırasıyla HT (%69,2), KKY (%41,8) ve demans (%23,1) olduğunu saptamıştır.^[14] Balbay ve ark. 90 yaş ve üzeri geriyatrik hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında benzer şekilde en fazla yatışın pnömoni nedeni olduğunu saptamıştır. Hipertansiyon varlığı, pnömoniye en sık eşlik eden komorbid hastalık olarak bulunmuştur ve mortalite oranı %17,6'dır.^[15] Bircan

ve ark. pnömoniye en sık eşlik eden hastalıkları; KOAH (%23,7), DM (%17,2) ve KKY (%15,1) olmak üzere 41 (%44,1) olguda tespit etmiştir.^[16]

Çalışmada CURB-65 ve PAİ değerleri kendi aralarında ileri derecede anlamlı korele saptandı (p=0.000). Düşük riskli grupta; CURB-65 <2 ve PAİ puanı < 90 (ort PAİ puanı: 85,6) olan hasta sayısı 5 idi. Bu grupta mortalite saptanmadı ancak 2 hastada yoğun bakım ihtiyacı gelişti.

Acil servise başvuran 3181 hastada yapılan bir çalışmada, PAİ ve CURB-65 skorumlarının mortalite tahmininde ve düşük mortalite riski olan hastaların belirlenmesinde başarılı oldukları bildirilmiştir.^[17] Man ve ark. CURB-65 ile mortalite oranını düşük riskli grupta %3, yüksek riskli grupta %19,50, PAİ ile düşük riskli grupta %2,9, yüksek riskli grupta %22,1 olarak bildirmiştir.^[18] Cömert ve ark. 144 pnömoni olgusunda PAİ, CURB-65, Türk Toraks Derneği Pnömoni Ağırlık Gruplandırması (TTDPAG) skorumlarının yatarak tedavi gerekliliğini değerlendirmede birbirleri ile korele olduğunu saptamıştır.^[19]

British Thoracic Society (BTS) pnömonide yoğun bakım ihtiyacı oranının genel olarak %8-10 arasında değiştiğini bildirmektedir.^[20] Bu çalışmada yoğun bakım ihtiyacı oranı 65-74 yaş grubunda %20,2 ve 75 yaş ve üzeri grupta %27,7 idi. Bu sonucun bölgenin sosyokültürel düzeyinin düşük olması, yoksul ve/veya bakımsız hasta oranının fazla olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2002 yılında pnömoni tanısıyla hastaneye yatarak tedavi gören 119.330 pnömoni olgusunun %2,2'si ölümlü sonuçlanmıştır.^[21] Bu çalışmada toplamda mortalite oranı %5,24 olarak bulundu. Yaş grupları kendi içlerinde değerlendirildiğinde 65-74 yaş grubunda mortalite oranı %6,7 ve 75 yaş üzeri grupta %4,62 idi. Çalışmada geriyatrik yaş gruplarının yer alması ve buna bağlı komorbid hastalıkların daha fazla görülmesi mortalite oranını etkileyen faktörler olarak düşünüldü. Kolsuz ve arkadaşları hastaneye yatış gerektiren yoğun bakım ihtiyacı olmayan hastalarda mortalite oranını %2,3, yoğun bakıma yatış gerektiren hastalarda ise %16,6 olarak tespit etmiştir.^[22] Çilli ve arkadaşları ciddi TGP nedeniyle takip

ettikleri hastalarda %25 oranında mortalite saptamışlardır.^[23] Çeşitli çalışmalarda elde edilen farklı mortalite oranlarının yaş, komorbiditeler, pnömoni ağırlık derecesi, tedavi şeklinin ayaktan, yatarak ya da yoğun bakımda olması gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Erdem ve ark. 19 yoğun bakım ünitesinde ve 12 farklı merkezde 413 hastanın dahil edildiği yoğun bakım ihtiyacı olan TGP'li hastalarda mortalite belirteçleri çalışmasında en sık izole edilen etkenler sırasıyla Gram negatif bakteriler, S.aureus, S.pneumoniae bulunmuştur.^[24] Türk Toraks Derneğinin rehberinde (2002) ve American Thoracic Society (ATS)/IDSA 2007 konsensusunda; TGP'lerde hastalık şiddeti ile etiyolojik faktörler karşılaştırıldığında ayaktan veya yatan hastalarda en sık etken S.pneumoniae olup, onu hastalığın şiddetine göre M.pneumoniae, H.influenzae, S.aureus ve C.pneumoniae gibi etkenler izlemektedir.^[2,25]

Mikrobiyolojik analiz hastaların %44'üne yapılmıştır. Balgam kültürü alınmış olan 103 hastanın 19'unda (%18,44), kan kültürü alınmış olan 118 hastanın 15'inde (%12,71) etken üretildi. Balgamda en sık üreyen patojen Pseudomonas aeruginosa idi. Kan kültüründe ise Staphylococcus hominis en sık üreyen patojendi. Üreme oranları, birinci sırada P.aeruginosa üremesinin dışında literatürle benzerdi. Bu sonuç hastaların %36'sında saptanan kültür alınmadan önce acil servislerden veya aile sağlığı merkezlerinden alınan antibiyotik kullanımı ile ilişkili olabilir.

Balgam kültürlerinde 10 hastada izole edilen P.aeruginosa antibiyogramında %30 oranında siprofloksasin direnci, %10 oranında piperasilin/tazobaktam direnci görüldü. Amikasin direnci %20, seftazi-

dim direnci %40, gentamisin direnci %30, netilmisin direnci %10 oranında saptandı. İmipenem direnci gözlenmedi. Bu sonuçlar çalışmada ileri yaşlı hastaların yer alması ve komorbid durumların yüksek oranda (%95) olmasına bağlandı.

En sık ampisilin/sulbaktam+klaritromisin kombinasyonu (93 olgu; %30,49) ve ikinci sırada seftriakson+ klaritromisin (89 olgu; %29,18) kullanılmıştı. Bunun nedeni hastaların çoğunun ileri yaşlı olmaları ve eşlik eden komorbiditeler nedeniyle pnömoni kliniğine atipik ajanların da etken olabileceğinin düşünülmesi olarak yorumlandı.

Antibiyotik duyarlılıkları; seftazidim; %20, seftapim; %30, piperasilin/tazobaktam; %10, amikasin; %40, siprofloksasin; %40 saptandı. Çalışmaya alınan hastaların komorbidite oranlarının yüksek olmasının ve ülkemizdeki yanlış antibiyotik kullanımının bu sonuçları doğurabileceği düşünüldü. Ağca ve ark. izole edilen suşlarda en düşük duyarlılık oranını siprofloksasine (%48) ve en yüksek duyarlılık oranını amikasine (%83) karşı saptamıştır.^[26]

Sonuç olarak; her iki geriyatrik yaş grubu değerlendirildiğinde exitus olan hastaların %83'ünde bilateral akciğer tutulumu görülmüştür. Yetmiş beş yaş ve üzeri geriyatrik olgularda pnömoni varlığında eşlik eden hastalıklar ve hipoksemi görülme sıklığı artmıştır. KOAH varlığı yoğun bakım ihtiyacı ile ilişkili en belirleyici komorbid durumdur. Bu yaş grubunun hastanede tedavisi klinik seyrin yakın takibi, etken patojen tespiti ile uygun antibiyotik kullanımı ve komorbid hastalıkların yönetimine olanak verir. Prospektif çok merkezli çalışmaların, geriyatrik yaş gruplarında pnömonide prognostik faktörleri belirlemede daha kullanışlı bilgiler sağlayacağı görüşündeyiz.

Kaynaklar

1. Temel Nurlu E, Akçam F Z. Geriatrik hastalarda infeksiyonların değerlendirilmesi. Sepsis 2012; 3(3):126-32.
2. Güzel Ö, Aktaş F. Yaşlılıkta sık görülen infeksiyonlar. Kutsal YG, Selekler K, ed. Yaşlılık, Sık Rastlanan Sorunlar. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007; 43-62.
3. Özlü T, Bülbül Y, Alataş F, ve ark. Erişkinlerde toplumda gelişen pnömoni tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. Türk Toraks Derneği 2009;10(9): 1-16.
4. Küçükardalı Y, Öncül O, Nalbant S, ve ark. Yaşlı popülasyonda toplum kökenli pnömoni olguları. Geriatri 2001; 4(2): 59-62.
5. American Thoracic Society: Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: Diagnosis, assessment of severity and initial antimicrobial therapy. Am Rev Respir Dis 1993; 148(5): 1418-65.
6. Pachon J, Prados MD, Capote F, Cuello JA, Garnacho J, Verano A. Severe community acquired pneumonia: etiology, prognosis and treatment. Am Rev Respir Disease 1990; 142(2): 369-73.
7. Shah BA, Ahmed W, Dhobi NG, Shah NN, Khursheed SQ, Haq I. Validity of pneumonia severity index and CURB-65 severity scoring systems in community acquired pneumonia in an Indian Setting. The Indian Journal of Chest Diseases and Allied Sciences 2010;52(1): 9-17.
8. Bauer TT, Ewig S, Marre R, Suttorp N, Welte T. CAPNETZ Study Group. CRB-65 predicts death from community-acquired pneumonia. J Intern Med 2006; 260(1):93-101.
9. Ewig S, de Roux A, Bauer T, et al. Validation of predictive rules and indices of severity for community acquired pneumonia. Thorax 2004; 59(5):421-7.
10. Akuzawa N, Natio H. Nutritional parameters affecting severity of pneumonia and length of hospital stay in patients with pneumococcal pneumonia: a retrospective cross-sectional study. BMC Pulm Med 2015; 15(1) 149.
11. Riquelme R, Torres A, El-ebiary M, et al. Community acquired pneumonia in the elderly. Clinical and nutritional aspects. Am J Respir Crit Care Med 1997;156(6): 1908-14.
12. Almirall J, Mesalles E, Klamburg J, Parro O, Aguda A. Prognostic factors of pneumonia requiring admission to the intensive care unit. Chest 1995;107(2):511-6.
13. Doğan C, Çetin Ö, Kırnal N, Saraç G, Salepçi B. İleri yaş pnömoni olgularının analizi ve tedavi başarısına etkili faktörler. Eurasian J Pulmonol 2014;16(2):94-8.
14. Çakmak ME. Göğüs hastalıkları servisinde izlenen 85 yaş ve üzeri geriatrik hastaların değerlendirilmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2016;30(3):167-72.
15. Balbay G, Cangür Ş, Alaşan F, Tanrıverdi E. Göğüs hastalıkları servisinde izlenen 90 yaş ve üzeri geriatrik hastaların değerlendirilmesi. Tuberk Toraks 2014; 62 (1):22-6.
16. Bircan A, Kaya Ö, Gökırmak M, Önder Öztürk Ö, Şahin Ü, Akkaya A. Toplum kökenli pnömonilerin ağırlığının değerlendirilmesinde C-reaktif protein, lökosit sayısı ve eritrosit sedimentasyon hızının yeri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2006; 54(1): 22-9.
17. Aujesky D, Auble TE, Yealy DM, et al. Prospective comparison of three validated prediction rules for prognosis in community-acquired pneumonia. Am J Med 2005;118(4):384-92.
18. Man SY, Lee N, Ip M, et al. Prospective comparison of three predictive rules for assessing severity of community acquired pneumonia in Hong Kong. Thorax 2007;62(4):348-53.
19. Cömert S, Doğan C, Fidan A. Pnömoni ağırlık skorlama sistemlerinin hastanede yatarak tedavi endikasyonları açısından karşılaştırılması. Türk Toraks Dergisi 2012; 13: 158-62.
20. BTS Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Thorax 2001;56 (Suppl IV): 1-64.
21. Özlü T, Bülbül Y, Özsu S. Ulusal verilerle toplum kökenli pnömoniler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007; 55(2): 191-212.
22. Kolsuz M, Uçgun İ, Metintaş M, Erginel S, Harmancı E, Alataş F. Hastaneye yatarak veya yoğun bakımda tedavi görmesi gereken toplum kökenli pnömonilerde mortaliteyi etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2002; 50(2):229-3.
23. Çilli A, Özdemir T, Ögüç C, Kara A. Ciddi toplum kökenli pnömonide etiyojoloji ve prognostik faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001;49(3):312-6.
24. Erdem H, Türkan H, Çilli A, et al. Mortality indicators in community-acquired pneumonia requiring intensive care in Turkey. Int J Infect Dis 2013;17(9):e768-72.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia. MMWR 1997;46:22-1.
26. Ağca, H. Klinik örneklerden izole edilen Pseudomonas aeruginosa suşlarının antibiyotik duyarlılıkları. Türk Mikrobiyol Cem Derg 2011; 41(3):107-10.

Geliş tarihi: 22.06.2016

Kabul tarihi: 03.08.2017

Yayın tarihi: 15.09.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Nesrin Sarıman

e-posta: nessariman@yahoo.com

Kanser taramaları: İhtilaflar

Cancer screening: Controversies

Emrah Ersoy¹, Esra Saatçi²

Özet

Tarama erken tanı ve erken tedavi bağlamında birinci basamak uy-gulamalarının önemli bir bileşenidir. Ancak hastayı taramaya gerek olup olmadığı ve en uygun tarama yöntemini seçme konusu aile he-kimleri için zorlayıcı olabilir. Klinik çalışmalar uluslararası rehberleri oluşturmak için tarama yöntemleri hakkında güçlü kanıt sağlamasına rağmen, çeşitli tarama testlerine ilişkin faydalar ve zararlarla ilgili kesin veriler sağlanamamıştır ve uluslararası öner-iler arasında ihtilaflar söz konusudur. Bu derlemenin amacı kanser taramaları hak-kında kılavuzlar arası ihtilafları incelemek, hasta/ birey için en iyi kararı verirken kar-zarar ilişkisinin göz önünde bulundurulmasının önemini vurgulamaktır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, tarama, kanserler

Summary

Screening is an important component of primary care prac-tice in the context of early diagnosis and early treatment. However, question of whether to screen patients and choose the most appro-priate screening method can be challenging for family physicians. Although clinical studies are there to provide strong evidence about screening methods to clarify international guidelines, robust data on benefits and harms regarding several screening tests are still lacking, and international recommendations are conflicting. This review ex-amines the controversies in cancer screening among the guidelines and emphasizes the importance of considering the profit-loss rela-tionship while making the best decision for the patient/individual.

Key words: Family medicine, screening, cancers

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

Tarama testleri asemptomatik bireylerde bir hastalık saptamak üzerine tasarlanmışlardır. Ancak tarama için belirli koşullar sağlanmış olmalıdır. 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.^[1]

Kanserler ülkemizde ve dünyada önemli ölüm nedenleri arasındadır. Taramalar sayesinde erken tanı koyularak erken tedaviyle kür sağlanacağı öngörülmekte ve hastanın yaşam süresinin kısalmasının ve yaşam kalitesinin bozulmasının önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Erken evrede yakalanan her hastalık gibi kanserlerde de erken teşhis maliyet etkin olacaktır. Sonuçta ileri evrede yakalanan bir kanserin tedavi masrafları da yüksek olmaktadır.

Kolorektal kanserler

American Academy of Family Physicians (AAFP) ve United States Preventive Services Task Force (USPSTF)'de 50 ve 75 yaşlar arası her kadın ve erkeğin kolorektal kanser açısından taranması gerektiği belirtilmiştir. (A düzey) 85 yaş ve üzeri insanlar için kolorektal kanser taraması net bir şekilde önerilmemektedir. (D düzeyi) 75 ve 85 yaş arasındakiler için ise tarama yapılıp yapılmaması bireysel olarak değerlendirilmelidir. (C düzey)^[2,3]

USPSTF; yılda bir GGK bakılması, 10 yılda bir kolonoskopi veya beş yılda bir sigmoidoskopiyle beraber üç yılda bir GGK bakılması şeklinde üç prosedür önermektedir. Tek başına kolonoskopi en yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olsa da yıllık bakılan GGK testi belirgin bir şekilde mortaliteyi azaltmaktadır.^[4]

Kolonoskopiye bağlı olarak gelişen ciddi komplikasyon oranı onbinde 25 vakada bildirilmiştir.^[5] Dahası, şu an için fekal DNA testi ve bilgisayarlı tomografik kolonografi ile ilgili kanıtlar yetersizdir. (I düzey)^[2]

AAFP, yeni kolorektal kanser tanısı alan hastalara akrabalarda morbidite ve mortaliteyi azaltmak üzere Lynch sendromu için genetik test yapılmasını önermiştir. İlâveten genetik test, Lynch sendromu

tanısı almış hastaların birinci derece yakınlarına uygulanmalı ve pozitif olanlara kolorektal kanser taraması yapılmalıdır.^[3]

İsviçre'de yapılan bir çalışmada, kolonoskopiyle yapılan taramalarda kolorektal kanser insidansının ve ayrıca kolorektal kanserle ilişkili ölümlerin belirgin bir şekilde azaldığı gösterilmiştir.^[6]

USPSTF ve AAFP kolorektal kanserden koruma amacıyla rutin aspirin veya NSAİİ kullanımını önermemektedir. (D düzey)^[3,7]

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye benzer olmakla beraber bazı farklılıklar da içermektedir. Kılavuzda iki tarama testi, yani GGK ve kolonoskopi kullanılarak tarama önerilmiş ve 50-70 yaş grubundaki her bireye kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla monoklonal antikorlar kullanılarak yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önerilmiştir. Ayrıca birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya 40 yaşında başlanması, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkanlarda taramanın 40 yaşından bağımsız olarak kanserin çıkış yaşından beş yıl önce başlatılması uygun görülmüştür.^[8]

Serviks Kanseri

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülen üçüncü en sık kanser nedenidir.^[9]

Farklı gözlemsel çalışmalarda, servikal sitoloji testinin servikal kansere bağlı ölüm oranlarında % 60'a kadar azalma sağladığı ve daha iyi kür oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle USPSTF, servikal kanser için yapılan taramanın 21 yaşından itibaren 65 yaşına kadar üç yılda bir PAP-smear testi ile yapılmasını önerilmektedir. (A düzey)^[10,11] Tarama aralıklarıyla ilgili bu öneriyi ek olarak; 30 ve 65 yaş arası kadınlarda daha uzun bir aralık talep ediliyorsa beş yılda bir sitoloji ve HPV testi kombine edilerek yapılmalıdır. (A düzey)

Ancak 21 yaş altı kadınlarda ve yeteri kadar test yapılmış ve servikal kanser için risk saptanmamış 65 yaş üzeri kadınlarda serviks kanseri için tarama önerilmemektedir. (D düzey) Ayrıca 30 yaş altı kadınlarda

HPV testi, tek başına veya sitoloji ile kombine olarak, önerilmemektedir. (D düzeyi)^[12]

Serviksi de alınmak şartıyla histerektomi yapılmış ve yüksek düzey prekanseröz lezyonu (CIN 2-3) veya kanser öyküsü olmayan kadınlara servikal kanser için rutin tarama önerilmez. (D düzeyi)^[12]

AAFP de de öneriler benzerdir.^[3]

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda Pap smear testi ve HPV testinin kombine yapılması şart koşulmamıştır. 30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir Pap smear testi veya HPV testi yapılmalı şeklinde önerilmiştir.^[8]

Akciğer Kanseri

Akciğer kanserinin, ABD'de kansere bağlı ölümlerin başlıca nedeni olması ve ileri evrede teşhis edildiğinde iyi sonuçlar alınmaması nedeniyle USPSTF yakın zamanda tarama ile ilgili önerilerini güncellemiştir.^[13,14] 2013 yılından itibaren akciğer kanseri taraması için 30 paket yıl sigara içme öyküsü (halen içiyor olan veya son 15 yıl içerisinde bırakmış olan) olan 55 ile 80 yaşlar arası hastalarda yıllık olarak düşük-doz bilgisayarlı tomografi yapılması önerilmektedir. (B düzeyi)^[13]

Sigarayı 15 yıldan önce bırakmış olan hastalar için veya sınırlı yaşam süresi beklenenler için veya küratif akciğer cerrahisi için kontraendikasyonu olanlar için tarama durumu belirtilmemiştir ya da yapılmakta olan taraması varsa devam edileceği konusu belirsizdir.^[13]

Geniş kontrollü randomize çalışmaları kapsayan yayınlar, yüksek riskli kişilerde akciğer kanseri taraması için yıllık düşük-doz BT'nin akciğer kanserine bağlı ölümlerin sayısını belirgin bir şekilde azalttığı bildirilmiştir. (mortalitede % 20 göreceli bir azalma [% 95 güven aralığı 6.8-26.7, p değeri:0.004])^[15]

AAFP 2016 güncel önerilerinde ise USPSTF'den farklı olarak sigara içme öyküsüne ve yaşa bağlı artmış akciğer kanseri riski olanlarda düşük doz BT ile tarama yapmanın henüz netlik kazanmadığını belirtmiştir. (I düzeyi)^[3]

Ancak Swiss Medical Board (SMB) yakın zamanda akciğer kanseri taraması için pozitron-emisyon

tomografisi (PET)/BT yapılmasının tarama amaçlı önerilmediğini belirtmiştir.^[16]

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda ise akciğer kanseri taramasıyla ilgili olarak öneri bulunmamaktadır. Uzun dönem akciğer kanserinin yükünü azaltma noktasında, korumanın taramadan daha etkili olduğunun altını çizmek gerekir. Bu yüzden aile hekimleri sigara içen bütün hastalarına sigara bıraktırma girişimlerinde bulunmalıdır.

Meme Kanseri

AAFP ve USPSTF, 50 ve 74 yaşları arasındaki kadınlarda iki yılda bir mamografi ile meme kanseri taraması önermektedir. (B düzeyi) 40-49 yaşları arasında ise mamografi ile tarama kararı kişiselleştirilmelidir. (C düzeyi) 75 ve üzeri kişilerde ise kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi)^[17]

USPSTF'ye göre, aile öyküsünde meme, over, tubal ve peritoneal kanser olan kadınlar meme kanseri taramasında kullanılan herhangi bir test ile taranmalıdır. Tarama sonucu pozitif olan kadınlar genetik danışmanlık almalı; gerekirse BRCA gen mutasyonu testi yapılmalıdır. (B düzeyi) BRCA gen mutasyonu ile ilgili aile öyküsü olmayan kadınlarda rutin genetik danışma veya BRCA testi önerilmemektedir. (D düzeyi)^[18]

Yine USPSTF'ye göre meme kanseri riski artmış kadınlarda, ilaç yan etkileri göz önüne alınarak tamoksifen veya raloksifen gibi meme kanseri riskini azaltacak ilaçlar önerilmelidir.(B düzeyi) Risk artışı olmayanlarda rutin profilaksi önerilmez. (D düzeyi)^[19]

AAFP'ye göre 40 yaş ve üstü kadınlarda hekim tarafından klinik meme muayenesi için kanıtlar yetersizdir (I düzeyi), kendi kendine meme muayenesi ise 'önerilmemekte' şeklinde belirtilmiştir. (D düzeyi) Digital mamografi veya MRI yapılması ile ilgili olarak kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi) BRCA mutasyon testi aile öyküsü benzer mutasyonlar içeriyorsa önerilir (B düzeyi) ama rutin tarama ve konsültasyon önerilmez. (D düzeyi)^[3]

Buna rağmen, güncel olmasalar da, 1963 ve 1991 yılları arası yapılan farklı randomize kontrollü ve gözlemsel çalışmalar temel alınarak, Swiss Medical

Board (SMB) kılavuzunda bu öneri değiştirilmiştir. Mamografi ile tarama yapmanın maliyet etkin olmadığı bildirilmiştir.^[16,20]

Aslında birçok çalışma, meme kanseri için yapılan taramaların mortalite üzerinde kısıtlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Düzenli olarak taranan 1000 kadın, düzenli tarama yapılmayan 1000 kadınla karşılaştırıldığında, meme kanserine bağlı sadece 1-2 ölüm önlenebilmiştir.^[21] Ayrıca yanlış pozitif sonuçlar, gereksiz ileri tetkiklere, aşırı tedaviye ve artmış psikolojik yüke neden olabilir.^[16]

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nun önerileri, USPSTF ve AAFP'ye göre belirgin farklılıklar içermektedir. Örneğin AAFP'de önerilmemesine rağmen 20 yaş üstü kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırmak ve meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulaması önerilmiştir. Aynı şekilde birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan 20-40 yaş arası kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin ve USPSTF'deki yaş aralığından farklı bir şekilde 40-69 yaş arası bütün kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önerilmiştir.^[8]

Prostat Kanseri

Prostat kanseri erkeklerde üçüncü en sık görülen kanserdir. Özellikle 50 yaşından sonra insidansı artmaktadır. 60 yaşından önce prostat kanserine bağlı ölüm oranı oldukça düşüktür. Esasında prostat kanserine bağlı ölümlerin % 70'i 75 yaşından sonra meydana gelmektedir.^[22]

Prostat kanseri taramasında kullanılan prostat spesifik antijen (PSA) ile ilgili tartışmalar, dünya çar-

pında önerilerde önemli değişiklikler olmasına neden olmuştur. Swiss Medical Board (SMB) ve Swiss Academy of Medical Sciences 2011'de PSA ölçümü ile yapılan sistematik taramanın genel ve özel mortalite üzerine olan kısıtlı etkisinden ve biyopsinin ve tedavisinin potansiyel tehlikelerinden dolayı artık PSA ölçümü ile prostat kanseri taramasını önermediklerini açıklamışlardır.^[16] Buna rağmen Swiss Society of Urology bireyselleştirilmiş PSA ölçümü ile prostat kanseri taraması önermiş ve izleyen yıllarda seri ölçümler yapılmıştır.^[23]

USPSTF ve AAFP halen PSA ölçümüne dayanan sistematik prostat kanseri taramasına karşı çıkmaktadır.(D düzey)^[3,24]

USPSTF üyeleri bu karşı çıkmayı, yüksek yanlış pozitifliğe (dört PSA ölçümünden sonra en az bir kere % 13 kümülatif riskle yanlış pozitif olma olasılığı) ve bu yanlış pozitifliğe bağlı olarak vakaların % 5.5'inde boşuna biyopsi yapılmasına bağlamaktadırlar.^[25] Dahası biyopsi ile ilişkili komplikasyonlar (% 50 kalıcı hematospermi, % 22 hematüri, % 3 ateş) ve aynı şekilde tedaviye bağlı zararlar çok sıktır.^[26]

Çalışmalar, radikal prostatektomi sonrası 1-10 yıl arasında, noninvaziv girişimlere kıyasla, erektil disfonksiyon riskinin % 30, üriner inkontinans riskinin de % 20 artmış olduğunu gösterilmiştir. Radyasyon tedavisi de 1-10 yıl arasında erektil disfonksiyon (% 17 artmış risk) ve bağırsak fonksiyon bozukluğu gelişmesinde risk artışıyla ilişkilidir.^[27,28]

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu, ailesinde prostat kanseri öyküsü olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile öyküsü olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde erken tanı ve önleme amaçlı hastanın bilgilendirilmesini ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesini önermektedir.^[8]

Kaynaklar

- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva, World Health Organization 1968; p.14-39.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149:627-37.
- American Academy of Family Physicians. Summary of recommendations for clinical preventive services, AAFP, 2 January 2016. www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf adresinden 26.02.2016 tarihinde erişilmiştir. daha yeni versiyonu mevcut onun kullanılması önerilir.
- Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD001216.
- Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008; 149:638-58.
- Manser CN, Bachmann LM, Brunner J, Hunold F, Bauerfeind P, Marbet UA. Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of colon carcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. *Gastrointest Endosc* 2012; 76:110-7.
- U.S. Preventive Services Task Force. Routine aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the primary prevention of colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2007; 146:361-4.
- Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın no: 991, 2015.
- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61:69-90.
- Andrae B, Andersson TM, Lambert PC et al. Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. *BMJ* 2012; 344:e900.
- Johannesson G, Geirsson G, Day N. The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer* 1978; 21:418-25.
- Moyer VA. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012; 156:880-91, W312.
- Moyer VA. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014; 160:330-8.
- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. In. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2013.
- Aberle DR, Adams AM, Berg CD et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 2011; 365:395-409.
- Swiss Medical Board. <http://www.medical-board.ch> adresinden 04.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
- Albert L. Siu Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2016; 164:279-96.
- Virginia A. Moyer, Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer in Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2014; 160:271-81.
- Virginia A. Moyer Medications for Risk Reduction of Primary Breast Cancer in Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013; 159:698-708.
- Billir-Andorno N, Juni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med* 2014; 370:1965-7.
- Gotzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD001877.
- Howlader N, Noone A, Krapcho M et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008, National Cancer Institute. In. Bethesda, MD; 2011. daha yeni versiyonu mevcut onun kullanılması önerilir
- Gasser T, Iselin C, Jichlinski P et al. PSA-Bestimmung – Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU). *Schweiz Med Forum* 2012; 12:126-8.
- Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012; 157(2):120-34.
- Croswell JM, Kramer BS, Kreimer AR et al. Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening. *Ann Fam Med* 2009; 7:212-22.
- Raaijmakers R, Kirkels WJ, Roobol MJ, Wildhagen MF, Schrder FH. Complication rates and risk factors of 5802 transrectal ultrasound-guided sextant biopsies of the prostate within a population-based screening program. *Urology* 2002; 60:826-30.
- Chou R, Croswell JM, Dana T et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011; 155:762-71.
- Chou R, Dana T, Bougatsos C et al. Treatments for Localized Prostate Cancer: Systematic Review to Update the 2002 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *AHRQ Pub No* 12-05161-EF-1 2011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82315/> adresinden

Geliş tarihi: 30.06.2017

Kabul tarihi: 22.08.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Emrah Ersoy

e-posta: dremrahersoy86@gmail.com

Maligniteyi taklit eden asemptomatik bir tüberküloz olgusu

An asymptomatic case of tuberculosis mimicking mal

Fatih Üzer¹, Ömer Özbudak²

Özet

Tüberküloz en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. En sık akciğerleri tutar. Tipik klinik ve radyolojik bulgular olduğunda akciğer tüberkülozuna tanı koymak kolaydır. Pnömoni ve atelektazi görünümünün yanı sıra, daha nadir olarak bronşiyal astım ve maligniteyi taklit edebilmektedir. Asemptomatik, radyolojik olarak maligniteyi taklit eden bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Akciğer kanseri, atipik radyoloji, tüberküloz

Summary

Tuberculosis is one of the most important public health problems. It is most commonly seen in the lungs. It is easy to diagnose pulmonary tuberculosis with typical clinical and radiological findings. In addition to the appearance of pneumonia and atelectasis, it may mimic bronchial asthma and malignancy more rarely. We present a case of asymptomatic tuberculosis mimicking malignancy radiologically.

Key words: atypical radiology, lung cancer, tuberculosis

¹ Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Arş. Gör., Antalya

² Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Prof. Dr., Antalya

Üzer F., Özbudak Ö. | Maligniteyi taklit eden asemptomatik bir tüberküloz olgusu

Giriş

Tüberküloz (Tbc), gelişmekte olan ülkelerde en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. En sık akciğerleri tutmakla beraber ekstra pulmoner tutulum da olabilir. Akciğer tüberkülozlu hastalar sıklıkla çok belirgin bir klinik belirti ve bulguya sahip olmasa da, hastalık çok hafif tablolardan, tedavi edilmezse hızla ölüme götüren ağır tablolara kadar değişkenlik gösterdiği için klinik tablolar da geniş bir spektrum içinde dağılır. Genel olarak radyolojide orta veya ciddi tutulum görülünceye kadar klinik belirtiler hafiftir. Akciğer tüberkülozu; pnömoni ve atelektazi görünümünün yanı sıra, daha nadir olarak bronşiyal astım ve maligniteyi taklit edebilmektedir.^[1-2] Asemptomatik, radyolojik olarak maligniteyi taklit eden bir olguyu literatür eşliğinde sunuyoruz.

Olgu

Herhangi bir yakınması olmayan 44 yaşındaki erkek hasta kontrol amaçlı başvurdu. Fizik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde; hemogloblin:

13,7 g/dl, lökosit: 5970 / mm³, sedimentasyon: 21 mm/sa olup diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Posterioranterior (PA) akciğer grafisinde sol akciğerde perihiler homojen dansite artışı ve sol alt zon lateralde pulmoner homojen opasite izlendi. **(Şekil 1)** Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) sol üst lob posterior segmentte santrali nekrotik, periferinde spiküler uzanımları bulunan 34x29 mm boyutunda kitlesel lezyon izlendi. Sol hilus üst anterior komşuluğunda 12x9 mm boyutlarında öncelikle lenfadenopati/metastaz lehine değerlendirilen lezyon izlendi. Sol akciğer alt lob lateral bazal segment düzeyinde periferinde spiküler uzanım bulunan, santrali nekrotik, plevraya uzanım gösteren 30x22 mm boyutlarında kitle izlendi. **(Şekil 2)**

Pozitron emisyon tomografi (PET) BT'de sol akciğer üst lobdaki lezyonun maksimum standart uptake değeri (SUV max):11,1, sol akciğer alt lobdaki lezyonun SUV max'ı 4,7 olarak geldi. Ayrıca sol hilus bölgesinde, SUV max'ı 3,2 olan lenf nodu izlendi. **(Şekil 3)**

Hastaya bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lez-



Resim 1.

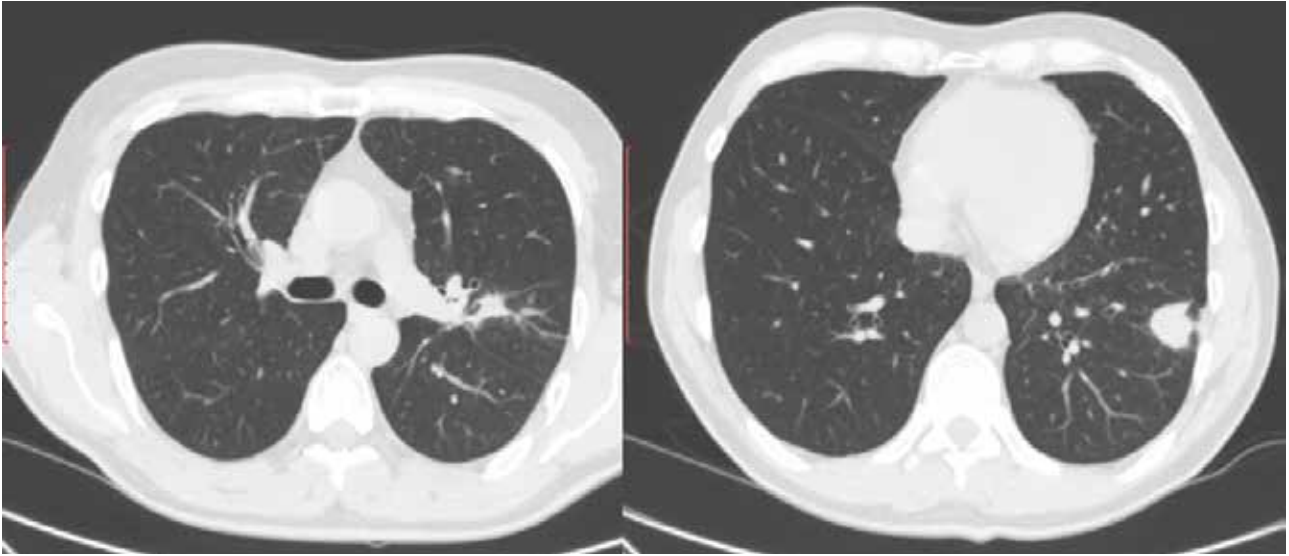
yon izlenmedi. Sol üst lobdan bronş lavajı, sitolojik fırçalama ve sol hiler transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBİA) yapıldı. Bronş lavajında aside rezistan basil (ARB) negatif ve sitolojik incelemesi benign olarak tespit edildi. Hastaya bu bulgular ile sol üst lobdan ve alt lobdaki lezyonlardan transtorasik iğne aspirasyonu (trucut, TTİA) yapıldı. Patolojik incelemede nekrotizan granümatöz iltihap izlendi. Moleküler incelemede tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) negatif olarak geldi. Antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin altıncı ayında çekilen kontrol PA akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde lezyonların belirgin olarak gerilediği görüldü (Şekil 4-5).

Tartışma

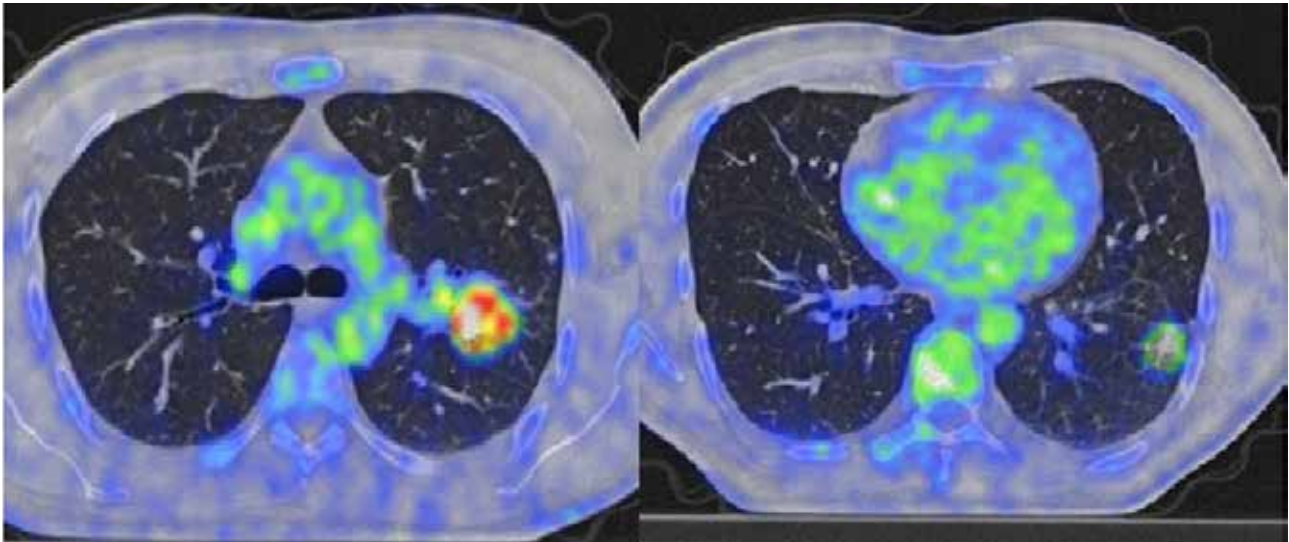
Akciğer tüberkülozu, enfeksiyon kaynaklı mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir. Tanısının erken konması halk sağlığı açısından önemlidir. Akciğer tüberkülozuna tipik klinik ve radyolojik bulgular olduğunda tanı koymak kolaydır. Ancak olgumuzda olduğu gibi bazı tüberküloz olguları atipik klinik ve radyolojik bulgularla seyredebilir. Atipik bulgularla seyreden bu tür olgular yanlış tanı alabilir ve tanı gecikmesine sebep olabilir. Tüberküloz tanısının patolojik ve mikrobiyolojik olarak kanıtlanması gerekmektedir.

Pitlik^[3] ve arkadaşlarının 10 yıllık bir süreyi

Resim 2.



Resim 3.



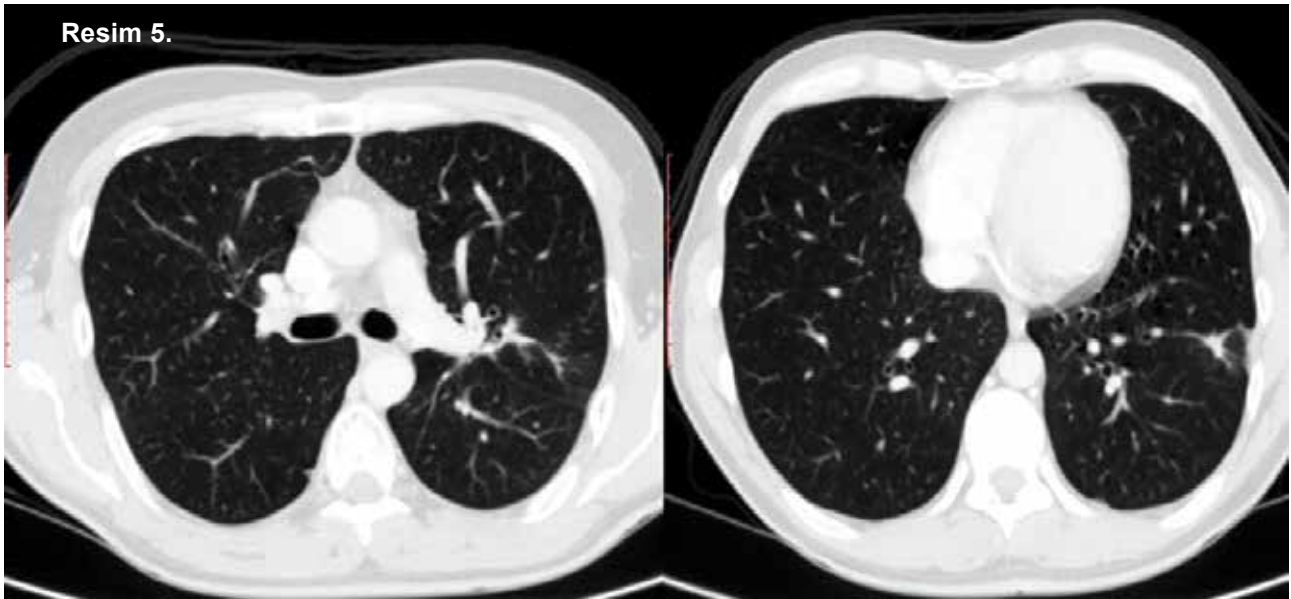
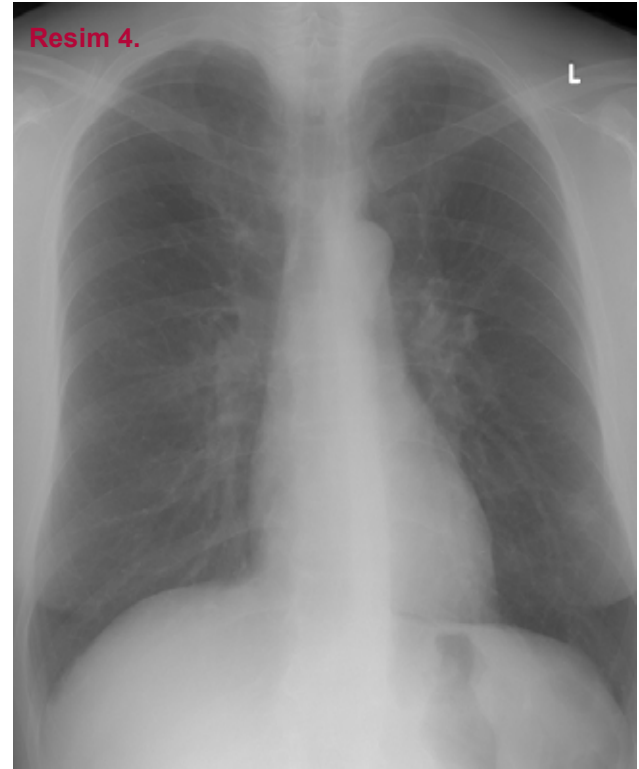
kapsayan çalışmada malignite nedeniyle tetkik edilen 70 bin hastanın 26'sında tüberküloz tespit edilmiş, hastalarda tüberkülozun klasik bulguları olan ateş, balgam, hemoptizi ve gece terlemesi yaygın gözlenmemiştir. Bu hastalar sıklıkla akciğer kanseri nedeniyle tetkik edilmiş olup, akciğer grafisinde en sık olarak "infiltrasyon" saptanmıştır. Rolston^[4] ve arkadaşlarının 2098 hastada yaptığı bir retrospektif çalışmada akciğer kanseri nedeniyle araştırılan hastaların %1,3'ünde enfeksiyon hastalıkları tespit edilmiştir. Bu enfeksiyon hastalıklarının %27'si tüberküloz olarak tespit edilmiştir. Bizim hastamız da herhangi bir yakınması olmayan ve akciğer kanseri ön tanısı ile tetkik edilen genç bir erkek hasta idi. Akciğer grafisinde sol parahiler bölgede homojen dansite artışı ve sol alt zonda homojen opasite izlendi.

Akciğer kanserini düşündüren düzensiz kenarlı konsolidasyonlar, kalın duvarlı kaviter lezyonlar ve plevral effüzyon tüberkülozda da görülebilir. Tüberkülozda daha çok sol akciğer üst lob posterior ve alt lob süperiorda bulgu vermekle beraber akciğerin herhangi bir lobu tutulabilmektedir.^[1-4] Hastamızda da sol üst lob posteriorda ve sol alt lob bazal anterior segmentte opasite izlendi.

Akciğer kanseri düşünülen olgularda hastalığın yaygınlığını ve evresini belirlemek amacıyla PET BT kullanılmaktadır. Başta enfeksiyon hastalıkları ve romatolojik hastalıklar olmak üzere, PET BT yanlış pozitiflik gösterebilir. Tüberküloz insidansının yük-

sek olduğu ülkelerde tüberküloz yanlış pozitiflik yapan nedenlerin başında gelmektedir.^[5] Hastamızda da PET BT de tarif edilen lezyonlarda granülo-matoz hastalıklarda görülebilen yüksek SUV max tutulumu tespit edilmiştir.

Akciğer kanserinin tanısında altın standart patolojidir. Tüberküloz tanısı ise uygun klinik ve radyolojik bulgularla beraber mikrobiyolojik olarak konur. Hastamızda yapılan bronkoskopik incelemede endo-bronşiyal lezyon tespit edilmedi. Alınan bronş



lavajın patolojik incelemesi benign olup, tüberküloz kültüründe üreme tespit edilmedi. Yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisinin patolojik inceleme-sinde nekrotizan granüloamatöz iltihap izlendi. Tbc tanısı patolojik olarak konuldu.

Sonuç olarak akciğer tüberkülozu farklı klinik ve radyolojik formlarla karşımıza çıkabilmektedir.

Başta akciğer kanseri ve astım olmak üzere birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Tüberküloz enfeksiyonunun yaygın olduğu bizim gibi ülkelerde klinik ve radyolojik bulgular akciğer kanserini düşündürse bile, genç hastalarda özellikle atipik radyolojide ayırıcı tanıda tüberküloz her zaman akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Skoura E, Zumla A, Bomanjia J. Imaging in tuberculosis. International journal of infectious diseases 2015; 32: 87–93.
2. Yılmaz A, Alıcı İO, Demirci NY et al. The clinical and bronchoscopic features of cases with endobronchial tuberculosis mimicking radiologically malignancy. Solunum 2011; 13(3): 170–5.
3. Pitlik SD, Fainstein V, Bodey GP, M.D. Tuberculosis mimicking cancer-A Reminder. The American Journal of Medicine 1984;78: 822-5.
4. Rolston KVI, Rodriguez S, Dholakia N, Whimbey E, Raad I. Pulmonary infections mimicking cancer: a retrospective, three-year review. Support Care Cancer 1997; 5: 90-3.
5. Goo JM, Gilim J, Do KH et al. Pulmonary tuberculoma evaluated by means of FDG PET: Findings in 10 cases. Radiology 2000; 216:117–21.

Geliş tarihi: 27.07.2017

Kabul tarihi: 03.09.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Arş.Gör. Fatih Üzer

e-posta: uzerfatih@gmail.com

Predatör dergilere dikkat

Attention to predatory journal

Mustafa Kürşat Şahin¹, Füsun Aşşın Artıran İğde², Mustafa Fevzi Dikici³

Değerli Editör,

Ebubekir Razi'nin (865-925) "Bir kantar (44 okka) ilim bir okka edebe muhtaçtır", İbni Sina'nın (980-1037) "Beş okka ilmi olanım, hiç olmazsa bir okka da edebi olsa" sözlerine günümüzde de muhtaç olduğumuz bir gerçektir.⁽¹⁾ İyi hekim olmak için sadece tıbbi bilgi değil aynı zamanda tıbbi etiğe de önem verilmelidir. Bu nedenle ister mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, isterse uzmanlık eğitiminde tıp etiği eğitimine yer verilmesi gerekmektedir. Uzmanlık eğitiminde özellikle tıbbi yayın etiği ile ilgili konular da yer almalıdır.

Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinde ikinci bölüm "Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler" başlığı, Madde 4, Fıkra 1 ve 2'de bilimsel araştırma ve yayın etiğine aykırı eylemler; intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlal türleri olarak ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bunlar yönetmelikte temel olarak aşağıdaki gibi açıklanmıştır:⁽²⁾

• **"İntihal:** Başkalarının özgün fikirlerini, metodlarını, verilerini veya eserlerini bilimsel kurallara uygun biçimde atfı yapmadan kısmen veya tamamen

¹⁾ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Samsun

²⁾ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Samsun

³⁾ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Samsun

Şahin M. K. ve ark. | Predatör dergilere dikkat

2017 © Yayın hakları Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ne (TAHUD) aittir. Medikal Akademi tarafından yayımlanmaktadır. Bu makalenin koşullu kullanım hakları Medikal Akademi ve TAHUD tarafından Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) lisansı aracılığıyla bedelsiz sunulmaktadır.

Copyright © 2017 Turkish Association of Family Physicians (TAHUD). Published by Medikal Akademi, Istanbul.

This article is licensed by Medikal Akademi and TAHUD under the terms of Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License.

kendi eseri gibi göstermek”

• **“Sahtecilik:** Bilimsel araştırmalarda gerçekte var olmayan veya tahrif edilmiş verileri kullanmak”

• **“Çarpıtma:** Araştırma kayıtları veya elde edilen verileri tahrif etmek, araştırmada kullanılmayan cihaz veya materyalleri kullanılmış gibi göstermek, destek alınan kişi ve kuruluşların çıkarları doğrultusunda araştırma sonuçlarını tahrif etmek veya şekillendirmek”

• **“Tekrar yayım:** Mükerrer yayınlarını akademik atama ve yükselmelerde ayrı yayınlar olarak sunmak”

• **“Dilimleme:** Bir araştırmanın sonuçlarını, araştırmanın bütünlüğünü bozacak şekilde ve uygun olmayan biçimde parçalara ayırıp birden fazla sayıda yayımlayarak bu yayınları akademik atama ve yükselmelerde ayrı yayınlar olarak sunmak”

• **“Haksız yazarlık:** Aktif katkısı olmayan kişileri yazarlar arasına dâhil etmek veya olan kişileri dâhil etmemek, yazar sıralamasını gerekçesiz ve uygun olmayan bir biçimde değiştirmek, aktif katkısı olanların isimlerini sonraki baskılarda eserden çıkartmak, aktif katkısı olmadığı halde nüfuzunu kullanarak ismini yazarlar arasına dâhil ettirmek”

Doçentlik Sınav Yönetmeliğinde ise “İntihal ve disipline aykırı diğer fiillerin işlendiği iddiası” başlığı, Madde 7, Fıkra 1 ve 7 arasında bu durumda yapılması gerekenler açıklanmaktadır.⁽³⁾ Özellikle intihal vurgusu yapılan bu yönetmelik 6.10.2016 tarih ve 29849 sayılı değişiklikle yukarıdaki başlık “Bilimsel araştırma ve yayın etiğine aykırılık” olarak değiştirilerek daha geniş kapsamlı bir hale getirilmiştir.⁽⁴⁾ Ama Yükseköğretim Kurulu yönergesinde tanımlanmayan yeni durumların doğduğu da bir gerçektir.

Son zamanlarda tıbbi yayın etiğinde şimdiye kadar tanımlanmış olumsuz olaylara ek yeni kavramlar “predatör dergiler, predatör yayıncılar, çalınan veya kopyalanan dergiler ve yanıltıcı ölçütler” eklenmeye başlanmıştır. Bu kavramlarda açık erişim dergiciliği sonrasında patlama yaşanmıştır. Predatör kelime anlamı olarak ‘kişisel kar veya kazanç için başkalarına zarar vermek, istismar etmeyi amaçlamak ya da eğiliminde olmak’⁽⁵⁾ olmasına rağmen genel kullanım-

da ‘yırtıcı, yağmacı, yanıltıcı’ olarak kullanılmaktadır.

Yırtıcı dergilerde 2010 yılında çıkan makale sayısı 53 bin iken, 2014 yılında bu sayı 420 bine çıkmıştır. Bu makalelerin ilgi alanına göre dağılımında birinci sırada 162 bin ile genel makaleler, 97 bin ile mühendislik makaleleri, 70 bin ile ise biyomedikal makaleler yer almaktadır.⁽⁶⁾ Bu yazıyla; bahsi geçen tehlike hakkında tüm araştırmacıların bilgi sahibi olmaları gerektiği, aksi takdirde bu oyunun bir parçası olabilecekleri düşünülerek, bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Yırtıcı dergiler ve yayıncıların güncel listesini yayınlayan bir akademik kütüphaneci olan Jeffrey Beall “Yazar öder modelini istismar eden dergilerin bilimsel yayıncılığa zarar verdiğini ve bilim insanlarını etik olmayan davranışlara teşvik ettiğini” savunmaktadır.⁽⁷⁾ Bu nedenle 2008’den beri tanınmış ve düzenli güncellenen bir liste olan potansiyel, mümkün ya da muhtemel yırtıcı dergileri ve yayıncıları açtığı blog sayfası üzerinden liste olarak ifşa etmektedir. Bu liste Dünya genelinden “Beall’s List” olarak son derece ünlüdür.⁽⁸⁾

Jeffrey Beall 2008’de mailine gelen bir spam ile bu durumun farkına varmıştır. Mail ilk geldiğinde etkilenmiş ama sonrasında gelen maillerin hep spam kutusu olarak adlandırılan ilgisiz, aldatıcı ve bazen saldırgan olan iletileri engellemek için oluşturulmuş olan kutuya düşmesi, gelen davet maillerinin çok sayıda gramer hatası içermesi, yeni yayın hayatına başlamış olan bu dergilerin yayınlarını kendi dergilerine göndermesini ve dergilerinin yayın kurullarına katılmasını istemeleri Jeffrey Beall’in şüphelenmesine neden olmuştur. Yaptığı incelemelerde dergilerin ve yayıncıların hakkında sunulan verilerin güvenilirlikten uzak olduğu kanaatine varmıştır.⁽⁷⁾

Özellikle elektronik ortamda olan yayıncılık, dergicilik baş döndürücü bir hızla değişim göstermektedir. Jeffrey Beall listesini olduğunca güncel tutmaya çalışmaktadır ama bunun hızına yetişebilmek her zaman mümkün değildir. Bu durumda bazen listenin güvenilirliğinin tartışılmasına neden olmaktadır. Listenin şahıs tarafından hazırlanması, kurumsal bir kimlikle yapılmıyor olması gibi bazı nedenler de bu tartışmayı desteklemektedir. Jeffrey Beall’in yaptığı

iş nedeniyle yırtıcı yayıncılar tarafından tehdit edildiği belirtilmektedir. Nitekim (bu yazının revizyon dönemi içinde) Jeffrey Beall'in 2016 sonunda web sitesinde yayınladığı yırtıcı dergiler ve yayıncılar listesi bir neden belirtilmeden kaldırmıştır.⁽⁹⁾ Bu nedenle sadece bu ve benzeri listelere bağlı kalmak da doğru değildir. Araştırmacının dergileri ve yayıncıları eleştirel bir gözle değerlendirmesi doğruya ulaşmak için daha uygun olacaktır. Eğer araştırmacı net bir karar veremiyorsa tecrübeli araştırmacılardan danışmanlık alması faydalı olacaktır.

Bu dergilerin ve yayıncıların yaptığı "yırtıcılık" bilimsel etiğe aykırılığın yeni bir türü olmaya başlamış olup, yaptıkları tüm bu işler şeffaflıktan yoksundur. Özellikle deneyimsiz olan genç araştırmacıları kandırmayı hedeflemektedirler. Yırtıcı yayıncılar, gerçek yayıncıların web sitelerine benzer sayfalar açarlar ve düşük kalitede, tartışmaya açık yazıları kabul ederler. Makaleler dil bilgisi açısından son derece kötü özelliktedir. Genellikle daha önce yayınlanan sayılardaki yazıların çok rahatlıkla farkına varılabilecek majör hataları bulunmaktadır. Yazıları genellikle kabul ettikten sonra, daha önce hiç bahsetmedikleri ya da herhangi bir yerde bildirmedikleri yüksek miktarlarda para isterler. Birçoğu açıklamalarda merkez olarak ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere gibi adresleri belirtse de gerçekte Pakistan, Hindistan ve Nijerya gibi yerlerde yerleşmektedirler.

Dergi adlarında genellikle "International, European, World, Global, American" gibi gösterişli eklerin olması başka bir aldatıcı durumdur.⁽⁷⁾ Dergilerin isimleri eskiden var olup şu an kapanmış olan dergilerden seçilebilmektedir ya da çok bilinen bir derginin adına ufak eklemeler yapılarak araştırmacıları kandırabilmektedir. Adı çalınarak oluşturulan dergilere korsan dergiler denilmektedir.⁽⁸⁾ Yine yasal olmayan bir zeminde sadece insanları kandırarak para kazanma amacıyla oluşturulmuş bilimsel bir amacı olmayan dergilere sahte dergiler denilmektedir.

Aynı şekilde ISSN (Uluslararası Standart Süreli Yayın Numarası), e-ISSN veya etki faktörü gibi bilgiler açtıkları internet sayfalarında bulunabilir. Uluslararası ISSN Sistemi uyarınca ISSN alınmasını zorlayıcı bir düzenleme bulunmamaktadır. Ayrıca,

ISSN hukuki ya da telif hakları koruması da sağlamamaktadır.⁽¹⁰⁾ Her ISSN veya e-ISSN o derginin bilimsel gerçeklere ve etik kurallara uyduğunu göstermez. Bu nedenle bu konunun bir kez daha dikkatlice gözden geçirilmesi iyi olacaktır. Söz konusu dergiler çok sayıda daha önce adını hiç duymadığımız indekslere giriyor olabilir ya da girmediği çeşitli indekslerin görsellerini internet sayfasında bulundurarak sanki o indekslere girmiş algısı oluşturabilmektedir. İndeks konusu da iyi değerlendirilmesi gereken diğer bir noktadır. Yanıltıcı ölçütler olarak adlandırılan bu durum çok kafa karıştırıcı olabilmektedir.

Bu dergilerin editörleri genellikle konusunda uzman kişiler değildir ya da konusunda uzman kişilere ad olarak benzer kişilerden oluşmaktadır. Söz konusu dergilerin yayın kurulu da benzer şekilde konusunun önde gelen kişilerinden oluşmamaktadır ya da genellikle adı ilgili alanda duyulmuş araştırmacıların ismi ise habersiz olarak eklenmektedir. Bu tip yayıncıların bir anda çok sayıdaki dergisinde (uzmanlık alanınız dışında) hakem veya editör olmanız mümkündür. Yazıların gönderilme, kabul ve yayınlanma tarihleri akıl almaz derecede hızlıdır. Bir gecede ortaya çıkan bu dergiler, yayıncılar aynı şekilde bir gecede yok olabilmektedir.

Igor Svab'ın European Journal of General Practice'deki yazısı, genç ve tecrübesiz bir araştırmacının başına gelenleri ortaya koymaktadır. Buna benzeyen birçok öykü literatür araştırılırsa bulunabilir ama sonuç genellikle aynı olmaktadır. Igor Svab'ın dediği gibi bu dersi almak biraz pahalı olmakta çünkü sadece paranız değil, aynı zamanda bir çalışmanız da harcanmış olmaktadır.⁽¹¹⁾ Bu nedenle Jeffrey Beall 'in dediği gibi "bilimsel okuryazarlık, yayıncılık dolandırıcılığını tanıma yeteneğini de içermelidir".⁽⁷⁾

Potansiyel, mümkün ya da muhtemel yırtıcı dergilerin ve yayıncıların başlıca üç sıkıntı verici durumu vardır. Birincisi makale yazmaya çalışan genç akademisyenler bu yanılsa düşebilir ve hızlı yükselme heyecanı ile son derece sıkıntılı etik sorunlar yaşayabilirler, emekleri yaşadıkları bu olay ile paralarıyla birlikte boşa gidebilir. İkincisi saygın, adı ilgili akademik camiada bilinen kişilerin bu predatör dergilerin editörlük, yayın kurulu gibi alanlarında yer

almasıdır. Saygın otoriteye bu gibi dergilerden teklif gittiğinde, durumun farkına varmadan “nezaketen” kabul edebilir, ya da farklı olarak hiç haberi olmadan adı eklenebilir. Üçüncüsü ise kıdemli akademisyenlerin akademik kadro atamaları ile ilgili dosya değerlendirmesi yaparken başvuruların akademik özgeçmişlerini bu yönden de incelemesi gerekliliğidir. Aksi takdirde bilimsel yırtıcılık hızla yükselebileceği kanısına varan akademik bireylerin varlığına neden olunur ki bu son derece sıkıntılı bir sürecin başlangıcı olacaktır.

Son zamanlarda aile hekimliği ile ilgili bazı dergilerin benzer şekilde türüyor olması son derece

üzüntü vericidir. Bu nedenle aile hekimliğinin gelişmesi ve ilerlemesinde önemli yere sahip olan yayınların bu gerçekler doğrultusunda oluşturulması, değerlendirilmesi ve etik kurallara özen gösterilmesi disiplinimizi daha da değerli kılacaktır. Kongrelerde, yerel toplantılarda, aile hekimliği dergilerinde konuyla ilgili başlıkların olması farkındalığın oluşmasında faydalı olacaktır. Dernek ve aile hekimliği anabilim dallarının iş birliği ile aile hekimliği ile ilgili potansiyel yırtıcıların belirlenmesi ve eğitimler yapılması tecrübesiz araştırmacıların bu konuda deneyim kazanmalarını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Ersoy N. Aile Hekimliğinde Etik Eğitimi. Erişim Adresi: http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/n_ersoy/Birinci_basamak_hekimliginde_etik_egitimi_gerekligi_orneklerle_kavramlar.doc Erişim tarihi: 31.10.2016
2. Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi. Erişim Adresi: http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal_content/56_INSTANCE_rEHF8BIsfYRx/10279/18187 Erişim tarihi: 31.10.2016
3. Doçentlik Sınav Yönetmeliği. Erişim Adresi: <http://www.uak.gov.tr/yonetmelikler/docentliksinav.pdf> Erişim tarihi: 31.10.2016
4. Doçentlik Sınav Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskil-er/2016/10/20161006-7.htm> Erişim tarihi: 31.10.2016
5. Merriam-Webster Sözlüğü. Erişim adresi: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/predatory> Erişim tarihi: 31.10.2016
6. Shen C, Bjork BC. ‘Predatory’ open access: a longitudinal study of article volumes and market characteristics. BMC Med. 2015;13:230. PubMed PMID: 26423063.
7. Beall J. Predatory publishers are corrupting open access. Nature 2012 Sep 13;489(7415):179. PubMed PMID: 22972258.
8. Beall’s List: Potential, possible, or probable predatory scholarly open-access publishers. Erişim adresi: <https://scholarlyoa.com/publishers/> Erişim tarihi: 31.10.2016
9. Mimouni M, Braun E, Mimouni FB, Mimouni D, Blumenthal EZ. Beall’s List Removed: What Stands Between Us and Open Access Predators? Am J Med 2017;130(8):e371-e372.
10. ISSN (Uluslararası Standart Süreli Yayın Numarası). Erişim adresi: <http://www.kygm.gov.tr/TR,132555/issn-uluslararasi-standart-sureli-yayin-numarasi.html> Erişim tarihi: 31.10.2016
11. Svab I, Makivic I. Predators and hijackers in academic publishing. Eur J Gen Pract 2015;21(2):95-6. PubMed PMID: 26044339

Geliş tarihi: 31.10.2016

Kabul tarihi: 31.10.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin
e-posta: m.kursatsahin@yahoo.com