

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt
Volume **22** | Sayı
Number **1** | Ocak-Mart
January-March **2018**

Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi

Ahmet Eray, Turan Set, Elif Ateş



Akılcı ilaç kullanımı: Düzce'de Aile Hekimlerinin bilgi ve davranışları

Muammer Yılmaz, Ayşe Yılmaz, Mustafa Özyörük, Fatih Turunç,
Naile Gürleyik Erkman, Ali Kınalıkaya, Evren Arslan

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

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

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

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

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

Siz olsaydınız ne yapardınız: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

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

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

Haberler: Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada 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 durumlarda en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

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

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

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

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

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



Kapak Resmi: A Patient's View of a Surgical Operation / **Pauline Annesley** (1918–2005)

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

Editörler | Editors

Prof. Dr. Ersin Akpınar, Adana
Prof. Dr. Serdar Öztora, Edirne
Prof. Dr. Dilek Toprak, İstanbul
Doç. Dr. Ümit Aydoğan, Ankara
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural, İstanbul

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Uğur Bilge, Eskişehir
Doç. Dr. Erdiñç Yavuz, Samsun
Uzm. Dr. Birgül Coşkun, İstanbul
Uzm. Dr. Işık Gönenç, İstanbul

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

Yayınevi | Publisher

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

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren (Aile Hekimliği)
Trakya Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Edirne
Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu (Aile Hekimliği)
Dışkapı Eğitim ve Araş. Hast. / Ankara
Prof. Dr. Cahit Özer (Aile Hekimliği)
Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak., Aile Hek. ABD. / Hatay
Prof. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara
Prof. Dr. Mehmet Urgan (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

Dergimizin yeni cildi ve ilk sayısı | 1

The new volume of our magazine and first issue

Esra Saatçı

Araştırmalar | Research Articles

Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği sisteminden memnuniyet durumu | 2

The satisfaction of the people about Family Medicine who admitted to outpatient clinics of Erciyes University Hospital

Hasan Durmuş, Ahmet Timur, Serkan Yıldız, Fevziye Çetinkaya

Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi | 12

Assessment of cardiovascular disease risk in adults

Ahmet Eray, Turan Set, Elif Ateş

Akılcı ilaç kullanımı: Düzce'de Aile Hekimlerinin bilgi ve davranışları | 20

Knowledge and Behaviors of Family Physicians in Düzce

Muammer Yılmaz, Ayşe Yılmaz, Mustafa Özyörük, Fatih Turunç, Naile Gürleyik Erkman, Ali Kınalıkaya, Evren Arslan

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi | 28

Evaluation of the patients who apply to family medicine policlinic

Hakan Tekpınar, Zeynep Aşık, Mehmet Özen

Olgu Sunumu | Case Report

Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit (PFAPA) sendromu | 37

Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis (PFAPA) syndrome

Ruğuşen Kutlu, Cennet Büyükyörük

Aile hekimliği polikliniğine sporcu sağlık raporu için başvuran preeksitasyon sendromlu bir hasta: Olgu sunumu | 42

A patient with pre-excitation syndrome who applied to family practice office for pre-accession examination for sports: A case report

Ali Ramazan Benli, Aybala Cebecik, Süleyman Ersoy, Didem Sunay

Editöre Mektup | Letter to Editor

Mastürbasyonun tanımı net mi, değişebilir mi? | 47

Is the definition of masturbation clear or can it change?

Onur Öztürk

Dergimizin yeni cildi ve ilk sayısı

The new volume of our magazine and first issue

Esra Saatçı¹

Değerli okurlarımız,

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin yayın organı olan Türkiye Aile Hekimliği Dergimizin 22. Cildinin 1. Sayısına hoş geldiniz. Dergimizin bu sayısında ilginizi çekeceğini düşündüğüm dört araştırma makalesi, iki olgu sunumu ve bir editöre mektup yer almaktadır.

Bir disiplinin en önemli eserlerinden ve başarı kanıtlarından birisi süreli yayındır. Dergimizin yayın kalitesinin her geçen gün arttığı konusunda sanıyorum ki tüm okurlarımız benimle hemfikirdir. Bu başarı, elbette, siz değerli araştırmacı, yazar, uygulayıcı ve akademisyenlerin sayesinde.

Bu başarıda payı bulunan ve dergimizin yaşaması için emeğini esirmeyen, onu benimseyen, sahip çıkan, gelişimine katkıda bulunan, sadece kantitatif değil ama aynı zamanda kalitatif olarak da hep daha üst düzeylere çıkması için büyük bir titizlik ve fedakarlıkla zaman ve emek veren tüm yazarlara, hakemlere, ulusal ve uluslararası danışma kurulu üyelerine, teknik yönetim kuruluna ve editörlere sonsuz teşekkür eder, bir sonraki sayımızda buluşmak ümidiyle sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

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

Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu

The satisfaction of the people about Family Medicine who admitted to outpatient clinics of Erciyes University Hospital

Hasan Durmuş¹, Ahmet Timur², Serkan Yıldız³, Fevziye Çetinkaya⁴

¹ Siverek Toplum Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Siverek, Şanlıurfa

² Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Arş.Gör., Talas, Kayseri

³ Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Merkez, Bingöl

⁴ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr., Talas, Kayseri

Özet

Amaç: Bu çalışma, Türkiye genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesinden 5 yıl sonra, Kayseri ilinde halkın aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, 2015 yılı Ocak-Şubat aylarında Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran 854 kişi ile anket yöntemiyle yapılmıştır. Memnuniyetsizlik düzeyi %40 alınarak gerçekleştirilen örneklem hesabı 864 olup 10 adet anket formu yetersizlik nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Hastaların memnuniyetleri kendi beyanlarına göre likert tipi anket sorularıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması $41,54 \pm 15,33$ olup büyük çoğunluğu 25-49 yaş aralığındadır. Kişilerin %11,9'u aile hekimine hiç gitmediğini belirtmiştir. Aile hekimine başvuru nedenleri incelendiğinde en çok ilaç yazdırmak için (%58,4) aile hekimine gittikleri gözlenmiştir. Aile hekimlerini başkalarına tavsiye ettiğini belirtenlerin oranı %59,0'dur. En çok tavsiye nedeni olarak aile hekiminin ilgili oluşu belirtilmiştir. Hastane başvurusundan önce aynı şikayeti ne-deniyile ilk önce aile hekimine başvuranların oranı %24,6 ile düşük bir orandadır. Kişilerin %87,8'i aile hekimlerini kendilerinin seçmediğini belirtmişlerdir.

Araştırma grubunun %71,5'i aile hekiminden aldığı hizmetlerden memnun olduğunu belirtmiştir. Cinsiyete göre aile hekiminden memnuniyet durumu açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaş grupları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmamasına rağmen, memnuniyet durumunun yaşla birlikte arttığı görülmektedir. En yüksek memnuniyet düzeyi %83,7 ile 65 yaş üzerindedir. Eğitim seviyesi arttıkça kişilerin aile hekiminden memnuniyet oranı azalmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre aile hekiminden memnun olma durumu anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Son bir yıl içinde aile hekimine başvuru ortalaması $4,32 \pm 3,86$ olup kadınların erkeklere göre $4,59 \pm 4,11$ oranında daha fazla aile hekimine başvurduğu görülmüştür. Başvuru ortalaması yaşla birlikte artmakta ve eğitim seviyesi ile ters orantılı olarak azalmaktadır.

Sonuç: Çalışmamızda aile hekimliği uygulamasından memnuniyet oranının zaman içinde arttığı ancak başvuru durumunun hala istenilen seviyede olmadığı sonucuna varılmıştır. Kişilerin aile sağlığı merkezlerini en çok ilaç yazdırmak için kullandıkları belirlenmiş olup, bununla birlikte kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve tedavi edici hizmetler vermesi gereken aile sağlığı merkezlerinin, en çok ilaç yazdırmak için kullanılıyor olması müdahale edilmesi gereken bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği uygulaması, aile hekimi, hasta memnuniyeti

Summary

Introduction: The aim of this study is to evaluate the satisfaction of the people about family medicine process which adopted 5 years ago in Turkey.

Methods: This descriptive study is conducted via a structured face to face interview on 854 people who admitted to outpatient departments of Erciyes University Hospitals in the January-February 2015. Sample size was calculated 864 person with count if dissatisfaction rate was 40%. Satisfaction answers were self-reported with likert type questionnaire.

Results: The mean age of the study group is 41.54 ± 5.33 and the vast majority of them were 25-49 years of age. Of the entire group 11.9% of them stated that they never consult the family physician before. The main reason for admission to family physician is to print prescription (58.4%). The rate of recommend their family physicians to others is 59.0%. The most frequently cited reasons for recommendation are interest of family physicians. The rate of those that previously applied to family physicians for the same complaint is low with 24.6%. 87.8% of people stated that they do not choose their family physicians. Of the research group 71.5% of the participants stated that they are satisfied with the services received from the family physician.

When we examined satisfaction of family physicians by gender, there is no statistical relationship. Although there is no statistically significant difference between age groups, satisfaction rate is increasing with age. The highest satisfaction level is over 65 age group with 83.7%. Satisfaction rate of individuals from family physicians is decreasing as education level increases. Satisfaction of family physicians was significantly high in Individuals with chronic disease than those without chronic diseases. The mean number of application to the family physician in the past year is 4.32 ± 3.86 . This application number is significantly high in women (4.59 ± 4.11) than in men (4.01 ± 3.51). The mean number of application increases with age, inversely decreases with the level of education.

Conclusion: In our study we concluded that the satisfaction rate from the family medicine system has increased over time, but the applicant rate is still not at the desired level. The most reason that people use family medicine practice is repeat receipt which is we think need to intervention for this.

Key Words: Family medicine practice, family practitioner, patient satisfaction

Giriş

Sağlık hizmeti hakkı, modern çağımızda en temel insani hak olarak kabul edilmektedir. Bu hakkın tam anlamı ile yerine getirilmesi için sağlık hizmetleri sunulmasında 20. yüzyılın başından itibaren çok sayıda arayış içerisine girilmiştir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sorunlarına hem önleme hem de tedavi düzeyinde sağladığı faydalar nedeni ile tartışılmaz hale gelmiştir. Giderek artan nüfus ve yaşam beklentisinin artması ile de günümüzde birinci basamak sağlık hizmetinin en kapsamlı, en az maliyetle ve en etkin düzeyde sağlanması amacı ile Avrupa ve diğer birçok dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de birçok kez yeni sağlık politikaları geliştirilmiş ve uygulanmıştır.^[1] Son olarak; ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelen aile hekimliği uygulamasıyla mevcut birinci basamak sağlık hizmet sunumu yeniden yapılandırılmıştır. Uygulamaya Kayseri ilinde 2008 Aralık ayında başlanmıştır.

Aile hekimi tanım olarak; hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet veren kişidir. Sağlık sistemi ile ilgili ilk tıbbi temas noktasını oluşturması ve hastasının sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyarak sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapması beklenir. Hastanın, toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğunu üstlenmesi gerekir.^[2]

Hasta memnuniyeti; hastaların aldıkları hizmete yönelik beklentilerinin ne derecede karşılandığının göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi verilen hizmetin kalitesinin artırılması ve hizmet sunumu ile ilgili eksikliklerin giderilmesi açısından önemlidir.^[1] Kayseri il merkezinde aile hekimliği uygulamasına geçilmeden önce yapılan bir çalışmada hastaların %64,5’i birinci basamak hizmetlerinden memnun olduğunu belirtmiştir.^[3] 2011 ve 2012 yılları için aile hekimliğinden memnuniyet oranları Sağlık Bakanlığı tarafından sırasıyla, %89,71 ve 88,1 olarak ifade edilmiştir.^[4,5] Aile hekimliği hizmet sunumu itibari ile, hasta doktor ilişkisinde daha yakın bir birlikteliği; aile bireylerini, ailenin sağlık sorunlarını,

ailenin ekonomik ve kültürel durumunu bilmeyi gerektiren bir uygulamadır. Bu çalışmada; Türkiye genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesinden 5 yıl sonra, Kayseri ilinde halkın aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumunu değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma 2015 yılı Ocak ve Şubat aylarında Kayseri il merkezinde bulunan Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalar ile yapılmıştır. Kayseri ilinde yapılan bir çalışmada aile hekimliği uygulamasını başarılı bulanların oranı %61,8 olarak bulunmuştur.^[1] Bu çalışmaya dayanarak aile hekimliği uygulamasından memnuniyetsiz olanların oranı %40 olarak kabul edilip, %95 güven aralığında %4 sapma esas alınarak çalışmaya 576 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. Başka bir çalışmada herhangi bir nedenle birinci basamağa başvuru oranı %79,1 olarak bulunmuş, bu nedenle polikliniklere başvuran hastaların ancak üçte ikisi kadarının aile sağlığı merkezlerini ziyaret ettiği düşünülmüş ve 576 rakamının 1,5 katı olan 864 kişi çalışmaya alınmıştır.^[3] Çalışmaya katılanlardan 10 adet anket formu, eksiklikler nedeni ile çalışmadan çıkarılmıştır. 22 sorudan oluşan anket formu araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

Birinci basamakta hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) ölçeği birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek ülkemizde de birçok çalışmada kullanılmıştır.^[6,7] Ancak ölçekte sorulan randevu alma, sevk etme ve telefon ile aile hekimine ulaşmayla ilgili sorular ülkemizde tam olarak uygulamaya geçmemiştir. Ayrıca; aile hekiminin işini tam yapması, kayıt ve bilgilerin gizliliğini sağlayıp sağlamadığı hakkındaki soruların Türk toplumu tarafından değerlendirilmesinin uygun olmadığı düşünülmüştür. Bu nedenle, çalışmamızda bu ölçeği kullanmak yerine literatüre dayalı olarak hazırlanmış sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır. Hastaların aile hekimliği uygulamasından memnuni-

yetlerini değerlendirmede kendilerinin beyanı ön planda tutulmuştur.

Ankette toplam 22 soru bulunmaktadır. Anketin birinci kısmında: yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir, medeni durum ve mesleği ile ilgili sosyodemografik sorular bulunmaktadır. İkinci kısmında ise; birinci basamakta hizmet alan hastaların başvuru durumu ve nedeni, aile hekimi ve aile sağlığı elemanı hakkındaki görüşlerini değerlendiren sorular yer almaktadır. Hizmet aldığı aile hekimi ve aile sağlığı elemanından memnuniyetin ölçülmesinde 5'li likert tipi bir skala kullanılmıştır (çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü). İyi ve çok iyi cevabı verenlerin aile hekimliğinden aldığı hizmetlerden memnun olduğu kabul edilmiştir.

Araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınarak Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmış ve hastalardan bilgilendirilmiş olur (rıza) alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS 21 ile değerlendirilmiş, yüzdelerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, ortalamaları karşılaştırmak için t ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

Tablo 1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri

Özellikler (n=854)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	385	45,1
Kadın	469	54,9
Yaş grubu (yıl)		
18-24	124	14,5
25-49	464	54,3
50-64	180	21,1
65+	86	10,1
Öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	311	36,4
Ortaokul ve Lise mezunu	346	40,5
Yüksekokul mezunu	197	23,1

Tablo 1. devam

Özellikler (n=854)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni durum		
Evli	590	69,1
Bekâr	176	20,6
Boşanmış/eşi ölmüş	88	10,3
Meslek		
Ev Hanımı	289	33,8
Emekli	70	8,2
Memur	132	15,5
İşçi	180	21,0
Öğrenci	91	10,7
İşsiz	10	1,2
Serbest Meslek	56	6,6
Diğer	26	3,0
Ailede yaşayan birey sayısı		
≤4 kişi	508	59,5
≥5 kişi	346	40,5
Ailenin aylık geliri		
Belirtmeyen	40	4,7
<1000 TL	186	21,8
1000-2000 TL	308	36,1
>2000 TL	320	37,5
Kronik hastalık varlığı		
Var	479	56,1
Yok	375	43,9
İşçi		
Kronik hastalığı bulunan kişi varlığı	437	51,2
15-49 yaş kadın varlığı	649	76,0
Son 1 yılda gebelik ya da doğum hikayesi	129	15,1
0-12 ay bebek varlığı	92	10,8
<5 yaş çocuk varlığı	221	25,9
Genellikle tercih edilen sağlık kuruluşu		
Aile sağlığı merkezi	309	36,2
Devlet hastanesi	245	28,7
Üniversite hastanesi	186	21,8
Özel hastane	104	12,2
Muayenehane	10	1,2

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması $41,54 \pm 15,33$ olup büyük çoğunluğu 25-49 yaş aralığındadır. Ailede yaşayan birey ortalaması $4,21 \pm 1,62$ dir. Araştırma grubunun %56,1'inde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır (Tablo 1).

Kişilerin aile hekimine başvuru nedenleri incelendiğinde %58,4 ile en çok ilaç yazdırmak için aile hekimine gittikleri gözlenmiştir. Araştırma grubunun %11,9'u aile hekimine hiç gitmediğini belirtmiş. Aile hekimine başvuru nedenlerinden en düşük seviyede olanlar, sevk almak (%1,9) ve aile planlaması (%2,2) hizmetleridir (Tablo 2).

Araştırma grubunun aile hekimliği hakkındaki bilgileri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Aile hekimlerini başkalarına tavsiye ettiğini belirtenlerin oranı %59,0'dur. En çok tavsiye nedeni olarak aile hekiminin ilgili oluşu belirtilmiş; araştırma grubunun aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu %71,5 olarak bulunmuştur (Tablo 4). Hastaneye başvurusundan önce aynı şikayeti nedeniyle ilk önce aile hekimine başvuranların oranı %24,6 ile düşük bir orandadır. Aile hekimlerinin %62,9'unu aile hekimi olarak tanımlarken, %37,1'i aile hekimliği uzmanı olarak tanımlamıştır. Kişilerin

Tablo 2. Araştırma grubunun aile hekimine başvuru nedenleri

Nedenler (n=854)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç gitmedim	102	11,9
Muayene olmak için	387	45,3
Kontrol için	155	18,1
İlaç yazdırmak için	499	58,4
Aile planlaması hizmeti için	19	2,2
Enjeksiyon-pansuman için	85	10,0
Aşı olmak için	80	9,4
Rapor almak için	71	8,3
Sevk almak için	16	1,9
Diğer	30	3,5

%87,8'i aile hekimlerini kendilerinin seçmediğini belirtmişlerdir.

Araştırma grubunun cinsiyete göre; aile hekimliği uygulamasından memnun olma durumu incelendiğinde, memnuniyet açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu yaşla birlikte artmakta ve en yüksek memnuniyet düzeyi %83,7 ile ≥ 65 yaş grubundadır. Eğitim seviyesi arttıkça kişilerin aile hekiminden memnuniyet seviyesinin azaldığı, kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre aile hekiminden memnun olma durumunun anlamlı ölçüde arttığı bulunmuştur. Araştırma grubunun özelliklerine göre aile hekimine başvuru ortalamaları Tablo 5'de gösterilmiştir.

Kişilerin aile hekimine başvuru ortalamaları incelendiğinde kadınların erkeklere göre daha fazla

Tablo 3. Araştırma grubunun aile hekimliği hakkındaki bilgi ve düşünceleri

Bilgi ve düşünceler (n=854)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile hekimi ile ilgili tanımlaması		
Aile Hekimi	537	62,9
Aile Hekimliği Uzmanı	317	37,1
Aile hekimini seçme		
Hayır	750	87,8
Evet	104	12,2
Aile hekimini başkalarına tavsiye etme		
Hayır	350	41,0
Evet	504	59,0
Aile hekiminden memnun olma durumu		
Çok iyi	196	23,0
İyi	415	48,6
Orta	202	23,7
Kötü	22	2,6
Çok kötü	19	2,2

Tablo 4. Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre aile hekiminden memnuniyet durumu

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ki-kare	p
Toplam	611	71,5		
Cinsiyet				
Erkek	267	69,4	1,65	>0,05
Kadın	344	73,3		
Yaş grupları (yıl)				
15-24	83	66,9	7,74	=0,05
25-49	328	70,7		
50-64	128	71,1		
65 ve üzeri	72	83,7		
Eğitim				
İlkokul mezunu ve altı	235	75,6	6,46	<0,05
Ortaokul ve lise	248	71,7		
Üniversite ve üzeri	128	65,0		
Meslek				
Ev hanımı	221	76,5	18,57	<0,05
Emekli	53	75,7		
Memur	80	60,6		
İşçi	135	75,0		
Öğrenci	62	68,1		
İşsiz	9	90,0		
Serbest	35	62,5		
Diğer	16	61,5		
Kronik hastalık varlığı				
Var	289	77,1	10,01	<0,05
Yok	322	67,2		
Ailede yaşayan birey sayısı				
≤4 kişi	359	70,7	0,47	>0,05
≥5 kişi	252	72,8		

Tablo 5. Araştırma grubunun özelliklerine göre aile hekimine başvuru ortalamaları

Özellikler	X±Sx	t, F	p
Toplam	4,32±3,86		
Cinsiyet			
Erkek	4,01±3,51	2,07*	<0,05
Kadın	4,59±4,11		
Yaş (yıl)			
15-24	2,91±3,00	12,93**	<0,05
25-49	4,15±3,60		
50-64	4,94±4,58		
65 ve üzeri	5,95±3,89		
Eğitim			
İlkokul mezunu ve altı	5,11±4,15	10,79**	<0,05
Ortaokul ve lise	3,94±3,62		
Üniversite ve üzeri	3,72±3,58		
Meslek			
Ev hanımı	4,92±3,90	7,36**	<0,05
Emekli	6,22±5,95		
Memur	3,71±3,68		
İşçi	3,93±3,20		
Öğrenci	2,53±2,10		
İşsiz	3,50±3,06		
Serbest	4,37±3,90		
Diğer	4,65±2,97		
Kronik hastalık varlığı			
Var	5,28±4,57	6,59*	<0,05
Yok	3,56±2,99		

* t testi kullanılmıştır

** ANOVA kullanılmıştır.

aile hekimine başvurduğu, aile hekimine başvuru sayısının yaş ile doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür. Eğitim seviyesi ile başvuru oranları arasında ters bir orantı olup en yüksek başvuru ortalaması yılda $5,11 \pm 4,15$ ile ilkökul mezunu ve altında eğitim seviyesi olan gruptadır. Kronik hastalığı olanların ($5,28 \pm 4,57$) başvuru ortalaması kronik hastalığı olmayanlara göre ($3,56 \pm 2,99$) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir (Tablo 5).

Tartışma

Bu çalışmada üçüncü basamağa başvuran hastaların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu sorgulanmıştır. Çalışmamıza katılanların %71,5'i aile hekiminden aldığı hizmetlerden memnun olduğunu belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı birimlerin 2011 ve 2012 yıllarında yapmış olduğu araştırmalarda; kişilerin aile hekimliğinden aldığı hizmetlerden memnun olma durumu sırasıyla %89,7 ve % 88,1 olarak belirtilmiştir.^[4,5] EUROPEP ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada; Gümüşhane ili için memnuniyet düzeyi %87,5 bulunmuştur.^[7] Aradaki bu fark araştırmalardaki yöntem farklılığından kaynaklanabilir.

malarda aile hekimliği uygulamasından memnuniyet oranları daha yüksek bulunmuştur.^[4-7] Bu durum hastaların kendi ifadeleri ile memnuniyet seviyelerinin ölçekle uyummadığını göstermektedir. EUROPEP ölçeği incelendiğinde “kayıt ve bilgilerin gizli tutulması, sevk için sizi hazırlaması, muayene ve doktora telefonla ulaşabilme” gibi, değerlendirmeye dâhil olan soruların olduğu görülmüştür.^[6]

Türkiye aile hekimliği uygulamasında sevk sistemi kullanılmamaktadır. Hastalara EUROPEP ölçeği ile yapılan araştırmalarda, hastaların bu sorulara netür cevaplar verdikleri ve uygulamalar hakkında bilgileri irdelenmemiştir. Biz çalışmamızda bu soruların; kişilerin cevap verme isteklerini azaltacağını, emin olmadıkları ve kullanılmayan uygulamalar hakkında sorulara cevap vermelerinin çalışmanın özgünlüğünü ve güvenilirliğini zedeleyeceğini düşündük.

Nitekim EUROPEP ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada hastaların en az puan verdikleri sor-

ular “Aile sağlığı merkezine ve doktora telefonla ulaşabilme” olarak belirlenmiştir.^[8] Hastaların memnuniyetlerini aile hekimliği uygulamasında sunulan hizmetler üzerinden değerlendirmek yerine, kendi beyanlarıyla bir bütün halinde, memnun olup olmadıklarının değerlendirilmesinin yanlılığı azaltacağı, bununla birlikte EUROPEP ölçeğinin Türk toplumunca uygun olmadığı düşünülebilir. Benzer bir yöntem olarak kişilerin beyanı üzerinden Kayseri ilinde yapılan bir diğer çalışmada, aile hekimliği uygulamasını başarılı bulanların oranı %61,8 olarak bulunmuştur.^[1] Zaman içinde aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyetin artması toplumun aile hekimliği uygulamasını benimsemesi olarak ifade edilebilir.

Türkiye gibi birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının yeni olduğu bir diğer ülke olan Suudi Arabistan'da yapılan bir anket çalışmasında; genel memnuniyet %64,2 olarak bulunmuş; yaşla birlikte memnuniyetin arttığı ve eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin azaldığı tespit edilmiştir.^[9] Bizim yaptığımız çalışmada benzer şekilde memnuniyet oranlarının yaşla arttığı ve eğitim seviyesi arttıkça azaldığı görülmektedir. Aynı şekilde aile hekimliğine başvuru ortalamaları yaşla birlikte artmakta ve eğitim seviyesi ile ters orantılı olarak azalmaktadır. Aile hekimliğini daha çok ziyaret ederek aile hekimisiyle birlikte daha çok zaman geçiren bireylerin memnuniyet seviyesinin artması beklenen bir durumdur.

Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri'de yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılanların sağlık ocağına son bir yılda başvuru sayısı ortalama $3,54$ 'dür.^[3] Bizim çalışmamızda ise bu rakam $4,32$ olarak bulunmuştur. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçiş sonrası Kayseri ilinde birinci basamağa başvuru sayılarında artış olması halkın büyük bir kısmının bu uygulamayı benimsediğinin bir göstergesidir.

Aile hekimliğine hiç gitmedim diyenlerin oranı %11,9 olarak tespit edilmesine karşın, sağlık ocağı sisteminde bu oran %20,9 görülmektedir.^[3] Bu bulguya dayanarak kişilerin aile hekimliğini sağlık ocağı sistemine göre daha çok tercih ettiği söylenebilir. Bununla birlikte aile hekimliği öncesi ve sonrası hastaneye başvuru nedenlerinin kar-

şılaştırıldığı bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından tedavi verilmesi gereken üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), miyalji, gastroenterit gibi tanılara sahip hastaların üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına daha yüksek oranda başvurduğu görülmüştür.^[10] Katılımcıların mevcut şikayetleri için üniversite hastanesi polikliniklerine başvurmadan önce aynı şikayeti nedeniyle aile hekimine gitme oranı %24,6 gibi düşük bir orandadır. Isparta'da yapılan bir çalışmada halkın en sık tercih ettiği sağlık kuruluşları sıralamasında aile hekimliği oranı %11,4'tür.^[11] Hastaların; aile hekimliğini ilk başvuru yeri olarak görmemesi, aile hekimliği uygulamasında sevk zinciri sistemine geçilmemiş olması ve hastaların aile hekimine güven duygusunun az olmasıyla ilgili olabilir.

Kişilerin aile hekimine başvuru nedenleri incelendiğinde %58,4 ile en çok ilaç yazdırmak için aile hekimine gitmeleri bu görüşü destekler niteliktedir. Meslek ile memnuniyet arasındaki ilişkinin eğitim seviyesinden kaynaklandığı sanılmaktadır. Literatür incelendiğinde eğitim seviyesi ile memnuniyet durumu arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir ve bizim çalışmamızda aile hekimliği uygulamasından en az memnun olan kesim, eğitim seviyesi yüksek kabul edilebilecek memurlardır.^[12]

Bu çalışma aile hekimliği uygulamasının başlaması üzerinden geçen 5 yıllık sürede hastaların memnuniyetini göstermesi açısından önemlidir. Sistemde aktif olmayan uygulamalar üzerinden memnuniyetin değerlendirildiği çalışmaların her ne kadar uluslararası geçerliliği olsa da, bu tür ölçeklerin uygulandığı ülkelerdeki mevcut durum ve

uygulamalar göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmesi uygun olacaktır. Hastaların memnuniyetlerini kendi ifadeleri ile belirtmeleri genel memnuniyeti göstermekle birlikte memnuniyeti oluşturan nedenler hakkında bilgi vermede yetersiz kalmaktadır. Erciyes Üniversitesi Hastanesine çevre illerden birçok hasta gelmektedir, çalışmada hastaların nereden geldiği sorgulanmamış ve durum örneklem hatasına neden olmuş olabilir. Yine de aile hekimliği uygulamasının tüm Türkiye'de geçerli olduğu düşünüldüğünde bu hatanın etkisi minimaldir.

Sonuç

Ülkemizde uygulamaya koyulan aile hekimliği uygulaması, zamanla bireylerin memnuniyet oranlarının artmasına rağmen hala istenilen seviyede değildir. Kişilerin aile sağlığı merkezlerini en çok ilaç yazdırmak için kullandıkları belirlenmiş ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti vermesi gereken aile sağlığı merkezlerinin en çok bu nedenle kullanılıyor olması müdahale edilmesi gereken bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kişilerin aile hekimine başvuru nedenleri incelendiğinde %58,4 ile en çok ilaç yazdırmak için aile hekimine gitmeleri bu görüşü destekler niteliktedir. Meslek ile memnuniyet arasındaki ilişkinin eğitim seviyesinden kaynaklandığı sanılmaktadır. Literatür incelendiğinde eğitim seviyesi ile memnuniyet durumu arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir ve bizim çalışmamızda aile hekimliği uygulamasından en az memnun olan kesim, eğitim seviyesi yüksek kabul edilebilecek memurlardır.

Kaynaklar

1. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. TAF Prev Med Bull 2013; 12(4): 417-24.
2. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard Raporları. İstanbul, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, 2004: 116.
3. Öztürk A, Gün İ, Mazıcıoğlu MM. Kayseri’de halkın sağlık ocaklarından yararlanımı ve memnuniyet durumu. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2002; 6(3): 114-20.
4. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Ateşoğlu D, Çiftçi E, Tuncel T. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2011. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2011; 55.
5. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2012. Ankara, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014; 19.
6. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM ve ark. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 16: 153-60.
7. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(4): 1067-78.
8. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. European Journal of General Practice 2015; 21(4): 238-45.
9. Al-Sakkak MA, Al-Nowaiser NA, Al-Khashan HI, Al-Abdrabulnabi AA, Jaber RM. Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. Saudi Med J 2008; 29(3): 432-36.
10. Aydın A, Kaya D, Başak F, Köşker HD, Uçak S, Atadağ Y. Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016; 20(4): 141-51.
11. Tüfekçi N, Asıgbulmuş H. Hasta memnuniyeti ve hastane tercihinde etkili olan faktörler: Isparta ili örneği. Journal of Current Researches on Health Sector 2016; 6(2): 71-92.
12. Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T. Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. Pam Tıp Derg 2014; 7(1): 57-62.

Geliş tarihi: 07.11.2017

Kabul tarihi: 30.11.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.03.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Uzm. Dr. Hasan Durmuş

e-posta: hasandurmus@erciyes.edu.tr

Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi

Assessment of cardiovascular disease risk in adults

Ahmet Eray¹, Turan Set², Elif Ateş³

Özet

Amaç: Çalışmamızın amacı erişkin bireylerde Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE) risk tahmini sistemine göre kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak sonuçlarının incelenmesidir.

Yöntem: Bu araştırma Kasım 2016 ile Mayıs 2017 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında tanımlayıcı kesitsel olarak yapıldı. Farabi Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 40-70 yaş aralığındaki 155 gönüllü katılımcının onamları alındıktan sonra sosyodemografik ve tıbbi bilgiler anketi yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Katılımcıların kan basıncı ölçümleri ile hastanemizde çalışılmış glukoz ve kolesterol değerleri kaydedildi. Bütün bu veriler ışığında bireylerin kardiyovasküler risk faktörleri ve SCORE risk belirleme sistemi kullanılarak kardiyovasküler hastalık (KVH) riskleri değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 50,3±7,5 yıldır. Bunların %20,6'sı (n=32) erkek, %79,4'ü (n=123) kadındır. Kardiyovasküler risk düzeyleri açısından katılımcıların %17,4'ü (n=27) düşük riskli, %47,7'si (n=74) orta riskli, %24,5'i (n=38) yüksek riskli, %10,3'ü (n=16) çok yüksek riskli idi. Cinsiyete göre kardiyovasküler risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,111). Katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, ailede erken yaşta KVH öyküsü olup olmaması ile kardiyovasküler risk düzeyleri ve skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar açısından yaklaşık yarısının orta derecede, üçte birinin de yüksek veya çok yüksek derecede riskli olduğunu belirledik. Bu bulgular KVH'lerin ne derece önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve önlenmesi amacıyla öncelikle bireysel düzeyde kapsamlı bir risk değerlendirmesi yapılması gerektiğini göstermektedir. Bu hastalıkların önlenmesi amacıyla SCORE gibi risk tahmini sistemleri kullanılarak, periyodik sağlık taramalarıyla öngörülebilir riskleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak akılcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler hastalıklar, yetişkin bireyler, risk değerlendirmesi

Summary

Objective: The aim of our study is to evaluate the results of cardiovascular risk assessment according to the Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE) system in adults.

Methods: This study was performed as a descriptive, cross-sectional study at Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, between November 2016 and May 2017. 155 volunteers aged 40-70 years were included in the study who applied to the outpatient clinic of family medicine in Farabi Hospital. A sociodemographic and medical information questionnaire was administered with a face-to-face interview. Participants' blood pressures were measured. In addition, glucose and cholesterol values were recorded. In all these data, the cardiovascular disease risks of the individuals were assessed using the SCORE risk assessment system.

Results: The average age of participants was 50.3±7.5 years. Of these, 20.6% (n = 32) were male and 79.4% (n = 123) were female. In terms of cardiovascular risk levels, 17.4% (n = 27) of the participants had low risk, 47.7% (n = 74) medium risk, 24.5% (n = 38) high risk, where as 10.3% (n = 16) were at very high risk. There was no statistically significant difference between the levels of cardiovascular risk scores according to sex (p>0.05). There was no statistically significant difference between participants' educational status, working status, place of residence, family history of premature cardiovascular disease, and cardiovascular risk levels and scores (p>0.05).

Conclusion: In our study, we found that about half of the participants had moderate risk, and one third had a high or very high risk in terms of cardiovascular disease. These findings demonstrate that cardiovascular disease is an important health problem and a comprehensive risk assessment at the individual level is needed to prevent it. It will be rational to identify risks and take appropriate measures with periodic health screenings using risk prediction systems such as SCORE to prevent these diseases.

Key words: Cardiovascular diseases, adults, risk assessment

¹ KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzm. Dr., Trabzon, Türkiye

² KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Trabzon, Türkiye

³ KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Öğr. Gör., Trabzon, Türkiye

Giriş ve Amaç

Dünya genelindeki ölümler en sık kardiyovasküler hastalıklar (KVH) sebebiyledir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2012 yılında tahminen 17,5 milyon insan KVH'ler nedeniyle yaşamını yitirmiştir ki, bu tüm ölümlerin %31'ine tekabül etmektedir. Bu ölümlerin de %80'i kalp krizi ve inmeyle ilgili olarak gelişmiştir.^[1] Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2016 yılında ölüm nedenleri içerisinde dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölüm vakaları tüm ölümlerin %39,8'ini oluşturarak ilk sırada yer almıştır.^[2] KVH'lerin küresel ölçekte uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir.

KVH açısından olumlu olan husus büyük ölçüde önlenebilir olmalarıdır. DSÖ, kan basıncı (KB), obezite, kolesterol ve sigara kullanımının kontrolü ile KVH'lerin görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir.^[1] Bu sebeple KVH açısından yüksek riskli bireylerin erken tespit edilip korunmalarının sağlanması akılcı olacaktır.

KVH'lerden korunmada yaklaşım tarzı çoğul risk faktörleri gözetilerek genel riskin düşürülmesine yönelik ve multidisipliner olmalıdır. KVH'lerin bireysel olarak azaltılmasını sağlamak için öncelikle riskleri belirlemek gerekmektedir. Bu amaçla sosyodemografik ve tıbbi bilgileri içeren bir hasta-hekim görüşmesini, fizik muayene ve laboratuvar verileriyle destekleyerek değerlendirmek gerekmektedir. Bu bağlamda aile hekimleri önemli bir role sahiptir. KVH riskinin değerlendirilmesinin birinci basamak sağlık hizmetinde yaygınlaştırılması ile bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına ve sağlık harcamalarının azaltılmasına katkı sağlanacaktır. Bu çalışmamızın amacı, erişkin bireylerde *Systematic Coronary Risk Estimation* (SCORE) risk tahmini sistemine göre kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak sonuçlarının incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın yapısı

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Kasım 2016 ile Mayıs 2017 tarihleri arasında tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olarak yapıldı.

Örneklem

Çalışmaya aile hekimliği polikliniğine başvuran 40-70 yaş aralığındaki 155 gönüllü birey alındı. Çalışmaya 40-70 yaş arasında, fizik muayeneyi ve anket uygulamasını kabul eden, kan lipit ve açlık plazma glukoz değerleri çalışılmış kişiler dahil edilirken; 40 yaş altı ve 70 yaş üstünde olanlar, gebe olanlar, görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve/veya ruhsal bozukluğa sahip olanlar çalışmaya alınmadı.

Veri toplama

Katılımcıların yaş, cinsiyet, çalışma durumu, yaşadığı yer, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, ailesinde erken yaşta (erkek <55 yaş; kadın <65 yaş) kalp krizi veya inme öyküsü olup olmadığı, sigara kullanma durumu ve kan basıncı ölçümü kaydedildi. Ayrıca hastanemizin biyokimya laboratuvarında en az 8-12 saat açlık sonrası çalışılmış glukoz ve kolesterol değerleri kaydedildi. Katılımcıların SCORE risk tahmini sistemine göre KVH risk skorları hesaplanarak risk düzeyleri belirlendi. Bu çalışmamızda Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından düzenlenmiş ve resmi internet sitesinde yayınlanmış olan Türkiye'ye özgü risk tabloları kullanıldı (**Şekil 1**).

SCORE Kardiyovasküler Risk Değerlendirme Sistemi: SCORE Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin geliştirdiği bir risk değerlendirme sistemidir. Bu sistem bireylerin on yıl içerisinde koroner kalp hastalığı ve inmeye bağlı gelişebilecek ölüm riskini yüzde cinsinden tahmin ederek düşük, orta, yüksek ve çok yüksek risk düzeyi olarak kategorize eder. Risk tahmininde 40-70 yaş aralığındaki hastaların yaş, cinsiyet, sistolik KB, total kolesterol değeri ve sigara içme durumu bilgileri kullanılmaktadır. Sadece birincil korunma için geliştirilmiştir. SCORE risk tabloları düşük ve yüksek riskli ülkelere göre ayrı ayrı oluşturulmuştur. Bu sayede popülasyonlara özgü daha doğru risk tahmininde bulunmaktadır. SCORE'un ayrıca elektronik ve interaktif sürümleri de mevcut olup çevrimiçi olarak erişilebilmektedir (<http://www.heartscore.org/tr/Pages/FAQ.aspx#1> adresinden ulaşılabilir). Ülkemiz için yüksek risk tablolarının kullanılması önerilmiştir. Bu tablo, Türkiye için kalibre edilerek '*SCORE Turkey*' adıyla Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından düzenlenmiş

ve resmi internet sitesinde yayımlanmıştır (<http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/SCORETurkiye-160125.PDF?menu=52>).

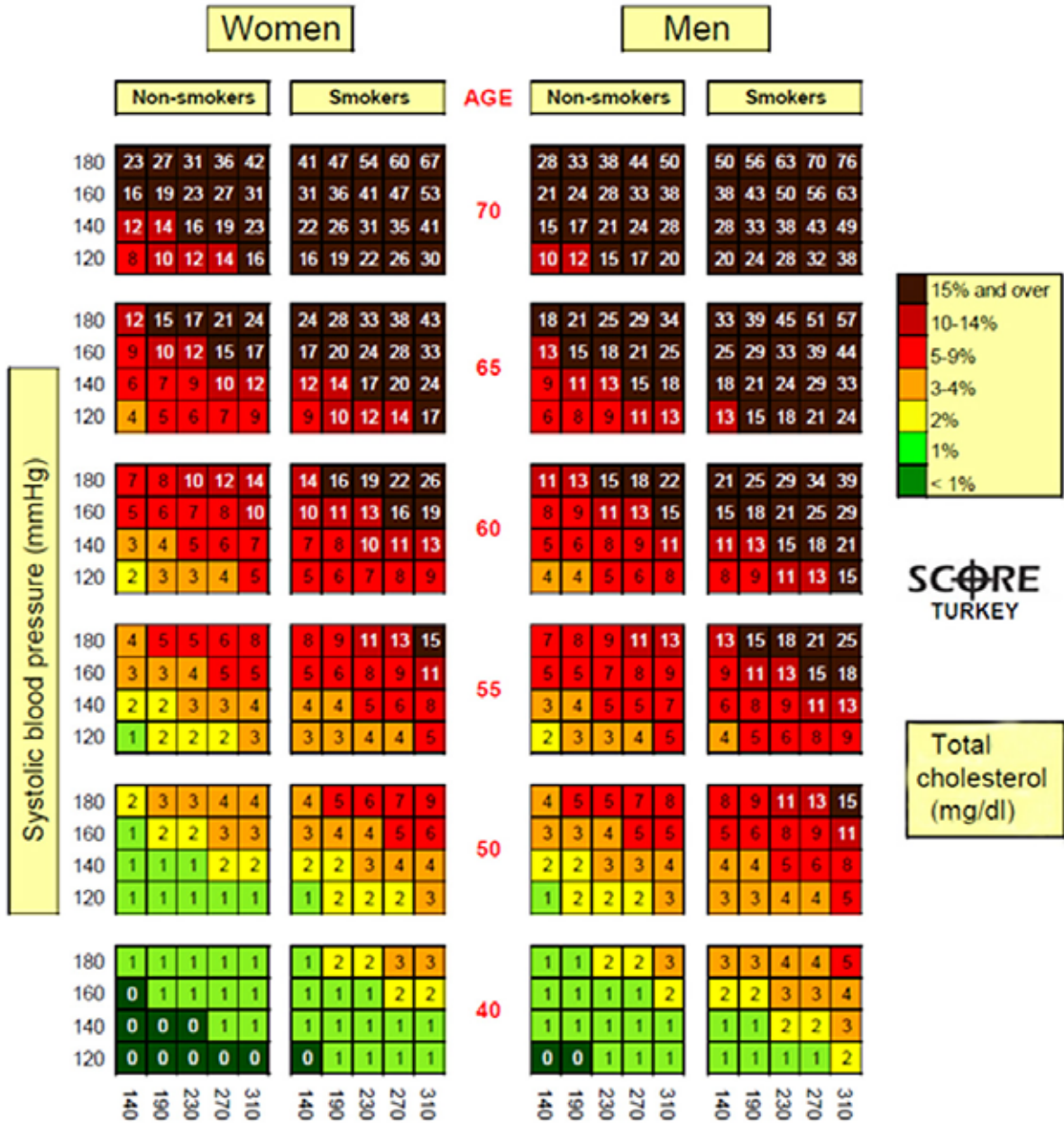
Diğer risk değerlendirme sistemlerinde koroner arter hastalığı riski veya tüm kardiyovasküler olaylar tahmin edilmekte iken SCORE'da sadece ölümcül kardiyovasküler olaylar tahmin edilmektedir.^[3]

SCORE Risk Tahmini Tablolarının Kullanımı:

SCORE sisteminde bir kişinin önümüzdeki on yıl içerisinde aterosklerotik KVVH'ye bağlı ölüm riskini hesaplamak için tablodaki cinsiyet, sigara kullanımı

ve yaşın kesiştiği alan belirlenir (Şekil 1). Bu alanda kişinin sistolik KB ve total kolesterol değerinin de kesiştiği en yakın kare saptanır. Kare içerisindeki sayı o kişinin on yıllık kardiyovasküler ölüm riskinin yüzdesini göstermektedir. Bu değer %1'den düşükse düşük riskli, %1-4 ise orta riskli, %5-9 ise yüksek riskli, %10 ve üzeri ise çok yüksek riskli kabul edilir.

Geçirilmiş KVVH, komplikasyonlu diabetes mellitus (DM), şiddetli kronik böbrek hastalığı (glomerüler filtrasyon hızı <30 mL/dk 1.73m²) olan bireyler skorlamaya gerek duyulmadan doğrudan



Şekil 1. SCORE Türkiye tablosu

Kaynak: <http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/SCORETurkiye-160125.PDF?menu=52>

“çok yüksek riskli” kabul edilirler. Komplikasyonsuz DM, şiddetli hipertansiyon (HT) ($\geq 180/110$ mmHg), hiperkolesterolemi (total kolesterol > 310 mg/dL), ailesel dislipidemi ve orta dereceli kronik böbrek hastalığı (glomerüler filtrasyon hızı < 60 mL/dk 1.73 m²) olan bireyler ise skorlamaya gerek duymadan doğrudan “yüksek riskli” kabul edilirler.

Etik Kurul Onayı

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bilimsel Araştırmalar, Etik Kurul Başkanlığı’ndan 2016/166 no.lu bu çalışma için 14/11/2016 tarihinde etik kurul onayı alındı.

İstatistiksel Analiz

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyete göre eğitim durumu, yaşadığı yer, sigara kullanma durumu, kronik hastalık durumu ve aile öyküsü bilgilerinin karşılaştırılması

	Erkek [n (%)]	Kadın [n (%)]	Toplam [n(%)]	p değeri
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	0 (0)	7 (5,7)	7 (4,5)	0,01
İlkokul	5 (15,6)	49 (39,8)	54 (34,8)	
Ortaokul	0 (0)	15 (12,2)	15 (9,7)	
Lise	9 (28,1)	17 (13,8)	26 (16,8)	
Üniversite	18 (56,3)	35 (28,5)	53 (34,2)	
Yaşadığı yer				
Kentsel	30 (93,8)	103 (83,7)	133 (85,8)	0,253
Kırsal	2 (6,3)	20 (16,3)	22 (14,2)	
Sigara kullanma durumu				
Kullanmamış	12 (37,5)	88 (71,5)	100 (64,5)	0,001
Bırakmış	14 (43,8)	15 (12,2)	29 (18,7)	
Kullanıyor	6 (18,8)	20 (16,3)	26 (16,8)	
Kardiyovasküler hastalık				
Yok	30 (93,8)	123 (100)	153 (98,7)	0,042
Var	2 (6,3)	0 (0)	2 (1,3)	
Diyabet				
Yok	29 (90,6)	102 (82,9)	131 (84,5)	0,412
Var	3 (9,4)	21 (17,1)	24 (15,5)	
Hipertansiyon				
Yok	24 (75)	73 (59,3)	97 (62,6)	0,103
Var	8 (25)	50 (40,7)	58 (37,4)	
Aile öyküsü				
Yok	29 (90,6)	88 (71,5)	117 (75,5)	0,025
Var	3 (9,4)	35 (28,5)	38 (24,5)	

Kaynak: <http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/SCORETurkiye-160125.PDF?menu=52>

Veriler bilgisayar ortamında SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) paket programına girilerek analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklemelerde t-testi, Mann-Whitney-U testi ve Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Bulgular

Çalışmamıza toplam 155 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $50,3 \pm 7,5$ yıldır. Bunların %20,6'sı (n=32) erkek, %79,4'ü (n=123) kadındır. Erkeklerin %81,3'ü (n=26) çalışıyor, %3,1'i (n=1) çalışmıyor ve %15,6'sı (n=5) emekliydi. Kadınların ise %63,4'ü (n=78) ev hanımı, %27,6'sı (n=34) çalışıyor ve %8,9'u (n=11) emekliydi.

Eğitim durumları açısından erkek katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi seviyede idi ($p=0,01$). Çalışma durumu ve yaşanan yer açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Katılımcıların sigara kullanma durumu açısından kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark vardı ($p < 0,001$, **Tablo 1**). Cinsiyete göre sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırması **Tablo 1**'de

verilmiştir.

Numerik değişkenler içerisinde sadece sigara (paket/yıl) kullanım oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$). Cinsiyete göre numerik değişkenlerin karşılaştırılması **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Kardiyovasküler risk düzeyleri açısından katılımcıların %17,4'ü (n=27) düşük riskli, %47,7'si (n=74) orta riskli, %24,5'i (n=38) yüksek riskli, %10,3'ü (n=16) çok yüksek riskli idi (**Grafik 1**). Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde ise erkeklerin %6,3'ü (n=2) düşük, %53,1'i (n=17) orta, %21,9'u (n=7) yüksek, %18,8'i (n=6) çok yüksek riskliyken; kadınların %20,3'ü (n=25) düşük, %46,3'ü (n=57) orta, %25,2'si (n=31) yüksek, %8,1'i (n=10) çok yüksek riskliydi. Cinsiyete göre kardiyovasküler risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,111$). Katılımcıların SCORE sistemiyle hesaplanan risk skorlarının ortanca değeri 2 (minimum: 0 – maksimum: 29) idi.

Katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, ailesinde erken yaşta KVH öyküsü olup olmaması ile kardiyovasküler risk düzeyleri ve skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyete göre yaş, sigara kullanım miktarı, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserid, glukoz ve kan basıncı değerlerinin dağılımı ve karşılaştırılması

	Erkek (n=32) [Ortalama±SS]	Kadın (n=123) [Ortalama±SS]	p değeri
Yaş (yıl)	52,7±7,6	49,7±7,4	0,046
Sigara (paket/yıl)	12,9±14,1	3,5±9,31	0,001
Sistolik KB (mmHg)	121,0±14,4	124,0±17,4	0,376
Diyastolik KB (mmHg)	77,1±13,3	77,7±11,3	0,819
Glukoz (mg/dL)	95,8±20,8	96,5±19,0	0,869
Total kolesterol (mg/dL)	210,3±50,9	220,7±42,4	0,240
LDL (mg/dL)	138,5±43,7	140,4±34,5	0,789
HDL (mg/dL)	49,1±15,6	54,1±9,9	0,097
Trigliserid (mg/dL)	139,5 (40-678) *	118 (42-403) *	0,364

*Ortanca (minimum – maksimum) - LDL: Low Density Lipoprotein, HDL: High Density Lipoprotein

Tartışma

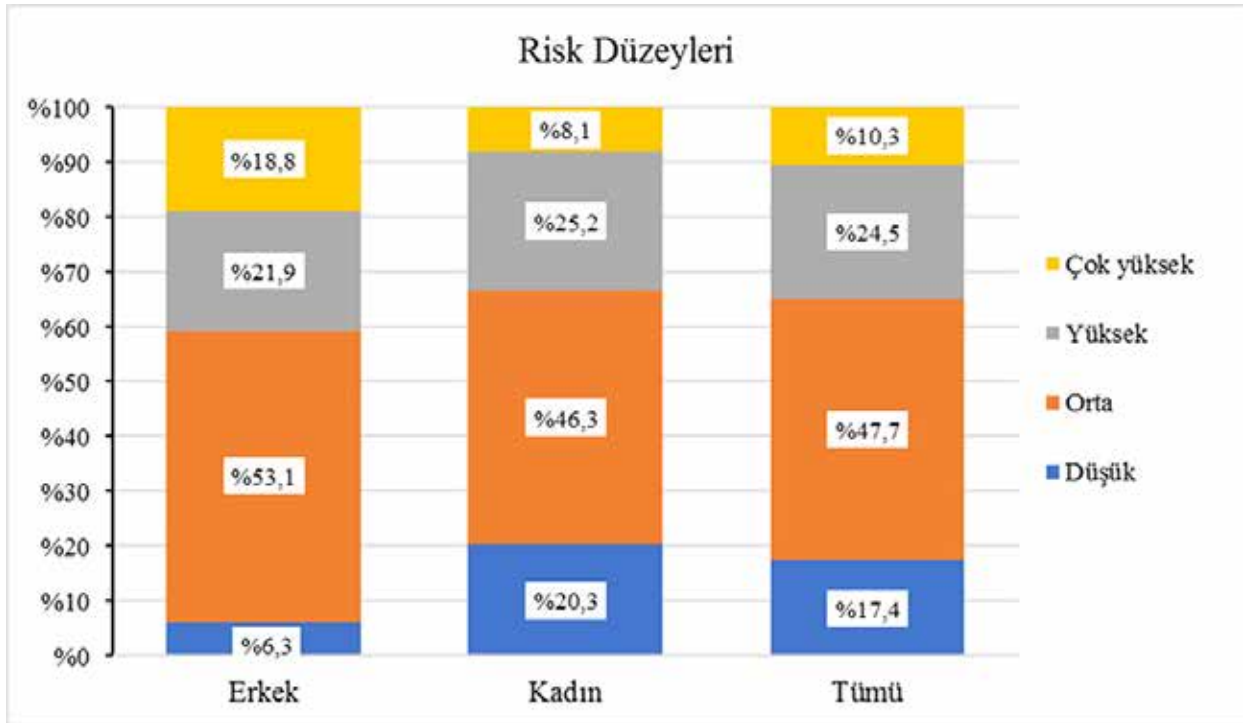
Çalışmamızda katılımcıların KVH'ler açısından yaklaşık olarak yarısının orta derecede, üçte birinin de yüksek veya çok yüksek derecede riskli olduğunu belirledik. Bu bulgular KVH'lerin ne derece önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve önlenmesi amacıyla öncelikle bireysel düzeyde kapsamlı bir risk değerlendirilmesi yapılması gerektiğini göstermektedir.

Sigara tiryakiliği, kalp sağlığı açısından dünyada en başta gelen zararlı alışkanlık olarak bilinmektedir. Örneğin, bir çalışmada miyokard infarktüsü (Mİ) insidansı hiç sigara içmemiş olanlara kıyasla günde en az 20 adet sigara içen kadınlarda altı kat ve erkeklerde üç kat fazla bulunmuştur.^[4] Çalışmamızda aktif sigara kullanma oranları erkeklerde %18,8, kadınlarda %16,3'tür. Diğer taraftan sigara kullanmamış erkeklerin oranı %37,5 iken bu oran kadınlarda %71,5 olarak saptanmıştır. Ayrıca içilen sigara (paket/yıl) bakımından erkeklerin ortalaması kadınlara göre anlamlı şekilde yüksekti (**Tablo 2**). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2004 yılına ait kesit taramasında erişkin erkeklerin %45,8'inin, kadınların %17,6'sının sigara kullandığı saptanmıştır.^[5] TÜİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması bülteninde yayınlanan 2012 verilerine göre

erkeklerin %37,3'ünün, kadınların %10,7'sinin sigara kullandığı bildirilmiştir.^[6] Her ne kadar aktif sigara kullanma oranları katılımcılar arasında benzerse de geçmişteki sigara kullanım oranının yüksekliği nedeniyle erkeklerdeki sigara sebepli olumsuz etkilene şüphesiz daha fazladır.

Kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin önemli etkenlerinden biri olan DM, toplum sağlığı açısından artan öneminden ötürü Amerikan Kalp Derneği tarafından 14 yıl önce majör risk faktörleri arasına resmen alınmıştır.^[5] DM tanılı hastaların gelecekteki kardiyovasküler olaylarla karşılaşma olasılığı, yaş ve ırk faktörleri eşitlendiğinde DM olmayan bireylerden 2-8 kat daha yüksektir.^[7] TEKHARF çalışmasında da diyabetin gelecekte koroner kalp hastalığı gelişmesini bağımsız biçimde 2,4 kat yükselttiği belirlenmiştir.^[5]

Çalışmamızda katılımcıların %15,5'inin (n=24) DM tanısı mevcuttu. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması-II (TURDEP-II) Haziran 2010 tarihinde 26499 kişi ile tamamlanmıştır. 20 yaş ve üzerindeki bireylerin alındığı bu çalışmada yaş ortalaması 45,8±15,4 yıl ve DM prevalansı %13,7 olarak tespit edilmiştir.^[8] Çalışmamızda 20-40 yaş aralığında katılımcı olmaması ve diyabet prevalansındaki artışı da düşünürsek sonuç Türkiye prevalansı ile uyumludur.



Grafik 1. Katılımcıların kardiyovasküler risk düzeylerinin dağılımı

HT, kronik hastalıklar içerisinde en sık görülenlerdendir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. KVH'lere bağlı morbidite ve mortalitelere yol açtığı aşikâr olarak bilinen bir risk faktörüdür. Çalışmamıza katılanların toplam %37,4'ü (n=58), erkeklerin %25'i (n=8), kadınların %40,7'si (n=50) HT hastasıydı. Ülkemiz genelinde yapılan önemli bir çalışmada (*the PatenT study*) toplam HT prevalansı %30,3 olarak tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada orta yaş (35-64 yaş) grubunda prevalans erkeklerde %36, kadınlarda %40,5 olarak bulunmuştur.^[9] Çalışmamızdaki HT hastası kadınların oranı ile Türkiye prevalansının son derece uyumlu olması dikkat çekici olup, erkeklerdeki uyumsuzluk erkek katılımcıların az sayıda olmasıyla açıklanabilir.

Bireyin birinci derece akrabalarında erken yaşta KVH öyküsünün olması kardiyovasküler riski artırır. Birçok KVH risk faktörünün (DM, HT, obezite gibi) de genetik temelli olması bu durumu etkilemektedir. Bununla birlikte birkaç genetik belirteç artmış KVH riskiyle ilişkilendirilmiştir, ancak bunların klinik uygulamada kullanımları önerilmemektedir. Diğer risk faktörlerinin eşitlendiği bir çalışmada aile öyküsünün bağımsız olarak KVH riskini öngörebildiği sonucuna varılmıştır.^[10] Çalışmamızda aile öyküsü ile risk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

KVH için en önemli risk faktörlerinden birisi de hiperkolesterolemidir. Çalışmamızda total kolesterol değerleri ortalaması erkeklerde 210,3±50,9 mg/dL, kadınlarda ise 220,7±42,4 mg/dL olarak bulunmuştur. TEKHARF çalışması 1990 yılı verilerinde, 40-59 yaş aralığında total kolesterol ortalaması erkeklerde 198 mg/dL, kadınlarda 188 mg/dL olarak tespit edilmiştir.^[11] 1990-1993 yılları arasında altı farklı şehirde yapılan Türk Kalp Çalışması'nın Trabzon verilerinde total kolesterol ortalaması erkeklerde 174 mg/dL, kadınlarda 175 mg/dL olarak tespit edilmiştir.^[12] Çalışmamızın bulguları bu iki çalışmanın verilerinden daha yüksek bulunmuştur. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği, kılavuzunda, total kolesterolün normal değerinin 200 mg/dL'den küçük olması gerektiğini belirtmiş, çalışmamızın sonuçları buna göre pek de iç açıcı bulunmamıştır. Kolesterol alt gruplarını incelediğimizde bu durumun LDL kolesterol yük-

sekliğinden kaynaklandığı açıkça görülmektedir. Şöyle ki HDL kolesterol ve trigliserid düzeyleri normal sınırlarda iken LDL kolesterol ortalaması erkeklerde 138 mg/dL, kadınlarda 140 mg/dL olup sınırdan yüksek çıkmıştır. Bunun en önemli sebebi toplumumuzda sağlıklı yaşam tarzının benimsenmiyor olması olabilir. Bu konuda toplumsal bilincin kazandırılmasının gerektiği su götürmez bir gerçektir.

Kardiyovasküler risk düzeyleri açısından çalışmamıza katılanların %17,4'ü (n=27) düşük riskli, %47,7'si (n=74) orta riskli, %24,5'i (n=38) yüksek riskli, %10,3'ü (n=16) çok yüksek riskli idi. Katılımcıların SCORE sistemiyle hesaplanan on yıllık ölümcül KVH risk skorlarının ortanca değeri %2 (minimum: 0 – maksimum: 29), tepe değeri ise %1 idi.

Polonya'da SCORE sistemine göre risk değerlendirmesi yapılan bir çalışmada erkeklerin %46'sının, kadınların ise %21'inin skoru \geq %5 (yüksek ve çok yüksek riskli) tespit edilmiştir.^[13] Bu çalışmaya özgeçmişinde DM ve KAH bulunan hastalar dahil edilmemiştir. Bizim çalışmamızda DM ve KAH tanılı hastalar mevcutken bu oranlar erkeklerde %40,7, kadınlarda %33,3 bulunmuştur. (bu hastalar skorlamaya tabi tutulmadan doğrudan yüksek riskli veya çok yüksek riskli hasta olarak mı kabul edildiler, yoksa hastalıklarından bağımsız olarak değerlendirilip, SCORE ile mi değerlendirildiler?) Fakat bu çalışmada olduğu gibi DM ve KAH hastaları dışlanırsa oranlar benzer çıkmaktadır (erkeklerde %34,4 ve kadınlarda %19,6).

Asyalı farklı etnik grupları kapsayan 40 ile 65 yaş arası 14863 katılımcı ile yürütülen prospektif toplum temelli bir çalışmada SCORE sistemine göre katılımcıları düşük (<%1), orta (%1-2-3-4) ve yüksek riskli (\geq %5) olarak iki gruba ayırmışlardır. Yüksek riskli ülkelerin risk tablosuna göre sınıflandırma yaptıklarında katılımcıların %42'sini düşük, %38'ini orta, %21'ini yüksek riskli tespit etmişlerdir.^[14] Bu sonuçların bizim çalışmamızdan daha düşük riskli çıkması etnik farklılık olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca SCORE'un Asya ülkeleri için geçerlilik ve güvenilirliğinin olmaması da göz önünde olmalıdır.

Kardiyovasküler risk belirlenirken riski artırdığı mutlak olarak bilinen yaş, erkek cinsiyet, sigara kullanma durumu, HT, DM gibi faktörlerin risk skoru ve risk düzeyi açısından kıyaslanması mantıklı ol-

mayacaktır. Bu ifade biraz kafa karıştırıcı. daha ayrıntılı şekilde yazılırsa okurlar için daha yararlı olacaktır.

Çalışmamız üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinde yapılmış olup, birinci basamak verilerini tam olarak yansıtmayabilir. Bu durum araştırmanın kısıtlılığı olarak görülebilir. Kardiyovasküler risk değerlendirmesinin birinci basamakta yaygınlaştırılması ve sonuçlarının kayıt altına alınması ile kardiyovasküler risk düzeylerinin dağılımı hakkında daha doğru veriler elde edilebilecektir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> adresinden 17/08/2016 tarihinde erişilmiştir.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> adresinden 03/03/2017 tarihinde erişilmiştir.
3. Van Dis I, Geleijnse JM, Boer JM, Kromhout D, Boshuizen H, Grobbee DE, et al. Effect of including nonfatal events in cardiovascular risk estimation, illustrated with data from The Netherlands. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 21(3): 377-83.
4. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. *Circulation*. 1996; 93(3): 450-6.
5. Onat A. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [electronic resource]. Edited by Altan ONAT. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p. 180.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> adresinden 03/03/2017 tarihinde erişilmiştir.
7. Howard BV, Rodriguez BL, Bennett PH, Harris MI, Hamman R, Kuller LH, et al. Prevention conference VI: diabetes and cardiovascular disease. *Circulation*. 2002;105(18):e132-e7.
8. Satman İ, TIİÇ Grubu. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the Internet] http://www.turkendokrin.org/iles/ile/TURDEP_II_2011
9. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005; 23(10): 1817-23.
10. Barrett-Connor E, Khaw K-t. Family history of heart attack as an independent predictor of death due to cardiovascular disease. *Circulation*. 1984;69(6):1065-9.
11. Onat A. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [electronic resource]. Edited by Altan ONAT. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p. 44.
12. Mahley RW, Palaoğlu K, Atak Z, Dawson-Pepin J, Langlois A, Cheung V, et al. Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. *J Lipid Res*. 1995; 36(4): 839-59.
13. Piwońska A, Piotrowski W, Broda G. Ten-year risk of fatal cardiovascular disease in the Polish population and medical care. Results of the WOBASZ study. *Kardiol Pol*. 2010; 68(6): 672-7.
14. Selvarajah S, Kaur G, Haniff J, Cheong KC, Hiong TG, van der Graaf Y, et al. Comparison of the Framingham Risk Score, SCORE and WHO/ISH cardiovascular risk prediction models in an Asian population. *Int J Cardiol*. 2014; 176(1): 211-8.

Sonuç

KVH'ler dünya çapında ve ülkemizde erken yaşta görülen ölümlerin en önemli sebebinin oluşturmaktadır. Bu hastalıklar ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi sağlığın korunması için tartışılmaz bir gereklilik haline gelmiştir.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesinin SCORE gibi risk tahmini sistemleri kullanılarak yapılması uygulanabilir ve kolaydır. Bu sistemler aynı zamanda objektif bir değerlendirme sağlayarak hekimler için ortak bir dil oluşmasına katkıda bulunabilir.

Geliş tarihi: 03.11.2017

Kabul tarihi: 28.11.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.03.2018

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Dr. Ahmet Eray

e-posta: erayahm@hotmail.com

Akılcı ilaç kullanımı: Düzce'de Aile Hekimlerinin bilgi ve davranışları

Knowledge and Behaviors of Family Physicians in Düzce

Muammer Yılmaz¹, Ayşe Yılmaz², Mustafa Özyörük³, Fatih Turunç⁴, Naile Gürleyik Erkman⁴, Ali Kınalıkaya⁴, Evren Arslan⁴

Özet

Amaç: Düzce'de görevli aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına (AİK) yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışmada Düzce'deki 31 Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan 114 aile hekimi çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem alınmadı, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hekimler çalışmaya dâhil edildi. Veri toplama aracı olarak Sağlık Bakanlığının (SB) hazırladığı 17 sorudan oluşan Hekim Değerlendirme Formu kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 106 AH katılmıştır. Hekimlerin %91,5'i (n=97) mezuniyet sonrası meslek içi eğitimlerine katılırken, AİK konusunda %85,8'i (n=91) eğitim almıştır. Hekimlerin %82,4'ü (n=75) SB'den, %34,1'i (n=31) tıp fakültelerinden AİK eğitimi almıştır. Hekimlerden mesleğinde 10 yıldan az çalışanların %44,7'si (n=21) 10 yıldan fazla çalışanların %22,7'si (n=10) tıp fakülteleri tarafından verilen AİK eğitimi almıştır (p=0,03). SB tarafından verilen AİK eğitiminde gruplar arasında fark bulunmamıştır (p=0,34). Hekimlerin %23,6'sı (n=25) beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapmıştır. AH'ler reçeteleme yaparken bilgi kaynaklarından %94,3 (n=100) oranında yararlanmaktadır. Hekimlerin reçeteleme yaparken en çok faydalandığı bilgi kaynağı internettir.

Sonuç: Örgün tıp eğitimi sırasında tıp fakültelerinin AİK eğitimine verdiği önemin artırılması gerektiği görülmektedir. Bulgular hekimlerin ilaç bilgisi, reçeteleme konusunda kaynak olarak daha çok interneti kullanması; internet üzerinden kolay, ücretsiz ulaşılabilir güvenilir kaynaklar oluşturulması ve hekimlere tanıtımı yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Hekimlerin ilaç advers etkilerini yeterince bildirmediği görülmektedir. İlaç advers etkilerinin bildiriminin önemi hekimlere anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, Aile hekimi, Hekim.

Summary

Objective: The aim of the study was to evaluate the knowledge and attitudes on rational drug use of family physicians working in Düzce.

Methods: In this study, 114 family physicians in the 31 Family Health Centers in Düzce formed the universe of in the study. Sample was not taken. All physicians who agreed to participate in the study were included in the study. Physician Evaluation Form that consisting of 17 questions prepared by the Ministry of Health was used as a data collection tool.

Results: 106 family physicians participated in the study. 97 physicians (91,5%) attended post-graduate vocational training while 92 physicians (86,8%) were trained on Rational Drug Use (RDU). 75 of the physicians (82,4%) were educated by the Ministry of Health and 31 (34,1%) of the physicians were educated by the medical faculties on RDU. 21 (44,7%) of less than ten years of working physicians, 10 (22,7%) of more than ten years of working physicians were educated about the rational drug use given by the medical faculty (p=0,03). There is no difference between this groups in the RDU training given by the health ministry (p=0,34). Twenty-five of the physicians (23,6%) reported unexpected adverse effects. 94,3% of physicians use the information sources when prescribing. The most useful source of information for physicians when prescribing is the internet.

Conclusion: It seems that, the importance of to the training of RDU during medical education in medical faculties should be increased. Findings suggest that physicians use the internet more as a source of information of medicine and prescribing. Therefore reliable resources should be established that can be accessed easily over the internet and this resources should be introduced to physicians. Physicians do not adequately report adverse drug effects. The importance of the notification of drug adverse effects should be explained to physicians.

Keywords: Rational drug use, Family physician, Physician, Duzce.

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzm. Dr., Düzce, Türkiye

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Uzm. Dr., Düzce, Türkiye

³ Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Konya, Türkiye

⁴ Düzce İl Sağlık Müdürlüğü, Düzce, Türkiye

Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Akılcı İlaç Kullanımını (AİK); hastaya kendi klinik gereksinimlerine en uygun ilacın, uygun endikasyonda, uygun dozda/sürede ve maliyeti en düşük olanın verilmesi olarak tanımlamıştır. İlaçların akılcı olmayan kullanımı dünya çapında önemli bir sorundur. DSÖ, tüm ilaçların yarısından fazlasının uygun-suz bir şekilde reçete edildiğini, dağıtıldığını veya satıldığını ve hastaların yarısının ilaçlarını doğru bir şekilde almadıklarını tahmin etmektedir.^[1]

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. Akılcı olmayan ilaç kullanımı hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, advers olay görülme sıklığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur.^[2] Bu sorunlardan kurtulmak ve AİK'in yaygınlaştırması, AİK sürecinin her aşamasının doğru işlemesi esastır.^[3] AİK'in sağlanması konusunda farkındalığın oluşturulması ve toplum bilincinin artırılmasında hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli, hasta / hasta yakını, sektör, düzenleyici otorite, meslek örgütleri ve diğer (medya, akademi vb.) gruplar sorumluluk sahibi taraflardır.^[2]

Hekimler de bu sürecin her aşamasının başarıya taşınmasında önemli katkılar sunarlar. Hekim, kişisel (K)-ilaç seçimini etkililik, uygunluk, güvenlik ve maliyet ölçütlerini kullanarak gerçekleştirir. Bu şekilde seçtiği ilaç(lar)la düzenledikleri tedaviler ve hastaya verdikleri doyurucu bilgiler, hekimlerin AİK'te önde gelen belirleyici rolleri arasındadır. AİK'in gerçekleşmesinde başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları belirleyici olacaktır.^[3]

Aile hekimliği uygulaması, Aile Sağlığı Merkezi olarak bilinen sağlık kuruluşlarında kişinin kendisi ve ailesinin sağlık hizmetlerine kolay ulaşabildiği ve ücretsiz yararlanabildiği hekimlik uygulamasıdır.^[4] Aile hekimliği, hastaları uzun süre takip edilebilme, kolay izleme ve değerlendirme, yeterli zamanı ayırarak tedavi düzenleyebilme avantajlarına sahip olduğu için Türkiye'de AİK'in yaygınlaştırılmasına önemli katkılar sunmaktadır. Türkiye'de halen yazılmakta olan reçetelerin büyük çoğunluğu aile hekimleri tarafından yazılmaktadır.^[4,5]

Hekimlerin AİK ile ilgili eksikliklerini giderebilmek için öncelikle AİK ile ilgili ilkelere hangi ölçüde uyduğunun değerlendirilmesi ve bilgi ve tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada Düzce'deki Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:

Bu tanımlayıcı çalışmada Düzce'deki 31 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) görev yapan 114 aile hekimi (AH) çalışmanın evrenini oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler çalışmaya dâhil edildi, ayrıca örneklem alınmadı.

Araştırmanın Uygulanması:

Veri toplama aracı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Birimi tarafından AİK konusunda mevcut durumun değerlendirilmesi amacıyla yapılan "Türkiye'de Hastanelerde Görev Yapan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarını Değerlendirme Çalışması"na ait form kullanıldı.^[6] Anket formunu uygulayacak personele uygulama öncesinde araştırmacı tarafından eğitim verildi.

Katılımcılara, yapılacak çalışmayı açıklayan, verilerin gizli tutulacağını bildiren bilgilendirilmiş o-nam formu okutuldu ve kendi rızasıyla bu işlemlerin yapılmasına izin verdiği yazılı ya da sözlü beyan olarak alındıktan sonra hazırlanan anket yüz yüze yöntemle uygulandı. Çalışma verileri Ağustos 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında toplandı. Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulundan etik kurul onayı (10.07.2017 tarih ve 2017/94 sayı), Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden araştırma uygulama izni alındı.

Verilerin sunulmasında tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya 106 aile hekimi (AH) katılmıştır. Katılım oranı (ilçelerde %92,3, merkezde %93,5)

%92,9'dur. AH'lerin %54,7'si (n=58) merkezde, %45,3'ü (n=48) ilçelerde görev yapmaktadır ve %41,5'i (n=44) kadındır. Aile hekimliği uzmanı %9,4 (n=10), diğer uzmanlık %0,9 (n=1) iken pratisyen hekim %89,6'dır (n=95). Hekimlerin yaş ortalaması 36,05±7,81 (min:25-max:62), mesleki tecrübesi 10,93±7,69'dur (min:1-max:38).

Çalışmaya katılan hekimlerin %91,5'i (n=97) mezuniyet sonrası meslek içi eğitimlerine katıldığını belirtirken, %7,5'i (n=8) vakit bulamadığı için, %0,9'u (n=1) bulunduğu bölgede eğitim düzenlenmediği için katılmadığını ifade etmiştir. Akılcı ilaç kullanımı konusunda %85,8'i (n=91) eğitim aldığını belirtmiştir. **Tablo 1**'de AH'lerin AİK konusundaki eğitim aldığı yer gösterilmiştir.

Mesleğinde 10 yıldan az çalışanlar ile 10 yıldan fazla çalışanlar arasında AİK eğitimi alma konusunda fark bulunmamıştır. (p=0,39). Mesleğinde 10 yıldan az çalışanların %44,7'si (n=21) 10 yıldan fazla çalışanların %22,7'si (n=10) herhangi bir zamanda tıp fakülteleri tarafından verilen AİK eğitimi aldığını ifade etmiştir (p=0,03). Sağlık Bakanlığı tarafından verilen AİK eğitiminde gruplar arasında fark yoktur (p=0,34). Pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında AİK eğitimi alma konusunda fark bulunmamıştır (p=0,60). SB ve herhangi bir zamanda tıp fakülteleri tarafından verilen AİK eğitiminde pratisyen hekim ve uzman hekim grupları arasında fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0,59; p=0,43).

Aile hekimlerinin %23,6'sı (n=25) beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yaptığını ve şimdiye kadar bu bildirimini 24'ü 1- 2 kez, 1'i 3-5 kez yaptığını ifade etmiştir.

Tablo 1. Aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim aldığı yer*.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Bakanlığı	75	82,4
Tıp Fakültesi	31	34,1
Meslek Odası	6	6,6
İlaç firması	1	1,1
Diğer	4	4,4

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir, (n=91)

AH'lerin %94,3'ü (n=100) reçeteleme yaparken bilgi kaynaklarından yararlandığını belirtmiştir. **Tablo 2**'de aile hekimlerinin reçeteleme yaparken en çok faydalandığı bilgi kaynakları gösterilmiştir.

Reçeteleme yaparken 10 yıldan az çalışan hekimlerin %71,9'u (n=41), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %72,1'i (n=31) internette (p=0,98); 10 yıldan az çalışan hekimlerin %54,4'ü (n=31), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %74,4'ü (n=32) tanı ve tedavi rehberlerinden (p=0,04); 10 yıldan az çalışan hekimlerin %59,6'sı (n=34), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %58,1'i (n=25) vademecumdan (p=0,88); 10 yıldan az çalışan hekimlerin %57,9'u (n=33), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %44,2'si (n=19) meslektaşından (p=0,74); 10 yıldan az çalışan hekimlerin %26,3'ü (n=15), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %48,8'i (n=21) Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzundan (TİK) (p=0,02); 10 yıldan az çalışan hekimlerin %14,0'ü (n=8), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %23,3'ü (n=10) farmakoloji kitaplarından (p=0,23); 10 yıldan az çalışan hekimlerin %15,8'i (n=9), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %11,6'sı (n=5) ilaç bilgi yazılım programları (p=0,55); 10 yıldan az çalışan hekimlerin %14,0'ü (n=8), 10 yıldan fazla çalışan hekimlerin %11,6'sı (n=5) ilaç firmalarının araştırma

Tablo 2. Aile hekimlerinin reçeteleme yaparken en çok faydalandığı bilgi kaynakları*.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İnternet	71	71,0
Tanı ve Tedavi Rehberleri	63	63,0
Vademecum	59	59,0
Meslektaş	52	52,0
Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu (TİK)	36	36,0
Farmakoloji Kitapları	18	18,0
İlaç Bilgi Yazılım Programları (RxMediaPharma, TEBRP, vb.)	14	14,0
İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları	13	13,0

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir, (n=100)

ve tanıtım çalışmalarından (p=0,63) yararlandığını ifade etmiştir.

Pratisyen hekimler ile uzman hekimler karşılaştırıldığında; pratisyen hekimlerin %71,1'i (n=64), uzman hekimlerin %80,0'i (n=8) internetten (p=0,55); pratisyen hekimlerin %63,3'ü (n=57), uzman hekimlerin %60,0'i (n=6) tanı ve tedavi rehberlerinden (p=0,83); pratisyen hekimlerin %57,8'i (n=52), uzman hekimlerin %70,0'i (n=7) vademecumdan (p=0,45); pratisyen hekimlerin %51'i (n=46), uzman hekimlerin %60,0'i (n=6) meslektaşından (p=0,59); pratisyen hekimlerin %38,9'u (n=35), uzman hekimlerin %10,0'u (n=1) Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzundan (p=0,71); pratisyen hekimlerin %17,8'i (n=16), uzman hekimlerin %20,0'si (n=2) farmakoloji kitaplarından (p=0,86); pratisyen hekimlerin %12,2'si (n=11), uzman hekimlerin %30'u (n=3) ilaç bilgi yazılım programlarından (p=0,12); pratisyen hekimlerin %14,4'ü (n=13), uzman hekimlerin %10,0'u (n=1) ilaç firmalarının araştırma ve tanıtım çalışmalarından (p=0,70) yararlandığını belirtmiştir. **Tablo 3**'te aile hekimlerinin ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi gösterilmiştir.

“Hastalar tarafından talep edilen (hastanın önceden kullandığı, başkaları tarafından önerilen, eczaneden aldığı vb.) ilaçları reçete ediyor musunuz?” sorusuna aile hekimlerinin %62,3'ü (n=66) “Sa-

dece kronik hastalıkların ilaçlarını reçete ederim”, %13,2'si (n=14) “Reçete etmediğim takdirde tartışma çıkıyor”, %24,5'i (n=26) “Hayır, hiçbir zaman muayene etmeden ilaç reçete etmem” cevabını vermiştir.

Tablo 4'te aile hekimlerinin hastaya ilaç reçete ederken yararlandığı anamnez bilgileri gösterilmiştir. “Hastaya ilaçlarla ilgili verdiğiniz bilgiyi yeterli buluyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %57,5'i (n=61) “Evet, çünkü doğru kullanmazsa etkin tedavi sağlanmaz”, %37,7'si (n=40) “Kısmen, kullanımına özen isteyen ilaçlar için”, %4,7'si (n=5) “Hayır vakit yeterli değil” cevabını vermiştir. **Tablo 5**'te aile hekimlerinin hastaya ilaçla ilgili verdiği bilgilerin sıklığı gösterilmiştir.

“Hastaya ilaç ile ilgili bilgi verdikten sonra, hastanın anlayıp anlamadığını kontrol eder misiniz?” sorusuna aile hekimlerinin; %43,4'ü (n=46) “Evet, hasta ilacı nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır”, %47,2'si (n=50) “Bazen, kullanımı özen isteyen ilaçlar için”, %2,8'i (n=3) “Hayır, eczaneden ilacını alırken tekrar anlatılacaktır”, %6,6'sı (n=7) “Hayır, vakit yeterli değil” cevabını vermiştir.

Tartışma

AİK'e yönelik eğitimlerin tıp eğitiminin başından itibaren verilmeye başlanması, meslek hayatında da

Tablo 3. Aile hekimlerinin ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi.

	Çok kötü		Kötü		Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Endikasyonlar	0	0	1	0,9	16	15,1	69	65,1	20	18,9
Pozoloji ve uygulama Şekli (n=106)	0	0	1	0,9	21	19,8	65	61,3	19	17,9
Farmakolojik özellikleri (n=106)	0	0	6	5,7	49	46,2	46	43,4	5	4,7
Kontrendikasyonlar (n=106)	0	0	4	3,8	50	47,2	48	45,3	4	3,8
Yan etkiler (n=106)	0	0	7	6,6	49	46,2	47	44,3	3	2,8
İlaçların etkileşimleri (ilaç/besin) (n=105)	1	1,0	10	9,5	55	52,4	36	34,3	3	2,9
Uyarılar, önlemler (n=106)	0	0	5	4,7	44	41,5	50	47,2	7	6,6
Özel durumlar (gebelik, pediatri vb.) (n=106)	0	0	0	0	29	27,4	64	60,4	13	12,3
Biyoeşdeğerlik (n=105)	0	0	6	5,7	46	43,8	48	45,7	5	4,7

devam etmesi ile AİK konusunda başarı sağlanması amaçlanmıştır. Çalışmamızda hekimlerin sadece üçte biri tıp fakültelerinden AİK eğitimi aldığını ifade etmektedir. Hâlbuki AİK eğitiminde öncelikle tıp fakültesi öğrencilerine odaklanması önerilmektedir. Çünkü yeni mezun doktorlardan göreve başlar başlamaz reçete yazmaları beklenmekte ve bu dönemde yapılan eğitim, kariyerin ileri döneminde yapılan eğitimlere kıyasla daha etkin ve verimli olmaktadır.^[7] Özellikle kötü reçete yazma alışkanlığı edinen hekimlerin bundan kurtulmalarının kolay olmadığı düşünüldüğünde AİK eğitiminin mezuniyet öncesi hayata geçirilmesi tavsiye edilmektedir.^[8]

Altı yıla yayılmış lisans eğitimi, uzun süreli tutum ve davranışların kazandırılmasını sağlayabilir. Türkiye, AİK konusunda aslında erken alt yapı oluşturmaya çalışan ülkeler arasındadır. 1999 yılında dünyada gelişmiş ülkelerdekine benzer şekilde tıp eğitiminde AİK'in öğretilmesi, aktif eğitim yöntemleriyle bazı tıp fakültelerinde uygulamaya başlamıştır.^[5] 2007 yılındaki bir çalışmaya göre Türkiye'deki tıp fakültesi farmakoloji anabilim dallarının %70,3'ünde AİK eğitimi verilmektedir.^[9] Ancak eğitimin etkinliği ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır.^[9] Mezuniyet sonrası da eğitimlerin devam etmesi gerekmektedir çünkü yapılan araştırmalar, eğitimin AİK üzerinde olumlu

etkiye sahip olduğunu ancak olumlu etkinin sürekli olmadığını göstermektedir.^[9-13] Tıp fakülteleri, SB'nin düzenlediği eğitimlere çağrı üzerine zaman zaman eğitici desteği vermek-tedir ancak mezuniyet sonrası AİK eğitimlerinin çoğunlukla SB tarafından yapıldığı görülmektedir. Tıp fakültelerinin dışında, meslek odalarının da bulunduğu diğer kurumların desteğinin çok yetersiz olduğu çalışmamızda görülmektedir. AİK konusunda SB dışında kalan kurumların da sorumluluk alarak gerekli adımları atmaları gerekmektedir.

Klinik çalışmalarda ilk 3 aşamayı geçen ilaçlar ruhsat alır ve pazara verilir. Faz 4 çalışmaları ise ilaç pazara verildikten sonraki çalışmalardır. Faz 4'ün belirli bir süresi yoktur; ilaç piyasada kaldığı sürece izlenmeye devam eder. Bu aşamada geniş kitlelerde kullanılmaya başlayan ilacın daha önce belirlenememiş advers etkileri ortaya çıkabilir. Kullanılan ilacın etkisi her insan üzerinde farklı olabilir.

Bu yüzden ilaç geliştirilmesinde en riskli dönemin Faz 1 değil, Faz 4 olduğu kabul edilmektedir.^[14] Yan etkilerin bildirilmesi Faz 4 çalışmalarının yapılabilmesi açısından çok önemlidir. Bu verilerin sağlık çalışanlarından toplanması düşünülmüştür ve SB, internet sitesi üzerinden ilaç yan etkilerinin bildirildiği bir link oluşturmuştur. Bu linke ek olarak

Tablo 4. Aile hekimlerinin hastaya ilaç reçete ederken yararlandığı anamnez bilgileri. (n=106)

	Her Zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kullandığı başka ilaç(ları) sorgularım	64	60,4	38	35,8	4	3,8	0	0	0	0
İlaç alerjisi olup olmadığını sorgularım	62	58,5	36	34,0	4	3,8	4	3,8	0	0
Karaciğer hastalığı olup olmadığını sorgularım	32	30,2	49	46,2	19	17,9	6	5,7	0	0
Böbrek hastalığı olup olmadığını sorgularım	32	30,2	49	46,2	21	19,8	4	3,8	0	0
Kronik bir hastalığı olup olmadığını sorgularım	59	55,7	41	38,7	5	4,7	1	0,9	0	0
Gebe olup olmadığını sorgularım	73	68,9	30	28,3	3	2,8	0	0	0	0
Yaşını dikkate alırım	70	66,0	30	28,3	6	5,7	0	0	0	0
Cinsiyetini dikkate alırım	40	37,7	30	28,3	25	23,6	11	10,4	0	0

ücretsiz “ilaç yan etki hattı” açılmıştır. Gelişmiş ülkelerde ilaç yan etkileri ile ilgili milyon nüfus başına 250 bildirim yapılırken, Türkiye’de sağlık çalışanları toplam yılda 2100 bildirim yapmıştır ve bildirim oranı oldukça düşük kalmıştır.^[15] Düzce’de de durum çok farklı değildir ve şimdiye kadar AH’lerin sadece dörtte biri yan etki bildirimini yapmıştır. Bu durum, yan etki bildirimini hususunda AH’lerin bilgi sahibi olmamasından kaynaklanıyor olabilir. SB internet sitesi üzerinden ilaç yan etkilerinin bildirildiği link ve ilaç yan etki hattı hakkında AH’ler bilgilendirilmeli ve bildirim hususunda teşvik edilmelidir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre aile hekimlerinin %94,3’ü reçeteleme yaparken bilgi kaynaklarından yararlandığını belirtmiştir. Çalışmamızda yararlanılan bilgi kaynakları içinde ilk sırada internet bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise ilaç bilgisinin büyük oranda ilaç firmaları tarafından karşılandığını saptanmıştır.^[16,17] Bilgi kaynağı olarak ilaç firmalarının etkisinin azaldığı görülmektedir. Ancak ilk sırada bilimsel olmayan, yanlış ve eksik bilgilerin de bulunabildiği kontrolsüz internetin bulunması düşündürücüdür. Sağlık hizmetlerinde internet kullanımının artması ile hekimlerin de bilgi kaynağı

olarak interneti kullanmaları doğaldır. Bunun yanında veri toplama formu olarak kullandığımız anket formunda yeterli açıklamanın olmaması katılımcıların “internet” cevabı verirken tam olarak ne anladıklarını sorgulamaması, çalışma açısından bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada hekimlerin %54,7’si ilaçlarla ilgili bilgi ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını belirtmiştir.^[18] Bu durumda yapılacak olan; hekimlerin sıklıkla bilgi kaynağı olarak kullandığı internet üzerinden güvenilir, kolay, ucuz ulaşılabilmesini sağlayacak yöntemler geliştirmektir.

AH’ler ilaçların endikasyonları, pozolojisi, uygulama şekli ve gebelik, pediatrik hasta grupları gibi özel durumlarda kullanımı konusunda kendilerinin yetkin olduğunu belirtmişlerdir. İlaç besin etkileşimi konusunda kendilerinin daha az bilgili olduklarını düşünmektedirler. AİK sürecinde ilaç dışı tedavi yaklaşımlarının dikkate alınması, ilaçlar için etkinlik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet analizinin yapılması, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması esas olduğu için, hekimlerin uyguladıkları tedavi konusunda daha yetkin olmaları gerekmektedir.

Tablo 5. Aile hekimlerinin hastaya ilaçla ilgili verdiği bilgilerin sıklığı (n=106)

	Her Zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İlacın adı	23	21,7	37	34,9	32	30,2	12	11,3	2	1,9
Uygulama şekli	51	48,1	40	37,7	14	13,2	1	0,9	0	0
Günlük dozu	56	52,8	32	30,2	17	16,0	1	0,9	0	0
Tedavi süresi	53	50,0	37	34,9	9	8,5	5	4,7	2	1,9
İlacın etki mekanizması	4	3,8	11	10,8	41	38,7	39	36,8	11	10,4
İlacın olası yan etkileri	6	5,7	30	28,3	46	43,4	21	19,8	3	2,8
İlacın fiyatı	1	0,9	4	3,8	18	17,0	37	34,9	46	43,4
Diğer ilaçlarla / besinlerle etkileşimi	7	6,6	26	24,5	52	49,1	18	17,0	3	2,8
Uzak durması gereken aktiviteler	11	10,4	39	36,8	35	33,0	17	16,0	4	3,8
İlacı ne zaman bırakması gerektiği	36	34,0	52	49,1	16	15,1	1	0,9	1	0,9
İlaçlarla ilgili diğer uyarılar	9	8,5	40	37,7	44	41,5	11	10,4	2	1,9

Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşmasına rağmen hastalar tarafından, hastanın önceden kullandığı, başkaları tarafından önerilen, eczaneden aldığı ilaçların reçete edilmesi gibi uygun olmayan istekler ile karşılaşılabilir ve hekimlerin tedavi planlarken hastaların isteklerinden etkiledikleri bilinmektedir.^[5,17,19,20] Hekim, AİK'te en yetkin konumdaki kişidir.

Tedavi sürecinde doğru hasta-hekim ilişkisi kurulması önemlidir. Hastasını muayene edip tanısını koyan hekim, tanıdan emin ise mevcut durumun tedavi gerektirip gerektirmediğine karar verir.^[2] Bu çalışmada AH'lerin yaklaşık dörtte biri hiçbir zaman muayene etmeden ilaç reçete etmediğini ifade etmiştir. Ancak AH'lerin %13,2'si tartışma çıkmaması için bu talepleri yerine getirdiğini belirtmiştir. AİK hususunda hekimi yalnızca zorlayan bu unsurun bertaraf edilmesi, bu taleplerin azaltılması için ek stratejiler bulunması gerekmektedir. Çünkü AİK ilkelerinin gereğini yerine getirmede anahtar rolü oynayan muhataplardan biri de hastalardır.^[5]

Hekimler AİK'in gerçekleştirilmesinde birinci derecede sorumlu kişilerdir. Hekimlerin AİK'teki rolü hastanın tedavisinin düzenlenmesiyle başlar. Hekim hastasının tedavisini düzenlerken mutlaka hastasının bireysel özelliklerini dikkate alarak ilaç seçiminde bulunur.^[5] Çalışmaya katılan hekimlerin hastaların kişisel özelliklerini dikkate aldığı ancak bazı anamnez bilgilerini daha sık sorguladığı görülmüştür. Örneğin en az cinsiyet, karaciğer hastalığı ve böbrek hastalığı olup olmadığı, en sık gebelik olup olmadığını sorguladıkları görülmüştür. Hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut ölçüleri ve sosyokültürel özelliklerinin hepsi tedavi seçeneklerini etkileyebilir.^[17] Bu amaçla hastaların cinsiyeti, yaşı, kullandığı başka ilaçları, ilaç alerjisi, başka bir hastalığı olup olmadığı gibi anamnez bilgileri sorgulanması gerekir.

AİK'in önemli bileşenlerden birisi de hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılması olduğu için hasta, hekim tarafından doğru ve tam olarak bilgilendirilmelidir. Hekimle-

rin hastalara hastalıkları ve reçete ettikleri ilaçlar hakkında bilgi vermeleri tedaviye bağlılığı ve tedaviden yarar sağlamayı artıracaktır. Hastaların, tüm süreç hakkında yeterli bilgi sahibi olmaları gerekir. Hekim hastasına tedavi vermeye karar vermişse, gerekli ayrıntılarla birlikte hastaya ve yakınına anlatması, bunun için hastaya yeterli zaman ayırması gereklidir.^[5] Aksi halde hastaların akılcı olmayan ilaç kullanımı ortaya çıkacaktır.^[20,21]

Bu çalışmada hekimlerin %57,5'i hastaya verdiği bilgiyi yeterli bulduğunu belirtmiştir. Hekimlerin hastalarını en sık bilgilendirdiği konular ilacın uygulama şekli, günlük dozu ve tedavi süresi iken, en az bilgilendirdiği konular ilacın fiyatı, etki mekanizması ve yan etkileri olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmada yetersiz zaman sebebiyle hekimlerin %6,6'sı hastaya bilgi veremediğini belirtmektedir. Zaman yetersizliği olduğunu belirtmemelerine rağmen, hekimlerin %43,4'ü dışındaki hekimler, hastaya ilaç ile ilgili bilgi verdikten sonra, hastanın anlayıp anlamadığını kontrol etmediklerini belirtmişlerdir. AİK ilkelerine göre, hastaların kendilerine anlatılan tedaviyi doğru anlamaları son derece önemlidir. Hekim, hastasına verdiği bilgilerin hastası tarafından anlaşıldığından emin olmalıdır. Aksi takdirde, tedavinin başarılı olma olasılığı azalacaktır.^[9]

Sonuç ve Öneriler

Çalışma Düzce'deki Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan hekimlerde yapıldığından tüm hekim gruplarına genelleme yapılması doğru olmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; tıp fakültelerinin AİK eğitimine katkısı yeterli değildir. Örgün eğitim sırasında tıp fakültelerinin AİK eğitimine verdiği önemin artırılması gerekmektedir. Aile hekimleri reçetelemede kaynak olarak interneti kullanmaktadır. Bu nedenle hekimlerin reçeteleme konusunda internet üzerinden ulaşabileceği güvenilir kaynaklar oluşturulmalı ve hekimlere tanıtımı yapılmalıdır. Aile hekimlerinin ilaç yan etkilerini bildirmekte ve hastaları bilgilendirmekte eksiklikleri olduğu görülmektedir. Hekimlere ilaç yan etkilerinin bildiriminin önemi konusunda farkındalık oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

1. WHO. Essential medicines and health products. http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/ sayfasından 06.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
2. Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu. Akılcı İlaç Kullanımı. Neden Akılcı İlaç Kullanımı. http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81 sayfasından 06.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
3. Akıcı A. Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri ve Türkiye'deki Güncel Durum. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics 2015;3(1):1-10
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği. Aile Hekiminin Tanımı. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanim.html> sayfasından 06.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
5. Akıcı A, Kalaça S. Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. SGK Yayın No: 93. Ankara, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2013.
6. Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu. Akılcı İlaç Kullanımı. Hastane Hekim Anketi ve Değerlendirme Formu. <http://www.akilciilac.gov.tr/?cat=38> sayfasından 06.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
7. Ross S, Bond C, Rothnie H, Thomas S, Macleod MJ. What is the scale of prescribing errors committed by junior doctors? A systematic review. Br J ClinPharmacol 2008; 67: 629–40.
8. Akıcı A, Gelal A, Erenmemişoğlu A, Melli M, Babaoğlu M, Oktay Ş. Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Uygulama Sürecinde Türkiye'deki Tıp Fakültelerinde Farmakoloji Anabilim Dallarının Durumunun İncelenmesi. Tıp Eğitimi Dünyası 2011; 29: 11-20.
9. Hocoğlu N, Güven H, Gidener S ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanım Becerileri Üzerine Akılcı İlaç Kullanım Kursunun Kısa Dönem Etkileri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25(1): 15–24.
10. Akıcı A, Gören MZ, Aypak C, Terzioğlu B, Oktay S. Prescription audit adjunct to rational pharmacotherapy education improve sprescribing skills of medical students. Eur J ClinPharmacol 2005; 61: 643–50.
11. Guney Z, Uluoglu C, Yucel B, Coskun O. The impact of rational pharmacotherapy training reinforced via prescription auditon the prescribing skills of fifth-year medical students. Int J ClinPharmacolTher 2009; 47: 671-8.
12. Sılan C. Dönem IV ve V Öğrencilerine Uygulanan Akılcı İlaç Seçimi ve Kullanımı Eğitimine İlişkin 6 Yıllık Sonuçlar. 21.Ulusal Farmakoloji Kongresi, Eskişehir, 19–22 Ekim 2011; 378.
13. Akıcı A, Kalaça S, Ugurlu MU, Karaalp A, Cali S, Oktay S. Impact of a short postgraduate course in rational pharmacotherapy for general practitioners. Br J ClinPharmacol 2003; 57: 310–21.
14. Farmakovijilansın Önemi. İlaçlar Piyasaya Nasıl Çıkar? <http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/farmakovijilansin/7.pdf> sayfasından 06.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
15. <http://www.titck.gov.tr/PortalAdmin/Uploads/Titck/News/HBR-f28bca9f-18874.htm> sayfasından 06.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
16. Vançelik S, Okşan Çalikoğlu O, Güraksın A, Beyhun E. Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemsemeye Durumları. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2006;26(2):65-75.
17. Akıcı A, Ugurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sted 2002;11(7):253-7.
18. Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçimlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2010;13:1-28.
19. Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kışioğlu AM. Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. Sted 2004;13(12):451-4.
20. Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları. Dicle Med J 2011; 38 (4): 458-65.
21. Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. Bir Grup Kadının İlaç Kullanımı İle İlgili Bazı Davranışları: Akılcı mı? Cumhuriyet Tıp Derg 2011; 33(3):266-77.

Geliş tarihi: 23.11.2017

Kabul tarihi: 23.02.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.03.2018

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Muammer Yılmaz

e-posta: zerkesa@gmail.com

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi

Evaluation of the patients who apply to family medicine policlinic

Hakan Tekpınar¹, Zeynep Aşık², Mehmet Özen²

¹ SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pratisyen Dr., Antalya, Türkiye

² SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzm. Dr., Antalya, Türkiye

Özet

Amaç: Çalışmanın amacı katılımcıların kanser taramaları konusundaki bilgi, tutum ve davranış durumunu tespit etmektir.

Yöntem: Çalışmaya, aile hekimliği polikliniğine muayene amacıyla başvuran 18-69 yaş aralığında 752 kişi katıldı. Katılımcılara kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını içeren anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Ardından kanser taramaları ile ilgili, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir broşür yardımıyla, eğitim verildi ve hangi kanser taramasını yaptırmak istediği sorusu tekrar sorularak, verilen yanıtlar kaydedildi.

Bulgular: Katılımcıların kadın oranı % 58,4, erkek oranı %41,6 idi. Öğrenim durumu bakımından en yüksek katılımcı grubu %48,3 ile üniversite mezunları oluşturmaktaydı. Ailede kanser öyküsü sorgulandığında; %65'inin ailesinde kanser öyküsü yokken % 35'lik kısmının ailesinde kanser öyküsü mevcuttu. 752 kişiden 576'sı (%76,6) daha önce hiçbir kanser taraması yapmamıştı, 176'sı (%23,4) en az bir kez kanser taraması yaptırdığını bildirdi. Katılımcıların kanser taraması yaptırmak istemediği, 402 kişinin (%53,5) kanser taraması yaptırmak istemediği, 350 kişinin (%46,5) ise kanser taraması yaptırmak istediği sonucuna ulaşıldı. Katılımcıların daha önce yaptırdığını bildirdikleri kanser taramaları incelendiğinde; katılımcıların %16,4'ünün Pap-smear / HPV DNA, % 14,0'ünün mamografi, %2,0'sinin kolonoskopi, %1,6'sının gaitada gizli kan ve %0,7'sinin PSA taraması yaptırdığı saptandı.

Katılımcılara kanser taramalarıyla ilgili eğitim verilerek eğitim öncesi ve eğitim sonrası kanser taraması yaptırmak istekleri her kanser türü için karşılaştırıldığında; eğitimden önce rahim ağzı kanseri için tarama yaptırmak isteyenlerin oranı % 35,2 iken eğitimden sonra tarama yaptırmak istediği % 73,3 bulundu. Tarama yaptırmak istediği; meme kanseri için eğitimden önce % 43,4, eğitimden sonra % 50,3; akciğer kanseri için eğitimden önce % 57,2, eğitimden sonra % 49,9; kolorektal kanseri için eğitimden önce % 34,5, eğitimden sonra % 20,7; prostat kanseri için eğitimden önce % 20,9, eğitimden sonra % 10,0 bulundu.

Katılımcıların eğitim seviyesi üniversite ve üstü olanlarda kanser taraması yaptırmak istediği düşük; diğer katılımcılarda kanser taraması yaptırmak istediği yüksekti ($p=0,093$). Sağlık çalışanları ayrı tutulduğunda; diğer tüm meslek gruplarında kanser taraması yaptırmak istekleri fazlaydı ($p=0,002$). Sağlık çalışanlarının çoğu kanser taraması yaptırmayı istememişti ($p=0,044$).

Sonuç: Araştırmamızın sonuçlarına göre katılımcıların kanser taramalarıyla ilgili bilgileri yetersizdir. Katılımcıların çoğu kanser taraması yaptırmak istemekte fakat hangi kanserler için ne yapması gerektiğini bilmemektedir. Bu sebeple de tarama yaptırmamaktadır. Birinci basamak hastalarına başvurdukları sağlık kuruluşlarında kanser taramaları hakkında eğitim verilmesi, uygun eğitim materyallerinin hazırlanarak hastalara ulaştırılması, kanser taramalarının daha etkili sonuçlar vermesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, kanser taramaları, kanserler, sağlık eğitimi

Summary

Objective: The aim of this study was to determine knowledge, attitude and behaviors of cancer screening.

Methods: The participants of the study were 752 persons, aged between 18-69 years, who applied to family medicine polyclinic for examination. A survey that we developed which included knowledge, attitude and behavior towards cancer screening was applied to the participants through face-to-face interviews. After that, participants received information about cancer screening, with the help of a brochure developed by researchers, and they were evaluated by asking some questions again.

Results: The female ratio of the participants was 58.4% and the male ratio was 41.6%. The highest participant group in terms of education was university graduates with 48.3%. When family history of cancer is questioned; of the 65% didn't have a history of cancer in their families, while 35% had a family history of cancer. Of 752, 576 applicants (76.6%) has never been screened for cancer before; while of 176 (23.4%) had been screened for cancer at least once. When the participants were questioned about their will to get screened for cancer, we have reached to the conclusion that 402 people (53.5%) did not want to be screened, whereas 350 people (46.5%) wanted to be screened for cancer. Out of these participants, 16.4% participants have previously taken Pap smear / HPV-DNA, 14.0% participants have taken mammography, 2% participants have taken colonoscopy, 1.6% participants have taken the test for occult blood in stool and 0.7% participants have taken the PSA scan.

It has been found that when the participants were educated in cancer screening and their wills to get tested were compared for each type of cancer pre-education and post-education; the will to get tested for cervical cancer was 35.2% pre-education and 73.3% post-education. For breast cancer, it was 43.4% pre-education and 50.3% post-education; for lung cancer, it was 57.2% pre-education and 49.9% post-education; for colorectal cancer, it was 34.5% pre-education and 20.7% post-education; and for prostate cancer, it was 20.9% pre-education and 10% post-education.

The will to get screened for cancer was low among the participants who had an educational level of college or higher, while it was high among the other participants ($p=0.093$). When health professionals are held apart, the will to get screened for cancer is high in other occupational groups ($p=0.002$). Most of the health professionals didn't want to get screened for cancer ($p=0.044$).

Conclusion: According to the results of this study, the participants' knowledge about cancer screening is insufficient. Most of the participants want to be screened but don't know which types of cancer they should be screened for and they don't get screened for this reason. Then providing proper education to the primary care patients in the healthcare organizations they consult to, preparing proper training materials and conveying them to the patients can cause a change in behavior.

Key words: Family medicine, cancer screening, cancer, health education

Giriş

Kanser ölüme yol açan hastalıklar arasında, dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır.⁽¹⁾ Uygun kanser taramaları yapılması ve mevcut kanser hastalarını erken tanımak, mortaliteyi azaltmak adına büyük önem taşır. Birinci basamakta önerilen kanser taramaları, meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser ve risk gruplarında akciğer kanseriyken; önerilmeyen kanser taramaları over kanseri, pankreas kanseri ve testis kanseridir. Mesane kanseri, oral kanserler, prostat kanseri ve cilt kanserinin taramaları ile ilgili ise yeterli kanıt bulunmamaktadır.⁽²⁾

Ülkemizde serviks kanseri taramaları Pap-Smear ve HPV DNA ile, meme kanseri taramaları meme muayeneleri ve mamografi ile, kolorektal kanser taramaları gaitada gizli kan ve kolonoskopi ile yapılmaktadır.⁽³⁾ Ancak gerekli kanser taramalarını yaptıran nüfus oranı oldukça düşüktür. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde 18 yaş ve üstü kadınların %34,9’u hayatında en az bir kere kendi kendine meme muayenesi yapmış, 15 yaş ve üstü kadınların %19,6’sı en az bir kere mamografi çektirmiş, yine 15 yaş ve üstü kadınların %22,1’i en az bir kere Pap-smear yaptırmıştır.⁽⁴⁻⁶⁾ Bu nedenle aile hekimlerinin, hastalarını kanser taramaları hakkında bilgilendirmeleri, gereken tarama testlerini uygulamaları veya bu amaçla hastaları yönlendirmeleri önemlidir. Araştırmanın amacı da aile hekimliğine başvuran bireylerin kanser taramaları konusundaki bilgi ve davranış durumunu tespit etmek, bu doğrultuda mevcut risk faktörlerine göre, kendilerine uygun kanser taramalarını yaptırmaları konusunda önerilerde bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı özellikte, prospektif bir çalışmaydı. Araştırmada örneklem büyüklüğü seçilmeyip üç aylık periyotta başvuran 752 kişi araştırmaya dâhil edildi.

Çalışmaya dâhil etme kriterleri; SBÜ Antalya EAH Aile Hekimliği polikliniklerine Haziran 2016 - Ağustos 2016 tarihleri arasında genel nedenlerle başvurmuş olma, 18-70 yaş aralığında olma, soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterlilikte olma, ça-

lışmaya katılmayı kabul etmeydi. Katılımcılardan yazılı onay alındı; yüz yüze görüşme ile araştırma için geliştirilen 25 soru yöneltildi ve yanıtları kaydedildi. Anket formuyla katılımcılara sosyo-demografik özellikleri, sağlık özgeçmişleri, kansere yönelik özgeçmiş ve soy geçmiş bilgileri, kanser taramaları hakkında ne düşündüğü, önceden hangi kanser taramalarını yaptırdığı, hangi taramaları yaptırmak istediği ve hangilerini yaptırmak istemediği soruldu.

Anketin uygulanmasını takiben katılımcılar, kanser taramaları hakkında araştırmacılarca geliştirilen bir eğitim broşürü yardımıyla bilgilendirildi. Eğitim broşürü Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu önerilerince⁽²⁾ halka yönelik olarak geliştirilen, tek sayfadan oluşan, hangi kanser taramalarının yapılabildiğini, hangilerinin yapılamadığını, hangi taramaların kimlere uygun olduğunu açıklayan bilgiler içeren nitelikteydi.

Bilgilendirme sonrası katılımcılara hangi taramaları yaptırmak istedikleri tekrar sorularak yanıtları kaydedildi. Bu yolla sağlık eğitimi yapılarak ve farkındalık değişimi olup olmadığı gözlenmeye çalışıldı. Araştırmada katılımcılardan sözlü ve yazılı izin; SBÜ Antalya EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 30.06.2016 tarih ve 12/18 karar no ile etik kurul onayı alındı.

Verilerin analizinde SPSS 18.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile belirtildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde ise Fisher’in Exact Testi ve Pearson ki-kare testi, bağımlı verilerin analizinde Mc Nemar testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya 18-69 yaş aralığında 752 kişi katıldı. Yaş ortalaması $35,44 \pm 13,58$ ’di. Katılımcıların 489’unun (%65,0) kanser aile öyküsü yokken, 263 katılımcının (%35,0) kanser aile öyküsü vardı. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı **Tablo 1**’de verilmiştir.

Çalışmamıza katılan 752 kişiden 529’unun (%70,3) bilinen bir kronik hastalığı yokken, 223

(%29,7) katılımcının en az bir kronik hastalığı bulunmaktaydı. En sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla diabetes mellitus, koroner kalp hastalığı, gastrit, hipertansiyon, hiperlipidemi ve malignitelerdi.

Katılımcıların beslenme, fiziksel egzersiz ve alışkanlıklarını katılımcılara sorarak değerlendirdiğimizde katılımcıların %79,8'i (n=600) düzenli beslendiğini, %52,0'si (n=391) düzenli şekilde

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı

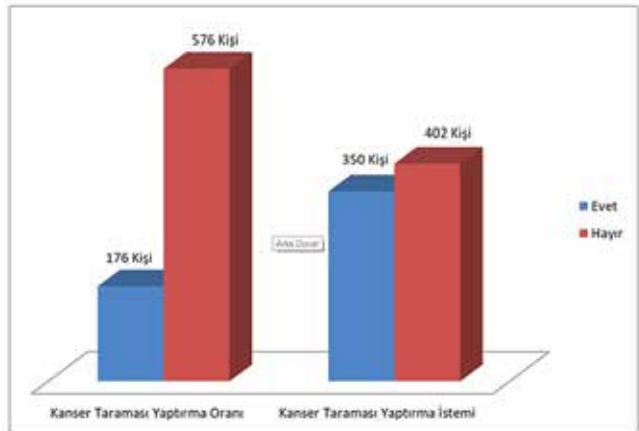
		Sayı	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	439	58,4	
	Erkek	313	41,6	
Medeni Hal	Bekar	352	46,8	
	Evlü	366	48,7	
	Ayrılmış	34	4,5	
Öğrenim Durumu	Okuryazar Değil	8	1,1	
	Okuryazar	4	0,5	
	İlköğretim	165	21,9	
	Lise	184	24,5	
	Üniversite	363	48,3	
	Yüksek lisans	28	3,7	
Meslek	Çalışmıyor	68	9,0	
	Ev hanımı	91	12,1	
	İşçi	180	23,9	
	Memur	127	16,9	
	Sağlık çalışanı	67	8,9	
	Emekli	51	6,8	
	Öğrenci	112	14,9	
	Özel Sektör	33	4,4	
	Serbest	10	1,3	
	Diğer	13	1,7	
	Sosyal Güvence	Yok	71	9,5
		Var	679	90,4
İkamet	Kentsel Yerleşim	702	93,4	
	Kırsal Yerleşim	49	6,5	
	Bilinmeyen	1	0,1	

fiziksel egzersiz yaptığını belirtmişti. Ancak bu konudaki veriler katılımcı beyanı niteliğindedir. Düzenli beslendiğini ve/veya egzersiz yaptığını söyleyen katılımcılara bu değişkenlerin niceliğiyle ilgili bir soru yöneltildi. Katılımcıların %58,7'si (n=441) sigara kullanmakta, %27,3'ü (n=205) alkol kullanmaktaydı.

Katılımcıların kanser taraması yaptırmaları ve kanser taraması yaptırmaları istekleri karşılaştırıldı. (Şekil-1) Kanser taraması yaptırmak isteyen katılımcıların çoğunun hiç kanser taraması yaptırmamış olması dikkat çekiciydi (p=0,02).

Araştırmada 752 katılımcıdan 576'sı (%76,6) daha önce hiçbir kanser taraması yaptırmadığını, 176'sı (%23,4) en az bir kez kanser taraması yaptırdığını bildirdi. Cinsiyete göre; 439 kadından 278'i (%63,3) daha önce hiçbir kanser taraması yaptırmamıştı; en az bir tarama testi yaptıran kadınların sayısı 161 (%36,7) idi. Erkeklerde ise 313 kişiden 299'u (%95,5) hiç kanser taraması yaptırmamışken yalnızca 14'ü (%4,5) en az bir test yaptırmıştı. Cinsiyete göre kanser tarama testi yaptırmaları oranı kadınlarda belirgin olarak yüksekti (p<0,001).

Kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları değerlendirmek amacıyla katılımcılar aile öyküsünde kanser olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak incelendi. Ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan kişilerin kanser taraması yaptırmaları istekleri karşılaştırıldığında ailesinde kanser bulunanların %94,3'ünün, bulunmayanların %93,9'unun kanser taraması yaptırmak istediği görüldü (p=0.807).



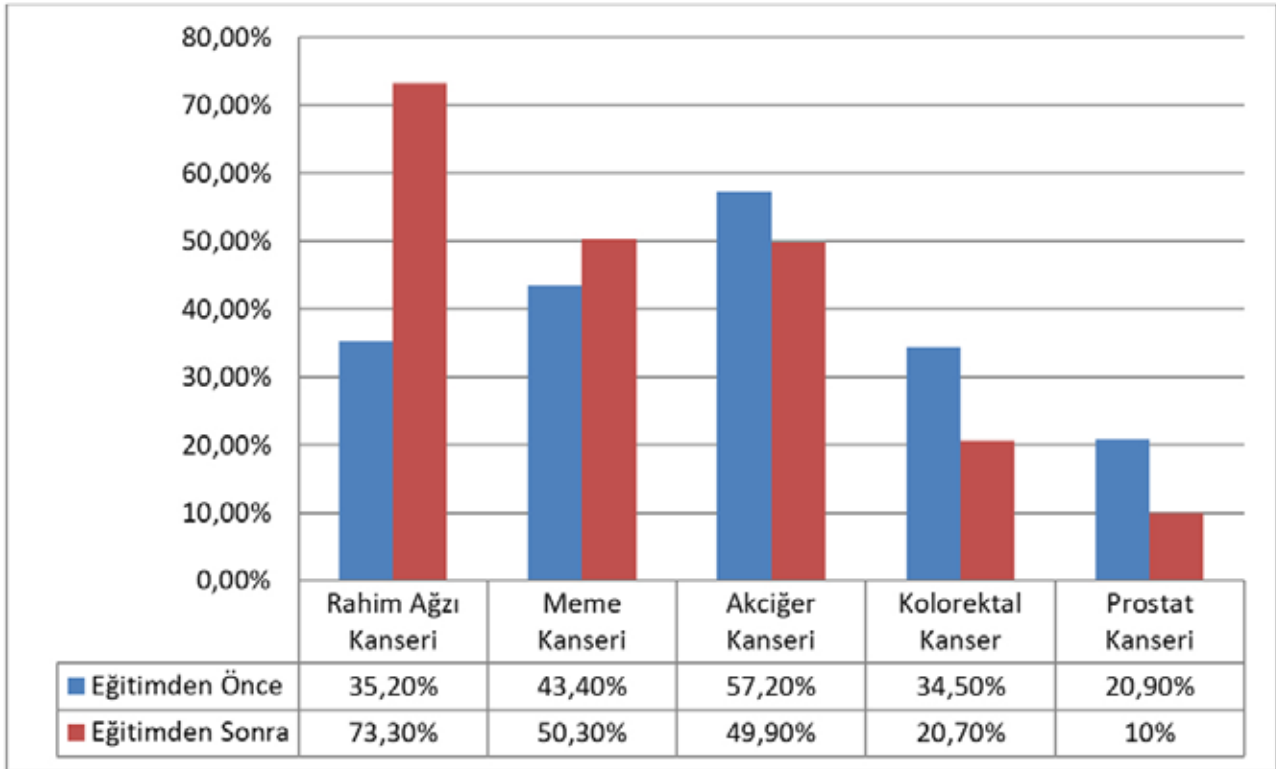
Şekil 1. Kanser Taraması Yapılma Oranı ve Kanser Taraması Yapılma İstemi Dağılımı

Kanser taraması yaptıran katılımcılar; yaş, obezite ve aile öyküsüne göre değerlendirildi. Buna göre yaş, vücut kitle indeksi ve aile öyküsü oranları arttıkça kanser taraması yaptırma durumu istatistiksel olarak anlamlı derece fazla bulundu ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Katılımcıların eğitim durumlarına göre kanser taramalarını yaptırma istekleri araştırıldı. Eğitim seviyesi üniversite ve üstü olan kişilerde kanser taraması yaptırma isteği düşük; diğer katılımcıların kanser taraması yaptırma isteği fazla bulundu ($p=0,093$). Katılımcıların meslek gruplarına göre kanser taraması yaptırma istekleri araştırıldı. Sağlık çalışanları ayrı tutulduğunda; diğer tüm meslek gruplarında kanser taraması yaptırma istekleri fazlaydı ($p=0,002$).

Araştırmamızda önce katılımcılara kanser ile ilgili anket soruları yöneltildi. Ardından kanser taramaları ile ilgili kısa bir eğitim verildi ve hangi kanser taramalarını yaptırmak istedikleri tekrar sorularak kaydedildi. Buna göre, katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası kanser tarama istekleri dağılımı **Şekil 2**'deki gibidir.

Katılımcılara kanser taraması eğitimi verdikten sonra rahim ağzı kanseri ($p=0,04$) ve meme kanseri ($p=0,065$) taraması yaptırmak isteyenler artarken; diğer kanser taramalarını yaptırmak isteyenler ise azalmıştı. Katılımcıların yaş gruplarına göre daha önceden hangi kanser taramalarını yaptırmış oldukları değerlendirildi. Buna göre 50 yaş ve üstü grupta herhangi bir tarama yaptırmış olma durumu ve yaptırılan tarama testlerinin tümünde daha yüksek oranlar saptandı. Aradaki fark tüm tarama testleri için istatistiksel olarak da anlamlıydı (**Tablo 2**).

Katılımcıların eğitim verilmeden önce ve eğitim verildikten sonra yaş gruplarına göre kanser taraması yaptırma isteği karşılaştırıldı. Buna göre eğitim öncesi çoğunlukla yaş farkı gözetmeksizin rahim ağzı kanseri taraması, meme kanseri taraması, kolon ve prostat kanseri taraması istenmemekteydi. Çoğu katılımcı sadece akciğer kanseri taraması yaptırmak istemekteydi. Eğitimden sonra ise katılımcıların kanser taraması yaptırma isteklerinde farklılıklar dikkat çekmekteydi. Yaş farkı gözetmeksizin rahim ağzı kanseri ve meme kanseri taraması



Şekil 2. Katılımcılara kanser taramaları ile ilgili eğitim verilmeden önce ve eğitim verildikten sonraki kanser taraması yaptırmak isteklerinin dağılımı

yaptırmak isteyenler artarken prostat kanseri taraması yaptırmak isteyenler azaldı. Benzer şekilde 50 yaş altı grupta akciğer kanseri ve kolorektal kanser taraması yaptırmak isteyenler azaldı. Ancak 50 yaş ve üstü grupta akciğer kanseri ve kolorektal kanser taraması yaptırmak isteyenlerin sayısı arttı. Sonuçlar **Tablo 3**'de özetlenmiştir.

Tartışma

Araştırmamızda katılımcılardan kanser taraması yaptıranların çoğu kadın, 50 yaş üzerinde, kentte yaşayan, obezitesi olan ve ailesinde kanser öyküsü bulunan kişilerdi. Bu durum bu kişilerin toplum geneline kıyasla kendilerini daha fazla risk altında görmeleriyle ve kanser taramaları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarıyla açıklanabilir. İzmir'de "Kanser İnsidansı ve Veri Toplama Projesi" dahilinde 34.134 kanser olgusu değerlendirilmiş; bu çalışmada da özellikle şehir merkezinde yaşayan kadın hastaların kanser taramalarını daha düzenli yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır.⁽⁷⁾ Yine Robsham ve arkadaşları, 589.521 meme kanserli kadının sosyodemografik özelliklerini incelediklerinde kentte yaşayan kadınların sağ kalım oranlarının kırsal böl-

gede yaşayanlara göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.⁽⁸⁾

Araştırmamızda katılımcıların çoğunun kanser taraması yaptırmadıkları fakat kanser taraması yapma isteklerinin olduğu sonucuna ulaşıldı. Kanser taraması yaptırmak isteyenlerin sayısı (n=350); kanser taraması yaptırmış olan katılımcı sayısının (n=175) tam iki katıydı. Bu durum katılımcıların kanser taramalarını nasıl ve nerede yaptırmaları gerektiğini bilmemeleriyle, farkındalıklarının olmamasıyla, özellikle genç hastalarda yaşa bağlı durumun ciddiyetinin algılanamamasıyla, kanser taraması yaptırmaktan korkmalarıyla, herhangi bir hekim tarafından bilgilendirilmemiş olmasıyla veya bu testleri gerekli görmemeleriyle açıklanabilir.

Araştırmamızda kadın katılımcıların %23,91'i (n=105) en az bir kere mamografi ile meme kanseri taraması yaptırmıştı. Meme kanseri taraması yaptırmak isteyenler birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlar, sigara kullananlar, alkol kullananlar, beden kitle indeksi 30'dan fazla olanlar ve 50 yaşından büyükler arasında daha yüksek oranda bulunmuştu. Kanser taramaları ko-

Tablo 2. Katılımcıların yaş grubuna göre daha önceden yaptırdıkları kanser taramalarının dağılımı

Tarama Türü		50 yaş altı		50 yaş üstü		p
		Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	
Genel kanser taraması	Hayır	511	82,3	66	50,4	<0,001
	Evet	110	17,7	65	49,6	
Mamografi	Hayır	517	91,1	73	61,8	<0,001
	Evet	104	8,9	58	38,2	
Pap-smear	Hayır	586	86,5	100	70,2	<0,001
	Evet	35	13,5	31	29,8	
Kolonoskopi	Hayır	613	98,9	124	94,7	0,001
	Evet	8	1,1	7	5,3	
Gaitada gizli kan	Hayır	614	98,9	126	96,2	0,026
	Evet	7	1,1	5	3,8	
PSA	Hayır	618	99,5	128	97,7	0,035
	Evet	3	0,5	3	2,3	

nusunda ülkemizde kadınlar arasında yapılan bir çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %44,1'i hiç mamografi yaptırmamış, %44,1'i hiç Pap-smear testi yaptırmamış ve %90,1'i hiç kolonoskopi yaptırmamıştır.⁽⁹⁾ İstanbul'da 908 kadınla yapılan; topluma dayalı, kesitsel bir araştırmada katılımcıların % 49,1'inin son 2 yıl içinde mamografi yaptırdıkları görülmüştür. Mamografi bilgisini doktordan alanlar, düzenli fiziksel egzersiz yapanlar, çevresinde meme kanserli birey bulunanlar, daha üst sosyoeko-

nomik sınıfta bulunanlar ve 50-59 yaş aralığında bulunanlar daha fazla mamografi yaptırmakta olduğu belirlenmiştir.⁽¹⁰⁾

Araştırmamıza katılan kadınların %28,01'i (n=123) Pap-smear veya HPV DNA ile serviks kanseri taraması yaptırmıştı. Ayrıca serviks kanseri taraması yaptırmak isteyenlerin eğitimden önce oranı %35,2 iken eğitimden sonra bu oran %73,3 bulunmuştu. Sağlık eğitimi, aile öyküsü, sigara ve/veya alkol kullanımı, obezite ve ilerleyen yaş serviks

Tablo 3. Eğitimden önce ve eğitimden sonra yaşa göre kanser taraması yaptırmak isteyenlerin dağılımı

Kanser türleri		Yaş		p
		50 yaş altı	50 yaş ve üstü	
		Oran (%)	Oran (%)	
Eğitimden önce yaşa göre kanser taraması yaptırmak isteyenlerin dağılımı				
Rahim ağzı kanseri	Tarama istemiyor	65,1	63,4	0,712
	Tarama istiyor	34,9	36,6	
Meme kanseri	Tarama istemiyor	55,7	61,1	0,261
	Tarama istiyor	44,3	38,9	
Akciğer kanseri	Tarama istemiyor	41,7	48,1	0,18
	Tarama istiyor	58,3	51,9	
Kolorektal kanser	Tarama istemiyor	66,7	59,5	0,119
	Tarama istiyor	33,3	40,5	
Prostat kanseri	Tarama istemiyor	78,7	80,9	0,578
	Tarama istiyor	21,3	19,1	
Eğitimden sonra yaşa göre kanser taraması yaptırmak isteyenlerin dağılımı				
Rahim ağzı kanseri	Tarama istemiyor	27,2	24,4	0,513
	Tarama istiyor	72,8	5,6	
Meme kanseri	Tarama istemiyor	51,7	40,5	0,019
	Tarama istiyor	48,3	59,5	
Akciğer kanseri	Tarama istemiyor	53,0	36,6	0,001
	Tarama istiyor	47,0	63,4	
Kolorektal kanser	Tarama istemiyor	92,6	16,0	0,000
	Tarama istiyor	7,4	84,0	
Prostat kanseri	Tarama istemiyor	94,4	69,5	0,000
	Tarama istiyor	5,6	0,5	

kanseri taraması yaptırmayı istediğini arttırmıştı. Kadın hekimlerin serviks kanseri risk faktörleri ve korunma yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla yapılan bir çalışmada serviks kanser taraması yaptırmayı isteyenlerin oranları araştırmamıza yakındır. Bu çalışmada katılımcıların %99,3'ünün serviks kanserine HPV'nin neden olduğunu, %97,9'unun da ilk cinsel deneyim yaşının erken olmasının serviks kanseri riskini artırdığını bildikleri; %49,6'sının daha önce hiç Pap-smear testi yaptırmadığı, %29,8'inin düzensiz ve %20,6'sının düzenli olarak Pap-smear testi yaptırdığı saptanmıştır.⁽¹¹⁾

İzmir'de bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yapılan ve 25-61 yaş arası 92 kadının katıldığı, serviks kanseri risk faktörleri ve taramaları ile ilgili bilgi düzeyini ve tutumunu saptamak üzere yapılan başka bir araştırmada kadınların %68,5'inin serviks kanseri taraması yaptırdığı bulunmuştur.⁽¹²⁾ Bu araştırmadaki tarama oranının yüksekliği araştırmanın kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yapılmış olmasıyla açıklanabilir.

ABD'de 2012 yılında 143.460 yeni kolorektal kanser vakası tanı almış; yine aynı yılda 51.690 kolorektal kanser hastası hayatını kaybetmiştir. Bunun yanında 50-75 yaş arası kişilerden gaitada gizli kan, sigmoidoskopi veya kolonoskopi ile kolon kanseri taraması yaptıranların oranı %65 şeklindedir.⁽¹³⁾ Araştırmamızda kolorektal kanser taraması yaptıranların ve yaptırmak isteyenlerin oranı da ABD'ye kıyasla hayli düşüktür. Katılımcıların %1,99'u (n=15) kolonoskopi ile; %1,59'u (n=5) gaitada gizli kan testi ile kolorektal kanser taraması yaptırmıştır. Kolorektal kanser taraması yaptırmak isteyenler ise sağlık eğitimi verilmeden önce % 34,5 iken eğitimden sonra % 20,7'ye gerilemiştir. Bu durum Amerika'da özel sağlık sigortalarının yaptırmaya gücünün Türkiye'de aynı oranda hissedilmemesi ve testlerin invazivliği ile açıklanabilir.

Özellikle kanserler konusunda sağlık eğitiminin sağlık profesyonellerince verilmesi davranış değişikliği sağlanabilmesi açısından önemlidir. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin %40'ının meme kanseri konusunda okuldan aldıkları bilgi ile davranışlarını değiştirdiği tespit edilmiştir.⁽¹⁴⁾ Güney Afrika'da 30 yaş ve üzerindeki 1.546 kadın ile yapılan

araştırmada katılımcıların %62'sinin servikal kanserler konusunda yeterli bilgisinin olmadığı; bilgi sahibi olanların da sadece %51'inin sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği sonucuna ulaşılmıştır.⁽¹⁵⁾ Araştırmamızda yaptığımız kısa bilgilendirmeden sonra serviks ve meme kanseri taraması yaptırmak isteyenlerin oranı artarken akciğer, kolorektal kanser ve prostat kanseri taraması yaptırmak isteyenler sayıca azalmıştır. Eğitimle serviks ve meme kanserinin erken tanısının taramalarla yapılabileceğinin öğrenilmesi tarama isteğinin artış nedeni olabilir. Bunun yanında akciğer kanseri taramalarının ülkemizde rutin olarak yapılmadığının; kolorektal kanser ve prostat kanseri taramalarının her yaş grubunda uygun olmadığı, kanda bakılan değerler ile bu taramaların yapılmadığının öğrenilmesi tarama isteğinin azalmasını açıklayabilir.

Araştırmamızda katılımcıların hangi kanser taramalarını yaptırdığı ve yaptırmak istediği araştırıldı; eğitimle oluşabilecek farklılıklar gözlenmeye çalışıldı. Ancak araştırmada katılımcılara bu davranışlarının nedenleri sorulmamış; nedensellik değerlendirilmemiştir. Bu durum araştırmanın kısıtlılığıdır.

Sonuç

Araştırmaya katılan hastaların kanser taramaları konusundaki bilgi düzeyleri oldukça düşüktü. Katılımcıların çoğu kanser taraması yaptırmak istemekte fakat hangi kanserler için ne yaptırmayı gerektiğini bilmemekteydi.

Sağlık eğitimi toplumda hastalıklara karşı farkındalık kazandırmak adına önemlidir. Toplumda sık görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek olan ve tarama yapılabilen kanser gibi hastalıklarda sağlık eğitimi çok daha önemli bir hal alır. Bu çalışmanın sonucunda kanser risk etmenleri, belirtileri, korunma, erken tanı ve tarama konularında sağlık eğitimi yapılarak katılımcıların kansere karşı farkındalıkları artırıldı ve hastaların doğru eğitim verildiğinde tarama yaptırmaya konusunda fikirlerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde değiştiği tespit edildi. O halde birinci basamakta uygun sağlık eğitimlerinin verilmesi, uygun eğitim materyallerinin hazırlanarak hastalara ulaştırılması hastaların farkındalığını artırarak, kanser taramalarına yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Kaynaklar

1. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 1980-2013. http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf adresinden 12/10/2016 tarihinde erişilmiştir.
2. Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Search> adresinden 24/03/2016 tarihinde erişilmiştir.
3. World Health Organization. Cancer Country Profiles, 2014; Turkey. http://www.who.int/cancer/country-profiles/tur_en.pdf adresinden 04/04/2016 tarihinde erişilmiştir.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/440> adresinden 12/02/2017 tarihinde erişilmiştir.
5. TÜİK. Sağlık Araştırması 2012. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223 adresinden 15/12/2016 tarihinde erişilmiştir.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1 adresinden 10/12/2016 tarihinde erişilmiştir.
7. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özşaran S. Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 Olgunun değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2007;22(1):22-28.
8. Robsahm TE, Tretli S. Weak associations between sociodemographic factors and breast cancer: possible effects of early detection. Eur J CancerPrev 2005; 14(1): 7-12.
9. Açıkgöz A, Çehrelî R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi Ve Tutumları İle Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 25(3): 145-54.
10. Özyayın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir'de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5(4): 214-24.
11. Nur Eke R, Atsız Sezik H, Özen M. Serviks kanseri; kadın hekimler yeterince farkında mı? Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2016; 26(1): 53-7.
12. Uysal A, Birsal A. Knowledge about Cervical Cancer Risk factors and Screening Behaviour in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2009; 10: 345-50.
13. Hannon PA, Maxwell AE, Cam Escoffery C, Vu T, Kohn M, Leeman J, Carvalho ML, Pfeiffer DJ, Dwyer A, Fernandez ME, Vernon SW, Liang L, DeGross A. Colorectal Cancer Control Program Grantees' Use of Evidence-Based Interventions. Am J Prev Med. 2013; 45(5): 644-8.
14. Aslan A, Temiz M, Yiğit Y, Can R, Canbolant E, Yiğit F. Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(3): 193-8.
15. Ramathuba DU, Ngambi D, Khoza LB, Ramakuela NJ. Knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer prevention at Thulamela Municipality of Vhembe District in Limpopo Province. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine. 2016; 8(2):1-7.

Geliş tarihi: 13.11.2017

Kabul tarihi: 04.03.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.03.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Uzm. Dr. Zeynep Aşık

e-posta: zynpask@gmail.com

Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit (PFAPA) sendromu: Bir olgu sunumu

Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis (PFAPA) syndrome: A case report

Ruhuşen Kutlu¹, Cennet Büyükyörük²

Özet

Çocuklarda tekrarlayan veya periyodik ateş şikayetlerine daha sık rastlanmaktadır. PFAPA sendromu, etiyojisi bilinmeyen, ani başlayan yüksek ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal lenfadenopati ile seyreden ve tekrarlayıcı özellik gösteren çocukluk çağındaki periyodik ateşin yaygın bir nedenidir. Genellikle 5 yaşından küçük çocuklarda ve erkeklerde daha sık görülen bu sendrom selim seyirlidir, uzun dönemde sekel bırakmaz. Klinik tablo oldukça iyi tanımlanmasına rağmen hastalığa özgü laboratuvar bulgularının olmaması tanıyı güçleştirmektedir. Hastalar gereksiz yere antibiyotik tedavisi almaktadırlar. Tedavide tek doz steroid ve bazı vakalarda tonsillektomi uygulanmaktadır. Genellikle PFAPA sendromu ergenlik döneminde düzeler, ancak bu durumun yetişkinliğe kadar devam edeceğine dair kanıtlar artmaktadır. Burada, aile hekimliği polikliniğimize tekrarlayan yüksek ateş, tonsillit ve aftöz stomatit şikayeti ile başvuran 4 yaşında bir erkek çocuk olgusu sunuldu. Bu makalede PFAPA sendromu ile ilgili bilgiler gözden geçirilmiş ve birinci basamakta tanı koymannın önemi vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit, PFAPA sendromu.

Summary

In children, recurrent or periodic fever complaints are more common. PFAPA syndrome is a common cause of periodic fever in childhood with recurrent episodes of sudden onset fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical lymphadenopathy with unknown etiology. This syndrome, which usually observes under 5 years of age and common in boys, has a benign course and with no long-term sequelae. Although clinical findings are clear enough, as there is no specific test for these diseases, it is sometimes hard to diagnose. Patients are taking antibiotic treatment unnecessarily. Treatment options; steroid therapy and sometimes tonsillectomy. PFAPA syndrome usually resolves during adolescence, but evidence suggests that this can continue until adulthood. Here, we reported a 4-years old boy who was admitted to our family medicine clinic for recurrent high fever, tonsillitis and aphthous stomatitis. In this article, we reviewed PFAPA syndrome and emphasized the importance of its diagnosis in the primary care.

Key words: Child, periodic fever, pharyngitis, aphthous stomatitis, PFAPA Syndrome.

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Konya, Türkiye
² Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzm. Dr., Konya, Türkiye

Giriş

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapılmaksızın her hastaya hizmet verilmektedir. Çocuklar bu kapsamda önemli bir yer tutar.⁽¹⁾ Ateş, çocuklarda sık görülen ve öncelikle enfeksiyonu akla getiren semptomlardan biridir. Özellikle enfeksiyon hastalıklarına yatkın olan küçük çocuklarda tekrarlayan ateş atakları görülebilir. Buna karşın enfeksiyon dışı nedenlerle oluşan ve tekrarlayan ateş atakları ile seyreden bazı ender hastalıklar da tanımlanmıştır.^(2,3) Tekrarlayan ateş atakları olan bir çocukla karşılaşan hekimlerin bu hastalıklara özgü bazı ipuçlarından yararlanarak tanı koymaları mümkündür.⁽⁴⁾

Periyodik yüksek ateş (38-41°C), aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit bulgularıyla seyreden PFAPA sendromu çocukluk çağındaki periyodik ateşin en yaygın nedenlerinden biridir.⁽⁵⁾ PFAPA sendromu, ilk olarak 1987’de Marshall ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Genellikle 3-8 haftada bir düzenli aralıklarla tekrarlayan 3-6 gün süren ateş atakları ile karakterizedir. Üç ana semptomdan biri “aftöz sto-matit, servikal adenit ve farenjit” görülebilir. Bu bulgulara ek olarak nadiren kırgınlık, baş ağrısı, eklem ağrısı, karın ağrısı, kusma ve hepatosplenomegali de bildirilmektedir.^(6,7)

Bu sendromun etyolojisi tam olarak bilinmemektedir ve kesin bir tanı testi yoktur. Tanı klinik öykü ve fizik muayene bulguları ile konulduğu için birçok hastanın tanısı gecikmektedir.⁽⁵⁾ Çoğu doktor, tekrarlayan farenjitte ve stomatit tedavisinde PFAPA sendromundan şüphelenmez. Bu nedenle bu hastalara teşhis geç konur ve gereksiz antibiyotik veya antiviral tedavi verilir. Çocuklarda nedeni bilinmeyen ateşin ayırıcı tanısında Ailesel Akdeniz Ateşi, hiper IgD sendromu, sistemik başlangıçlı juvenil romatoidartrit, Behçet hastalığı, siklik nötropeni gibi periyodik ateş sendromları göz önüne alınmalıdır. Ateş ataklarının genellikle düzenli görülmesi nedeniyle, çoğu zaman aile bir sonraki atağın ne zaman ortaya çıkacağını tahmin edebilir.⁽⁸⁾ PFAPA sendromunun tedavisi hala kesin olarak bilinmemektedir. Bununla beraber glukokortikoidler semptomların kontrolünde oldukça etkilidir. Bazı vakalarda ise tonsillektomi yapılmaktadır.⁽⁹⁾

Olgu Sunumu

Dört yaşında erkek hasta beş gündür devam eden yüksek ateş, boğaz ağrısı ve boyunda şişlik şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Dört gün önce bu şikâyetlerle başvurduğu bir sağlık merkezinde akut tonsillit tanısıyla antibiyotik tedavisi ve ateş düşürücü tedavi başlanmış. Bu tedaviyi kullanmasına rağmen bu süre içinde ateşi düşmemiş ve şikâyetleri gerilememiş. Hastanın anamnezinden son iki üç yıldır devam eden 3-4 hafta ara ile tekrarlayan son üç ayda ise atak sıklığı artan; boğaz ağrısı, boğazda şişlik ve 40°C’ye kadar yükselen ateş öyküsü olup, ateşinin ateş düşürücü ile düştüğü, ancak 3-4 saat sonra tekrar yükseldiği öğrenildi. Bu şikâyetlerine ek olarak baş ağrısı, eklem ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikâyetleri de mevcut idi. Ayrıca hastanın şikâyetlerinin antibiyotik kullansa da kullanmasa da 5-6 gün sonrasında düzeldiği belirtildi.

Hastamızın soygeçmişini sorguladığımızda babasında yedi yaşına kadar tekrarlayan ateş, farenjit öyküsü mevcut idi. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, boyu 113 cm (75-90 p), vücut ağırlığı 19 kg (75-90 p), vücut sıcaklığı 39.8°C, nabızı 100/dk, TA 100/60 mmHg idi. Tonsilleri bilateral hiperemik ve hipertrofik, üzeri kirli-beyaz eksudatif membranla kaplıydı. Ön servikal zincirde bilateral, mobil, en büyüğü 1x1 cm çok sayıda lenfadenopati, ağız içinde aftöz stomatit mevcuttu. Hepatosplenomegalisi olmayan hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hastanın laboratuvar incelemesinde; beyaz küre: 21.200/mm³, hemoglobin: 11.7 g/dl, hematokrit: % 34.6, trombosit sayısı: 300.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 31 mm/saat, C reaktif protein: 128.15 mg/L bulundu. Periferik yaymasında % 76.9 PNL ve % 14.2 lenfosit görüldü, toksik granülasyon ve sola kayma negatif olarak saptandı. Serum fibrinojen düzeyi 574 mg/dl idi. Serum biyokimyasal değerleri ve tam idrar incelemesi normal sınırlarda idi. PA akciğer grafisinde anormal bir bulguya rastlanmadı.

Son 4 gündür geniş spektrumlu antibiyotik alınmasına rağmen yüksek ateşi düşmeyen ve genel durumu düzelmeyen hastada viral enfeksiyon veya periyodik ateş sendromu olabileceği düşünülerek

antibiyotik tedavisi kesildi. Kontrolde idrar, kan ve boğaz kültürlerinde üreme saptanmayan hastanın bir gün sonra yüksek ateşi kendiliğinden düştü. Birkaç gün sonraki muayenesinde ise bilateral tonsil dokusu doğal ve boyundaki lenfadenopatileri oldukça küçülmüştü. Hastanın atak esnasında alınan serolojik incelemesinde EBV, CMV, HSV, Toksoplazma IgM ve IgG'ler negatif olarak sonuçlandı. İmmün yetmezlik açısından bakılan serum IgA, IgM, IgG, IgD yaşına göre normal sınırlar içindeydi ve BCG skarı mevcuttu. Kollajen-vasküler hastalıklar açısından bakılan ANA, anti-ds DNA, anti-nötrofil sitoplazmik antijen (ANCA) ve romatoid faktör normal sınırlarda bulundu. FMF DNA analizinde mutasyon saptanmadı.

Hasta üç hafta sonra aynı klinik tabloyla tekrar başvurdu. Boğaz kültüründe normal boğaz florası üreyen ve ateşi 40°C olan hastaya PFAPA sendromu tanısıyla tek doz oral prednizolon (1mg/kg) verildi. Hastanın dört saat içinde ateşinin düştüğü ve tekrar yükselmediği gözlemlendi. Bir gün sonra klinik durumu tamamen düzeldi.

Tartışma

Nedeni belli olmayan ve tekrarlayan ateş ataklarıyla başvuran çocuklarda etnik köken, aile hikâyesi, eşlik eden semptomlar ve basit laboratuvar testlerinden elde edilen verilerle tanı konabilir.^(4,10) Ateşi açıklayacak bir hastalığın saptanamaması kaydıyla, altı ay içinde atak aralarının en az 7 gün olduğu üç veya daha fazla kez 38.4°C'den yüksek ateş ataklarının olması tekrarlayan ateş olarak tanımlanmaktadır.⁽⁹⁾ Tekrarlayan ateşi olan hastalarda öncelikle ateş ataklarının düzenli veya düzensiz aralıklarla olup olmadığının belirlenmesi tanıda kolaylık sağlayabilir.⁽²⁾

PFAPA sendromu batı ülkelerinde çocuklarda en sık görülen otoenflamatuvar sendromdur. Güçlü ailesel kümeleşmesine rağmen, genetik temeli ve kalıtım paterni halen bilinmemektedir. Silvio Alesandro ve ark.'nın 14 aileden 68 kişiye yaptıkları kapsamlı genetik çalışmada belli bir monogenetik aktarım tespit edilememiştir.⁽¹¹⁾ Manthiram ve ark.'nın 2016 yılında seksen PFAPA indeks olgusu ve 80 kontrol grubunda yaptıkları bir çalışmada olguların bir kısmının ailesel olduğu ve bunun da

kalıtsal bir bozukluğa ve/veya paylaşılan çevresel etkenlerin sonucunda olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada PFAPA'lı hastaların birinci derece akrabalarında (ana-babalar ve kardeşler), kontrol grubunun yakınlarına göre tekrarlayan farenjit ve aftöz stomatit prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu hastaların ve yakınlarının genetik ve inflamatuvar profillerinin daha fazla karakteri-ze edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.⁽⁵⁾

Cheung ve ark.'nın 2017 de yaptığı çalışmada, 82 akraba olmayan PFAPA hastası için yeni nesil sıralama ya-pılmış ve CARD8 geninde (CARD8-FS) çerçeve kayması varyantı tespit edilmiştir. Bu çalışmada, PFAPA CARD8-FS taşıyıcılarını sağlıklı bir nüfus grubu ile karşılaştırmışlar ve CARD8-FS polimorfizmi ile PFAPA sendromu riski arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Sonuç olarak bu çalışmada, mutant CARD8 proteininin, NLRP3'ün NOD alanı ile etkileşim yeteneğini kaybettiğini ve bu bozulmanın hastalardaki otoenflamasyondan sorumlu olduğu belirtilmiştir.

Hastalık genellikle 5 yaşından önce başlamakta ve ortalama tanı alma yaşı 2,8'dir. Ataklar arasında çocuklar tamamen normaldir. Büyüme gelişme etkilenmez.⁽¹²⁾ Hastalığa özgü belirli laboratuvar parametreleri bulunmamaktadır. Atak sırasında hafif artmış lökosit sayısı ve ESH mevcut iken, ataklar arasında normale dönmektedirler.⁽⁵⁾ Yapılan boğaz kültürlerinde normal boğaz florası tespit edilmektedir. Tekrarlayan ateş atakları yıllarca sürebilir, ancak çocuk büyüdükçe bu atakların arası açılmaktadır.^(4,5) PFAPA hastasının tekrarlayan ateş dışında şikâyeti

Tablo 1. PFAPA sendromu için kullanılan tanı kriterleri:

1. Periyodik ateş şikayetinin 5 yaşından önce başlaması, (ortalama 4±3 yaş)
2. Olgunun ataklar arasında normal olması
3. Siklik nötropeni ve enfeksiyon parametrelerinin dışlanması
4. Üst solunum yolları enfeksiyonu yokluğunda; aftöz stomatit, servikal lenfadenit ya da farenjit varlığı
5. Büyüme gelişmenin normal olması
6. Kortikosteroidlere dramatik cevap

azdır ve günümüze kadar uzun dönem sekel bildirilmemektedir.⁽¹³⁾ PFAPA sendromunun tanısı diğer olası hastalıkları ekarte ettikten sonra klinik olarak konmaktadır. Tanıda iki temel bulgu hem gerekli, hem de ayırt edici özelliğe sahiptir. Bunlardan ilki 39°C'yi aşan ve üç-altı gün süren, üç-sekiz haftada bir görülen yüksek ateş olmasıdır. Diğer temel özellik ise ataklar arasında hastanın tamamen sağlıklı olmasıdır (**Tablo 1**).^(6,14) Bizim vakamızda da düzenli aralıklarla tekrarlayan ve 5-6 gün süren yüksek ateş dönemleri mevcuttu. Ataklar arasında tamamen normal idi.

Yapılan çalışmalarda PFAPA sendromlu hastalarda aftöz stomatit oranı %67-71 sıklıkta bildirilmektedir.^(4,10) Ayrıca Galanakis ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada vakaların sadece %33'ünde aftöz stomatit ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Çalışmalarına dâhil edilen kız çocukların hiçbirisinde aftöz stomatit tespit edilmemesi ise dikkati çekmektedir.⁽¹⁵⁾ Ancak unutmamak gerekir ki, fizik muayenede dikkat edilmezse aftöz stomatitin sıklıkla gözden kaçabildiği de yapılan yayınlarda belirtilmektedir.⁽²⁾ Padeh ve ark. yaptıkları çalışmada eksüdatif tonsilitin farenjit ile birlikte olabildiğini de bildirmişlerdir.⁽⁸⁾ Bizim hastamızın da tüm ataklarında tabloya eksüdatif tonsilit ve aftöz stomatit eşlik etmekteydi.

PFAPA sendromu, tekrarlayan ateş sendromları içinde yer alan ailesel Akdeniz ateşi (AAA) ile birlikte ülkemiz açısından önemli bir tekrarlayan ateş tablosudur. FMF düzensiz aralıklı tekrarlayan ateşe neden olursa da, nadiren düzenli aralıklarla tekrarlayan ateşe de neden olabilir. Ağız mukozasında aftlar, genital bölgede ülserler, iridosiklit ve sinovit ile seyreden Behçet hastalığında görülen ateş PFAPA sendromunda görülenin tersine düzensiz aralıklı olup genellikle bir haftadan daha uzun sürer.

Sıklık nötropeni, düzenli aralıklı yineleyen ateş ile seyreden ve klinik bulguları PFAPA sendromuna büyük ölçüde benzerlik gösteren bir hastalıktır. Sıklık nötropenide ortalama 21 günde birtekrarlayan ve spontan olarak düzelen nötropeni sözkonusudur.^(3,4) Ayrıca genelde düzensiz aralıklarla yüksek ateş

neden olan bazı durumlar olan hiper IgD sendromu ve sistemik başlangıçlı juvenil romatoidartrit gibi hastalıklarla da ayırıcı tanısı yapılmalıdır. PFAPA sendromunda periyodik ateşin dışında diğerlerinden farklı olarak membranöz farenjit, aftöz stomatit, servikal lenfadenopati görülmektedir. Atak sırasında nötropeni veya artmış IgD seviyesi görülmemektedir.^(1,3) Bizim hastamızın da atak döneminde lökosit değerleri ve akut faz reaktanları artmıştı.

Ateşleme esnasında nonsteroid antinflamatuar ajanlar ve anti-piretikler kullanılabilir. Glukokortikoidler atakları sonlandırmada son derece etkilidir. Fakat atakları önleyici herhangi bir ilaç yoktur.^(6,15) PFAPA'lı çocukların tedavisinde atak başında tek doz oral prednizolon (1-2 mg/kg) verilmesinin semptomları hızlı ve belirgin olarak geçirebildiği, ancak bazı vakalarda atak sıklığını artırdığı bildirilmektedir.⁽¹¹⁾ Prednizolon tedavisi ile kontrol edilemeyen vakalara tonsilektomi uygulanabilmektedir.

Ancak bu operasyon da bütün vakalarda değil sadece bazı çocuklarda atakları eradike edebilmiştir.^(4,8) Bizim vakamıza da ateşe eşlik eden farenjit ve servikal lenfadenit nedeniyle, başvurduğu hekimler tarafından sürekli enfeksiyon düşünülerek antibiyotik tedavisi başlanmıştı. PFAPA sendromunun tedavisinde bizim yaklaşımımız ise, önce steroid tedavisinin denenmesi olmuştur.

Sonuç olarak PFAPA sendromunun belirti ve bulguları birinci basamak polikliniklerinde sık rastlanan belirti ve bulgulardandır. Yüksek ateş aileleri çok kaygılandırıcı bir belirtidir. Tanı koymak amacıyla yapılan çok sayıda tetkik, hasta ve aileleri açısından yıpratıcı olmaktadır. Tanınmayıp yanlışlıkla üst solunum yolu enfeksiyonu olarak değerlendirildiğinde gereksiz antibiyotik kullanımına sebep olmaktadır.

Bunu önlemenin en önemli yolu iyi bir anemnez ve fizik muayene yapılmasıdır. Beş yaş altındaki çocuklarda ateş, farenjit, aftöz stomatit ve lenfadenopati saptandığında öyküde tekrarlayan ataklar varsa, PFAPA sendromunu ayırıcı tanıda akla getirmemiz gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Gaye Çelikcan, Rabia Kahveci, Adem Özkara. Olgu sunumu: PFAPA sendromu. "Periyodik yüksek ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit" Türk Aile Hek Derg 2012;16(1):15-17.
2. Feder HM Jr. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis: a clinical review of a new syndrome. Curr Opin Pediatr 2000; 12(3): 253-6.
3. John CC, Gilsdorf JR. Recurrent fever in children. Pediatr Infect Dis J. 2002; 21(11):1071-7.
4. Ergin Çiftçi, Halil Özdemir, Sonay İncesoy, Erdal İnce, Ülker Doğru. Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit (PFAPA) sendromlu bir olgu. Türk Pediatri Arşivi 2004; 39: 36- 40.
5. Manthiram K, Li SC, Hausmann JS, Amarilyo G, Barron K, Kim H. Physicians' perspectives on the diagnosis and management of periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenitis (PFAPA) syndrome. Rheumatol Int. 2017;37(6):883-889.
6. Federica Vanoni, Katerina Theodoropoulou, Michael Hofer, PFAPA syndrome: a review on treatment and outcome Vanoni et al. Pediatric Rheumatology Pediatr Rheumatol Online J.2016; 27: 14(1).
7. Marshall GS, Edwards KM, Lawton AR. Syndrome of periodic fever, pharyngitis and aphthous stomatitis. J Pediatr 1987; 110: 43-6.
8. Padeh S, Brezniak N, Zemer D, Pras E, Langevitz P, et al. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenopathy syndrome: clinical characteristics and outcome. JPediatr. 1999;135(1):98-101.
9. Semianchuk VB. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis (PFAPA) syndrome in children. Wiad Lek. 2017;70(1):144-147.
10. Scholl P. Periodic fever syndromes. Curr Opin Pediatr 2000;12(6):563-6.
11. Di Gioia SA, Bedoni N, von Scheven-Gête A, Vanoni F, Superti-Furga A, Hofer M, Rivolta C. Analysis of the genetic basis of periodic fever with aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenitis (PFAPA) syndrome. Sci Rep. 2015 May 19;5:10200.
12. Ming Sin Cheung, Katerina Theodoropoulou, Jérôme Lugin, Fabio Martinon, Nathalie Busso and Michaël Hofer, Periodic Fever with Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Cervical Adenitis Syndrome Is Associated with a CARD8 Variant Unable To Bind the NLRP3 Inflammasome, J Immunol March 1, 2017, 198 (5) 2063-9.
13. Leong SC, Karkos PD, Apostolidou MT. Is there a role for the otolaryngologist in PFAPA syndrome? A systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006; 70(11):1841-5. Epub 2006; 14.
14. Scully C, Hodgson T, Lachmann H. Auto-inflammatory syndromes and oral health. Oral diseases 2008; 14: 690-9.
15. Galanakis E, Papadakis CE, Giannoussi E, Karatzanis AD, Bitsori M, Helidonis ES. PFAPA syndrome in children evaluated for tonsillectomy. Arch Dis Child 2002; 86(6):434-5.

Geliş tarihi: 15.08.2017

Kabul tarihi: 28.02.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.03.2018

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Prof. Dr. Ruşen Kutlu

e-posta: ruhuse@yahoo.com

Aile hekimliği polikliniğine sporcu sağlık raporu için başvuran preeksitasyon sendromlu bir hasta: Olgu sunumu

A patient with pre-excitation syndrome who applied to family practice office for pre-accession examination for sports: A case report

Ali Ramazan Benli¹, Aybala Cebecik¹, Süleyman Ersoy¹, Didem Sunay¹

Özet

Spora katılım öncesi muayene, aile hekimliği pratiğinde sorumluluğu artıran önemli bir durumdur. Sporda ani ölümlerin nedenlerinden birisi de kalpte ileti bozukluklarıdır. Wolf-Parkinson White sendromu elektrokardiyogramda kısa PR mesafesi ile karşımıza çıkan kısa PR sendromlarından biridir. Bu olguda aile hekimliği polikliniğinde spora katılım öncesi muayene için gelen, herhangi bir yakınması olmayan 14 yaşında kız çocuğunun çekilen EKG' sinde kısa PR sendromu tespit edilmesi konu edilmiştir. Kardiyolojiye sevk edilen hastaya kardiyoloji tarafından ablasyon tedavisi uygulanmıştır. Bu olgu çerçevesinde aile hekimliğinde spora katılım öncesi muayene için başvuranlarda kardiyak değerlendirmenin önemini vurgulamak amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, preeksitasyon sendromları, spor, fizik muayene

Summary

Pre-accession examination in sports is an important issue that increases the responsibility for family medicine practice. Heart conduction disorders are among causes of sudden death in sports. Wolf-Parkinson White syndrome is an example of short PR syndromes presenting with a short PR interval in the electrocardiogram (ECG). In this case, a short PR syndrome was detected in the ECG of a 14-year-old girl with no previous complaints and came for a pre-accession examination in the family medicine clinic. The patient was referred to a cardiologist and there she received ablation therapy subsequently. Within the context of this case, we aimed to emphasize the importance of cardiac evaluation in family practice, in patients who applied for pre-accession examination for sports.

Key words: Family practice, pre-excitation syndromes, sports, physical examination.

¹ Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D. Karabük

Giriş

Pre-eksitasyon, sinoatriyal noddan çıkan impulsların AV düğümünü aksesuar bir yolak aracılığı ile bypass etmesi sonucu, normal iletim sisteminden daha kısa sürede oluşan erken ventrikül aktivasyonudur. Aksesuar yolaklar kardiyak gelişim boyunca oluşan anormal iletim yollarıdır ve değişik anatomik lokasyonlarda bulunabilmektedir.⁽¹⁾ Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromu ilk olarak Louis Wolff, John Parkinson ve Paul Dudley White tarafından 1930'da tanımlanmıştır. WPW sendromu konjenital aksesuar yolak ve taşiaritmi epizodlarının birleşimi olan bir preeksitasyon durumudur. Kısa PR intervali, normal P dalgası, delta dalgası ve buna bağlı olarak geniş QRS kompleksi bulunur. İnsidansı % 0,1 – 0,3 olup, düşük de olsa ani kardiyak ölüm riski oluşturur.^(2,3)

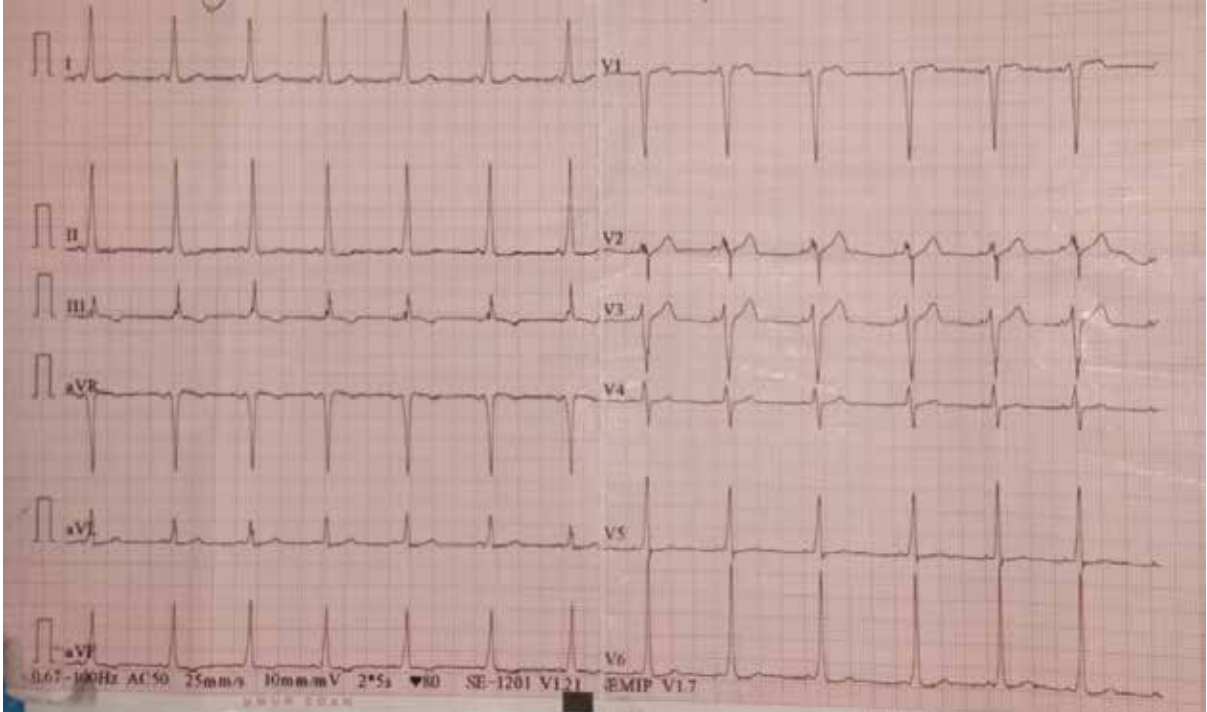
Sporcularda ani ölüm oldukça az görülmesine karşın, spor yapan kişi sayısında artış olmasıyla birlikte meydana gelen ani ölüm oranı da artmaktadır. Sporculardaki ani ölümlerin büyük bir kısmı kardiyovasküler nedenlerle meydana gelir ve antrenman veya karşılaşma/yarışma sırasında, ya da hemen sonrasında ortaya çıkar. Tüm sporcularda ani ölüm oranı 100 000 de 2-3 olarak bildirilmiştir.^(4,5)

Aile hekimliği pratiğinde de sporcu olmak için sağlık raporu almak isteyen çok sayıda hasta ile karşılaşmaktadır. Sporcular için rutin bir tarama programı belirlenmesi ve bu rutin çerçevesinde hastanın spor yapmak için uygun olup olmadığına karar verilmesi, ani ölümlerin önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu makalede, birinci basamakta tespit edilen WPW olgusu ile aile hekimliği pratiğinde sporcu sağlık raporu için başvuran kişilere yaklaşım tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

14 yaşında kız çocuk, annesi ile birlikte aile hekimliği polikliniğine sporcu olmak için sağlık raporu alma isteğiyle başvurdu. Daha önce voleybol oynadığı öğrenilen kız çocuğunun özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Öyküsünde egzersizle göğüs ağrısı, nefes darlığı ve senkop olmayıp daha önce spor yaralanması geçirmediği öğrenildi. Yapılan fiziki muayenesinde; tüm sistem muayeneleri normal idi. Kardiyak muayenesinde ise nabız düzenli, kalp sesleri doğaldı ve ek ses-üfürüm yoktu.

Hastaya kontrol amaçlı 12 derivasyonlu elektrokardiyogram (EKG) istendi. Hastanın çekilen EKG' sinde PR aralığı kısa, QRS genişti ve delta dalgası mevcuttu (**Şekil 1**).



Şekil 1. Aile Hekimliği Polikliniğinde çekilen ilk EKG.

Hasta EKG si çekildikten sonra kısa PR sendromu-WPW sendromu ön tanıları ile kardiyoloji polikliniğine yönlendirildi. Hastaya kardiyoloji uzmanı tarafından ritm Holter cihazı takıldı. Ritm Holter incelemesinde de kısa PR tespit edilen hasta, elektrofizyolojik çalışma açısından değerlendirilmek üzere dış merkeze yönlendirildi. WPW teşhisi konan hastaya radyofrekans kateter ile aksesuar yolak ablasyonu yapıldı. Hastanın ablasyon sonrası PR mesafesinin normal sınırlara döndüğü ve delta dalgasının kaybolduğu görüldü (**Şekil 2**). Hastaya tedaviden bir ay sonra tekrar spor yapabileceği söylendi.

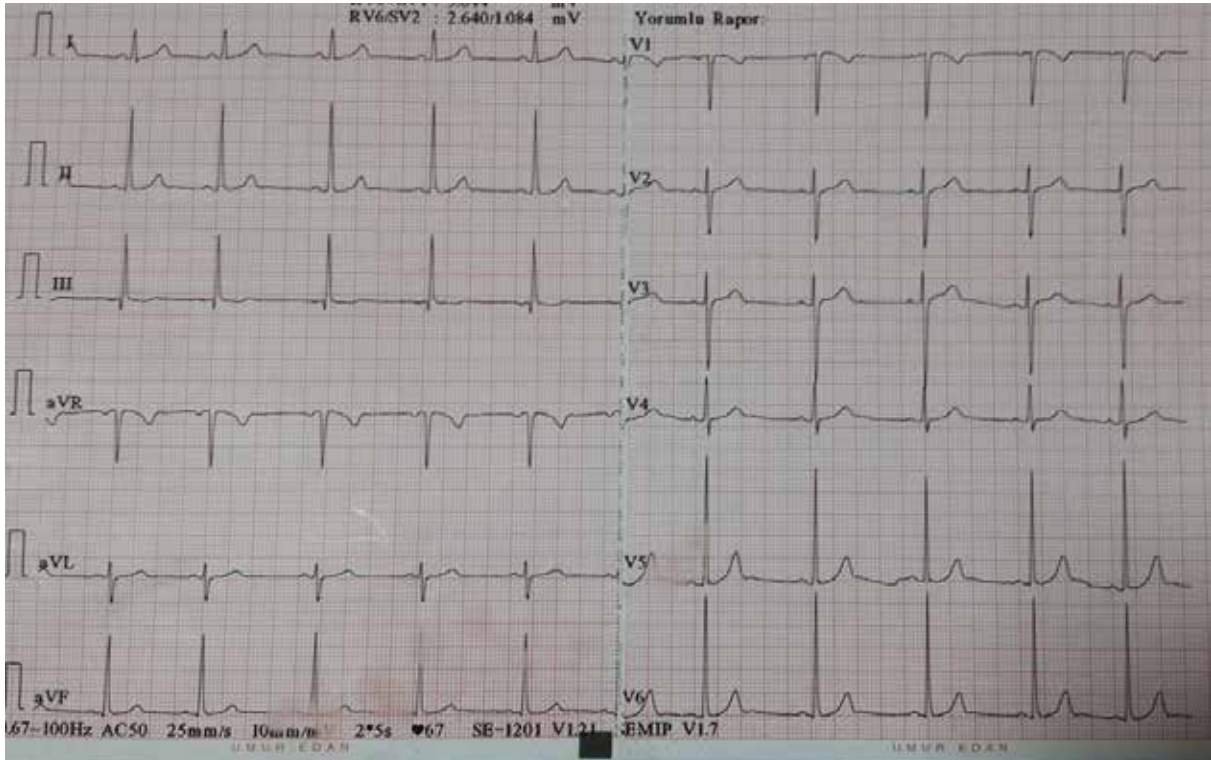
Tartışma

Spora katılım muayenesi (SKM) aile hekimliğinde dikkatli olunması gereken önemli bir durumdur. Anamnezde egzersizle göğüs ağrısı, nefes darlığı olup olmadığı, senkop öyküsü, ailede ani kardiyak ölüm, kronik hastalık öyküsü, epilepsi, astım daha önce spor yaralanması geçirip geçirmediği sorgulanmalıdır. Anamnez alındıktan sonra kardiyolojik muayenede oskültasyon mutlaka yapılmalıdır. Oskültasyonla ritme, üfürüm varlığına ve kapak seslerine dikkat edilmelidir. EKG de ise ritm, nabız sayısı, dalga boyları ve genişlikleri, PR

mesafesi, ventrikül hipertrofisi, QRS mesafesi, QT mesafesi, dal bloğu değerlendirmeleri yapılabilir. Bunlara ek olarak solunum sistemi, kas iskelet sistemi ve batın muayeneleri nörolojik muayene yapılmalıdır.⁽⁶⁾

Sporcularda ani ölüme neden olabilecek kalp hastalıkları

- Hipertrofik kardiyomiyopati
- Aritmojenik sağ ventrikül displazisi/ kardiyomiyopatisi
- Dilate kardiyomiyopati
- Miyokardit
- Koroner arter hastalığı
- Doğuştan koroner arter anomalisi
- Geçirilmiş Kawasaki hastalığı
- Erken aterosklerotik koroner arter hastalığı
- Doğuştan kalp hastalıkları
- Aort stenozu
- Aort koarktasyonu
- Pulmoner vasküler obstrüktif hastalık
- Mitral valv prolapsusu
- Marfan sendromu
- Ehler Danlos sendromu
- Uzun QT sendromları
- Doğuştan Edinilmiş Kısa QT sendromu



Şekil 2. Aksesuar yolak ablasyonu sonrası çekilen EKG.

- Brugada sendromu
- Katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardi
- Wolf-Parkinson-White sendromu
- Atriyo-ventriküler bloklar Mobitz II.⁽⁴⁾

Egzersiz ve spor yapmanın hayat kalitesini artırdığına yönelik oldukça fazla bulgu vardır. Bu yararları nedeniyle özellikle günümüzde artan obezite oranları ve hareketsizlik nedeniyle erken yaşlardan itibaren spor yapılması teşvik edilmektedir.⁽⁷⁾ Spor yapanların sayısında artış olmakla birlikte sporcularda ani ölümlerde de artış görülmektedir. Sporcularda görülen ani ölümlerin birçoğu kardiyovasküler nedenlerle olmaktadır.⁽⁸⁾

SKM'nin ana hedefleri, spora katılacak kişinin genel sağlık durumunu değerlendirmek, spor yaralanmalarına neden olabilecek durumları belirleyebilmek, spordan men edilmeye yol açabilecek sağlık sorunlarını saptamak, belli spor dalları için gerekli olan fiziksel uygunluk değerlendirmelerine katkıda bulunmaktır. Sportif faaliyetler sırasında artan duygusal stres, sempatik uyarı, kan basıncı yükselmesi, kalp kanlanmasının artan kalp çalışmasına yetersiz kalması ve bu sırada gelişen ve tetiklenen ritm bozuklukları neticesinde ani kalp ölümü meydana gelebilir.⁽⁶⁾

SKM ile sporcularda ani ölümlerin %89 azaldığı gözlenmiş ve spora katılım öncesi muayene ile asemptomatik hastaların kalp hastalıkları tespit edilebileceği belirtilmiştir.⁽⁹⁾ SKD Avrupa ve Amerika ekollerinde farklılık bulunmaktadır. Avrupa Kardiyoloji Derneği 12 derivasyonlu EKG çekilmesini önerirken, Amerika'daki uygulamalarda EKG rutin olarak istenmemektedir.⁽⁵⁾

WPW sendromunda EKG bulgusunun toplumun % 0.15-0.25'inde görüldüğü ve bunların üçte birinde on yıllık izlem süresinde aritmi saptandığı bildirilmiştir. WPW sendromunda en korkulan semptom senkop ve ani ölümdür. Ani ölümün patogenezinde atriyal flutter veya fibrilasyonun akseptuar yoldan hızlı iletimi ile VF tetiklenmesi bulunmaktadır; yaşam boyu insidansının %3-4 arasında olduğu düşünülmektedir.⁽¹⁰⁾

Sonuç olarak, spor yapan birey sayısında artış ve buna bağlı olarak daha fazla görebileceğimiz ani sporcu ölümlerini önlemek için spora katılım öncesi muayenesi dikkatli yapılmalıdır. Ayrıca aile hekimi günlük pratiğinde sıkça karşılaştığımız spora katılım öncesi muayenesinin kılavuzlara göre nasıl yapılması gerektiği, aile hekimleri tarafından çok iyi bilinmelidir.

Kaynaklar

1. Karaođuz R, Güldal M. Preeksitasyon Sendromları. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 1989;9 (1): 15-23.
2. Porter MJ, Morton JB, Denman R, Lin AC, Tierney S, Santucci PA, et al. Influence of age and gender on the mechanism of supraventricular tachycardia. Heart Rhythm. 2004;1(4): 393-6.
3. Aydın M, Bilik MZ, Yıldız A, zbek H, İslamoğlu Y. Wolf Parkinson White sendromuna tipik atriyoventriküler nodal reentran taşikardinin eşlik ettiği olgu. Fırat Tıp Dergisi. 2015; 20(4).
4. Akalın F. Sporcularda ani lm. Türk Pediatri Arşivi. 2006; 41: 131-8.
5. Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. European Heart Journal. 2005; 26(5): 516-24.
6. Kavukcu E. Erkeklerde spora katılım öncesi genel muayeneler. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016; 7(4): 6-10.
7. ZDEN A. Psikososyal sağlık ve egzersiz. Türkiye Klinikleri Journal of Physiotherapy and Rehabilitation-Special Topics. 2016; 2(1): 122-6.
8. Finocchiaro G, Papadakis M, Robertus J-L, Dhutia H, Steriotis AK, Tome M, et al. Etiology of sudden death in sports: insights from a United Kingdom regional registry. Journal of the American College of Cardiology. 2016; 67(18): 2108-15.
9. Corrado D, Basso C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M, Thiene G. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. Jama. 2006; 296(13): 1593-601.
10. Yıldırım I, zer S, Karagz T, şahin M, zkutlu S, Alehan D, et al. Erken ocukluk döneminde Wolff-Parkinson-White sendromu tanısı alan hastaların klinik ve elektrofizyolojik değerlendirilmesi. ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2014; 57 (1).

Geliş tarihi: 13.03.2017

Kabul tarihi: 11.03.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.03.2018

ıkar akışması:

Herhangi bir çıkar atışması yoktur.

İletişim adresi;

Yrd. Doç. Dr. Ali Ramazan Benli

e-posta: dralibenli@gmail.com

Mastürbasyonun tanımı net mi, değişebilir mi?

Is the definition of masturbation clear or can it change?

Onur Öztürk¹

Sayın editör,

Mastürbasyon sık deneyimlenen bir cinsel aktivite, cinsel gelişim ve sağlığın önemli bir yönü olmasına rağmen, cinsellik ve sosyal bilim araştırmalarında oldukça ihmal edilmiş bir konudur.^[1]

Mastürbasyona yönelik sosyokültürel ve antropolojik yaklaşımlar farklı olabilir. Doğudaki anlam ve batıdaki anlam farklı olabilir. Herkesin, mastürbasyonun ne olduğu ve niçin yapıldığı hakkında fikri vardır. Ancak farklı değerler verilmektedir.

Mastürbasyon sadece ergenlik döneminde değil, yaşamın her döneminde deneyimlenir. Fakat özellikle ergenlik çağlarında insan gelişimine, vücut bütünü farkındalığına ve cinsel arzulanımlarda oto-kontrole destek sağlar. Bu neden-

le, mastürbasyon açıkça cinsel sağlık için gereklidir,^[2] öyle ki bazı cinsel terapilerde etkili olan bir tedavi şeklidir.^[3] Bağımlılık veya sapkınlık olduğunu iddia edenler de yok değildir.

Mastürbasyonun birçok tanımı vardır. Mastürbasyon, orgazm elde etmek için genital organın uyarılmasıdır.^[4] Başka bir tanıma göre mastürbasyon, birinin uyarı ve zevk nesnesi olarak kullanılmasıdır.^[5] Yüzyıllardır, mastürbasyon bir 'yalnız seks' olarak tanımlanmaktadır.^[6] Gerçek şu ki, mastürbasyon tanımı yanlış veya eksik olabilir.

Aslında, asıl amaç koit olmaksızın cinsel duyguları bastırmaktır. Bazen cinsel uyarılar fiziksel ilişkiye girmeden herhangi bir şekilde yeterli

1) Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Samsun, Türkiye

olabilirler. Bununla birlikte, oto-uyarılma veya genital organ kısıtlaması uygun değil-dir. Şeffaf bir bakış açısıyla, uyarılmış bölgele-rin genital bölgeler olması gerekmez, kişinin her erojen bölgesi mastürbatif eyleme açıktır. Biraz daha derin düşününce, erojen olmayan bölgelerin de kişiye zevk verebileceği anlaşılabilir. Fiziki olmayan uyarıcı varlığı ile yaşanabilen orgazm ise mastürbasyonun bir düşünce boyutu olduğunu gösterebilir. Seks partneri de kişiyi mastürbe edebilir. Oto-mastürbasyon eylemi veya partner mastürbasyonu düşünce, empati veya telepati yoluyla

da gerçekleşebilir. İnsan beyninin keşfedilmemiş mekanizmaları bu ko-nuda bazı sürprizler yapabilecek güçtedir. Arzulanan bir ortağın hayatta olmadığı gerçeği bile mastürbasyon hareketini kolaylaştıracak bir fik-ri engelleyemez. Beyin fenotipik bir görüntü çizip cinsel döngüyü harekete geçirebilir.

Mastürbasyon hakkında yeterli çalışma yoktur, mastürbasyonun tanımı gelecekte haz odaklı araştırılacak sorularla değişebilir.

Kaynaklar

1. Coleman E. Masturbation as a means of achieving sexual health. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 2003; 14(2-3), 5-16.
2. Kaestle CE, Allen KR. The role of masturbation in healthy sexual development: perceptions of young adults. *Arch Sex Behav* 2011;40(5):983-94.
3. Christensen, C. Prescribed masturbation in sex therapy: A critique. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1995; 21, 87-99.
4. Mc Conaghy N. Psychosexual disorders. In: Hsu LKG, Hersen M, editors. *Recent Developments in Adolescent Psychiatry*. New York: John Wiley&Sons 1989; 334-66.
5. Yeşilay T, Altun SA. Early Childhood Teachers' Coping Strategies for Children with Masturbation Behavior. *Elementary Education Online* 2009; 8(2), 593-604.
6. Gagnon JH. *Solitary Sex: A Cultural History of Masturbation*. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34(4), 471-478.

Geliş tarihi: 02.01.2018

Kabul tarihi: 28.02.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.03.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Uzm. Dr. Onur Öztürk

e-posta: dr.onurozturk@yahoo.com