

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt Volume **22** | Sayı Number **3** | Temmuz-Eylül July-September **2018**

Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi

Sinan Bulut, Özgür Uğurluoğlu



Aile hekimleri ve eczacıların bitkisel ürün kullanımına yaklaşımları

Gülin Renda, Yeşim Kaya Yaşar, Esra Yılmaz, Harun Sanrı, İrem Dilaver, Yusuf Demirtaş, Gamze Çan, Feride Sena Sezen

Yayın Kuralları | Instructions to Authors

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Olgu sunumları: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin 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 bağlantı 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 bağlantı 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 vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir. Kaynaklar makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullandığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile HekDerg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

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

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



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. Birgöl Coşkun, İstanbul
Uzm. Dr. Işık Gönenc, İstanbul

Sahibi | Owner

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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

Prof. 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

Yeni akademik döneme girerken | 103

Towards a new academic season

Serdar Öztora

Araştırmalar | Research Articles

Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi | 104

The evaluation of family physicians' knowledge attitude and behaviours towards periodic examination guidelines

Deniz Tugay Yangı, Süleyman Görpelioğlu, Mehmet Top

Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi | 118

Evaluation of referral from perspective of family physicians

Sinan Bulut, Özgür Uğurluoğlu

ICD-10 ya da ICPC-2-R kodlama sistemlerinin kullanılmasının birinci basamakta hizmet planlaması üzerine etkisi | 133

The effect of using ICD-10 or ICPC-2-R coding systems on primary health care service planning

Yunus Bektaş, Süleyman Görpelioğlu, Özlem Suvak, Derya Akbıyık, Cenk Aypak

Aile hekimleri ve eczacıların bitkisel ürün kullanımına yaklaşımları: Trabzon ilinde pilot çalışma | 141

Primary care physicians and community pharmacists approach to the use of herbal products: A pilot study in Trabzon

Gülün Renda, Yeşim Kaya Yaşar, Esra Yılmaz, Harun Sanrı, İrem Dilaver, Yusuf Demirtaş, Gamze Çan, Feride Sena Sezen

Tıp fakültesi öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresif semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesi | 157

The investigation of the relationship between physical activity and depressive symptoms in medical faculty students

Hüseyin Nejat Küçükdağ, Cemil Işık Sönmez, Duygu Ayhan Başer

Derleme | Invited Review

Erişkin aşılması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılmasındaki rolü | 166

Adult vaccination, problems in practice and solution proposals, role of family physicians in adult vaccination

Dilek Toprak, İftihar Köksal, Mehmet Sargın, Hülya Akan

Yeni akademik döneme girerken

Towards a new academic season

Serdar Öztora¹

Değerli okurlarımız,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi olarak 22. cildin 3. sayısı ile yayın hayatına devam ediyoruz. Yoğun bir çalışma temposuna yeniden merhaba dediğimiz şu günlerde, akademik çalışmalarımız da tekrar hız kazanmaya başlıyor. Dergimizin bu sayısında da değerli yazarlarımızın güncel ve önemli çalışmaları yer alacak. Aile Hekimlerinin Periyodik Sağlık Muayenelerine yönelik tutumları, sevk zincirinin değerlendirilmesi ve birinci basamakta kodlama sistemleri gibi temel konular ile birlikte, Aile Hekimlerinin bilgi ve tutumlarını inceleyen çalışmalar da bu sayımızda kendilerine yer buluyorlar.

Yeni akademik dönemle ilgili önemli olaylardan bir diğeri, 17. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi olacak. Çeşitli konferans, kurs ve workshoplar ile birlikte, camiamızdan gelen çok sayıda sözel ve poster bildiri de kongremiz kapsamında akademik camia ile buluşma fırsatı

bulacak. Tüm katılımcılara emeklerinden dolayı teşekkür eder, bu bildirilerinin daha geniş çevrelere ulaşabilecek şekilde değerlendirilmesi için dergimizin hazır olduğunu bildirmek isteriz.

Bu sayımız da her zaman olduğu gibi editörler kurulu, teknik kurul, danışma kurulu ve hakemlerimiz ile birlikte değerli yazarlarımızın yoğun çalışmaları sonucu camia ile paylaşılmaya hazır hale gelmiştir. Makalelerin yazımı olduğu kadar okunması ve paylaşılmasının öneminin farkında olarak, siz değerli okurlarımıza da çok teşekkür ederiz.

Yeni akademik dönemin verimli, başarılı ve keyifli geçmesini diler, saygılar sunarım.

Prof. Dr. Serdar Öztora

*Türkiye Aile Hekimliği Dergisi
Editörler Kurulu Üyesi*

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

Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

The evaluation of family physicians' knowledge attitude and behaviours towards periodic examination guidelines

Deniz Tugay Yangı¹, Süleyman Görpelioğlu¹, Mehmet Top²

Geliş tarihi: 12.01.2018 / **Kabul tarihi:** 27.07.2018 / **Yayın tarihi:** 15.09.2018
İletişim adresi: Dr. Deniz Tugay Yangı / **e-posta:** deniz.tugay@gmail.com

¹ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara
² Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara

Özet

Mortalite ve morbidite nedenleri ülkeler, coğrafyalar, kültürler ve ırklar arasında değişiklik gösterse de günümüzde hastalık yapısı farklılaşmış ve 21. yy da ilk sırayı bulaşıcı olmayan hastalıklar almıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada ise birincil koruma, ikincil ve üçüncül korumaya göre 4 kat daha etkilidir. Birincil korunmanın temelini başta bağışıklama ve danışmanlık olmak üzere periyodik sağlık muayeneler oluşturmaktadır. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması için önerilen en önemli yöntemlerden biri çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleridir. Periyodik sağlık muayenesi, halen henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama, muayene ve laboratuvar testleri ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolü olarak tanımlanmaktadır ve birincil korunma önlemlerinde, aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerin rolünün oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu araştırma ile ülke genelinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin kullanımına sunulan öneri niteliğindeki “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tanımlanması amaçlanmaktadır. Türkiye’de önerilen tarama rehberi temel alınarak oluşturulan soru formu Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Platformuna (AHUZEM) online olarak yüklenmiş ve bu sayede AHUZEM’e kayıtlı 20.518 aile hekiminin formu yanıtlanması talep edilmiştir. AHUZEM üzerinde 23 Ocak 2014-13 Şubat 2014 tarihleri arasında 20 gün süreyle yer alan soru formunu 5.183 aile hekimi yanıtlamıştır. Araştırma sonunda aile hekimlerinin genel bilgi ortalaması 3,28, tutum ortalaması 3,47 ve davranış ortalaması 2,65 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve ülkemiz için önerilen tarama rehberine yönelik bilgilerinin orta düzeye yakın olduğu ve tutumlarının bilgi düzeylerinden yüksek olmasına rağmen aynı düzeyde davranışa dönüşmediği değerlendirilmiştir.

Anahtar kelime: periyodik sağlık muayenesi, periyodik sağlık muayene rehberi, koruyucu sağlık hizmet

Summary

Although the causes of mortality and morbidity vary among countries, geographies, cultures and races, today the disease structure has been differentiated and in the 21st century the first order received noncommunicable diseases. In non-communicable disease protection primary protection is 4 times more effective than secondary and tertiary protection. The basis of primary prevention is the periodic health examinations, mainly immunization and counseling. In this context, one of the most important methods recommended for the implementation of preventive health services is periodical health examinations with standards set by various national and international organizations. Periodic health check-up is defined as regular health check-up in order to contribute to the preservation of health through healthy screening, examination and laboratory testing, counseling and health education of healthy persons who are not yet showing signs of illness. In primary prevention measures, it is emphasized that the role of service providing units is very important. With this research, it is aimed that the knowledge, attitude and behaviours of family physicians providing primary healthcare service throughout the country towards “Periodic Health and/or Physical Examinations and Healthcare Screening Guidelines Proposed in the Family Medicine Practice”, which is advisory, are defined. The questionnaire formulated on the basis of the recommended screening guide in Turkey was uploaded online on the Family Medicine Distance Learning Platform (in Tr. abbr. AHUZEM) and 20,518 registered family physicians in AHUZEM were asked to respond to the form. The family physician responded to the questionnaire on AHUEM for 23 days from 2014 to 13 February 2014 for 20 days. At the end of the study, general knowledge average of family physicians was calculated as 3,28, attitude average of 3,47 and behavior average of 2,65. In addition, it was evaluated that family physicians’ knowledge concerning the periodic health examination and health screening guidelines proposed for our country is at almost medium-level and even if the level for their attitudes is higher than their knowledge level, they do not turn on the same plane into behaviour.

Key words: periodic health examination, periodic health examination guidelines, primary health care, health promotion, family medicine

Yangı D. T. ve ark. | Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Giriş

Günümüzde sağlık bakımının temel amacı tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmaları konusunda yardımcı olmak olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinde öncelikleri oluşturmaktadır.⁽¹⁾

Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi kavramları gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Çağdaş dünya ülkeleri; insanların hasta olduktan sonra iyileştirilmesinin çok büyük kayıplara (işgücü, para, sakatlıklar, ölüm vs.) neden olduğu tespitinden yola çıkarak, tedavi edici hekimlikten çok, insanların hasta olmalarını engelleyen koruyucu hekimlik (aşılama, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalık önleme programları, hasta eğitimi, yaşama biçimi değişikliği vs.) hizmetlerini öne çıkaran bir sağlık politikası geliştirmişlerdir.⁽²⁾ Diğer taraftan insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci olarak tanımlanan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi⁽³⁾ ve ilk olarak 1861 yılında Dr. Horace Dobell tarafından ifade edilen risk altındaki bireylerin kontrollerinin yapılması olarak belirtilen periyodik sağlık muayenesi kavramları koruyucu sağlık hizmet sunumunda bir üst basamağı ifade etmiştir.⁽⁴⁾

Bu kavramlardan periyodik sağlık muayenesi kavramı daha detaylı incelendiğinde; koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda halen bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama, muayene ve laboratuvar testleri ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolü olarak tanımlandığı görülmektedir.⁽⁵⁾ Periyodik sağlık muayeneleri aracılığı ile bireylere koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinin yanı sıra danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin verilmesi, fizik

muayene sırasında kişinin temel sağlık durumu hakkında detaylı bir bilgi edinilmesi ayrıca gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesi yolu ile sağlık harcamaların azaltılması da amaçlanmaktadır.⁽⁵⁾

Türkiye’de 2010 yılı sonunda Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin parçası olan “Periyodik sağlık muayenesini yapmak” Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde açık şekilde belirtilerek aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları içerisine dâhil edilmiştir.⁽⁶⁾ Bu kapsamda 24.03.2011 tarihinde periyodik sağlık muayenesinin uygulanmasında kılavuzluk edecek periyodik sağlık muayene rehberine yönelik çalışmalara başlanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından “Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi” <http://www.ailehekimligi.gov.tr> adresinde taslak olarak yayımlanarak hekimlerin görüş ve önerilerine sunulmuştur. 2012 yılında ise Amerikan Aile Hekimleri Birliği’nin izlediği yola benzer şekilde USPSTF (Birleşik Devletler Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu-The U.S. Preventive Services Task Force), CTF-PHE (Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu-Canadian Task Force on Periodic Health Examination) ve AAFP’nin (Amerikan Aile Hekimleri Akademisi-American Academy of Family Physicians) yayımladığı rehberler ve ülkelerin ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer kılavuzları incelemek ve çok sayıda bilimsel araştırmanın sağladığı delillere dayalı konusunda uzman öğretim üyeleri ve akademisyenlerin sundukları öneriler doğrultusunda taslak rehber oluşturulmuştur. Bu kapsamda ilk rehber 2015 yılında öneri niteliğinde yayımlanmış ancak yasal mevzuat ile zorunlu hale getirilmemiştir.

Yayımlanan rehber içerisinde aile hekimliği uygulamasında önerilen erişkin, bebeklik ve çocukluk dönemi ve yaşlı bireylerin periyodik muayenelerine özgü öneriler yer almaktadır. Türkiye’de hazırlanan rehberin uygulanması ile koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlıklı yaşamın teşviki programlarının daha da geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede, sağlıklı görünen ancak önemli sağlık

sorunları açısından yüksek risk gruplarında yer alan kişilerin erken dönemde tanı almaları ve gerekiyorsa tedavi edilmelerinin sağlanması, önceden tanı almış olduğu halde tedavi edilmemiş olanların ya da birinci basamakta tedavisi gerçekleştirilemeyecek olanların da gereken tedavi, danışmanlık, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilmesi ile aile hekimliği uygulamasının kalitesinin artırılması planlanmaktadır. Ayrıca periyodik sağlık muayenelerinin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli, kaliteli, etkin sunumu ve sağlık harcamalarının azaltılması konusunda da önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma ile Türkiye’de öneri niteliği taşıyan “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik aile hekimlerinin görüş, bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmış ve Türkiye genelinde aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi, periyodik sağlık muayene rehberi ve rehber içerisinde yer alan önerilere ilişkin görüş, bilgi, tutum ve davranışları açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın konu ile ilgili gerçekleştirilen ilk çalışma olması nedeniyle özgün olduğuna inanılmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, anket esasına dayalı kantitatif ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmada kullanılan soru formu “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde erişkine yönelik hazırlanmış öneriler ve ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur. Soru formu evet/hayır ve 5’li Likert ölçeğini esas alan kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Soru formunun iç tutarlılığının belirlenmesinde alfa katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmış ve Cronbach Alfa katsayısı 0,857 bulunmuştur. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihte Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Platformu’na (AHUZEM) kayıtlı 81 ilde görev yapan 20.518 aile hekimi oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır. Tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sonunda 5.183 aile hekimi soru formunu yanıtlamış ve çalışmada evrenin %25,26’sına ulaşılmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için AHUZEM’e online olarak yüklenen soru formu 20 gün süreyle sistemde tutulmuş ve aile hekimlerinin soru formunu gönüllülük esasına dayalı olarak doldurması talep edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin özellikleri Tablo 1’de gösterilmektedir. Buna göre araştırmaya katılan 5183 aile hekiminin %72,2’si erkek, %27,8’i kadındır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %86,5’i evlidir. 5183 aile hekiminin 5133’ü pratisyen hekimdir. Aile hekimlerinin %54,3’ü sigara, %72,3’ü alkol kullanmamaktadır.

Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve rehberler hakkındaki görüşleri incelendiğinde; hekimlerin birinci basamakta periyodik sağlık muayenesini hastalar (\bar{x} : 4,12) ve uygulayıcılar (\bar{x} : 4,02) açısından yüksek düzeyde önemli gördüğü saptanmıştır. Ayrıca hekimlerin %81,3’ü “*Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir*” ifadesine katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıt vermiştir. Periyodik sağlık muayenesinin Türkiye’de pozitif ya da negatif performans ile zorunlu olarak uygulamaya geçirilmesi konusunda hekimlerin düşünceleri incelendiğinde ise negatif performans uygulaması (\bar{x} : 1,94) yerine pozitif performans uygulamasının (\bar{x} : 2,64) hekimler tarafından tercih edildiği saptanmıştır. Aile hekimlerinin “*Ülkemiz için Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberinin kullanılması*” faydalıdır” ifadesini verdikleri yanıtların ortalaması 3,81 olarak saptanmıştır.

Hekimlere Türkiye için önerilen birinci basamakta periyodik sağlık muayene rehberi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda ise 2533 (%48,9) aile hekimi rehber hakkında bilgi sahibi olduğunu, 2650 (%51,1) aile hekimi ise rehber hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Böylece araştırma kapsamında ulaşılan 5183 aile hekiminin yarısından azının önerilen rehber hakkında bilgi sahibi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada aile hekimlerinin dünyanın değişik ülkelerinde yayınlanıp uygulanan birinci basamak-

Tablo 1. Aile hekimlerinin demografik özelliklere göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	3743	72,2
Kadın	1440	27,8
Medeni Durum		
Evli	4482	86,5
Bekâr	701	13,5
Unvan		
Pratisyen Hekim	5133	99,0
Aile Hekimliği Uzmanı	50	1,0
Sigara Kullanma Durumu		
Sigara Kullanan	1286	24,8
Sigara Kullanmayan	2813	54,3
Sigara Kullanmış Olup 1 Yıl veya Daha Öncesinde Bırakmış Olan	1084	20,9
Alkol Kullanma Durumu		
Alkolü Düzenli Kullanan	143	2,8
Alkol Nadiren Kullanan	1292	24,9
Alkol Kullanmayan	3748	72,3
Kronik Hastalık Durumu		
Kronik Hastalığı Olan	1172	22,6
Kronik Hastalığı Olmayan	4011	77,4
Kanser Durumu		
Kanser Hastası Olan	85	1,6
Kanser Hastası Olmayan	5098	98,4

taki periyodik sağlık muayene rehberleri hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları da sorgulanmıştır. Araştırma sonucunda hekimlerin %26,6'sı bilgi sahibi olduğunu belirtirken, %74,4'ü bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Bu bulgular ışığında her 4 aile hekiminden sadece 1'inin diğer ülkelerdeki periyodik sağlık muayene rehberleri hakkında bilgi sahibi olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 2 aile hekimlerinin rehberde yer alan genel bilgi ifadelerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklerini göstermektedir. İfadeler içerisinde B12, B13, B15, B18, B19 ifadeleri yanlış olarak hazırlanmıştır. Bu nedenle bu sorulara ait ortalamaların düşük çıkması olumlu olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca aile hek-

imlerinin bilgilerini değerlendirmek üzere sorgulanan ifadelerden en yüksek ortalamaya "20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir" ifadesi sahiptir. Hekimlerin genel bilgi skoru 3,28 olarak hesaplanmıştır. Bu nedenle aile hekimlerinin genel bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Kadın ve erkek aile hekimlerin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık olup olmadığı incelendiğinde genel bilgi skorunun cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 3 aile hekimlerinin rehberde yer alan ifadelere yönelik tutum skorlarını göstermektedir. He-

Tablo 2. Aile hekimlerinin “aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberi” hakkında genel bilgilerinin görüntüsü

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Ortalama	Medyan	Mod
B9.Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,86	4,00	4
B10.06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,76	4,00	4
B11.Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,93	4,00	4
B12.35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,51	2,00	2
B13.25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,95	2,00	1
B14.18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,83	4,00	4
B15.35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,08	2,00	2
B16.Obez veya kilolu (BK \geq 25 kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında > 88 cm, erkekte > 102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,06	4,00	4
B17.50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,98	2,00	2
B18.50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,87	4,00	4
B19.40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,97	2,00	2
B20.20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,11	4,00	5
B21.40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,95	4,00	4
B22.Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,07	4,00	4
GENEL BİLGİ SKOR	3,28	3,29	3,29

kimlerin tutum ifadelerine ilişkin en düşük yanıt ortalaması *aspirin kullanımına* yönelik ifadeye aittir. Bu sonuç hekimlerin aspirin kullanımına yönelik düşük düzeyde inanişaya sahip olduklarını göstermektedir. Hekimlerin genel tutum ortalaması ise 3,47 olarak hesaplanmıştır. Bu ortalama davranışlara ait

ortalamadan daha yüksek olarak belirlenmiştir. Ayrıca erkek aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutum ortalaması 3,02, kadınlarınsı ise 3,58 olarak hesaplanmıştır ve tutum skorunun cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği ($t=-21,548$; $p<0,05$) belirlenmiştir.

Tablo 3. Aile hekimlerinin “aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberi” hakkında tutumlarının görüntüsü

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutumları	Ortalama	Medyan	Mod
T1.Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanısı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,80	4,00	4
T2.06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,77	4,00	4
T3.06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.	3,68	4,00	4
T4.Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,77	4,00	5
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.*	3,07	3,00	3
T6.18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,96	4,00	5
T7.35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,88	4,00	5
T8.35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,84	4,00	5
T9.Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	3,98	4,00	5
T10.50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,23	4,00	5
T11.50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,08	3,00	1
T12.30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.**	4,06	4,00	5
T13.20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulmalıdır.**	4,15	5,00	5
T14.40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırmalıdır.**	3,97	4,00	5
T15.40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.***	3,50	4,00	5
TUTUM SKOR	3,47	3,20	4,00

*: Erkeklerde 45-80 kadınlarda 55-80 yaş aralığı. **: Sadece kadınların yanıtlaması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

***: Sadece erkeklerin yanıtlaması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 4 ise aile hekimlerinin rehberde yer alan ifadelerle ilişkin davranış skorlarını göstermektedir. **Tablo 4**'de aile hekimlerinin açlık kan şekeri, serum lipid düzeyi ve kan basıncı ölçtürme gibi davranışları daha sık gerçekleştirdikleri buna karşın kendi kendine meme muayenesi hariç kanser taramasına yöne-

lik davranışları daha az sıklıkta gerçekleştirdikleri görülmektedir. Ayrıca davranışa yönelik ifadelerin tamamının ortalaması bilgi ve tutum skorları (\bar{x} : 2,65) içerisinde en düşük ortalamaya sahiptir. Ayrıca erkek aile hekimlerinin (\bar{x} : 2,55) davranış skoru kadınlarınkinden (\bar{x} : 2,91) daha düşüktür ve

hekimlerin davranışlara yönelik verdikleri yanıtlar (davranış skoru) cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($t=-15,352$; $p<0,05$).

Aile hekimlerinin rehberde yer alan ifadelere yönelik davranış skorlarını genel bilgi düzeyi ve tutum skorlarının anlamlı olarak etkileyip etkilemediği değerlendirildiğinde kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu ($F=1327,897$; $p=0,000$; $p<0,01$), genel bilgi skoru ve tutum skorunun aile hekimlerinin davranış skorlarındaki toplam değişimin (varyansın) %33,9'unu açıkladığı saptanmıştır (Tablo 5). Ayrıca davranış skorunu tutum skorunun bilgi skoruna göre daha yüksek düzeyde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Aile hekimlerinin rehberde yer alan ifadelere yönelik davranış skorunu her bir genel bilgi ifadesine verilen yanıtların anlamlı olarak etkileyip etkilemediğini incelendiğinde kurulan modelinin anlamlı olduğu ($F=56,434$; $p=0,000$; $p<0,01$), genel bilgi yanıt skorlarının davranış skorlarındaki toplam değişimin %13,3'ünü açıkladığı ve önemlilik sırasına göre Tablo 2'de yer alan B14, B10, B16, B12, B15, B17 ve B21 numaralı ifadeler verilen yanıtların davranış skorunu anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır.

Aile hekimlerinin rehberde yer alan ifadelere yönelik davranış skorunu her bir tutum ifadesine verilen yanıtların anlamlı olarak etkileyip etkilemediğini test edildiğinde ise modelinin anlamlı olduğu ($F=208,765$; $p=0,000$; $p<0,01$), genel tutum yanıt skorlarının davranış skorlarındaki toplam değişimin %37,7'sini açıkladığı ve davranış skorunu Tablo 3'de yer alan T15, T10, T12, T13 numaralı tutum ifadeleri hariç tüm tutum ifadelerine verilen yanıtların anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır ($p<0,005$).

Tartışma

Araştırmada hekimlerin %78,8'i (yanıt ortalaması 4,12) periyodik sağlık muayenesi ve rehberlerin hastalar açısından önemli olduğu yönünde görüş beyan etmiştir. Wolfe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesini hastalar açısından faydalı görme yanıt

ortalaması 3,31 olarak belirlenmiştir.⁽⁷⁾ Bir başka çalışmada Al-Kubaisi ve arkadaşları tarafından Doha, Katar'da 182 birinci basamak aile hekimi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hekimlerin üçte ikisinin (%66,7) periyodik sağlık muayenesinin hastalara yönelik hizmeti geliştirdiğine inandıkları yönünde görüş verdikleri saptanmıştır.⁽⁸⁾ Aile hekimlerine periyodik sağlık muayenesinin hekimler açısından önemli olup olmadığı sorulduğunda ise hekimlerin %74,3'ü katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıt vermiştir. Aile hekimliği asistanlarının %80'inin rehberlerin kendi gelişimlerinde katkı sağladığı yönünde bildirimde bulunduğu çalışma araştırma sonuçlarını desteklemektedir.⁽⁹⁾

Aile hekimlerine periyodik sağlık muayenesinin hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkili olup olmadığı sorulduğunda %81,3'ü etkili olduğu yönünde bildirimde bulunmuştur. Elde edilen sonuca benzer bir başka çalışma Japonya'da gerçekleştirilmiş ve birinci basamak hekimlerin %85,2'si periyodik muayenenin efektif ve hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde etkili olduğu yönünde inanışlarını belirtmiştir.⁽¹⁰⁾ Birinci basamak hekimlerin periyodik muayenelere yönelik tutumlarının incelendiği çalışmada ise hekimlerin %64,8'i periyodik muayenenin gerekli olduğuna inandıklarını ve %73,9'u hastalıkların erken dönemde saptanmasında önemli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir.⁽¹¹⁾

Araştırmada periyodik sağlık muayenesinin Türkiye'de öneri niteliği taşımasının dışında pozitif ya da negatif performans ile zorunlu uygulamaya geçirilmesi konusunda hekimlerin düşünceleri değerlendirilmek istendiğinde; verilen yanıtların ortalamasının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle hekimler negatif performans uygulamasına karşı olduklarını belirtmişlerdir (\bar{x} : 1,94). Ayrıca periyodik sağlık muayenesinin gerek kendileri gerekse hasta açısından faydalı olacağına inanan hekimlerin, Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM) için pozitif performans uygulamasına dahi %68,6'sının olumsuz görüş beyan etmesinin nedenlerinin ayrıca araştırılmasının gerekli olduğuna inanılmaktadır.

Diğer taraftan bu sonucun nedeni hekimlerin periyodik sağlık muayenesini ciddi bir iş yükü olarak görmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin periyodik muayeneler ve klinik uygulama rehberlerinin maliyetleri kontrol etmek, uygulamadaki varyasyonları azaltmak, hizmet kalitesini geliştirmek ve kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanmak için önemli olduğu görüşünü savundukları ancak rehberleri uygulama alanlarına yansıtmadıkları belirlenmiştir.^(12,13,14,15)

Rehberlerin neden daha az kullanıldığı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde ise hekimlerin rehber kullanımlarındaki engeller arasında çevresel faktörler olarak en fazla oranda zaman faktörünü belirttikleri saptanmıştır. Lugtenberg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada rehberlerin kullanımı ile ilgili çevresel engeller arasında 12 hekimin 5'i (%41,7) zamanın yeterli olmadığını belirtmiştir.⁽¹⁶⁾ Bir başka çalışmada PSM rehberini farkında olan 257 hekimin %16,9'u (n=41) rehber kullanımının zaman alıcı olduğunu belirtmiştir.⁽⁷⁾ 182 birinci basamak hekimle yapılan çalışmada ise hekimlerin % 58,3'ü kanıta dayalı uygulamaların iş yükü getirdiğini vurgulamıştır.⁽⁸⁾

Literatürde hekimlerin PSM'lerin ve rehberlerin zorunlu olarak uygulanmasına ilişkin zamanın yeterli olmaması ve iş yükü gibi nedenler ile olumsuz yönde görüş belirttikleri incelenirse de Miyazaki ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada birinci basamak hekimlerin çoğunluğunun (%85) periyodik sağlık muayenesinin etkili olduğuna inanmalarının en önemli ve birinci sebebinin Japonya'daki periyodik sağlık muayenelerinin kanunlar tarafından zorunlu hale getirilmiş olmasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir.⁽¹⁰⁾ Bu nedenle Türkiye için PSM'lerin uygulanır olması konusunda T.C. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği akademisyenleri, uzmanlık dernekleri, aile hekimleri ve ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile alınacak ortak kararların önemli olduğu düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin Türkiye'de ve dünyada uygulanan periyodik sağlık muayene rehberleri hakkında bilgi sahibi olma durumları sorgulandığında

düşük yanıt ortalamaları dikkat çekici bir bulgu olarak nitelendirilmiştir. Bu sonucun periyodik sağlık muayenesi ve rehberlere yönelik çalışmaların Türkiye'de yeni olması, yayımlanan öneri niteliğindeki çalışmadan sonra konuya özgü çalışmaların daha yavaş ilerlemesi ve tıp eğitimi sürecinde PSM'lere ilişkin yeterli düzeyde eğitimin verilmemesi gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle gerek periyodik sağlık muayeneleri gerekse periyodik muayene rehberlerine özgü konuların çekirdek eğitim müfredatı içerisinde yer alması sağlanarak tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminde standart bir eğitim olarak verilmesinin, sürekli mesleki gelişim eğitimleri içerisinde bu konunun daha kapsamlı hale getirilmesinin, hekimlerin bilgi düzeyini ve farkındalığını arttırabileceğine inanılmaktadır. Ayrıca literatür incelendiğinde hekimlerin farkındalık eksikliğindeki en önemli faktörün etkisiz pasif yayımlama stratejisi olduğunu belirtmeleri ve rehberlerin mail olarak gönderilmesinin rehberlerin aile hekimlerine ulaştırılmasında etkili bir yol olmadığını savunmaları.^(9,17) Türkiye için ulusal ve uluslararası rehberlerin Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde (AHBS) yer alması, ulusal rehberler dikkate alınarak AHBS içerisinde uyarı sistemlerinin oluşturulması, rehberlerin basılı hale getirilmesi gibi çözüm yollarının faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlere rehber içerisinde yer alan önerilere ilişkin sorular sorulmuş ve en yüksek ortalama kanserlere ilişkin yanıtların sahip olduğu saptanmıştır. Bu durum hekimlerin konuya verdikleri önemi işaret edebileceği gibi, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen tarama programlarından kaynaklı olabileceğini de düşündürmektedir. Literatürde ise herhangi bir hastalığın tanımlanmasında sürekli bir engel belirtiliyor ise o hastalığa yönelik tanı protokollerinin geliştirilmesinin hekimin bilgi düzeyini arttıracacağı ve ilgili rehberle uyumu sağlayacağı belirtilmektedir.^(9,16)

Araştırmada genel bilgi skor ortalamasının 3,28 olarak belirlenmesi, bilgi eksikliğine neden olan faktörlerin araştırılması ve hekimlerin bilgi düzeyinin arttırılması amacı ile farklı müdahalelerin

Tablo 4. Aile hekimlerinin “aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberi” hakkında davranışlarının görüntüsü

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranışları	Ortalama	Medyan	Mod
D1.Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım.	3,38	3,00	4
D2.Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırım.	3,57	4,00	4
D3.Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırım.	3,39	3,00	3
D4.Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,39	3,00	3
D5.Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.*	2,27	2,00	1
D6.Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,70	4,00	5
D7.5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım.	3,75	4,00	5
D8.5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırım.	3,60	4,00	5
D9.3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırım.	3,76	4,00	5
D10.Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım.	2,16	2,00	1
D11.10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım.	2,01	1,00	1
D12.5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırım.**	2,81	3,00	1
D13.Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).**	3,43	4,00	5
D14.2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırım (40-69 yaş arası).**	2,57	2,00	1
D15.Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).***	2,27	2,00	1
DAVRANIŞ SKOR	2,65	2,66	2,40

uygulanmasının gerekli olduğuna inandırmıştır. Hekimlerin periyodik muayene ve rehberlere yönelik bilgi eksikliğine neden olan faktörlerin araştırıldığı farklı literatürler incelendiğinde ise; sıklıkla PSM içerisinde yer alan önerilere yönelik bilgi ile karşılaşmama (aşinalıktaki eksiklik) ve farkındalığın eksik olması vurgulanmıştır.⁽¹⁸⁾ Ayrıca rehberlerin mezuniyet sonrası eğitimin ve sürekli mesleki gelişim eğitimlerinin temel bir parçası olması, hekimler arasında yapılacak olan düzenli toplantıların ve fikir paylaşımlarının varlığı ve rehberlere ilişkin interaktif eğitim ve aktif katılımın hekimlerin PSM rehberlerine yönelik bilgi düzeyini ve farkındalığı arttıracakı belirtilmiştir.^(14,19)

Hekimlerin rehberde yer alan ifadelerle yönelik tutumları değerlendirildiğinde ortalamanın üstün-

de yanıtlar verdikleri saptanmıştır. Bilgi ortalamalarının yüksek olmasına karşın tutum ortalamalarının daha düşük olmasına yönelik literatür incelendiğinde bu durumun, hekimlerin önerilerin uygulanması ile elde edilecek sonucun etkililiğine yönelik duydukları kaygıdan kaynaklı olduğu belirlenmiştir.⁽¹⁷⁾ Ayrıca hekimlerin kendilerine güvenmemeleri ve tarama sonuçlarına olan güvenlerindeki eksiklikler, kanıtları yorumlama ve her hasta için uygulanabilir olma konusunda yaşadıkları anlaşmazlıklar ve rehberleri geliştirenlere yönelik güven eksiklikleri tutum geliştirmedeki engeller olarak sıralanmıştır.^(16,18)

Aile hekimlerinin rehberde yer alan önermelere ilişkin davranış yanıt ortalaması en düşük değere sahiptir. Sonuçlar incelendiğinde ise en düşük orta-

Tablo 5. Aile hekimlerinin “aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberi” hakkında davranış skoru üzerinde periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberi hakkındaki genel bilgi ve tutum düzeylerinin etkisi

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta	Standart Hata	Beta			
(Sabit)	0,773	0,095		8,098	0,000*	
GENEL BİLGİ SKOR	0,089	0,032	0,035	2,795	0,005*	1,226
TUTUM SKOR	0,499	0,011	0,566	45,265	0,000*	1,226

Regresyon Modeli Özet:
R = 0,582
R2 = 0,339
F = 1327,897
p= <0,001
Durbin Watson: 1,891

a. Bağımlı değişken: Davranış skoru *: p<0,05 önemli belirleyici

lamanın kolonoskopi ile ilgili verilen yanıtta ait olduğu saptanmıştır (: 2,01). Literatürde bu durumun, kolonoskopi işlemine yönelik anksiyete, utanma hissi, ağrılı ya da tehlikeli olabileceği düşüncesinden kaynaklandığı belirtilmektedir.⁽²⁰⁾ Ayrıca hekimlerin kolorektal kanser taramalarına ilişkin rehberlere yönelik uygulamadaki engellerin tanımlandığı çalışmada kolonoskopi gibi uygulamaların sonuçlarının etkinliğine inanıldığında uygulamaya geçildiği belirtilmiştir.⁽²¹⁾

Araştırmada periyodik sağlık muayene önerilerine ilişkin kadın ve erkek hekimler arasında bilgi, tutum ve davranış durumları değerlendirildiğinde; cinsiyetler arası bilgi düzeyi anlamlı farklılık göstermemekle birlikte tutum ve davranış skorları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Ayrıca kadınların hem genel tutum hem de davranış skoru erkeklere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; kadınların erkeklere göre periyodik hekim kontrollerini yaptırma ve koruyucu sağlık hizmeti almaya yönelik düzenli hekim ziyaretlerinde bulunma konusunda daha düşük düzeyde davranış sergilediği gözlenmiştir.^(22,23,24) Bu sonuçlar araştırmadaki bulguları destekler niteliktedir. Diğer taraftan periyodik sağlık hizmeti alma konusunda ka-

dın ve erkek hekimlerin farklı tutum ve davranış sergilemesinin nedeni, literatür ve mevcut bulgular ışığında değerlendirildiğinde; kadınların erkeklere göre daha fazla sağlıklarının sorumluluğunu almalarından kaynaklı olabileceğini düşündürmüştür.^(25,26,27,28)

Sonuç

Araştırma sonucunda Türkiye’deki aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli yeri olan periyodik sağlık muayenesine ve rehberlere yönelik bilgi ve farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. Bu nedenle Türkiye’de periyodik sağlık muayenelerinin uygulanması ve bilimsel araştırmalara dayalı ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer kılavuzlar gözden geçirilerek uzman gruplar (sivil toplum kuruluşları, akademik çalışanlar, aile hekimleri vb.) ve Sağlık Bakanlığı tarafından rehberlerin hazırlanması, oldukça önemlidir. Periyodik muayeneler ve rehber kullanımının hastalıkların erken teşhis ve tedavisini sağlamakla birlikte maliyetleri azaltacağı, bu sayede koruyucu sağlık hizmet sunum kalitesinin ve etkililiğinin artacağı düşünülmektedir. Ayrıca periyodik muayenelerin bireylerin sağlıklı yaşam tarzını öğrenmesi ve benimsemesine de katkı sağ-

layacağı söylenebilir.

Türkiye’de öneri niteliğinde hazırlanan “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberinin” etkin ve işlevsel kullanımı amacıyla aile hekimlerinin rehberlere elektronik ortamda erişiminin sağlanması, özet bilgiler ve algoritmaları içeren cep rehberlerinin oluşturulmasının, hazırlanmış olan önerilerin Aile Hekimliği Bilgi Sistemine entegre edilebileceği yazılımların geliştirilmesinin ve birden fazla yolla yayımlama/sunum stratejilerinin iletişimin ve kullanımın etkililiğini arttırdığı düşünüldüğünde, aile hekimlerine erişim ve kullanım için farklı seçeneklerin sunulması gibi aşinalığı arttırıcı faaliyetlerin etkili olacağı düşünülmektedir. Diğer

tarafından aile hekimlerine; tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve sürekli mesleki gelişim eğitimleri kapsamında periyodik muayeneye yönelik verilen eğitim içeriklerinin kapsamının geliştirilmesi ve güncel tutulmasının da önemli olduğu ifade edilebilir.

Son olarak Türkiye’de gerek koruyucu hizmetlerin etkin sunumu gerekse periyodik sağlık muayenesi gibi taramaların yapılması konusunda bireylerin risk profillerinin çıkartılmasının ve elektronik olarak kayıt altına alınmasının etkili olacağı düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı politika üreticilerinin yapılacak olan çalışmaları yönetmesi ve desteklemesinin önemli olduğuna inanılmaktadır.

Teşekkür

Bu araştırma verilerinin elde edilmesi konusunda desteklerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Mehmet UĞURLU’ya, Sayın Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ’ye, Sayın Prof. Dr. S. Yavuz SANISOĞLU’na, Sayın Yrd. Doç. Dr. Mesut AKYOL’a ve Sayın Dr. Sümeyye SELÇUK MUNGAN’a teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. Akdağ R. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları. Ankara, Anıl Matbaacılık, 2010.
2. Koruyucu Tıp ve Hekimlik. Sağlıkta Nabız Dergisi 2008. <http://www.sagliktanabiz.com/haberler/koruyucu-tip-ve-hekimlik.html> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
3. Şimşek Z. Sağlık Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlık Geliştirme Stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(3):343-58.
4. Holland W. Periodic Health Examination – A Brief History And Critical Assessment. Eurohealth 2009;15(4):16-20.
5. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014: 113-35.
6. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25.01.2013 tarihli Resmi Gazete, Sayı No: 28539.
7. Wolfe RM, Sharp LK, Wang RM. Family Physician' Opinions and Attitudes to Three Clinical Practice Guidelines. The Journal of The American Board of Family Medicine 2004;17(2):150-7.
8. Al-Kubaisi NJ, Al-Dahnaim LA, Salama RE. Knowledge, Attitudes And Practices of Primary Health Care Physicians Towards Evidence-Based Medicine in Doha, Qatar, Eastern Mediterranean Health Journal 2010;16(11):1189-97.
9. Helwig A, Bower D, Wolff M, Guse C. Residents Find Clinical Practice Guidelines Valuable as Educational and Clinical Tools. Family Medicine 1998;30(6):431-5.
10. Miyazaki K, Sato J, Mukohara K, Kitamura K, Saito S, Ban N. Attitudes of Japanese Primary Care Physicians Toward Publicly Endorsed Periodic Health Examination: A Cross Sectional Survey. Asian Pasific Journal Cancer Previous 2007;8(2):258-62.
11. Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of Evidence-Based Guidelines for the Annual Physical Examination. Archives of Internal Medicine. 2005;165(12):1347-52.
12. Fang E, Mittman BS, Weingarten S. Use of Clinical Practice Guidelines in Managed Care Physician Groups. Archives of Family Medicine 1996;5(9):528-34.
13. James P, Cowan T, Graham R, Majeroni B. Family Physicians' Attitudes About And Use of Clinical Practice Guidelines. Journal of Family Practice 1997;45(4):341-7.
14. Hayward RS, Guyatt HG, Moore K, McKibbon A, Carter OA. Canadian Physician' Attitudes About and Preferences Regarding Clinical Practice Guidelines. Canadian Medical Association 1997;156(12):1715-23.
15. Tunis SR, Hayward RS, Wilson MC, et al. Internists' Attitudes About Clinical Practice Guidelines. Annals of Internal Medicine 1994;120(11):956-63.
16. Lugtenberg M, Schaick MZ, Westert GP, Burgers JS. Why Don't Physicians Adhere to Guideline Recommendations in Practice? An Analysis of Barriers Among Dutch General Practitioners. Implementation Science 2009;54:1-4.
17. Pimlott NJ, Persaud M, Drummond N. et al. Family Physicians And Dementia In Canada Part 1. Clinical Practice Guidelines: Awareness, Attitudes, And Opinions. Canadian Family Physician 2009;55(5):506-7.
18. Cabana MD, Rand CS, Powe NR. et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. Journal of the American Medical Association 1999;282(15):1458-67.
19. Rätsep A, Kalda R, Oja I, Lember M. Family Doctors' Knowledge And Self-Reported Care of Type 2 Diabetes Patients In Comparison to The Clinical Practice Guideline: cross-sectional Study. Biomedcentral Family Practice 2006;7(36):1-7.
20. García AZ. Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation. Gastroenterology Research and Practice 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/483417>
21. Sewitch MJ, Burtin P, Dawes M. et al. Colorectal Cancer Screening: Physicians' Knowledge of Risk Assessment And Guidelines, Practice, and Description of Barriers And Facilitators. Canadian Journal of Gastroenterology 2006;20(11):713-8.
22. Viera AJ, Thorpe JM, Garrett JM. Effects of Sex, Age and Visits on Receipt of Preventive Healthcare Services: a Secondary Analysis of National Data. BMC Health Serv Res 2006;6(15):1-8.
23. Mavriplis CA. Should we abandon the periodic health examination? Can Fam Physician 2011;57(2):159-61.
24. Banks I, Baker P. Men and Primary Care: improving Access and Outcomes. Trends in Urology & Men's Health 2013. doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/tre.357>
25. Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2007;6(6):409-20.

26. Çetin FE. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara, Gazi Üniversitesi, 2015.
27. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):276-332.
28. İlhan N, Batmaz M, Utaş Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(3):34-44.

Geliş tarihi: January 12, 2018

Kabul tarihi: July 27, 2018

Çevrimiçi yayın tarihi: September 15, 2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Deniz Tugay Yangı,

e-posta: deniz.tugay@gmail.com

Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi

Evaluation of referral from perspective of family physicians

Sinan Bulut¹, Özgür Uğurluoğlu²

Geliş tarihi: 31.01.2018 / Kabul tarihi: 01.07.2018 / Yayın tarihi: 15.09.2018

İletişim adresi: Dr. Sinan Bulut / e-posta: sinan.062@hotmail.com

¹⁾ Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Dr. Öğr. Üy., Çorum / Türkiye

²⁾ Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara / Türkiye

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı, sevk zincirinde sevk sürecini başlatacak olan ve uygulamanın en önemli paydaşı olarak görülebilecek aile hekimlerinin sevk zincirinin uygulanması durumunda olası etkilerini, gerekliliği, uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği hakkındaki görüşlerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada veriler aile hekimlerinin sevk zinciri konusundaki düşüncelerini ortaya koymak amacıyla oluşturulmuş yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak Ankara ilinde merkez ilçelerde görev yapan aile hekimleri ile yüz yüze yapılan görüşmeler ile elde edilmiştir.

Bulgular: Mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanmasında sevk zincirinin uygulanmasının birtakım sorunları ortaya çıkaracağı katılımcı hekimler tarafından belirtilmiştir. Özellikle aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması sevk zincirinin uygulanması için en büyük engel olarak ortaya çıkmakta ve bağlı nüfusun düşürülmesi gerekmektedir. Ayrıca aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesinin yanında ASM'lerin standart bir yapıya kavuşturulması fiziki ve teknik kapasitelerinin iyileştirilmesi de bir diğer gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, halkın sağlık okuryazarlık düzeyinin de yükseltilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda hizmet sunum yönünde yapılması gereken müdahaleler yanında topluma yönelik faaliyetlerinde yürütülmesi gerekmektedir.

Sonuç: Bu çalışma sevk zincirinin uygulanmadan önce aile hekimlerinin ve diğer tüm paydaşların görüşlerinin alınması ve bu görüşler doğrultusunda adımlar atılmasının önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: sevk zinciri, sağlık politikası, aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemi

Summary

Aim: The aim of this study is to evaluate the views of family physicians who are the most important stakeholders in the referral and who initiate referral processes in the referral, about the effects, necessity, viability and sustainability of the referral.

Materials and Method: In this study, family physicians working in the central districts of Ankara province were interviewed face to face using a semi-structured interview form designed to reveal their thoughts on the referral.

Result: As a result of the analyzes, it was evaluated that the implementation of the referral would not be appropriate in the existing primary healthcare services. Especially the excess of the population dependent to a family physician appears as the biggest obstacle for the application of the referral and this dependent population has to be reduced. In addition to the effort to reduce the population dependent to a family physician, the standardization of Family Health Centers and the improvement of the physical and technical capacities of these centers are another requirement. On the other hand, the inadequacy of the health literacy level of the society also creates difficulties in the implementation and maintenance of the referral. In this context, in addition to the interventions that need to be done in terms of service provision, public-oriented activities should also be carried out.

Conclusion: This study suggests that it is important to take the views of family physicians and all other stakeholders and take steps in the light of these opinions before implementing the referral.

Key words: referral, health policy, family medicine, primary care services, health system

Giriş

Hasta sevki, sağlık sisteminin bir düzeyinde çalışan hizmet sunucusunun kaynak yetersizliği (ilaç, malzeme, beceri gibi) nedeniyle, klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun verilmesi için aynı seviyede ya da üst seviyede daha iyi veya farklı kaynaklara sahip hizmet sunucularından yararlanması olarak tanımlanmaktadır.⁽¹⁾

Sevk sistemi ile farklı hizmet sunucuları arasında sağlanan ilişki, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması için olanak sağlamaktadır. Sevk sistemlerinde hastaların öncelikle sevkini gerekli olup olmadığının tespiti için ilk başvuruyu birinci basamak hekimine yapmaları sistemin işlerliği açısından önemlidir.⁽²⁾ Birinci basamak hekimine yapılan ilk başvuru, hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha düşük maliyetle hizmet sunumu sağlayarak uzman hekim hizmetine ihtiyaç duyan hastalara, bu hizmete daha kolay ve zamanında erişebilme, birinci basamak hizmetinden daha fazla yararlanma imkânı doğurup, birinci basamağın da önemini artırmaktadır.⁽¹⁾

Öte yandan, sevk zincirinin uygulanmadığı durumlarda, kendi kararlarıyla uzman hekime giden hastalar, uzman hekimin iş yükünün artmasına neden olmakta ve dezavantajlı grupların uzman hekimden yararlanmasını engelleyebilmektedir. Bu durum ise kişisel ve sağlık sistemi açısından bazı sorunları ortaya çıkarmaktadır.⁽³⁾ Hastaların doğrudan ikinci veya üçüncü basamak hizmete başvurusunun nedenleri; hastanın sosyal ve ekonomik özellikleri, sosyal ilişkileri, sağlık sorununu ciddi, hayatı tehdit edici ve acil olarak algılama gibi durumlar olarak ifade edilmektedir.⁽⁴⁾

Sağlık sistemlerinde hastaların hizmet basamağını atlamadan başvurusunun sağlanması için sevk sistemlerinin tasarımı ön plana çıkmaktadır. Sevk sisteminin tasarımı ve fonksiyonları ülkelerin sağlık sistemlerine özgü faktörlerden (uzman personelin

mevcudiyeti, eğitim kapasitesi, örgütsel düzenlemeler, kültürel konular, siyasi konular ve gelenekler) ve genel faktörlerden (nüfus büyüklüğü ve yoğunluğu, kırsal ve kentsel nüfus dağılımı, hastalık yükü ve örüntüsü, talep ve ödeme kabiliyeti) etkilenebilmektedir.⁽¹⁾

Son yıllarda Türkiye’de sağlık sisteminde önemli düzenlemeler yapılmaktadır. Özellikle, 1990’lardan başlayarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yeniden yapılanma ve yeni düzenlemeler söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinde yapılması planlanan reformlar kalkınma planlarında da yer almış, basamaklar arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilmesi hedeflenmiş ve sağlık harcamalarının etkinleştirilmesi amacıyla kademeli bir şekilde sevk uygulamasının gerekliliği vurgulanmıştır.^(5,6,7)

Sevk sisteminin gerekliliği ve uygulamaya konulması 2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) da hedefleri arasında yer almaktadır. SDP, Sağlık Bakanlığı’nca sağlık politikalarının etkili, verimli ve hakkaniyete uygun yapılması amacıyla kurgulanmıştır.

Bu kapsamda amaçlanan; etkili sağlık hizmeti ile anne çocuk ölümlerinin azaltılması, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzatılması gibi sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik politikaların, verimlilik ile insan kaynakları yönetimi, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, koruyucu hekimlik ve sağlık işletmeciliğine yönelik politikaların, hakkaniyet ile de farklı sosyal gruplar, kır-kent, doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim, göstergeler arasındaki farklılığın azaltılması, ihtiyaç ölçütünde sağlık hizmetine ulaşma ve mali güçleri doğrultusunda hizmet finansmanına katılımına yönelik politikaların geliştirilmesi olmuştur.⁽⁸⁾ Sevk zincirinin uygulanmasının da etkili, verimli ve hakkaniyet temelli sağlık politikalarının tamamına yönelik bir adım olacağı değerlendirilebilir.

Kademeli sevk uygulamasında temel amaç, hastaların en uygun sağlık hizmetini en uygun

hizmet sunucudan almasını sağlamak olarak ifade edilebilir. Aile hekimleri hastanın yönlendirilmesi açısından ilk başvuru yeri olmaları nedeniyle sevk uygulamasında temel rolü üstlenecek grup olarak önemli bir yer tutmaktadır. Aynı zamanda, aile hekimleri sevk zinciri uygulamalarında sevk sürecini başlatan hekimler olarak uygulamadan en çok etkilenecek grubu oluşturmaktadır. Sevk zinciri uygulamasında aile hekimlerinin iş yüklerinde artış olabileceği gibi, sağlık sisteminde yaşanan problemlerin de ilk yansıtacağı hekim grubu olacaktır. Bu çerçevede, sevk zinciri konusunda önemli bir paydaş olan aile hekimlerinin görüşleri birincil öneme sahip ve uygulamaya yönelik atılacak adımlarda göz önünde bulundurulması gereken görüşler olarak değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metod

Aile hekimlerinin sevk zinciri uygulamasında önemli bir paydaş olduğu göz önünde bulundurularak yapılan bu çalışmada amaç, sevk zinciri uygulamasına yönelik aile hekimlerinin görüşlerinin değerlendirilmesidir.

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi olan görüşme yöntemi benimsenmiştir. Araştırmanın örnekleme, amaçlı örnekleme yönteminin maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi esas alınarak belirlenmiştir. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminde araştırmaya dahil edilen kişilerin farklı niteliklere sahip olması, evreni yansıtmaya olasılığını artırmaktadır. Bu araştırmanın evrenini Ankara ili metropoliten ilçeleri olan, nüfusu 300.000'den fazla ve Ankara'daki toplam aile hekimlerinin %76,5'inin görev yaptığı Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde görev yapan 1070 aile hekimi oluşturmaktadır.

Araştırmada, örnekleme yöntemine uygun olarak, bu ilçelerin kalabalık yerleşim bölgelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) hekimlerin yanı sıra, nüfusu az olan bölgelerde bulunan ASM'lerdeki hekimler ile görüşülmüştür. Ayrıca

görülecek aile hekimlerinin belirlenmesinde, görev yaptıkları bölgelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri ve ASM dağılımı da göz önünde bulundurulmuştur. Farklı nüfus yoğunluğundaki ve farklı sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinde olan bölgelerde görev yapan aile hekimlerinin seçilmesi, bu aile hekimlerinin iş yükü, bağlı nüfusu, aile hekimliği gruplamasındaki yeri gibi özellikleri ile sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerinde olabilecek farklılıkları ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırmada hekimler ile yapılan görüşmelerde tekrarlayan görüşlerin ortaya çıkması sebebiyle 124 aile hekimi ile görüşülmüştür. Görüşülen aile hekimleri bağlı nüfus sayıları, aile hekimliği birimi gruplaması dağılımı, unvan dağılımı ve yaş ortalaması bakımından evren ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Form uzman görüşü ve literatür taraması doğrultusunda oluşturulmuştur.^[1,2,9-14] Form, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesine, ikinci bölüm ise, aile hekimlerinin sevk zinciri uygulaması konusundaki görüşlerinin değerlendirmesine yönelik açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma, nitel bir araştırma olarak tasarlanmış olup araştırma kapsamında katılımcıların görüşleri aşağıdaki sorular çerçevesinde alınmıştır:

- Sevk zincirinin öncelikli uygulanması gereken bir uygulama olup olmadığı,
- Uygulanacak bir sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını nasıl etkileyeceği,
- Sürdürülebilir ve uygulanabilir bir sevk zinciri için neler yapılması gerektiği,
- Hastaların aile hekimlerini tercih etmeme nedenleri ve tercih etmelerinin sağlanmasına yönelik nelerin yapılabileceği,
- Sevk zincirinin uygulanması durumunda uygulamadan muaf tanı grubunun olup olmaması.

Araştırmada elde edilen veriler, nitel araştır-

Tablo 1. Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	68	54,84
Kadın	56	45,16
Toplam	124	100,00
Yaş		
30-39	15	12,10
40-49	52	41,90
50-59	50	40,30
60-69	7	5,60
Toplam	124	100,00
Medeni Durum		
Evli	91	73,39
Bekâr	31	25,00
Diğer	2	1,61
Toplam	124	100,00
Aile hekimliği görev süresi (ay)		
1-11	14	11,29
12-23	2	1,61
24-35	5	4,03
36-47	1	0,81
48-59	3	2,42
60-71	99	79,84
Toplam	124	100,00
Branşı		
Pratisyen hekim	89	71,77
Aile Hekimi Uzmanı	27	21,77
Diğer Uzman	8	6,46
Toplam	124	100,00
İlçe		
Keçiören	33	26,61
Çankaya	30	24,19
Yenimahalle	15	12,10
Mamak	14	11,29
Sincan	13	10,48
Etimesgut	10	8,06
Altındağ	9	7,26
Toplam	124	100,00

malarda veri analizinde kullanılan Maxqda 11 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcılardan elde edilen görüşme notları Maxqda programına aktarılmıştır. Programda her bir açık uçlu soru için verilen cevaplar değerlendirilerek anahtar kelimeler, cümleler kodlanmış ve sorulara verilen cevaplar içinde aynı anlamı veren ifadeler bir araya getirilerek içerik analizi yapılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hekimlerin çeşitli sosyodemografik özelliklere göre dağılımı **Tablo 1**'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $48,3 \pm 7,24$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin %26,6'sı Keçiören ilçesinde görev yapmaktadır. Katılımcı hekimlerin %79,8'inin aile hekimliği görev süresi 60-71 ay aralığında değişmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin ortalama $57,5 \pm 21,7$ ay aile hekimliği yaptıkları bulunmuştur. Ayrıca araştırmada katılımcı hekimlerin aile hekimliği birim gruplandırmasında %48,3'ü B grubunda, %22,5'i D grubunda, %16,1'i A grubunda, %4,0'ı C grubunda yer aldığı ve %8,8'inin ise grupsuz olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin nüfus ortalaması 3.797 ± 386 olarak bulunmuştur. Ancak aile hekimleri, ortalama ideal nüfusun 2.331 ± 625 olması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcı hekimlerin günlük olarak muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 55 ± 14 olarak bulunmuştur. Katılımcı hekimler bir hastaya ortalama $8,4 \pm 3,7$ dakika muayene süresi ayırdıklarını belirtirken, sevk zinciri uygulanması durumunda bu sürenin yaklaşık 5 dakikaya kadar düşeceğini ifade etmişlerdir (**Tablo 2**).

Araştırmada, hekimlerin sevk zincirinin gerekliliği, etkileri, işlerliği ve hasta başvuru durumuna ilişkin görüşleri alınmıştır. Öncelikle sevk zincirinin, bir öncelik teşkil edip etmediği sorulmuştur. Aile hekimlerinin %30'u sevk zincirinin acil ve öncelikli bir konu olduğunu belirtirken, %70'i ise sevk zinciri uygulamasının öncelikli bir konu olmadığını belirtmiştir. Sevk zincirinin acil ve öncelikli bir konu olmadığını düşünen

Tablo 2. Aile hekimlerinin iş ve işlemlerine ilişkin bulgular

Değişken	X ± SS
Bağlı nüfus ortalaması	3.797 ± 386
Günlük hasta muayenesi	55 ± 14
Bir hastaya ayrılan muayene süresi (dk)	8,4 ± 3,7
Günlük hasta sevk sayısı	3,7 ± 2,0
Sevk zincirinde beklenen hasta sayısı	98,5 ± 38,5
Sevk zincirinde hastaya ayrılacak süre (dk)	4,9 ± 2,8
İfade edilen aile hekimine bağlı ideal nüfus	2.331 ± 625

aile hekimlerinin %36,3'ü öncelikle aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi gerektiğini, %20,7'si aile hekimliğinin geliştirilmesi gerektiğini ve %12,9'u ise halkın sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiğini öncelik olarak ifade etmiştir (Tablo 3).

Sevk zinciri uygulamasının önceliği konusunda, katılımcı bir aile hekimi uygulamanın 2. ve 3. basamakta hasta yoğunluğunun azaltılması için gerekli olduğunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri aile hekimliğinde gereklidir ve öncelikli bir konudur. Bunun nedeni, hastanelerin acil servislerinin ve polikliniklerinin birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunları bulunan hastalarla çok fazla meşgul edilmesidir. Bunlara örnek olarak, gebelik testi, üriner sistem enfeksiyonu, viral üst solunum yolu enfeksiyonu gibi sağlık sorunları nedeniyle hastanelere yapılan başvurular sayılabilir.”

Sevk zinciri uygulamasının gerekli olmadığını ve hasta hekim ilişkisinde sorunlara yol açacağını ifade eden bir aile hekimi ise şu şekilde görüş bildirmiştir:

“Sevk zinciri acil ve öncelikli değildir. Öncelik birinci basamak hekimliğinin asli görevlerinin üst birimlerce doğru yorumlanması ve uygulamasının doğru yapılması konusudur. Sevk zinciri sadece birinci basamak hekimlerine yönelik baskıyı, sözel

Tablo 3. Katılımcı aile hekimlerinin sevk zinciri uygulamasının acil ve öncelikli olma durumuna ilişkin görüşleri

Sevk zinciri uygulaması aile hekimliği için acil ve öncelikli midir? *	Sayı	Yüzde
Evet, acil ve önceliklidir	30	30,0
Hayır, acil ve öncelikli değildir	70	70,0
Toplam	100	100,00
Sevk zincirinin öncelikli olma nedeni		
Hastanelerdeki yoğunluğun azalması	20	60,61
Hasta hakkında geribildirim sağlanması	4	12,12
Hekimin hastayı yönlendirmesinin sağlanması	3	9,09
Sağlık harcamalarının düşmesi	3	9,09
ASM'lerin etkin kullanılmasının sağlanması	2	6,06
Aile hekimliğinin temelini oluşturması	1	3,03
Toplam	33	100,00
Sevk zincirinden daha öncelikli görülen konular		
AH'lere bağlı nüfus düşürülmelidir	28	36,36
Aile hekimliği geliştirilmelidir	16	20,78
Halkın sağlık okuryazarlığı artırılmalıdır	10	12,99
AH'lerin iş yükü azaltılmalıdır	7	9,09
Koruyucu hekimlik ve bağışıklamaya önem verilmelidir	5	6,49
AH sayısı artırılmalıdır	2	2,60
Serbest ilaç alımı önlenmelidir	2	2,60
AH'lerin motivasyonu artırılmalıdır	2	2,60
AH'lerin nöbet uygulaması kaldırılmalıdır	1	1,30
Performans sistemi değiştirilmelidir	1	1,30
ASM sayısı artırılmalıdır	1	1,30
2. ve 3. basamak hizmeti doğru planlanmalıdır	1	1,30
Hekim ücretleri iyileştirilmelidir	1	1,30
Toplam	77	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 4. Katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını nasıl etkileyeceğine ilişkin görüşleri

Katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını nasıl etkileyeceğine ilişkin görüşleri *	Sayı	Yüzde
Olumsuz görüş bildirenler	76	75,25
Hem olumlu hem olumsuz görüş bildirenler	19	18,81
Olumlu görüş bildirenler	6	5,94
Toplam	101	100,00
Olumlu Görüş Bildirenler		
Hasta izleminde kolaylık sağlar	11	39,29
Hastanın doğru yerde hizmet almasını sağlar	4	14,30
İş yükü azalır	2	7,14
Tüm hastalara erişim imkânı sağlar	2	7,14
Mesleki tatmini ve gelişimi artırır	2	7,14
Aile hekimine olan talep artar	2	7,14
Toplum sağlığı ön plana çıkar	2	7,14
Aile hekimi önem kazanır	1	3,57
Birçok hastanın sorunu birinci basamakta çözülür	1	3,57
Hasta hakkında geribildirim sağlar	1	3,57
Toplam	28	100,00
Olumsuz Görüş Bildirenler		
İş yükü artar	64	51,20
Hasta ile tartışmalar yaşanır	19	15,20
Kota uygulaması ile aile hekiminin gelir kaybı olur	7	5,60
Aile hekimlerine şiddet uygulanır	7	5,60
Hasta baskısı oluşur	6	4,80
Aile hekimlerinin verimi ve toleransı azalır	6	4,80
Koruyucu hekimlik uygulamalarına zaman ayıramaz	5	4,00
Hastaya ayrılan muayene süresi azalır	4	3,20
Hekimler sekreteryaya işleri ile uğraşmak zorunda kalır	4	3,20
Acil hastaların göz ardı edilmesine sebep olur	1	0,80
Aile hekimine güven azalır	1	0,80
Zaman ve kaynak israfı olur	1	0,80
Toplam	125	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

ve fiziksel şiddeti artıracaktır”.

Araştırmada ayrıca, sevk zinciri uygulamasının mevcut durumda başlaması ile aile hekimliği uygulamasının bu durumdan nasıl etkileneceğine ilişkin aile hekimlerinin görüşleri alınmıştır. Bu konuda görüş bildiren hekimlerin %5,9'u sevk zincirinin olumlu etkileri olacağını ifade ederken, %75,2'si ise olumsuz etkileri olacağı yönünde görüş bildirmiştir. Olumsuz görüş bildiren hekimlerin ifade ettikleri görüşlerin %51,2'si iş yükünün artacağı, %15,2'si ise hastalar ile tartışmalar yaşanacağı şeklinde olmuştur (**Tablo 4**).

Sevk zincirinin aile hekimlerini olumsuz etkileyeceğini belirten bir hekim özellikle ASM'lerde oluşacak tartışmalara dikkat çekerek görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Hastalar mevcut durumda bile kuyrukta beklemek istemiyorlar. Bir hasta muayenede biraz fazla kaldığında kapıda tartışmalar başlıyor. Bu yüzden sevk zincirinde hasta muayene sırasında fazla beklemek zorunda kalırsa, bu durum hastalar arasında ve hekim-hasta arasında sorunlara yol açacaktır. Yani ASM'lerde verimli iş yapılamayacak, sürekli gereksiz tartışmalar ile uğraşılacaktır.”

Sevk zincirinin hasta takibi açısından olumlu etkileri olacağını belirten bir aile hekimi ise görüşünü aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

“Sevk zinciri uygulaması bana kayıtlı olduğu halde hiç görmediğim veya bana gelmemiş hastalarımın bana başvurmasını sağlar. Böylece kayıtlı tüm hastalarım rahatlıkla erişmiş olurum. Ayrıca sevk zincirinin hastalarımın bana bağlılığını ve güvenini de artıracığını düşünüyorum.”

Araştırma kapsamında aile hekimlerinin kendilerine başvurmayan bağlı nüfuslarının, başvuru yapmama nedenlerine yönelik de görüşleri alınmıştır. Aile hekimlerinin görüşleri **Tablo 5**'de verilmiştir. Aile

Tablo 5. Katılımcı aile hekimlerinin kayıtlı kişilerin aile hekimine başvurmama nedenlerine ilişkin görüşleri

Kayıtlı kişilerin aile hekimine başvurmama nedenleri	Sayı	Yüzde
Aile hekimliği hizmetlerini bilmeme	34	20,61
Aile hekimine güvenmeme	24	14,55
Hastanelere başvurma alışkanlığı	15	9,09
Hastane imkânlarının fazla olması	13	7,88
Özel hastane tercihleri	13	7,88
Sağlık hizmeti ihtiyacı duymama	12	7,24
Uzman hekime muayene olma isteği	9	5,45
ASM'nin yetersiz görülmesi	8	4,85
Genç nüfus olması	7	4,24
Hastaneye yakın ikamet veya işyerinin olması	6	3,64
Acil servise başvurma	5	3,03
ASM'yi önemsememe	5	3,03
Hastaların bilgi düzeyleri ve tutumları	4	2,42
Özel sağlık sigortasına sahip olma	2	1,21
ASM'de tetkik sonuçlarının geç alınması	1	0,61
Hastaların ikametgah yerlerinin değişmesi	1	0,61
ASM'lerde tedavi öncelikli hizmet sunulması	1	0,61
Hastanelerin sosyal alan olarak kullanılması	1	0,61
Aile hekiminin ilgisizliği	1	0,61
ASM'lerde hizmet kalitesinin düşük olması	1	0,61
Sağlık sorununun hastaneye başvurmayı gerektirmesi	1	0,61
Sevk zorunluluğunun olmaması	1	0,61
Toplam	165	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 6. Katılımcı aile hekimlerinin uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri

Uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için neler yapılmalıdır?*	Sayı	Yüzde
Aile hekimlerine bağlı nüfus azaltılmalıdır	32	23,36
Toplum/hastalar eğitilmelidir	30	21,90
ASM'ler geliştirilmelidir	14	10,21
Aile hekimlerinin görev tanımları net olmalıdır	10	7,30
Sürdürülebilirlik için AR-GE çalışmaları yapılmalıdır	11	8,03
İyi hazırlanmış bir altyapı ile başlanmalıdır	6	4,38
ASM'ler 2. ve 3. basamak ile entegre edilmelidir	5	3,65
Sevk zincirinin işlerliğini sağlamak için yaptırımlar olmalıdır	4	2,92
ASM'lerde uzman hekim sayısı artırılmalıdır	4	2,92
Günlük sevk edilecek hasta kotası olmamalıdır	3	2,19
Aşamalı geçiş uygulanmalıdır	3	2,19
Geribildirim olmalıdır	2	1,46
Bölge laboratuvar ve görüntüleme merkezleri olmalıdır	1	0,73
Hastaya sorumluluk yüklenmelidir	1	0,73
Hekim hasta iletişimi artırılmalıdır	1	0,73
Koruyucu hizmetler ayrı bir merkezden verilmelidir	1	0,73
Günlük sevk edilecek hasta kotası olmalıdır	1	0,73
Sağlık kurumlarının teknik donanımı yeterli, personeli eğitilmiş olmalıdır	1	0,73
Randevulu sisteme geçilmelidir	1	0,73
Sağlık çalışanlarının motivasyonu artırılmalıdır	1	0,73
Aile hekimlerine yapılan iş üzerinden ücretlendirme olmalıdır	1	0,73
"Aile hekimi uygun görürse sevk edebilir" ifadesi halka benimsetilmelidir	1	0,73
Genç hekimler istihdam edilmelidir	1	0,73
Sevklerin uygunluğu denetlenmelidir	1	0,73
Performansa dayalı ücretten vazgeçilmelidir	1	0,73
Toplam	137	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

hekimlerinden 103'ü bu konuda görüş belirtmiştir. Aile hekimlerinin ifade ettikleri başvurmama nedenlerinin %20,6'sını başvurmamaların aile hekimliği hizmetlerini bilmemeleri ve %14,5'ini ise bu kişilerin aile hekimlerine güvenmemeleri oluşturmaktadır (**Tablo 5**).

Hastaların aile hekimine başvurmamalarının se-

bebini temelde iki faktör ile ilişkilendiren bir aile hekimi görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

"Aile hekimine gelmeyen hasta ya aile hekimliğinde verilen hizmetleri bilmiyordur ya da sosyoekonomik durumu iyi olması sebebiyle özel hastane ve özel doktor kullanıyordur. Bu hastalara aile hekimliğini, ASM'lerin hizmetlerini iyi anlatmak gerekir. Bunu da

aile hekimleri üzerinden yapmak gerekir. Ayrıca aile hekimlerine bunun sorgusu da yapılmalıdır. Senin hastan niçin sana gelmiyor? sorusu aile hekimine sorulmalıdır ve aile hekimi hastasının kendisine başvurmasını sağlamalıdır.”

Araştırma kapsamında aile hekimlerinin görüşlerinin alındığı bir diğer konu, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için neler yapılması gerektiği olmuştur. Bu konuda 107 aile hekimi görüşü belirtmiştir. Aile hekimlerinin, konuya ilişkin önerilerinin %23,3’ünü bağlı nüfusun azaltılması ve %21,9’unu ise toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi oluşturmaktadır (Tablo 6).

ASM’lerin ve hastanelerin entegre edilmiş ve koordineli bir şekilde çalışmaları gerektiğini ifade eden bir aile hekimi görüşünü şu şekilde belirtmiştir:

“Uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri uygulaması için;

1. ASM’ler için bölge laboratuvarları/görüntüleme merkezleri kurulabilir ya da yakın hastanelerin bu merkezleriyle entegrasyon sağlanarak, sadece tetkik için hasta hastaneye yönlendirilip sonuçları ASM’de takip edilebilir.
2. Her ASM’nin entegre olduğu bir hastane olmalı ve aile hekimlerinin hastanedeki uzmanlardan konsültasyon isteme imkânı olmalıdır.
3. Hastanın sevki, bulunduğu bölgedeki hastanelerle sınırlı olmalı ancak bu bölgedeki hastanelerin uzman/merkez açığı vs. olmamalıdır.
4. Sevk zincirine ısrarla uymak istemeyen hastalar için ciddi anlamda yüksek katkı payı gibi yaptırımlar olmalıdır. Ancak hastanın sevk edilmeden 2. ya da 3. basamağa başvurusu tamamen engellenmemelidir. Çünkü bu durumda aile hekimleriyle çatışmalar kaçınılmaz olur ki, bir süre sonra hekimler bu durumdan kaçınmak için hastaları sürekli sevk etmek zorunda kalacaklardır.”

Aile hekimleri uygulanabilir bir sevk zinciri için performans uygulaması, personelin desteklenmesi,

Tablo 7. Katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinden muaf olması gereken tanılar hakkındaki görüşleri

Sevk zincirinden muaf olması gereken tanılar olmalı mı?	Sayı	Yüzde
Evet, olmalı	91	91,00
Hayır, olmamalı	9	9,00
Toplam	100	100,00
Sevk zincirinden muaf olması gerektiği belirtilen tanılar		
Kronik hastalıklar	78	57,35
Kanser	30	22,06
Acil vakalar	11	8,09
Kalp hastalıkları	10	7,35
Psikoz	2	1,47
Genetik hastalıklar	2	1,47
Travmalar	1	0,74
Hiperlidemi	1	0,74
Alerjiler	1	0,74
Toplam	136	100,00

basamaklar arası entegrasyon, AR-GE faaliyetleri gibi pek çok hususu belirtmiş olmalarına rağmen özellikle bağlı nüfusun düşürülmesi, toplum/hastane eğitimi ve ASM’lerin geliştirilmesini en çok yapılması gereken hususlar olarak ifade etmişlerdir.

Katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinin uygulanması durumunda, tüm hastaların ilk olarak ASM’ye başvurmalarının gerekip gerekmediği hakkındaki görüşleri de alınmıştır. Aile hekimleri, çoğunlukla ASM’de müdahale edilemeyecek, hastanede takibinin veya tedavisinin daha uygun olacağını düşündükleri tanıların, sevk zincirine tabi olmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Görüş ifade eden aile hekimlerinin %91’i zorunlu sevk zincirinde bazı tanıların sevkten muaf olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu tanılar arasında kronik hastalıklar %57,3 ile en çok belirtilen tanı grubu olmuştur. %22,6 ile en çok belirtilen 2. tanı ise kanser olmuştur (Tablo 7).

Bir aile hekimi ise hastanın takibi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla

hastaların ASM'lere başvurmaları ve sevk zincirine tabi olmaları gerektiğini belirterek görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam olarak verilebilmesi ve hastaların takibinin sağlanması açısından hastalar sevk zincirine tabi olmalıdır. Çünkü bir sağlık sorununa sahip hastalar aile hekimlerine başvurmadan hastaneye gitmeleri durumunda hastanelerin yoğunluğundan dolayı yeterince sağlık hizmeti alamamaktadırlar. Ancak kronik hastalık tanısı almış hastalarda sevk zorunlu olmamalıdır.”

Tartışma

Bu araştırmanın temel amacı, sevk zinciri uygulaması hakkında, uygulamanın en önemli paydaşı olan aile hekimlerinin görüşlerini ortaya koymaktır. Araştırma ile aile hekimlerinin uygulamaya ilişkin görüşlerinin belirlenmesinin yanı sıra, bu görüşler doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya yönelik planlamalarına önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

Aile hekimliği uygulamasının bir gerekliliği olarak da düşünülen sevk zincirine ilişkin Sağlık Bakanlığı'nca 2016 yılında gerekli mevzuat çalışmalarının başlayacağı ve uygulamaya yönelik adımların atılacağı belirtilmiştir.^[15] Bu çalışmada aile hekimleri tarafından sevk zinciri uygulamasının mevcut durumda acil ve öncelikli bir uygulama olup olmadığı değerlendirilmiştir. Aile hekimlerinin %70'i uygulamanın acil ve öncelikli olmadığını belirtmiştir. Aynı hekimler sevk zincirinden önce aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi, günlük iş yükünün azaltılması, ASM'lerin geliştirilmesi ve halkın bilinçlendirilmesinin daha öncelikle üzerinde durulması gereken konular olduğunu belirtmiş ve araştırmaya katılan hekimlerin %75,2'si sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını olumsuz etkileyeceğini ifade etmişlerdir.

Gerek hastaların doğrudan istedikleri hekime ulaşabilme alışkanlıkları ve gerekse de aile hekimliği konusundaki bilgi yetersizliği, uygulanacak

bir sevk zincirinin hastalar tarafından benimsenmesinde sıkıntılar oluşturacaktır. Bu kapsamda aile hekimlerinin uygulamaya ilişkin olumsuz olarak belirttikleri görüşlerin %15,2 si hastalar ile tartışmalar yaşanacağı şeklinde olmuştur. Hekimlerin hastayı sevk etmeme yönündeki davranışları, hastanın sevk talebinin karşılanmaması, hastalar tarafından kabullenilmeyecek ve bu durum hasta hekim arasında sorunlar oluşturacaktır. TTB, (2006) aile hekimliğinin pilot uygulandığı Düzce iline yönelik değerlendirmesinde hastaların istediği hekimi seçebileceği düşüncesinin aile hekimleri üzerindeki sevk baskısını artırdığını tespit etmiştir⁽¹⁶⁾ Little vd. (2004) tarafından, hasta ve/veya ailesinin isteklerinin, hekimin sevk davranışında güçlü bir belirleyici olduğu belirtilmiştir ve bu araştırma bulgularını destekler niteliktedir.⁽¹⁷⁾

Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, tanı ve tedaviye yönelik yönlendirme, uzmanlık becerileri gerektirme ve hasta ya da üçüncü kişilerin sevk talepleri hekimlerin hastalarını sevk etme nedenleri arasında belirtilmiştir.⁽¹⁸⁾ Tıbbi durum dışında bir diğer etken de piyasa unsurlarının baskın olduğu sistemlerdir. Bu sistemlerde hekimin sevk kararını belirleyen temel faktör tüketici baskıları olmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerine güvenmeyen, uzmanlık kültürünün hâkim olduğu toplumlarda sevk zinciri zorunluluğu sorunlara yol açmaktadır.⁽¹⁹⁾

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde hastaların her düzeyde hizmete sevksiz erişebilme imkânına sahip olması birinci basamağa yapılan başvuru sayısını da etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2012-2016 yılları arasındaki hekime müracaat sayılarına ilişkin verilere bakıldığında, birinci basamağa müracaatın, 2. ve 3. basamağa müracaatın gerisinde kaldığı görülmektedir. 2016 yılı sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarında, hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı, birinci basamağa 2,7 iken, 2. ve 3. basamağa müracaat sayısı 5,9 olmuştur.⁽²⁰⁾ Sağlık sistemlerinde, hastaların çoğunlukla birinci basamağı tercih etmeleri beklenirken, Türkiye'de 2. ve 3. basamağın daha fazla tercih edildiği görülme-

ktedir. Bu araştırmada, aile hekimlerinin %65,7'si hastaların ilk başvurusu ASM'lere yapmaları için bazı iyileştirmelerin yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Araştırmada ayrıca katılımcı hekimlere nüfusun bir kısmının hiç aile hekimlerine başvurmama nedenleri sorulmuştur. Hekimlerin soruya verdikleri yanıtlar; %20,6'sı hastaların aile hekimliği hizmetlerini bilmeme, %14,5'i aile hekimine güvenmeme, %9,0'ı eski alışkanlığı sebebiyle hastaneye gitme ve %4,2'si ise genç nüfus olup hizmet ihtiyacı duymama şeklinde olmuştur.

Çiçeklioğlu vd. (2013) yaptığı bir çalışmada; katılımcı aile hekimlerinin %33,3'ü kendilerine kayıtlı nüfusun %40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını ve bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Bu hekimler, hastaların kendilerine başvurmama nedenleri arasında, genç nüfus olup hizmet ihtiyacı duymama, uzman hekime başvurma ve hastaneye erişimin kolay olmasını belirtmişlerdir. Hastaların birinci basamağı tercih etmemelerinin nedenleri arasında hastanın demografik özellikleri, ekonomik ve sosyal özellikleri ve sosyal ilişkileri de belirleyici olmaktadır.⁽⁴⁾

Yapılan araştırmalarda hastaların birinci basamağı tercihindeki en önemli faktörler; hekimin, hastayı tedavi süreçleri hakkında bilgilendirmesi⁽²¹⁾, hasta takibinin sürekliliğinin sağlanması^(22,23), hastanın en iyi tedaviyi alma isteği^(24,25) ve hekim tarafından yapılan muayenenin derinliği⁽²⁶⁾ olarak belirtilmiştir.

Araştırmada, ayrıca aile hekimlerinin iyi bir sevk zinciri uygulaması için nelerin yapılması gerektiğine yönelik görüşleri de alınmıştır. Aile hekimleri arasından en sık tekrarlanan görüş, %23,3 ile bağlı nüfusun düşürülmesi gerektiği olmuştur. Aile hekimlerinin ideal olarak ifade ettikleri bağlı nüfus ortalaması 2.331±625,17 kişidir. Çiçeklioğlu vd. (2013) çalışmalarında aile hekimine bağlı nüfusun 2.000-2.300 olması durumunda sevk sisteminin işlevsel olabileceğini belirtmiştir. Sağlık sistemlerinin iyi işlediği ülkeler arasında yer alan İngiltere'de

aile hekimine bağlı nüfus ortalaması 2015 yılında 1.530 iken, Norveç'te 1.127 kişidir.^(27,28) Ayrıca katılımcı hekimlerin iyi bir sevk zinciri uygulaması için belirttikleri görüşlerin %21,9'u ise hastaların/toplumun eğitilmesi gerektiği şeklinde olmuştur. Hekimler toplumun, sağlık sorunlarında en uygun sağlık hizmetinin ne zaman ve nereden alabilecekleri konusunda eğitilmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Sağlık okuryazarlığı düşük ya da sınırlı olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili bilgileri daha az anladığı, bu hizmetlere daha zor ulaştığı ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı belirtilmiştir.⁽²⁹⁻³¹⁾

Eskandari vd. (2013) tarafından, özellikle kırsal bölgelerde sevk zincirinin geliştirilmesi için basamaklar arası koordinasyonun iyi sağlanması, toplumun farkındalığının ve hizmet sunucuların bilgi düzeyinin artırılması ve sevk hiyerarşisinin atlanarak doğrudan üst basamağa başvuruların önlenmesi gerektiği belirtilmiştir.⁽³²⁾

Araştırmada ayrıca sevk zincirinin uygulanması durumunda hangi tanıların sevkten muaf olması gerektiğine yönelik katılımcı hekimlerin görüşleri alınmıştır. Bu tanıların başında kronik hastalıklar, kanser, acil vakalar ve kalp hastalıkları gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde hastalar, genellikle birinci basamak muayene randevusu için bekleme, sağlık merkezinde muayene için geçen bekleme süresi ve sevk sonrası uzman hekime erişimde bekleme süresi gibi zaman kayıpları yaşamaktadırlar.

Bu bekleme süreleri, hasta, hekim ve diğer sağlık çalışanında memnuniyetsizlik, sağlık hizmetlerinde maliyet artışı ve potansiyel gelir kaybına neden olabileceği gibi, hastaların klinik sonuçlarının kötüleşmesiyle ilgili endişelerine de neden olmaktadır.⁽³³⁾ Hastalıkların önlenmesi, birinci basamak hizmetlerinin geliştirilmesi ve kronik hastalıkların yönetimi hastaların bekleme süreleri göz önüne alınarak ele alınması gereken temel konular olarak belirtilmektedir.⁽³⁴⁾ Bu kapsamda, ikinci ya da üçüncü basamakta tedavi gerektiren ve

rutin bakımlarını bu basamaklarda yapan hastaların sevke tabi olması, bu hastalar için zaman, maliyet ve istenmedik sonuçlar ortaya çıkarabilecektir. Ayrıca aile hekiminin reçete etme yetkisinin olmadığı bazı özellikli ilaçları kullanan ve bu ilaçların ilgili dal uzmanı hekimler tarafından yazılmasının zorunlu olduğu durumlarda hastaların sevke tabi olması bu hastaları olumsuz etkileyecektir.

Sonuç

Güçlü sağlık sistemleri, her düzeyde hizmetin, insan kaynakları, teknolojik donanım, fiziksel yapılar ile etkili ve verimli bir şekilde sunulması ve ihtiyacı karşılayabilir olması ile sağlanabilir. Sağlık sistemlerinde insan kaynakları, donanım, hizmet sunum yerlerinin dağılımı gibi kaynakların varlığı ve geliştirilmesi ülkede uygulanan sağlık politikalarının bir sonucu olarak şekillenmektedir.

Pek çok ülkede son yıllarda, demografik yapıların değişmesi, hastalık yapılarının değişmesi, teknolojik gelişmeler göz önünde bulundurularak, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin düşürülmesi, tedavi hizmetlerine olan ihtiyacın koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ile azaltılması ve hizmete erişimin artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde politika geliştirilmesi ve uygulanması aşaması öncesinde gerek hizmet sunum tarafında gerek hizmetten yararlanacak toplum tarafında uygun altyapının oluşturulması büyük önem arz etmektedir. Bu araştırmada elde edilen bulgular da göstermektedir ki mevcut durumda uygulanacak sevk zinciri aile hekimliğini/birinci basamağı dolayısıyla da sağlık sisteminin bütünü olumsuz

etkileyecektir. Bu nedenle sevk zincirine uygun bir yapının oluşturulması, uygulamanın istenilen verimlilikte olmasını sağlayacaktır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu hizmetlere yönelik uygulamalar, hizmete erişimin artırılması ve aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesine yönelik çalışmalar devam etse de, aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Araştırmada aile hekimleri, sevk zincirinin uygulanması ve iyi işlemesine yönelik en büyük engel olarak bağlı nüfuslarının fazla olmasını belirtmişlerdir. Bu sebeple sürdürülebilir bir sevk zinciri için atılması gereken en büyük adım aile hekimine bağlı nüfusun düşürülmesi olacaktır.

Araştırmada elde edilen bir diğer sonuç ise, sağlık hizmeti kullanımında topluma yönelik bilgilendirici ve bilinçlendirici uygulamaların da olması gerektiğidir. Katılımcı aile hekimleri her ne kadar kendi çalışma koşulları ve iş yüklerine yönelik görüşler ifade etmişlerse de, öte yandan hastalara yönelik atılması gereken adımlara da vurgu yapmışlardır.

Özellikle hastaların sağlık okuryazarlıklarının düşük olması sevk zinciri ya da diğer uygulamaların işlerliğinde önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Hastalar birinci basamağı tercih etmeyerek, üst basamak sağlık kurumlarına sevk edilme yönünde ya da doğrudan başvuru ile sistemi zorlamaya devam edeceklerdir. Bu sebeple hizmet sunumu tarafında yapılacak geliştirme faaliyetlerinin yanında topluma yönelik atılacak adımlar da ayrıca tamamlayıcı olacaktır.

Kaynaklar

- WHO. Referral Systems - A Summary of Key Processes To Guide Health Services Managers. <http://www.who.int/management/facility/referral/en/adresinden> 22/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Macintyre K, Lochigan M, Letipila, F. Understanding referral from primary care clinics in rural Kenya: using health information systems to prioritize health services. *Int J Health Plann Mgmt* 2003; 18(1): 23-39.
- Rasoulynejad SA. Study of self-referral factors in the three-level healthcare delivery system, Kashan, Iran, 2000. *Rural and Remote Health* 2004; 4(4): 237.
- Glasgow IK, Deljoni D, Bakker D. Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. *Health Policy* 1998; 45(3): 221-38.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 22/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 22/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 23/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. Ankara, Sağlık Bakanlığı. 2003: 26-36.
- OECD. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. www.oecd.org/publishing/corrigenda adresinden 02/12/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimliği Birimi Denetim Formları. <http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/102-gorusler/1618-aile-sal-merkezi-ve-2-aile-hekimlii-birimi-denetim-formlar-guncel.html> adresinden 02/12/2016 tarihinde erişilmiştir.
- Foot C, Naylor C, Imison C. The Quality of GP diagnosis and referral. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Diagnosis%20and%20referral.pdf> adresinden 17/12/2016 tarihinde erişilmiştir.
- Imison C, Naylor C. Referral Management Lessons for Success, Birinci baskı. London, The King's Fund. 2010: 9-15.
- Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 Yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Balkan Med J* 2011; 28: 55-61.
- Üstü Y, Uğurlu M, Kasım İ, Eğici MT. Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012; 4(2): 48-53.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2013-2017 Stratejik Plan. Birinci baskı. Ankara, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014.
- Türk Tabipleri Birliği. Aile Hekimliğinde Son Durum Raporu. Birinci Baskı. Ankara, TTB Yayınları. 2006: 7-13.
- Little P, Dorward M, Greg W, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328(7437): 444.
- Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Schrader S Von, Family Physicians' referral decisions results from the ASPN Referral Study. *J Fam Pract* 2002; 51:215-22.
- Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Tamer Ş. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Birinci baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2013: 60-1.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2016: 141-87.
- Mengoni A, Seghieri C, Nuti S. Heterogeneity in preferences for primary care consultations: results from a discrete choice experiment. *Int J Stat Med Res* 2013; 2: 67-75.
- Turner D, Tarrant C, Windridge K, et al. Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 132-7.
- Seghieri C, Mengoni A, Nuti S, et al. Applying discrete choice modelling in a priority setting: an investigation of public preferences for primary care models. *Eur J Health Econ* 2014; 15: 773-85.
- Tinelli M, Ryan M, Bond C. Patients' preferences for an increased pharmacist role in the management of drug therapy. *Int J Pharm Pract* 2009;17:275-82.
- Tinelli M, Nikoloski Z, Kumpunen S. Decision-making criteria among European patients: exploring patient preferences for primary care services. *Eur J Pub Health* 2014; 25: 3-9.
- Hole AR. Modelling heterogeneity in patients' preferences for

- the attributes of a general practitioner appointment. *J Health Econ* 2008; 27: 1078-94.
27. Thorlby R, Arora S. International Health Care System Profiles. The English Health Care System. <http://international.commonwealthfund.org/countries/england/adresinden> 23/01/2018 tarihinde erişilmiştir.
28. Lindahl AK. International Health Care System Profiles. The Norwegian Health Care System. <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/adresinden> 23/01/2018 tarihinde erişilmiştir.
29. Taş TA, Akış N. Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016; 25(3): 119-24.
30. Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Literacy and health outcomes. Evidence report/technology assessment no. 87. In Agency for Healthcare Research and Quality publication no. 04- E007-2 Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. 2004.
31. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. *Turk J Public Health* 2014; 12(1): 61-8.
32. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of Referral system to health care provision in rural societies in Iran. *Journal of Caring Sciences* 2013; 2(3): 229-36.
33. Murray M. Reducing waits and delays in the referral process. *Fam Pract Manage* 2002; 9(3): 39-42.
34. Kreindler SA. Watching your wait: Evidence-Informed strategies for reducing health care wait times. *Qual Manag Health Care* 2008; 17(2): 128-35.

Geliş tarihi: 31.01.2018

Kabul tarihi: 01.07.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Sinan Bulut,

e-posta: sinanbulut@hitit.edu.tr

ICD-10 ya da ICPC-2-R kodlama sistemlerinin kullanılmasının birinci basamakta hizmet planlaması üzerine etkisi

The effect of using ICD-10 or ICPC-2-R coding systems on primary health care service planning

Yunus Bektaş¹, Süleyman Görpeliolu², Özlem Suvak², Derya Akbıyık², Cenk Aypak²

Geliş tarihi: 12.02.2018 / *Kabul tarihi:* 05.06.2018 / *Yayın tarihi:* 15.09.2018

İletişim adresi: Dr. Süleyman Görpeliolu / *e-posta:* sgorpeliolu@yahoo.com

1) Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

2) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Özet

Amaç: Sağlık alanında kodlama sistemleri, bütçeleme, klinik araştırma, eğitim, finansal analiz, pazarlama, hasta bakımı, kalite ve risk yönetimi, istatistik, strateji geliştirme gibi birçok alanda, uygun bir veri tabanı oluşturmak için kullanılır. Çalışmamızda, aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların geliş nedenlerine göre verilen ICD-10 ve ICPC-2-R tanı kodlarını karşılaştırmak ve aradaki farklılıkların hizmet planlaması üzerine etkilerini tartışmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran toplam 3172 (2146 kadın (%67,7) ve 1026 erkek (% 32,3) hastaya ait veri kaydı dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, geliş nedenleri, ICD-10 ve ICPC-2-R tanı kodları karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda hastaların 713'üne (%22,48) ICD-10 tanısı olarak kronik bir hastalık olan I10 (Esansiyel hipertansiyon) tanısı girilmişti. Ancak bunların %91,02'si ilaç yazdırmak (n=649); %7,85'i ise (n=56) kan tetkiki yaptırmak ya da kan sonuçlarını danışmak için başvurmuştu.

Akut hastalık tanıları değerlendirildiğinde en sık konulan ICD-10 tanısı J06.9 (Akut üst solunum yolu enfeksiyonu) tanı koduydu. Bu hastaların geliş nedenleri sırasıyla öksürük, boğaz ağrısı ve soğuk algınlığı olarak saptandı ve hastaların hepsine ICPC-2-R tanı kodu olarak R74 (Akut üst solunum yolu enfeksiyonu) tanısı konuldu.

Sonuç: Hastaların aile hekimliği polikliniklerine çok çeşitli semptom, şikayet ve isteklerle başvurabildiği görülmektedir. Akut hastalıkların şikayet veya semptomları ile ilgili poliklinik başvurularında her iki sınıflandırma sistemi uyumludur. Ancak, kronik hastalıklar için, kontrol, ilaç isteği, sosyal istekler gibi poliklinik başvurularında, ICPC-2-R sınıflandırma sistemi uyumluyken, ICD-10 uyumsuzdur.

Anahtar kelimeler: ICD-10, ICPC-2-R, birinci basamak, iş yükü

Summary

Objective: Coding systems are used to create an appropriate database for many areas in healthcare systems such as budgeting, clinical research, education, financial analysis, marketing, patient care, quality and risk management, statistics and strategy development. The aim of this study was to compare the ICD-10 and ICPC-2-R diagnostic codes according to the reasons of admission to family medicine outpatient clinics and discuss the effects of differences on service planning.

Methods: A total of 3172 patient files of 2146 women (67.7%) and 1026 men (32.3%) who admitted to Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Family Medicine outpatient clinic were included in the study. The reasons for referral of the patients, their socio-demographic characteristics, ICD-10 and ICPC-2-R diagnostic codes were analyzed.

Results: 713 (22.48%) of the patients who have hypertension, which is a chronic disease, had I10 (essential hypertension) as their ICD-10 code. However, 91.02% of them applied for prescribing their drugs (n = 649) and 7.85% (n = 56) applied for blood tests or to consult blood results.

When the acute disease diagnosis were evaluated, the most common ICD-10 diagnosis was J06.9 (acute upper respiratory tract infection). The reason of application of these patients were cough, sore throat and common cold and all patients were diagnosed with R74 (acute upper respiratory tract infection) as the ICPC-2-R diagnostic code.

Conclusion: As a result, it is seen that patients can apply to family medicine outpatient clinics with a variety of symptoms, complaints and wishes. Both classification systems are compatible with outpatient admissions for signs or symptoms of acute illness. However, ICD-10 is incompatible with the polyclinic applications of the chronic patients' needs such as control of the chronic condition, medication or social requests.

Key words: ICD-10, ICPC-2-R, primary care, work load

Bu çalışma 16. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde sözel sunum olarak sunulmuştur

Giriş

Sağlık kayıtlarının tutulması ile ilgili bilgiler eski çağlardan günümüze kadar devam etmektedir. Bu kayıtlar, hekimin hasta üzerindeki gözlemlerinden oluşmakta olup hasta bakımının temelini teşkil eder.

Hastalık sınıflandırma sistemleri sağlık kayıtlarının yapıtaşlarından biridir. Sınıflandırma sistemleri, hastalıkları, belirlenmiş ölçütlere göre kategorize eder ve bir çok yoldan yapılabilir. Sınıflandırma sistemlerini oluşturmadaki amaç sağlık hizmeti verenler arasında benzer durumlar için tanımlamalar ve benzer bir terminoloji oluşturmaktır.⁽¹⁾

Kodlama ya da sınıflandırma sistemlerinin verilerini hastalar için tutulan sağlık kayıtları oluşturur. Sağlık kayıtları, bilginin saklanması ve kolayca ulaşılmasını sağlayan depodur. Bu kayıtlar sayesinde hastalık tanı ve tedavilerinin bugünü ve geleceği planlanır. Aynı kayıtlar muayenehane yönetimi, sağlık hizmeti oluşturulması, risk yönetimi ve kalite çalışmalarının da veri tabanını oluşturur.⁽¹⁾

Kaliteli kodlama sistemi bütçeleme, klinik araştırma, eğitim, finansal analiz, pazarlama, hasta bakımı, kalite ve risk yönetimi, istatistik, strateji geliştirme gibi birçok alanda uygun bir veri tabanı oluşturmak için kullanılır. Kodlama sistemleri, sağlık kuruluşunun yetkilendirme, kredilendirme ve düzenleme ihtiyaçlarına uygunluk sağlamasının yanı sıra ödemelerin optimize edilmesine yarar.

Sağlık hizmeti sunumu, birbirinden farklı amaçlar ve isteklere yanıt vermesi nedeniyle, birden fazla sınıflandırma sistemine ihtiyaç duymuştur. Farklı amaçlar için oluşturulan bu sınıflandırma sistemleri tıbbi terminolojide karmaşaya neden olabilmektedir.⁽¹⁾

Bilinen en eski tanı sınıflandırma sistemleri 14. ve 17. yüzyıllarda Londra’da veba salgınlarında oluşturulan “Ölüm Raporları” na dayanmaktadır. Benzer raporlar Paris’te de oluşturulmuş ve 1891 yılında oluşturulan bir komite ile ICD (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)’nin de yapıtaşı olan “Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Sınıflaması” yayımlanmıştır. Fransız Hükümeti 1900’de “Ölüm

Nedenlerinin Uluslararası Sınıflaması”nın yenilenmesini talep etmiş ve bu tarih on yılda bir yenilenme geleneğinin de başlangıcı olmuştur. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), 1948 yılında bu sınıflandırma sisteminin güncellenmesi görevini üstlenmiş ve ICD’nin altıncı revizyonunu yayımlamıştır. ICD 1955, 1965, 1975’teki revizyonlarını takiben son revizyonu olan ICD-10 1990’da yayımlanmıştır.^(2,3)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1978’de Alma Ata’daki Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel olmasına karar vermiştir. Bu tarihten sonra birinci basamak sağlık hizmetinin yeni bir sınıflandırmaya ihtiyacı olduğunu düşünülerek “Karşılaşma Nedenlerinin Sınıflaması” (RFEC) geliştirilmiştir. RFEC, hastanın birinci basamak sağlık hizmetine ne için geldiğini tarif eden bir sınıflamadır ve ICPC’nin (Birinci Basamağın Uluslararası Sınıflaması) de temelini oluşturmuştur.⁽⁴⁾

ICD’nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmasıyla beraber bazı sorunlar ortaya çıkmıştır. Birinci basamakta ICD gibi hastalık temelli oluşturulmuş bir sınıflandırma sisteminin kullanılması, karşılaşılan pek çok belirti ve hastalık dışı durumun kodlanmasında dezavantaj oluşturmaktadır.

ICD-10 son revizyon olup 155.000’den fazla kod içermektedir; çok çeşitli eksenleri vardır ve bu eksenler karmaşaya neden olmaktadır. ICD-10’un üç ve dört basamaklı, detaylı ve kapsamlı yapısı, birinci basamak sağlık hizmetinde kullanımında zorluklara neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumdaki mevcut en yaygın koşulların yanı sıra semptom ve şikayetlerin de kodlanmasını sağlayan güvenilir bir sınıflandırma sistemine ihtiyaç duyar. ICD-10 ise sahip olduğu çok sayıdaki tanısız sınıfla birinci basamak için gerekenden çok daha fazla spesifiktir;⁽⁵⁾ buna karşın ICD-10, genel pratikte karşılaşılan birçok yaygın ve tanımlanmamış problem için yeterli kategori içermemektedir. Ek olarak ICD-10 tanı sınıflama sisteminde başvuru nedeni ve birincil bakım müdahaleleri (enjeksiyon vs.) ile ilgili kodların bulunmadığı da belirtilmiştir.⁽⁶⁾ ICPC ise

birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması daha kolay olan ve birinci basamağın çeşitli yönlerini yansıtabilen bir sınıflandırma sistemidir.⁽⁴⁾

Çalışmamızın amacı aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların geliş nedenlerine göre konulan ICD-10 ve ICPC-2-R tanı kodlarını karşılaştırmak ve aradaki farklılıkların iş yükü planlaması üzerine etkilerini tartışmaktır.

Yöntem

Çalışmamız, kesitsel metodolojik bir çalışma olup Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 43074 hasta içinden basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 3127 hasta üzerinde 01/01/2017-01/04/2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme ya da hariç bırakma ile ilgili herhangi bir koşul belirlenmemiş başvuran tüm hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışma için Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Başvuran hastaların yaş, cinsiyet, geliş nedeni ve ICD-10 tanı kodları kaydedilmiştir. Daha sonra araştırmacı tarafından hasta dosyalarındaki kayıtlar yeniden incelenerek ICPC-2-R tanı kodları oluşturulmuştur.

Çalışma verileri incelenirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, ortanca, yüzde) kullanılmıştır. Gruplar arası farklılıklar incelenirken normal dağılım gösteren niceliksel veriler için T testi, normal dağılım göstermeyen niceliksel değişkenler için ki-kare testi uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya alınan 3172 hastanın yaşları 3 ile 94 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $53 \pm 19,2$ yıl olarak saptanmıştır. Hastaların 2146'sı kadın (%67,7), 1026'sı erkek (%32,3) olup cinsiyete göre yaş ortalamalarına bakıldığında; kadınların yaş ortalaması $51,97 \pm 18,6$ yıl iken erkeklerde $55,5 \pm 20,1$ yıl olarak saptanmıştır.

Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların geliş nedeni ile buna karşılık en sık konulan ICD-10 ve ICPC-2-R tanı kodlarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmada ilaç yazdırma isteği ile başvuran 1512 hastanın %42,9'una ICD-10 tanısı olarak I10-Esansiyel (primer) hipertansiyon, %47'sine ICPC-2-R tanısı olarak A50-Genel ilaç isteği tanıları konulmuştur.

Kan testi yaptırmak isteği ile başvuran 488 hastanın %52,4'üne ICD-10 tanısı olarak Z00.8-Genel muayeneler, %59,4'üne ICPC-2-R tanısı olarak A34-Genel kan testi isteği tanıları konulmuştur.

Tablo 1. En sık on asıl geliş nedenine karşılık konulan ICD-10 ve ICPC-2-R tanı dağılımları

ASIL GELİŞ NEDENİ	KONULAN ICD-10 KODU n (%)	KONULAN ICPC-2-R KODU n (%)	TOPLAM n (%)
İlaç yazdırma	I10 649 (42,9)	A50 711 (47,0)	1512 (47,7)
Kan testi yaptırmak	Z00.8 256 (52,4)	A34 290 (59,4)	488 (15,4)
Test sonucu gösterme	Z00.8 136 (41,7)	A61 140 (42,9)	326 (10,3)
Öksürük	J06.9 63 (33,1)	R74 81 (42,6)	190 (6,0)
Boğaz ağrısı	J06.9 52 (39,0)	R74 69 (51,8)	133 (4,2)
Halsizlik ve yorgunluk	R53 85 (91,3)	A04 79 (84,9)	93 (2,9)
Adet gecikmesi	Z32.0 52 (78,7)	W01 66 (100,0)	66 (2,1)
Ateş	J06.9 17 (29,8)	R74 18 (31,5)	57 (1,8)
Dizüri	N39.0 37 (86,0)	U71 37 (86,0)	43 (1,4)
Soğuk algınlığı	J06.9 28 (68,0)	R74 34 (83,0)	41 (1,3)

Polikliniklere sonuç gösterme isteği ile gelen 326 hastanın % 41,7'sine ICD-10 tanısı olarak Z00.8-Genel muayeneler, %42,9'una ICPC-2-R tanısı olarak A61-Sonuçların değerlendirilmesi tanıları konulmuştur.

Öksürük şikayeti ile başvuran 190 hastanın %33'üne ICD-10 tanısı olarak J06.9-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, %42,6'sına ICPC-2-R tanısı olarak R74-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanıları konulmuştur.

Boğaz ağrısı şikayeti ile başvuran 133 hastanın % 39'una ICD-10 tanısı olarak J06.9-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, %51,8'ine ICPC-2-R tanısı olarak R74-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanıları konulmuştur.

Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalara en sık konulan ICD-10 tanıları, geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanıları incelendiğinde I10-Esansiyel hipertansiyon tanısı konulan 713 hastanın en sık geliş

nedenleri sırasıyla %91,0 ilaç yazdırma, %6,7 kan testi yaptırma, % 1,1 test sonuçlarını gösterme, %0,7 baş ağrısı ve %0,4 tansiyon yüksekliği olarak saptanmıştır. ICD-10 sınıflamasına göre I10 (Esansiyel hipertansiyon) tanısı alan hastaların geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanı dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

ICD-10 tanısı olarak Z00.8-Genel muayeneler alan 407 hastanın geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanıları Tablo 3'te değerlendirilmiştir. Geliş nedenleri sırasıyla %62,8 kan testi yaptırma, %33,4 test sonuç gösterme, %1,5 halsizlik ve yorgunluk, %0,9 idrar tetkik isteği, %0,4 idrar tetkik sonucu gösterme, %0,4 hastalık korkusu, %0,24 kilo alımı ve %0,24 diğer laboratuvar tetkikleri şeklinde görülmüştür. ICPC-2-R tanıları da sırasıyla %64,3 A34-Genel kan test isteği, %33,4 A61-Genel test sonuç gösterme, %0,9 U35-İdrar test isteği, %0,4 U61-İdrar test sonuç gösterme, %0,4 T27-Endokrin/metabolik hastalık korkusu olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 2. ICD-10 sınıflamasına göre I10 (Esansiyel hipertansiyon) tanısı alan hastaların geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanı dağılımları

Geliş Nedeni	n (%)	ICPC-2-R	n (%)
İlaç yazdırma	649 (91,0)	A50-Genel ilaç isteği	326 (45,7)
Kan testi yaptırma	48 (6,7)	K50-Dolaşım bölümü ilaç isteği	323 (45,3)
Test sonuç gösterme	8 (1,1)	K34-Dolaşım bölümü kan testi yaptırma	48 (6,7)
Baş ağrısı	5 (0,7)	K61-Dolaşım bölümü test sonucu gösterme	8 (1,1)
Tansiyon yüksekliği	3 (0,4)	K86-Hipertansiyon, komplike olmayan	8 (1,1)

Tablo 3. ICD-10 sınıflamasına göre Z00.8-Genel muayeneler tanısı alan hastaların geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanı dağılımları

Geliş Nedeni	n (%)	ICPC-2-R	n (%)
Kan testi yaptırma	256 (62,8)	A34-Genel kan test isteği	262 (64,3)
Test sonuç gösterme	136 (33,4)	A61-Genel test sonuç gösterme	136 (33,4)
Halsizlik ve yorgunluk	5 (1,2)	U35-İdrar test isteği	4 (0,9)
İdrar tetkik isteği	4 (0,9)	U61-İdrar test sonuç gösterme	2 (0,4)
İdrar tetkik sonucu gösterme	2 (0,4)	T27-Endokrin/metabolik hastalık korkusu	2 (0,4)
Hastalık korkusu	2(0,4)	A38-Diğer laboratuvar test BYS	1 (0,24)
Kilo alımı	10,24)		
Diğer laboratuvar tetkikleri	1(0,24)		

Çalışmamızda ICD-10 tanısı olarak J06.9-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanı kodu alan 167 hastanın geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanıları Tablo 4'te gösterilmiştir. Hastaların geliş nedenleri sırasıyla %37,7 öksürük, %31,1 boğaz ağrısı, %16,7 soğuk algınlığı, %10,7 ateş, %1,7 burun tıkanıklığı, %1,1 halsizlik ve yorgunluk, %1 geniz akıntısı ve %1 ilaç yazdırma olarak belirlenmiştir. ICPC-2-R tanısı olarak hastaların hepsine R74-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı konulmuştur.

Tartışma

Ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerine verilen teorik derslerle ICPC-2-R kullanımının birinci basamak sağlık hizmet planlaması için önemi konusundaki farkındalık arttırılmaya çalışılsa da⁽⁷⁾ kullanılan sağlık kayıtlarının tamamı ICD kodlama sistemi ile oluşturulmaktadır.

Çalışmamızda aile hekimliğine başvuru nedenleri incelendiğinde % 73,4'lük kısmını ilaç yazdırma, kan testi yaptırma ve test sonuçlarını gösterme gibi nedenler oluşturmuştur. Hasta olduğu için başvuruların geliş nedenleri incelendiğinde öksürük (%6,0), boğaz ağrısı (%4,2) ve ateş (%1,8) gibi yakınma ve bulgularla başvurdukları saptanmıştır. Ülkemizde İlhan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedenleri %39,8 poliklinik hizmeti/televizyon hizmeti, %22,4 reçete yazımı ve %15,3 bebek, çocuk takibi-aşılama olarak değerlendirilmiştir.⁽⁸⁾ İlhan ve arkadaşlarının

çalışmasıyla verilerimiz karşılaştırıldığında reçete yazımı oranları bizim çalışmamızda daha yüksek olarak görülmüştür. Farklılıkların oluşmasında toplumların aile hekimliğine ve hastanelere olan bakış açısı, ulusal düzeyde birinci basamak sağlık hizmetleri için yapılan iş tanımları, birinci basamak hekimlere ilaç yazımında getirilen sınırlamalar ve sevk zincirinin henüz kurulamamış olması neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda geliş nedenlerine göre en sık konulan ICPC-2-R tanıları da A50 (Genel ilaç isteği) ve A34 (Genel kan test isteği) olarak saptanmıştır. Aynı hastalara verilen ICD-10 tanı kodlarını değerlendirdiğimizde ise geliş nedeni "ilaç yazdırma" olan hastalara en sık konulan tanı kodu I10 (Esansiyel hipertansiyon), kan testi yaptırmaya gelen hastalara en sık konulan tanı kodu Z00.8 (Genel muayeneler) olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların geliş nedenlerini oluşturan talep, yakınma veya semptomları sınıflamada ICD-10 tanı sınıflama sisteminin yetersiz olabileceğini ve iş yükü analizlerinde yanlışlıklara neden olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda hastalara verilen ICD-10 tanı kodları ile aynı hastaların geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanı kodları incelendiğinde en sık konulan tanı olan "esansiyel hipertansiyon" kodu verilen hastaların geliş nedenlerinin %91 oranında "ilaç yazdırma isteği" olduğu görülmüştür. Bu hastalara

Tablo 4. ICD-10 sınıflamasına göre J06.9-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu- tanısı alan hastaların geliş nedenleri ve ICPC-2-R tanı dağılımları

Geliş Nedeni	n (%)	ICPC-2-R	n (%)
Öksürük	63 (37,7)	R74-Akut üst solunum yolu enfeksiyonu	167 (%100,0)
Boğaz ağrısı	52 (31,1)		
Soğuk algınlığı	28 (16,7)		
Ateş	17 (10,7)		
Burun tıkanıklığı	3 (1,7)		
Halsizlik ve yorgunluk	2 (1,1)		
Geniz akıntısı	1(0,5)		
İlaç yazdırma	1 (0,5)		

verilen ICPC-2-R tanıları A50 (Genel ilaç isteği) ve K50 (Dolaşım bölümü ilaç isteği) olup geliş nedenleri ile uyumludur. Hastaların sadece sekizi hem ICD-10 tanısı olarak I10 (Esansiyel hipertansiyon) hem de ICPC-R tanısı olarak K86 (Hipertansiyon) tanıları almıştır. ICD-10 yapısı olarak hasta başvuru nedenine yönelik bir sisteme sahip olmadığından hangi hastanın ilk kez hipertansiyon tanısı aldığı, hangi hastanın ilaç yazdırma gibi nedenlerle başvurduğu hakkında bir veri veremediği düşünülmüştür.

ICD-10 tanıları değerlendirildiğimizde konulan ikinci tanı kodu Z00.8 (Genel muayeneler) tanısı olmuştur. Bu hastaların %96'sı kan testi yaptırma ve sonuç gösterme geliş nedenleri ile polikliniklere başvurmuştur. Benzer oranlarda bu hastalara A34 (Genel kan test isteği) ve A61 (Genel test sonuç gösterme) ICPC-2-R tanıları konulmuş ve geliş nedenleri ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. Z00.8 (Genel muayeneler) tanısı, çalışmamızda kan testi yaptırma ve sonuç gösterme istekleri ile gelen hastalar için spesifik bir ICD-10 tanısı olmadığından ücretlendirmede eksik olmaması ve kesin bir hastalık tanısının olmadığı durumlarda kullanılmış olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda ICD-10 ve ICPC-2-R tanı kodlarının birbiri ile büyük oranda örtüştüğü tanıların da olduğu tespit edilmiştir. ICD-10 tanı kodu olarak J06.9 (Akut üst solunum yolu enfeksiyonu) alan hep sine ICPC-2-R tanısı olarak R74 (Akut üst solunum yolu enfeksiyonu) tanı kodu verilmiştir. Verilerimizi değerlendirdiğimizde her iki tanı kodlama sisteminin akut hastalıkların tanımlanmasında uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak, kronik hastaların ilaç yazdırma ve hastalık kontrolü için yapılan başvurularında ICD-10 kodlama sistemi yetersizken ICPC-2-R kodlama sistemi yeterli ve uygundur.

Özellikle kronik hastalığı olanlarda görülen ve hastaya bütüncül yaklaşım kriterleri içerisinde karşılanması gereken durumların ICD-10 tanı sistemi ile kodlanmaya çalışılması; çalışmamızda da görüldüğü gibi her hastanın ilk başvurusunu yapan

hasta gibi değerlendirilmesi, eksik, fazla veya yanlış tanıların girilmesi, bir hekimin hastasına ayırması gereken zamanın doğru hesaplanamaması gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Bu da istatistiksel verilerde hatalara ve bu verilerin değerlendirilmesi ile oluşturulan sağlık politikalarında yanlışlıklara neden olabilecektir.

Çalışmamız üçüncü basamak bir hastanenin semt polikliniklerinde yürütülmüş olması; ülkemiz resmi birinci basamak sağlık kuruluşları olan Aile Sağlığı Merkezleri'nin hasta popülasyonunu tam olarak yansıtmayacağını akla getirebilir. Ancak sağlık bakım sistemimizde sevk zincirinin henüz işletilememiş olması bu popülasyonda önemli bir farklılık yaratmayacağını ve araştırmamız için bir kısıtlılık oluşturmayacağını düşündürmüştür.

Sonuç

Hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri akut olduğu kadar kronik hastalıkları ile ilgili durumlar için de olmaktadır. Ancak kronik hastalıklar için başvuru nedeni çoğu zaman ilaç yazdırmak, rapor almak, tetkik sonucu göstermek gibi hasta ile uzun süreli görüşme gerektirmeyen ziyaretler şeklindedir. Bu hastaların asıl geliş nedenleri yerine hastalık tanıları ile kodlanmaları, iş yükü planlamalarının özellikle zaman ve kaynak boyutunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Sonuç olarak "karşılaşma nedeni" hastanın sağlık sistemine ne için başvurduğunu gösterir. ICPC-2-R tanı sınıflama sisteminin kökeni "Karşılaşma Nedeni Sınıflaması" na dayanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetinde tedavi isteği, ilaç ve tetkik isteği, sevk veya konsültasyon gibi durumların tanımlanması amacıyla geliştirilmiştir. Başvuru nedenlerini karşılamının yanında hastalık tanı kodlarına da sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmeti için kolay ve kapsamlı bir yapıya sahip olması yeterli ve doğru istatistiksel verilerin oluşturulmasına ve uygun sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Öksüz E, Malhan S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kodlama ve sınıflandırma. Başkent Üniversitesi, 2005; 1: 9-10.
2. Hirsch JA, Nicola G, McGinty G, Liu RW, Barr RM, Chittle MD, Manchikanti L. ICD-10: History and context. AJNR, April 2016; 37: 596-9.
3. Topaz M, Topaz L, Bowles K. ICD-9 to ICD-10: Evolution, revolution, and current debates in the united states. Perspectives in Health Information Management, 2013; 1: 1-10.
4. Aktürk Z, Dağdeviren N. ICPC-2-R: Birinci basamağın uluslararası sınıflaması. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayınları, 2006; 1: 19-24.
5. Wood M, Lamberts H, Meijer J, Hofmans M. The conversion between ICPC and ICD-10. Requirements for a family of classification systems in the next decade. Fam Pract, 1992; 9(3): 340-8.
6. Frese T, Herrman K, Bungert P, Sandholzer H. Inter-rater reliability of the ICPC-2 in a German general practice setting. Swiss Med Wkly, 2012; 142: w13621.
7. Khan AS, Aktürk Z. Family Medicine in pre-clinical years of medical school: Fruitful or Futile. Euras J Fam Med, 2012; 1(1):29-34.
8. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni, 2006; 25(3): 33-41.

Geliş tarihi: 12.02.2018

Kabul tarihi: 05.06.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Süleyman Görpelioğlu,

e-posta: sgorpelioglu@yahoo.com

Aile hekimleri ve eczacıların bitkisel ürün kullanımına yaklaşımları: Trabzon ilinde pilot çalışma

Primary care physicians and community pharmacists approach to the use of herbal products: a pilot study in Trabzon

Gülin Renda¹, Yeşim Kaya Yaşar¹, Esra Yılmaz¹, Harun Sanrı¹, İrem Dilaver², Yusuf Demirtaş², Gamze Çan², Feride Sena Sezen¹

Geliş tarihi: 16.02.2018 / Kabul tarihi: 01.09.2018 / Yayın tarihi: 15.09.2018
İletişim adresi: Dr. Gülin Renda / e-posta: grenda@ktu.edu.tr

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Amaç: Bu çalışma, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) doktorlarının ve serbest eczane eczacılarının bitkisel ürün kullanımına yaklaşımları, bitkisel ürünler hakkındaki bilgileri ve bilgi kaynaklarının araştırılmasını amaçlamaktadır. Çalışma, bölgemizdeki ASM doktorlarının ve serbest eczane eczacılarının bitkisel ürünler ve kullanımları hakkındaki eğilimlerini araştıran ilk kapsamlı araştırmadır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini çalışmaya katılmayı kabul eden, Trabzon il merkezi ve ilçelerindeki serbest eczane eczacıları ve ASM'de görev yapan doktorlar oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak 31 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Veriler elektronik ortamda istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, 129 serbest eczane eczacısı, 113 ASM doktoru olmak üzere 242 sağlık personeline ulaşıldı. Katılımcılardan doktorların %50,4'ü, eczacıların ise %94,6'sı tıbbi bitkiler ve bitkisel ürünler konusunda daha önce bilgi edindiklerini ifade etti. Ankete katılanların %46,8'i bitkisel ürünler konusunda denk geldikçe eğitimlere katıldıklarını belirtirken, eczacıların, bitkisel ürünler ile ilgili meslek içi eğitim, lisansüstü eğitim programlarından ve kitaplardan doktorlara göre daha yüksek oranda faydalandığı saptandı. Çalışmaya katılan doktorların %61,9'u, eczacıların %32,6'sı bitkisel ürün kullanmadıklarını belirtti. Katılımcıların %80,6'sı hastaların bitkisel ürün(ler) hakkında bilgi almak için kendilerine başvurduğunu ve eczacıların %68'i, doktorların %42,5'i hastalara bitkisel ürün önerdiğini belirtti. Katılımcıların %70,2'si yeterli danışmanlık hizmeti veremediklerini ifade etti.

Sonuç: Bitkisel ürünlerin toplumda akılcı kullanımı, sağlık uzmanları tarafından kapsamlı danışmanlık hizmetleri gerektirir, bu nedenle doktorlar ve eczacılar için, hastalar tarafından kullanılan bitkisel ürünlerin sorgulanması önemlidir. Sağlık profesyonelleri, bitkisel ürünlerin kullanımı hakkında yeterli danışmanlık yapabilmeleri ve etkinlik ve güvenliliklerini değerlendirebilmeleri için, bu ürünler hakkında güncel bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Sağlık profesyonellerinin sağladığı danışmanlık hizmetlerini iyileştirmek için bitkisel ürünler konusunda eğitimleri artırmak ve sağlık uzmanlarının bu eğitime katılmalarını teşvik etmek önemlidir.

Anahtar kelimeler: Serbest eczane, aile hekimi, bitkisel ürünler

Summary

Objective: This study aims to investigate the approaches of primary care physicians and community pharmacists on the use of herbal products, including the level of their knowledge and resources they use to get information about these products. This project is the first comprehensive survey in our region on health professionals that investigated their level of knowledge and their approach about the usage of herbal products.

Methods: The study consisted of the community pharmacists and primary care physicians in Trabzon who consented to participate in the study. Data was collected using a questionnaire consisting of 31 questions and was analyzed using an electronic statistical programme.

Results: A total of 242 health personnel, including 129 community pharmacists and 113 physicians, were reached in the study. 50.4% of the physicians and 94.6% of the pharmacists stated that they had previous information about the herbal products/medicines. While 46.8% of respondents indicated that they participate in educational activities on herbal products/medicines only when it is convenient and available, pharmacists were found to be benefiting from continued education programs, post-graduate training programs and books on herbal products in a higher proportion than physicians. 61.9% of physicians and 32.6% of pharmacists participating in the study indicated that they did not use herbal products. 80.6% of the respondents stated that the patients consult them to get information about the herbal product(s) while 68% of the pharmacists and 42.5% of the physicians stated that they recommend herbal products to their patients. 70.2% of the respondents feel that they are not able to provide adequate service on the use of herbal product.

Conclusion: The rational use of herbal products among people requires comprehensive counseling services by the health professionals thus it is important for physicians and pharmacists to question the herbal products used by the patients. In order for health professionals to perform an adequate counseling on the use of herbal products, they need an up-to-date knowledge on these products and be able to evaluate their efficacy and safety. To improve the counseling services provided by health professionals, it is necessary to increase training on herbal products and health professionals should be encouraged to participate in these trainings.

Key words: Pharmacy, family practice, herbal products

Giriş

Hastalıkların tedavisinde bitkilerin kullanılması insanlık tarihi kadar eskilere dayanmaktadır. Tıbbi bitkiler ile hastalıkların tedavi edilmesi Uzakdoğu toplumlarında sık görülmekle birlikte Batı toplumlarında da giderek yaygınlaşmaktadır.⁽¹⁾ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kayıtlarına göre bitki ve bitkisel ürünlerin tıbbi amaçlarla kullanılma oranı gelişmiş ülkelerde %50 civarında iken bu oran, Hindistan ve Çin toplumlarında %65'e, Afrika ülkelerinde %80'e çıkmaktadır.⁽²⁾ Farmasötik ürünlere erişimin güçlüğü, modern ilaçlara olan güvenin azalması, bitkilerden elde edilen ürünlerin tamamıyla zararsız olduğu düşüncesi ve medyanın doğal ürünlere olan ilgisi, kullanımı arttıran başlıca sebeplerdir.⁽³⁾

Bitkisel ürünler, DSÖ tanımına göre bitkilerden elde edilen ham drogları, çayları ve farmasötik formülasyonlu ürünleri kapsamaktadır.⁽²⁾ Bitkisel droglar, Ersöz tarafından "tıbbi bir bitkinin tedavi amacıyla kullanılan kısımları, bu kısımlardan hazırlanan özütler veya bu kısımların bir işleme tabi tutulmasıyla kazanılan ürünler" olarak tanımlanmıştır.⁽⁴⁾ Avrupa Farmakopesi bitkisel tıbbi ürünleri "etkin maddeleri bir (veya daha fazla sayıda) bitkisel drogdan veya bitkisel drog preparatlarının kombinasyonundan oluşan tıbbi ürünler" olarak tarif etmektedir.⁽⁵⁾ Ülkemiz bitkisel ürün pazarında hem içerik hem de reçeteli reçetesiz satışlarıyla ilgili mevzuatları farklılık gösteren birçok ürün tipi bulunmaktadır; bu kapsamda bazı ürünler sadece doktor reçetesiyle temin edilebilirken bazıları bunun dışındadır.

Literatürde hastaların bitkisel ürün kullanma alışkanlıkları ve kullanım oranlarını inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır.⁽⁶⁻¹¹⁾ Bu çalışmalara göre ülkemizde diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi kronik hastalıklarda ve kanser hastalığında bitkisel ürünlerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.⁽¹²⁻¹⁷⁾ Bitkisel ürünlerin tedavide kullanılması sırasında olumlu etkileri yanında istenmeyen etkileri de ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda bitkisel ürünler ile konvansiyonel ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik düzeyde etkileşmesi nedeniyle çeşitli toksik etkilerin meydana geldiği bildirilmiştir.⁽⁶⁾

Bitkisel ürünlerin kullanımının hemolitik anemi, nefropati gibi ciddi yan tesirlere neden olduğu bildirilmiştir.^(18,19) Cheme ve ark.'nın gözlemlediği bir vakada, *Saw Palmetto* bitkisinin kullanımına bağlı olarak intraoperatif kanama gelişmiştir.⁽²⁰⁾ Bir başka çalışmada ise *Echinacea* türlerinin 8 hafta kullanımda hepatotoksisteye neden olduğu ve metotreksat gibi hepatotoksik ilaçlarla birlikte kullanılmaması gerektiği ileri sürülmüştü.⁽²¹⁾

Bu çalışmaların yanı sıra dünyada doktorların tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamalarına yaklaşımını araştıran çalışmalar yapılmıştır.⁽²²⁾ İtalya'da 2006 yılında pratisyen doktorlar üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %58'inin TAT'ı önerdiği ve %13'ünün uyguladığı, uygulayanların %36'sının sertifikasının bulunmadığı bildirilmiştir.⁽²³⁾ Araştırmada, TAT kapsamındaki uygulamalardan biri olan fitoterapinin TAT önerenlerin %23,4'ü tarafından başta kronik hastalıklar ve psikolojik durumlar olmak üzere çeşitli hastalıklarda önerildiği belirtilmiştir.

Ülkemizde 2014 yılında yayınlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile fitoterapi geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarına (GTAT) dahil edilmiştir. Amerika'da en sık kullanılan GTAT uygulamasının fitoterapi olduğu, ülkemizde ise GTAT uygulamalarıyla ilgili yeterli çalışma olmadığı için dağılım oranlarının bilinmediği bildirilmiştir.⁽²⁴⁾ 2007 yılında Bursa'da pratisyen doktorların TAT uygulamalarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek üzere bir çalışma yapılmıştır.⁽²⁵⁾ Çalışma sonucunda katılımcıların daha fazla bilgi sahibi olmaları için en çok ihtiyaç duydukları ve aynı zamanda en fazla uyguladıkları TAT alanının bitkisel ilaçlarla tedavi olduğu görülmüştür. Ülkemizde hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan TAT uygulamaları ile ilgili bir başka çalışmada hemşirelerin %77,8'i, doktorların %60,1'i bitkilerle tedavi konusunda biraz bilgilerin olduğunu belirtmişlerdir.⁽²⁶⁾

Dünyadaki uygulamalarda bitkisel ürün satışlarının reçeteli veya reçetesiz olarak farklılık göstermesi yanında bu ürünlerin kullanımında doktor ve eczacıların danışmanlığı bir gereklilik olarak

kabul edilmektedir.⁽⁶⁾ Bu gerekliliğe rağmen, ülkemizdeki sağlık personelinin bitkisel ürünler üzerine bilgi düzeyleri ve eğilimleri ile ilgili günümüze dek yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin bitkisel ürünlere yaklaşımı ve bu ürünler hakkındaki bilgi birikimlerinin detaylı olarak araştırıldığı analitik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, hastaların birinci basamakta başvurdukları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) doktorlarının ve serbest eczane eczacılarının bitkisel ürün kullanımına yaklaşımlarını, bitkisel ürünler hakkındaki bilgilerini ve bilgi kaynaklarını araştırmaktır.

Yöntem

Çalışma Ekim 2015 - Mart 2016 tarihleri arasında Trabzon il merkezi ve ilçelerindeki serbest eczane eczacıları ve ASM’de çalışan aile hekimleri ile yürütülmüş tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı olan anket formları literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Anket formları öncelikle Ankara ilinde serbest eczane eczacısı veya aile hekimi olarak çalışan 10 kişiye uygulanarak pilot çalışma yapılmıştır. Anket formunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, bitkisel ürünler ile ilgili bilgi düzeyleri ve bu ürünlere yaklaşımlarını araştıran 31 soru bulunmaktadır. Soruların bazıları ‘evet’ ya da ‘hayır’ şeklinde cevap verilecek iki seçeneikli, bazıları eğilim belirlemeye yönelik derecelendirilmiş çok seçeneikli ve bazı sorular ise katılımcıların kendi cümleleri ile cevap vermesine imkan sağlayan açık uçlu sorulardır.

Trabzon il ve ilçelerindeki eczanelerin listesi Trabzon Eczacı Odasından, ASM ve doktorların listesi Trabzon Aile Hekimleri Derneği’nden temin edilmiştir. Çalışma evreni bu listelere kayıtlı toplam 233 ASM doktoru ve 275 serbest eczane eczacısından oluşmaktadır. Her bir sağlık çalışanı için çalışma yerlerine Ekim 2015 ve Mart 2016 tarihleri arasında 2 ziyaret düzenlenmiş, bu ziyaretlerin birinde ulaşılan ve katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir. Buna göre, bu çalışmada Trabzon

ilinde ve bağlı ilçelerdeki 113 ASM doktoru ve 129 serbest eczane eczacısına yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır.

Katılımcılara bilgilendirme yapılarak, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurulmuştur. Çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır (No: 2015/152).

Elde edilen veriler sayı ve yüzdeler ile özetlenmiş ve istatistiksel analiz SPSS (*Statistical Package for Social Sciences Version*) 22.0 programı ile ki-kare testi uygulanarak yapılmıştır. $p < 0.05$ ise yüzde değerleri arası fark anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 113’ü doktor, 129’u serbest eczane eczacısı olmak üzere toplam 242 kişi katılmıştır. Doktorların %20,4’ü kadın, %79,6’sı erkek; eczacıların ise %42,6’sı kadın, %57,4’ü erkektir. Doktorların yaş ortalaması $46,58 \pm 5,42$ yıl; eczacıların yaş ortalaması $40,37 \pm 12,68$ ’dir. Meslekteki çalışma süresi, doktorlar için ortalama $21,94 \pm 5,30$ yıl, eczacılar için ortalama $17,11 \pm 11,96$ yıldır. Doktorların %10,7’si uzmanlık derecesine, eczacıların %13,2’si yüksek lisans ve %2,3’ü doktora derecesine sahiptir.

Doktorların %50,4’ü, eczacıların ise %94,6’sı tıbbi bitkiler ve bitkisel ürünler hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir ($p=0,000$). Katılımcılardan bitkisel ürünlere ilişkin terimlerden bildiklerini belirtmeleri istenmiştir. Buna göre her iki meslek grubunda bitki çayı, gıda takviyesi ve bitkisel ürün terimleri benzer oranda bilinmektedir ($p > 0,05$). Ham drog ($p=0,0000$), fitoterapötik ($p=0,0034$) ve fitofarmasötik ($p=0,0035$) terimlerinin ise eczacılar tarafından doktorlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda bilindiği belirtilmiştir (**Tablo 1**).

Çalışmada katılımcıların bitkisel ürünlerle ilgili hangi kaynaklardan bilgi edindikleri sorusuna verdikleri yanıtlar **Tablo 1**’de sunulmuştur. Bitkisel ürünler ile ilgili meslek içi eğitim ($p=0,0001$), lisansüstü eğitim ($p=0,0018$) programlarından ve kitaplardan ($p=0,0034$) eczacılar doktorlara göre daha yüksek

Tablo 1. Katılımcıların bitkisel ürünler ve bitkisel ürünlerle ilişkili terimler üzerine verdikleri yanıtlar ve faydalandıkları bilgi kaynakları

	Doktor		Eczacı		p
	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	
<i>Bitkisel ürünlerle ilgili terimler</i>					
Bitki çayı	106	93,8	121	93,8	0,998
Gıda takviyesi	101	89,4	123	95,3	0,078
Bitkisel ürün	100	88,5	124	96,1	0,024
Fitoterapötik	70	61,9	102	79,1*	0,003
Fitofarmasötik	63	55,8	95	73,6*	0,004
Ham drog	58	51,3	114	88,4*	0,000
İşlevsel gıda	48	42,5	53	41,1	0,827
Nutrasötik	32	28,3	52	40,3	0,051
<i>Bilgi kaynakları</i>					
Lisansüstü eğitim	3	2,7	18	14*	0,002
Meslek içi eğitim	17	15,0	82	63,6*	0,000
Kitap	27	23,9	43	33,3*	0,003
Medya (televizyon, gazete, radyo)	36	31,9	22	17,1*	0,007
İnternet	41	36,3	39	30,2	0,318
Diğer	6	5,3	12	9,3	0,238

*p<0.05, Doktorlara ait değerlerden anlamlı olarak farklıdır

oranda; doktorlar (%31,9) ise medyadan, eczacılara (%17,1) göre daha yüksek oranda faydalanmaktadır.

Katılımcıların bitkisel ürün kullanma alışkanlıkları, bitkisel ürünlerin tedavide kullanılmasına ilişkin yaklaşımları ve tedavide kullanılabileceğini düşündükleri bitkisel ürünler ile ilgili oranlar Tablo 2’te sunulmuştur. Eczacılarla doktorlar arasında bitkisel ürün kullanımı açısından anlamlı fark saptandı ($p=0,0001$). Fitoterapötiklerin ($p=0,0023$), fitofarmasötiklerin ($p=0,0002$), ham drogların ($p=0,0004$) ve nutrasötiklerin ($p=0,0202$) terapötik değeri olduğunu düşünen eczacıların oranı doktorlara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Katılımcılardan bitkisel ürünlerin bileşimi, endikasyonları, pozoloji ve uygulama şekli, yan etkileri, kullanım uyarıları ve kontrendikasyonları ile ilgili bilgi düzeylerini 5’li Likert tipi seçeneklerle değerlendirmeleri istenmiştir. Alınan cevaplara göre

elde edilen bulgular Tablo 3’te sunulmuştur. Tüm değişkenler açısından iki meslek grubu arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (**Tablo 3**). Doktorların hiç yeterli değil cevap yüzdeleri eczacılardan daha yüksek gözükmemektedir.

Bununla bağlantılı olarak katılımcılara bitkisel ürünlerle ilgili eğitimlere katılıp katılmadıkları ve mesleki eğitimler sırasında bilgi edinip edinmedikleri sorulmuştur. Doktorların %32,7’si, eczacıların %11,6’sı eğitimlere katılmadığını, doktorların %16,8’i, eczacıların ise %42,6’sı eğitimleri takip ettiğini ve katıldığını ifade etmiştir. Bitkisel ürünler ile ilgili eğitimlere katılan eczacıların oranı doktorlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0,0001$). Mesleki eğitimleri sırasında bitkisel ürünlerle ilgili bilgi edindiğini belirten doktorların (%16,8) oranı eczacılara (%84,5) göre anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur ($p=0,0001$).

Tablo 2. Katılımcıların bitkisel ürün kullanma alışkanlıkları ve tedavide kullanılabileceğini düşündükleri bitkisel ürünler

	Doktor		Eczacı		p
	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	
<i>Bitkisel ürün kullanma alışkanlığı</i>					
Kullanıyor	21	18,6	38	29,5*	0,000
Nadiren kullanıyor	22	19,5	48	37,2*	0,000
Kullanmıyor	70	61,9	42	32,6*	0,000
<i>Tedavide kullanılabileceği düşünülen bitkisel ürünler</i>					
İşlevsel gıda	16	14,2	18	14,0	0,963
Nutrasötik	14	12,4	31	24,0*	0,020
Ham drog	17	15,0	45	34,5*	0,000
Bitkiler	52	46,0	54	41,9	0,516
Bitki çayları	50	44,2	62	48,1	0,553
Bitkisel ürünler	61	54,0	76	58,9	0,440
Fitofarmasötikler	44	38,9	81	61,2*	0,000
Fitoterapötikler	47	41,6	79	62,8*	0,002

*p<0.05, Doktorlara ait değerlerden anlamlı olarak farklıdır

Tablo 3. Katılımcıların bitkisel ürünlerle ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi

	1* Hiç Yeterli Değil	2*	3*	4*	5* Çok Yeterli	p
<i>Bileşim</i>						
Doktor (n = 106)	24,5	20,8	22,6	17,0	15,1	0,000
Eczacı (n = 116)	8,6	12,1	46,6	22,4	10,3	
<i>Endikasyon</i>						
Doktor (n = 107)	15,9	19,6	20,6	24,3	19,6	0,006
Eczacı (n = 119)	6,7	10,1	30,3	38,7	14,3	
<i>Pozoloji ve Uygulama Şekli</i>						
Doktor (n = 107)	17,8	16,8	26,2	21,5	17,8	0,006
Eczacı (n = 118)	6,8	10,2	32,2	38,1	12,7	
<i>Yan Etki</i>						
Doktor (n = 107)	17,8	22,4	23,4	23,4	13,1	0,017
Eczacı (n = 119)	8,4	21,0	37,0	28,6	5,0	
<i>Kullanım Uyarılan</i>						
Doktor (n = 106)	21,7	21,7	23,6	22,6	10,4	0,008
Eczacı (n = 118)	7,6	15,3	36,4	31,4	9,3	
<i>Kontrendikasyon</i>						
Doktor (n = 107)	26,2	20,6	20,6	18,7	14,0	0,002
Eczacı (n = 119)	8,4	26,1	35,3	21,8	8,4	

*Değerler her meslek grubundaki toplam katılımcı sayısının yüzdesi olarak verilmiştir

Çalışmaya katılan doktor ve eczacılardan, tüm sağlık çalışanlarının (doktor, eczacı, ebe ve hemşire) bitkisel ürünler ile ilgili bilgi düzeylerini 5'li likert tipi ölçek ile değerlendirmeleri istenmiştir. Doktorların bilgi düzeyleri değerlendirilmesinde, doktor ve eczacı katılımcıların cevap dağılımları açısından istatistiksel fark bulunmamaktadır ($p=0,714$). Oysa eczacıların bilgi düzeyleri değerlendirilmesinde, doktor ve eczacı katılımcıların cevap dağılımları açısından istatistiksel fark bulunmaktadır ($p=0,002$).

Doktor katılımcıların %30,1'i, eczacıların bilgi düzeylerini az derecede yeterli, eczacı katılımcıların %34,9'u ise eczacıların bilgi düzeylerini yeterli olarak değerlendirmiştir. Hemşire ve ebelerin bilgi düzeyi değerlendirilmesinde, eczacıların %52,7'si, doktorların %43,4'ü hemşire ve ebelerin bilgi düzeyini hiç yeterli değil olarak değerlendirmiştir, istatistiksel fark bulunmamaktadır ($p=0,412$).

Çalışmada katılımcıların hastalara bitkisel ürün önerip önermedikleri ve bu durumların nedenleri (birden fazla seçenek işaretlenebilir) araştırıldı. Doktor ve eczacıların bitkisel ürün önerme sıklığı arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,0001$). Hastalara bitkisel ürün önerdiğini belirten katılımcıların bitkisel ürün önerme nedenleri ile ürün önerdikleri durumlar da anket sorularıyla araştırılmış ve sonuçlar **Tablo 4**'de verilmiştir.

Doktor ve eczacıların bitkisel ürün önerme nedenleri benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Hastalara bitkisel ürün önermediğini belirten katılımcıların, önerme nedenleri sorgulanmıştır. Bitkisel ürünlerin Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı olmaması ($p=0,0376$), etkili olmaması ($p=0,0003$), güvenilir olmaması ($p=0,0142$) ve bilgi yetersizliği ($p=0,0008$) nedeniyle hastalara bitkisel ürün önermediğini belirten doktorların oranı eczacılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bitkisel ürün önermediğini belirten doktorların sayısı eczacılara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p=0,0140$).

Bitkisel ürün değerlendirilirken katılımcılar tarafından ürünün nereden ruhsat ya da izin aldığına dikkat edip etmedikleri sorulmuştur. ürünün ruh-

satına veya iznine dikkat eden eczacıların (%89,9) oranı doktorlara (%73,5) göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcılara fitofarmasötik, fitoterapötik, gıda takviyesi ve nutrasötik seçenekleri verilerek güvenilirliklerini değerlendirmeleri istenmiştir. Fitoterapötik ($p=0,0382$) ve fitofarmasötiklerin ($p=0,0001$) güvenli olduğunu düşünen eczacıların oranı doktorlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Seçeneklerin hiçbirini seçmeyerek fikrinin olmadığını belirten doktorların oranı (%51,3), eczacılara (%22,5) göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Çalışmaya katılanlara bitkisel ürünlerin nereden temin edilmesi gerektiği sorularak market, internet, aktar, eczane ve diğer seçeneklerden birini seçmeleri istenmiştir. Eczacılar yüksek oranda (%95,3) bitkisel ürünlerin eczaneden temin edilmesi gerektiğini düşünürken, doktorların %81,4'ü eczaneden, %4,4'ü aktardan, %1,8'i internetten temin edilebileceğini belirtmişlerdir. Verilen cevaplar meslek gruplarına göre benzer bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının bitkisel ürün kullanımı konusunda verdikleri danışmanlığın değerlendirilmesi amacıyla sorulan sorulardan alınan yanıtların oranları **Tablo 5**'de görülmektedir.

Hastalara bitkisel ürünler ile ilgili yeterli danışmanlık hizmeti veremediğini düşünen doktorların oranı (%85,8) eczacılara (%56,6) göre yüksektir, bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$). Danışmanlık hizmeti vermek istemeyen doktorların oranı da eczacılara göre fazladır ($p=0,0001$). İlaç-bitki etkileşimlerini sorgulayan eczacıların oranı doktorlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0,0031$). Hastalara bitkisel ürünler ile ilgili bilgileri anlatarak danışmanlık hizmeti veren eczacıların oranı doktorlara göre fazladır ve oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$). Bitkisel ürünler ile ilgili yeterli bilgisi olmadığını düşünen doktorların oranı eczacılara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p=0,0001$).

Anketin son kısmında katılımcılara bitkisel ürünler ile ilgili on bir tane önerme sunulmuş ve görüşlerini belirtmeleri istenmiştir (**Tablo 6**).

Tablo 4. Hastalara bitkisel ürün önerilmesi ve bitkisel ürün önerildiği durumlar

	Doktor		Eczacı		p
	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	
<i>Bitkisel ürün önerme durumu</i>					
Öneriyor	48	42,5	88	68,2*	0,000
Önermiyor	65	57,5	40	31,8*	
<i>Bitkisel ürün önerme nedenleri</i>					
Sentetik ilaçların yetersiz olduğu durumlarda	19	16,8	35	27,1	0,054
Güvenli olması	13	11,5	28	27,1	0,035
Yan etkisi olmaması	17	15,0	18	14,0	0,810
Çok talep edilmesi	9	8,0	16	12,4	0,258
Diğer	14	12,4	28	12,4	0,056
<i>Bitkisel ürün önermeme nedenleri</i>					
Uygun ürün bulunmaması	4	3,5	3	2,3	0,574
Etkili olmaması	16	14,2	2	1,6*	0,000
Güvenilir olmaması	30	26,5	18	14,0*	0,014
Geri ödemeli olmaması	15	13,3	7	5,4	0,043
Bilgi yetersizliği	19	16,8	5	5,9*	0,001
Ürünün Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı olmaması	37	32,7	27	20,9*	0,038
Diğer	4	3,5	6	4,7	0,665
<i>Bitkisel ürün önerilen durumlar</i>					
Soğuk algınlığı	84	74,3	104	80,6	0,242
Halsizlik	54	47,8	77	59,7	0,064
Saç-cilt bakımı	40	35,4	70	54,3*	0,003
İmmün destek	40	35,4	76	58,9*	0,000
Diabetes mellitus	15	13,3	28	21,7	0,087
Osteoporoz	13	11,5	21	16,3	0,286
Kalp-damar hastalıkları	13	11,5	17	13,2	0,693
Santral sinir sistemi hastalıkları	13	11,5	16	12,4	0,830
Kognitif bozukluk	12	10,1	3	2,3*	0,008
Menapoz	13	9,7	26	20,9*	0,034
Kanser	12	10,1	13	10,1	0,890
Diğer	6	5,3	2	1,6	0,103
Kesinlikle önermem	14	12,4	5	3,9*	0,014

*p<0.05, Doktorlara ait değerlerden anlamlı olarak farklıdır

Tablo 5. Bitkisel ürünler ile ilgili katılımcıların verdikleri danışmanlık hizmetinin değerlendirilmesi

	Doktor		Eczacı		p
	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	
<i>Bitkisel ürünlerin danışılması gereken sağlık çalışanları</i>					
Doktor	76	67,3	69	30,2*	0,029
Eczacı	69	61,1	119	92,2*	0,000
Diğer	11	9,7	2	1,6*	0,005
<i>Hastaların bitkisel ürün kullanımını öğrenme yöntemleri</i>					
Kendim sorarım	62	54,9	70	54,3	0,925
Hasta danışır	45	39,8	54	41,9	0,748
Diğer	3	2,7	1	0,8	0,253
<i>Hastaların bitkisel ürün ile ilgili danışma sıklığı</i>					
Danışır	39	34,5	59	45,7	0,054
Danışmaz	69	61,1	62	48,1	
<i>Hastalara danışmanlık hizmeti verilmesi</i>					
Danışmanlık hizmeti veriyorum	15	13,3	55	42,6*	0,000
Danışmanlık hizmeti vermiyorum	97	85,8	73	56,6*	
Danışmanlık hizmeti vermek istiyorum	44	38,9	60	46,5*	0,000
Danışmanlık hizmeti vermek istemiyorum	29	25,7	5	3,9*	
<i>İlaç-bitkisel ürün etkileşimlerini göz önüne alma durumları</i>					
Sorgularım	73	64,6	105	81,4*	0,003
Ürün önermem	33	29,2	17	13,2*	0,002
Hayır sorgulamam	6	5,3	4	3,1	0,389
<i>Hastaları bilgilendirme yöntemleri</i>					
Başka bir sağlık çalışanına yönlendirme	3	2,7	1	0,8	0,253
Eczacıya yönlendirme	11	9,7	3	2,3*	0,014
Doktora yönlendirme	1	0,9	7	5,4	0,049
Yeterli bilgi yok	38	33,6	9	7,0*	0,000
Kaynak önerme	20	17,7	21	16,3	0,769
Anlatarak açıklama	35	31,0	86	66,7*	0,000
<i>Hastalardan bitkisel ürünler ile ilgili alınan geri dönüşler</i>					
Olumlu	38	34,9	69	57,0*	0,002
Olumsuz	6	5,5	4	3,3	0,389
Dönüş almadım	20	18,3	13	10,7	0,085
Sorgulamadım	45	41,3	35	28,9*	0,036

*p<0.05, Doktorlara ait değerlerden anlamlı olarak farklıdır

Tablo 6. Katılımcıların bitkisel ürünlerin kullanımı ile ilgili çeşitli değerlendirmeleri

	Katılıyorum*	Kısmen katılıyorum*	Katılmıyorum*	Fikrim yok*	p
<i>a) Piyasada bulunan tüm bitkisel ürünlere Sağlık Bakanlığı ruhsat vermelidir.</i>					
Eczacı (n = 124)	70,2	13,7	16,1	0,0	0,096
Doktor (n = 112)	66,1	10,7	18,8	4,5	
<i>b) Bitkisel ürünlerle tedavinin etkinliğine güvenilir.</i>					
Eczacı (n = 126)	23,0	67,5	7,9	1,6	0,000
Doktor (n = 111)	20,7	45,9	22,5	10,8	
<i>c) Tıbbi bitkiler ve bitkisel ürünlerle ilgili eğitim doktorlar için gereklidir.</i>					
Eczacı (n = 128)	63,3	24,2	9,4	3,1	**
Doktor (n = 112)	54,5	30,4	12,5	2,7	
<i>d) Tıbbi bitkiler ve bitkisel ürünlerle ilgili eğitim eczacılar için gereklidir.</i>					
Eczacı (n = 128)	88,3	8,6	1,6	1,6	**
Doktor (n = 111)	70,3	21,6	6,3	1,8	
<i>e) Tıbbi bitkiler ve bitkisel ürünlerle ilgili eğitim ebeler/hemşireler için gereklidir.</i>					
Eczacı (n = 127)	20,5	38,6	37,8	3,1	**
Doktor (n = 113)	33,6	38,1	23,9	4,4	
<i>f) Hastalara ilaç reçete ederken/ hastaların reçetelerini karşılarken bitki-ilaç etkileşimlerini göz önüne alırım.</i>					
Eczacı (n = 127)	66,9	28,3	2,4	2,4	**
Doktor (n = 112)	55,4	25,9	13,4	5,4	
<i>g) Kullanılan bitkisel ürünlerin ilaç olduğunu düşünmekteyim.</i>					
Eczacı (n = 128)	35,9	41,4	21,9	0,8	**
Doktor (n = 113)	27,4	41,6	25,7	5,3	
<i>h) Bitkisel ürünler tamamlayıcı tedavi olarak değerlendirilebilir.</i>					
Eczacı (n = 126)	65,1	31,7	3,2	0,0	**
Doktor (n = 111)	45,9	40,5	10,8	2,7	
<i>j) Fitofarmasötikler GSS kapsamında ödenmelidir.</i>					
Eczacı (n = 127)	48,8	29,9	20,5	0,8	0,003
Doktor (n = 112)	33,0	35,7	21,4	9,8	
<i>k) Fitoterapötikler de fitofarmasötikler gibi denetim altına alınmalıdır.</i>					
Eczacı (n = 127)	75,6	17,3	4,7	2,4	0,258
Doktor (n = 113)	69,9	17,7	4,4	8,0	
<i>l) Tüm bitkisel ürünler de modern ilaçlar gibi İyi İmalat Uygulamaları (GMP) esaslarına göre üretilmelidir.</i>					
Eczacı (n = 127)	93,7	4,7	1,6	0,0	**
Doktor (n = 112)	83,9	7,1	4,5	4,5	

*Değerler her meslek grubundaki toplam katılımcı sayısının yüzdesi olarak verilmiştir. **Ki-kare değeri geçerli değildir

Tartışma

Ülkemizde ve dünyada bitkilerden elde edilen ürünlerin çeşitliliği ve kullanımını giderek artmaktadır. Bu ürünlerin zararsız oldukları düşüncesi, ürünlere olan yoğun ilgi gibi nedenlerle hastalar bu ürünleri bilinçsizce kullanabilmekte ve bunun sonucunda ciddi zarar görebilmektedir. Sağlık ve ilaç kullanımı konusunda ilk başvuru meslek grubu olan eczacılar ve ASM'lerdeki doktorlar bitkisel ürünlerin kullanıldığı durumlarla da sıklıkla karşılaşmaktadır.

Hastaların bu ürünlerin kullanımı konusundaki sorularına yeterli cevap verilememesi hastaların bu konularda uzman olmayan ve ticari önceliklerle yaklaşan kişilerin etkisi altında kalmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle, doktor ve eczacı başta olmak üzere sağlık çalışanlarının bitkisel ürünler hakkındaki bilgileri ve bu ürünlerin kullanımına yaklaşımları oldukça önemlidir; ancak bu konuda yapılmış çalışmalar sınırlıdır.

Çalışmamız kapsamında Trabzon ilindeki ASM doktorları ve serbest eczane eczacılarına yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak katılımcıların bitkisel ürünlerle ilgili bilgileri ve yaklaşımları, bitkisel ürün önerme durumları, bitkisel ürünlerin güvenilirliği konusundaki değerlendirmeleri, verdikleri danışmanlık hizmetlerinin düzeyi ve kendilerinin bitkisel ürün kullanma alışkanlıkları araştırılmıştır. Veriler katılımcıların ankette belirtilen hususlarda kendi kendilerini değerlendirmeleri, dolayısıyla kendi beyanlarından elde edilen sonuçlardan oluşmaktadır.

Dünyada ve ülkemizdeki benzer araştırmalara bakıldığında, çeşitli ülkelerin sağlık çalışanlarına yönelik araştırmalar bulunmaktadır.^(15,27-29) Ülkemizdeki ise farklı illerden aile hekimlerinin fitoterapi üzerine düşüncelerini ve bakış açılarını değerlendiren tanımlayıcı tipte bir araştırma yapılmıştır.⁽⁷⁾ Ancak eczacılara yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bildiğimiz kadarı ile bu çalışmamız, ülkemizde belirli bir bölgedeki doktor ve eczacıların bitkisel ürünler ile ilgili bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve reçete etme/önerme alışkanlıklarına

ilişkin beyanlarının da karşılaştırılarak değerlendirildiği ilk kapsamlı araştırmadır.

Çalışmamızda katılımcıların bitkisel ürünleri kullanma alışkanlıkları değerlendirildiğinde katılımcıların cinsiyetleri ve eğitim durumlarının bitkisel ürün kullanma alışkanlıklarını etkilemediği bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde, bitkisel ürün kullanımının yaşa ve cinsiyete bağlı olarak değişmediği gösterilmiştir.⁽⁷⁻⁹⁾

Ülkemizde bitkisel ürün pazarındaki ürünler içerik ve mevzuat bakımından farklılık gösterdikleri için bitkisel ürünlerle ilgili terimler çeşitlidir. Çalışmamızda öncelikli olarak bu terimlerin doktorlar ve eczacılar tarafından ne kadar tanındığı araştırılmış, fitoterapötik, fitofarmasötik ve ham drog gibi terimleri bildiğini belirten eczacıların oranı doktorlara göre yüksek bulunmuştur. Bu durum eczacıların bitkisel ürünler ile ilgili terimlerle lisans ve meslek içi eğitimler sırasında daha sık karşılaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tüm dünyada yaygınlaşan fitoterapi uygulamaları nedeniyle sağlık çalışanlarının bu konudaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi önemlidir. Ülkemizde doktorların fitoterapi ürünlerine bakış açısını saptamak için yapılmış bir çalışmada çalışmaya katılan doktorların %36,9'u fitoterapiye karşı olduklarını ve ilgilenmediklerini belirtmiştir.⁽⁷⁾ Bu doktorların %50'si ise fitoterapiye karşı olmalarını fitoterapinin kanıta dayalı olmaması ve üzerinde yeterince çalışma yapılmamış olmasına bağlı olduğunu aktarmıştır.

Slovenya'da yapılmış başka bir çalışmada ise doktorlar bitkisel ürünlerle tedavi ile ilgili yasaların net olmaması nedeniyle ve bitkisel ürünlerin güvenilir olmadığını düşündükleri için fitoterapi yöntemlerine olumlu yaklaşmamaktadır.⁽²⁷⁾ Çalışmamızda, tedavide nutrasötik, fitoterapötik, fitofarmasötik ürünlerin ve ham drogların kullanılabileceğini düşünen doktorların oranı eczacılara göre düşük bulunmuştur. Bu yaklaşımın nedeni farklı bitkisel ürünlerin tanım ve özelliklerinin doktorlar tarafından tam olarak bilinmemesi olabilir. Diğer taraftan, çalışmaya katılan her iki meslek grubunda bitkisel

ürünleri önermeyenler, neden olarak ürünlerin etkili ve güvenilir olmamaları, Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı olmamaları ve bilgi yetersizliğini belirtmiştir. Elde edilen bu sonuçlar, bitkisel ürünlerin Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat ve onay alınarak hastalara sunulmasının her iki meslek grubunun beklentisi olduğunu göstermektedir.

Günümüzde bitkisel ürünlerle ilgili çok sayıda kaynaktan bilgi almak mümkündür, ancak bilgilerin doğru kaynaktan edinilmesi esas teşkil etmektedir. Çalışmamızda, her iki gruptaki katılımcıların bitkisel ürünlerle ilgili sıklıkla internetten ve kitaplardan bilgi edindikleri belirlenmiştir. Daha önce yapılmış bir çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer şekilde doktorların bitkisel ürünlerle ilgili bilgileri medya ve internetten edindikleri belirtilmiştir.⁽⁷⁾

Singapur'da eczacıların katıldığı bir çalışmada tamamlayıcı ve alternatif tıp konusunda katılımcıların %31,4'ü internetten, %64'ü kitap veya magazin dergilerinden, %35,7'si aile ve arkadaşlarından bilgi aldığı bildirilmiştir.⁽²⁹⁾ İnternette ve medyada kısıtlı sayıdaki doğru bilgilere rağmen, çok büyük oranda doğruluğu kanıtlanmamış ve kolayca erişilebilen sayfalar/kaynaklar nedeniyle bitkisel ürünlerin tamamen zararsız olduğuna dair yanlış bir algı oluşturulmaktadır ve kontrolsüz reklamlar aracılığı ile bu ürünlerin gelişigüzel kullanımını özendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının bitkisel ürünleri ve bu ürünlerin kullanımını doğru kaynaklardan öğrenilen bilgilerle akılcı ve bilimsel yönden yaklaşması önemlidir. Bu durum nedeniyle, doğru güncel bilgilerin verildiği kaynaklar ve eğitim yaygınlaşmalıdır.

Çalışmamızda, doktorlar bitkisel ürünlerin bileşimleri ve kontrendikasyonları hakkında bilgilerinin yeterli olmadığını, endikasyon ve uygulama şekli gibi konularda ise genel olarak yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Eczacılar ise tüm bu konulardaki bilgilerini büyük oranda 'yeterli' olarak nitelendirmiştir. Diğer taraftan, mesleki eğitimleri sırasında bilgi almadığını belirten doktorların %53,1'i, hastaların bitkisel ürünler konusunda danışması gerektiği kişilerin dok-

torlar olduğunu belirtmiştir. Literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları da doktorların bitkisel ürünlerle ilgili olarak en azından yan etkileri ve ilaç etkileşimleri üzerine yorum yapabilecek kadar bilgiye sahip olmaları gerektiğini ileri sürmektedir.⁽²⁸⁾

Her iki meslek grubundan mesleki eğitim sırasında bitkisel ürünler konusunda bilgi almadığını belirten katılımcıların %38,3'ü, yeterli bilgisi olmadığını düşünen katılımcıların ise %29,8'i eğitimlere katılmamaktadır. Bitkisel ürünler konusunda bilgi almış katılımcıların ise %91,3'ü eğitimlere katılmaktadır. Bu sonuçlar, verilen eğitimler ile bitkisel ürünlerin doğru kullanımının önemi konusunda sağlık çalışanlarının bilinçlendiğini düşündürmektedir. Daha önce yapılmış bir anket çalışmasında doktorlar eğitim alarak bitkisel ürünlerle tedavi yöntemlerini öğrenmek istediklerini söylemişlerdir, ayrıca çalışmaya katılan doktorların %12,6'sı bitkisel ürünlerle tedavinin gelecekte çok etkin bir şekilde kullanılacağını düşünmektedir.⁽⁷⁾

Benzer şekilde, Cohen ve ark. ise doktorların hastaları ile daha iyi iletişim kurabilmek ve bitkisel ürünlerin yan tesirleri hakkında daha fazla fikir sahibi olabilmek için eğitim almak istediklerini tespit etmiştir.⁽³⁰⁾

Bitkisel ürünlerin diyabet, astım ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda, kanser tedavisinde^(9, 31) kullanıldığı bilinmektedir.^(11,13,32,33) Buna karşın sağlık çalışanlarının hastalara bitkisel ürün önerdiği endikasyonlar oldukça sınırlıdır. Çalışmamızda bitkisel ürünlerin katılımcılar tarafından hastalara genellikle soğuk algınlığı, halsizlik durumlarında ve saç-cilt bakımı, immün sistemi desteklemek amacıyla önerildiği saptanmıştır. Bu sonuçlar hastaların bitkisel ürünleri genellikle sağlık çalışanlarının kontrolü dışında kullandığını düşündürmektedir. Bitkisel ürünler konvansiyonel ilaçlar gibi bu konuda eğitim almış sağlık çalışanlarının kontrolünde akılcı bir şekilde kullanılmalıdır. Çalışmamızın sonuçları, sağlık çalışanlarının beklentisinin de bu yönde olduğunu göstermektedir.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda çeşitli hastalıklara sahip hastaların örneğin diyabet hastaları-

nın konvansiyonel tedavi yanında sıklıkla bitkisel ürün kullandıklarına dikkat çekilmektedir.⁽³⁴⁾ İngiltere’de yapılan bir anket çalışmasında hastalar reçeteli ilaçlarına ek olarak bitkisel ürünleri kullandıklarını ve doktorlarına kullandıkları bitkisel ürünlerle ilgili bilgi vermediklerini belirtmişlerdir.⁽³⁵⁾ *Ginkgo biloba* gibi kanama zamanını uzatan.⁽⁶⁾ bitkisel ürünleri kullanan hastaların operasyon geçirmeleri durumunda bu ürünleri kullandıklarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Çalışmamızda her iki meslek grubu da bitkisel ürünler konusunda kendilerine danışılması gerektiğini düşünmektedirler. Katılımcılar hastaların kullandıkları bitkisel ürünleri genelde sorgulayarak ya da daha az oranda hastalar danıştığında öğrendiklerini belirtmişlerdir. Buna göre doktorlar ve eczacılar tarafından hastaların kullandıkları reçeteli ürünlerin yanında bitkisel ürünlerin de ayrıntılı bir şekilde sorgulanması gerekmektedir.

Kuzey Amerika’daki doktorlar, hemşireler, halk sağlığı profesyonelleri, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, tıp/hemşirelik fakültesi öğrencileri ve eczacılardan oluşan sağlık hizmetleri profesyonellerinin TAT uygulamalarına yönelik tutumları sistematik analiz çalışmasıyla araştırılmıştır.⁽³⁶⁾ En fazla çalışmanın doktorlar üzerinde yapılmış olduğu, doktorların TAT uygulamalarına diğer sağlık profesyonellerine kıyasla daha olumsuz yaklaştığı ve tüm çalışmaların sonuçlarına göre sağlık profesyonellerinin TAT hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak istedikleri bildirilmiştir. Bir başka sistematik analiz çalışmasında en fazla tercih edilen TAT uygulamalarından birinin fitoterapi ve bitkisel ilaçlarla tedavi olduğu belirtilmiş, bununla birlikte çalışmaya katılan sağlık çalışan gruplarının bu tedavilere yaklaşımlarında farklılık olduğu tespit edilmiştir.⁽³⁷⁾

Çalışmamızda katılımcıların bitkisel ürünler konusunda verdikleri danışmanlık hizmetleri ile meslek grupları arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılmıştır. Eczacıların %56,6 oranına rağmen doktorların büyük bir oranının (%85,8) danışmanlık hizmeti vermemeyi tercih etmesinin nedeni kendi bilgi düzeylerini yeterli bulmamalarından kaynak-

lanabilir. Bitkisel ürün kullanımı konusunda doktor ve/veya eczacıların danışmanlık hizmetlerinin etkin devam etmesindeki önemli unsurlardan biri de hastalardan alınan geri dönüşlerdir. Cohen ve ark. tarafından yapılan çalışmada doktorların %54,9’unun, eczacıların %54,3’ünün hastalarının bitkisel ürün kullanımını sorguladıkları tespit edilmiştir.⁽³⁰⁾ Saw ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise, bitkisel ürün kullanan hastaların %90’dan fazlasının bitkisel ürün kullandığını doktorla paylaşmadığı belirtilerek hastalara anamnezde özellikle bitkisel ürün kullanımının sorulması gerektiği vurgulanmaktadır.⁽³⁸⁾

Çalışmamızda her iki meslek grubunda da bitkisel ürünlerle ilgili danışmanlık yapmak isteme oranları istemeyenlerden yüksek olmasına rağmen doktorların %41,3’ü ve eczacıların %28,9’u hastalardan bu konuda geri dönüşü sorgulamadıklarını belirtmişlerdir. Daha etkin danışmanlık hizmeti vermek isteyen meslek gruplarının bunu takip etmekte zayıf kalmaları, konunun önemini kabul etmelerine rağmen bunu pratik uygulamaya çevirmediklerini, dolayısıyla bu yönlerin meslek içi eğitimlerle güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Günümüzde ülkemizdeki uygulamada geleneksel bitkisel tıbbi ürün kapsamına giren ürünlere Sağlık Bakanlığı, takviye edici gıdalar kapsamına giren ürünlere ise Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından izin veya ruhsat verilmektedir. Bitkisel ürün önerirken nereden ruhsat/izin aldığına dikkat eden katılımcıların %78,8’i bitkisel ürünlere Sağlık Bakanlığı’nın ruhsat vermesi gerektiğini düşünmektedir. Bitkisel ürünleri güvenilir olmadıkları için önermediklerini belirten katılımcıların ise %85,1’i bitkisel ürünlerin İyi Üretim Uygulamaları (GMP) esaslarına göre üretilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu bulgular bizi sağlık çalışanlarının bitkisel ürünlerle tedavinin yeterli çalışmalar sonrası hastalara ulaştırılması gerektiği, bitkisel ürün üretiminin son derece ciddi ve kontrol gerektiren bir konu olduğu yönünde düşündükleri kanısına ulaştırmaktadır. Bu çalışmaya benzer sonuç Premik tarafından yapılan bir çalışmada da tespit edilmiştir.⁽²⁷⁾ Slovenya’da yapılan

bu çalışmada doktorların çoğunun alternatif tıp ve fitoterapi yöntemlerine kuvvetle negatif baktıkları ortaya çıkmıştır. Çalışma sonucunda hastalarının bu konuda bilgi istemelerine rağmen yasalarda tam netlik olmaması, devletin kontrol mekanizmalarında eksiklik/yetersizlik olması, güvenli olmaması sebepleriyle doktorların konuya sıcak bakmadıkları belirtilmiştir. Benzer endişeleri içeren görüşler çalışmamızın bulguları ile örtüşmektedir.

Bitkisel ürünlerin hastalar tarafından kullanılması sırasında tedaviyi destekleyici etkiler yanında, yan etkiler ve ilaç-bitki etkileşimleri ortaya çıkabilmektedir. Bitkisel ürünlerin tedavide akılcı kullanımının sağlanabilmesinde doktor ve eczacı danışmanlığı esas teşkil etmektedir. Artan bitkisel ürün çeşitliliği ve kullanımı göz önüne alındığında bu çalışmamız benzeri araştırmalarla durum analizlerinin güncellenmesi, sağlık çalışanlarına yönelik bitkisel ürünlerle ilgili meslek içi eğitimlerin artırılması, suistimal edilmeye çok açık olan bitkisel ürün üretim ve kullanım danışmanlığının yetkin kişilerce yapılması ve kuralların uygulandığının sıkı denetlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Sonuç

Bitkisel ürünlerin kullanımı tüm dünyada artmaktadır ve bu ürünlerin doktor ve eczacıların gözetiminde kullanılması önerilmektedir. Sağlık

çalışanlarının bu konudaki danışmanlık görevini etkin şekilde yerine getirebilmesi için bitkisel ürünleri tanımaları, etkinlik ve güvenilirliklerini değerlendirebilmeleri ve bitkisel ürünler konusunda güncel bilgilere sahip olmaları gereklidir. Bölgemizde de bitkisel ürünler doktor ve eczacılar tarafından hastalara önerilmektedir. Her iki meslek grubu da bitkisel ürünlerle ilgili bilgilerini internet yoluyla ve kitaplardan edindiğini belirtirken, daha önce bitkisel ürünlerin kullanımı konusunda bilgi almış olan sağlık çalışanları da bu konudaki eğitimlere katılmak istemektedir.

Çalışmanın önemli bir sonucu olarak, bitkisel ürünlerin Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat ve onay alınarak hastalara sunulması ve konvansiyonel ilaçlar gibi bu konuda eğitim almış sağlık çalışanlarının kontrolünde akılcı bir şekilde kullanılması her iki meslek grubunun beklentileri arasındadır. Bu alandaki güncel talep ve ihtiyaçlar doğrultusunda yapılacak düzenlemeler, meslek içi eğitimler ve farkındalığın artırılması aile hekimleri ve eczacıların mesleki uygulamalarını güçlendirecektir.

Destekler

Bu çalışma TÜBİTAK (2209A-Üniversite Öğrencileri Yurt İçi Araştırma Projeleri Destek Programı) tarafından desteklenmiştir (E. Yılmaz, H. Sanrı).

Kaynaklar

- Mahady G. Global Harmonization of Herbal Health Claims. *The Journal of nutrition* 2001;131:1120-3.
- New WHO guidelines to promote proper use of alternative medicines W.H.O. (World Health Organisation). WHO 2004. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/en/> adresinden 17.03.2018 tarihinde erişilmiştir.
- Mosihuzzaman M, Choudhary MI. Protocols On Safety, Efficacy, Standardization, and Documentation of Herbal Medicine (IUPAC Technical Report). *Pure Appl Chem* 2008;80(10):2195-230.
- Ersöz T. Bitkisel Tedaviye Bilimsel Bakış: Doğrular ve Yanlışlar. *Journal of Pediatric İnfection* 2011;5:217-22.
- European Pharmacopoeia 8.0. Herbal drug preparations. Strasbourg, Council of Europe, 2013.
- Dülger G. Herbal drugs and drug interactions. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2012;16:9-22.
- Gamsızkan Z, Kurt AE, Yücel A, Kartal M. Hekimlerin Fito-terapi Ürünlerine Bakış Açısı. *J Clin Anal Med* 2011;2(2):1-3.
- Loya AM, Gonzalez-Stuart A, Rivera JO. Prevalence of Polypharmacy, Polyherbacy, Nutritional Supplement Use and Potential Product Interactions among Older Adults Living on the United States-Mexico Border A Descriptive, Questionnaire-Based Study. *Drug Aging* 2009;26(5):423-36.
- Gamsızkan Z, Yücel A, Kartal M. Using of Herbal Product in Patients. *J Clin Anal Med* 2012;3(3):300-2.
- Tulunay M, Aypak C, Yikilkan H, Gorpelioglu S. Herbal medicine use among patients with chronic diseases. *J Intercult Ethnopharma* 2015;4(3):217-20.
- Soner BC, Sahin AS, Sahin TK. A survey of Turkish hospital patients' use of herbal medicine. *Eur J Integr Med* 2013;5(6):547-52.
- Gücük İpek E, Güray Y, Demirkan B, Güray U, Kafes H, Basyigit F. The prevalence of alternative herbal medicine and nutritional complementary product intake in patients admitted to out-patient cardiology departments. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2013;41:218-24.
- Keskin A, Bilge U. Mental disorders frequency alternative and complementary medicine usage among patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus. *Niger J Clin Pract* 2014;17(6):717-22.
- Koc Z, Avcı IA, Sağlam Z. The use of complementary and alternative medicine by older patients that have chronic diseases. *Health Med* 2012;6:413-22.
- Aydın S, Bozkaya AO, Mazıcıoğlu M, Gemalmaz A, Özçakır A, Öztürk A. What influences herbal medicine use? Prevalence and related factors. *Turk J Med Sci* 2008;38:455-63.
- Bişen C, Elver Ö, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Dilek M. Herbal product use in hypertension patients. *J Exp Clin Med* 2012;29:109-12.
- Toprak D, Demir S. Treatment choices of hypertensive patients in Turkey. *Behav Med* 2007;33:5-10.
- Gandolfo GM, Girelli G, Conti L, Perrone MP, Arista MC, Damico C. Hemolytic-Anemia and Thrombocytopenia Induced by Cyanidanol. *Acta Haematol-Basel* 1992;88(2-3):96-9.
- Lin JL, Ho YS. Flavonoid-Induced Acute Nephropathy. *Am J Kidney Dis* 1994;23(3):433-40.
- Cheema P, El-Mefty O, Jazieh AR. Intraoperative haemorrhage associated with the use of extract of Saw Palmetto herb: a case report and review of literature. *J Intern Med* 2001;250(2):167-9.
- Miller LG. Herbal medicinals - Selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions. *Arch Intern Med* 1998;158(20):2200-11.
- Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. *Ankara Med J* 2015;15(2):102-5.
- Gianelli M, Cuttini M, Da Fre M, Buiatti E. General practitioners' knowledge and practice of complementary/alternative medicine and its relationship with life-styles: a population-based survey in Italy. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 30.
- Şahin S. Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. *Türk Aile Hek Derg* 2017; 21: 159-62.
- Özçakır A, Sadıkoğlu G, Bayram N, Mazıcıoğlu M, Bilgel N, Beyhan I. Turkish General Practitioners and Complementary/Alternative Medicine. *J Altern Complement Med* 2007; 13: 1007-10.
- Bal Özkaptan B, Kapucu S. Views of Turkish Nurses and Physicians about Complementary and Alternative Therapies. *IJCS* 2014; 7: 914-24.
- Premik M. Alternative medicine in Slovenia: Some social-medical views. *Health Care Anal* 1998;6(1):59-64.
- Kerridge IH, McPhee JR. Ethical and legal issues at the interface of complementary and conventional medicine. *Med J Australia* 2004;181(3):164-6.
- Koh H, Teo H, Ng H. Pharmacists' Patterns of Use, Knowledge, and Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine. *J Altern Complement Med* 2003; 9(1): 51-63.
- Cohen MM, Penman S, Pirotta M, Da Costa C. The integra-

- tion of complementary therapies in Australian general practice: results of a National Survey. *J Altern Complement Med* 2005;11:995-1004.
31. Avcı N, Canhoroz M, Kanat Ö, Gürün MS. The Prevalance of Herbal Product Use as a Alternative Medicine Among Cancer Patients in Turkey. *J Clin Anal Med* 2015;6(3):327-30.
 32. Acikgoz SK, Acikgoz E, Topal S, Okuyan H, Yaman B, Er O, et al. Effect of herbal medicine use on medication adherence of cardiology patients. *Complement Ther Med* 2014;22(4):648-54.
 33. Kemerci G, Elcioglu HK. Dietary supplements for hypertension and diabetes. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2017; 21(1):10-8.
 34. Chang HY, Wallis M, Tiralongo E. Use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes: literature review. *J Adv Nurs* 2007;58(4):307-19.
 35. Canter PH, Ernst E. Herbal supplement use by persons aged over 50 years in Britain - Frequently used herbs, concomitant use of herbs, nutritional supplements and prescription drugs, rate of informing doctors and potential for negative interactions. *Drug Aging* 2004;21(9):597-605.
 36. Sewitch MJ, Cepoiu M, Rigillo N, Sproule D. A Literature Review of Health Care Professional Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine. *Complement Health Pract Rev* 2008; 13: 139-54.
 37. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *Ochsner J* 2012; 12: 45-56.
 38. Saw JT, Bahari MB, Ang HH, Lim YH. Potential drug-herb interaction with antiplatelet/anticoagulant drugs. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 236-41.

Geliş tarihi: 16.01.2018

Kabul tarihi: 01.09.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Gülin Renda,

Mail: grenda@ktu.edu.tr

Tıp fakültesi öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresif semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesi

The investigation of the relationship between physical activity and depressive symptoms in medical faculty students

Hüseyin Nejat Küçükdağ¹, Cemil Işık Sönmez¹, Duygu Ayhan Başer²

Geliş tarihi: 30.11.2017 / *Kabul tarihi:* 13.03.2018 / *Yayın tarihi:* 15.09.2018
İletişim adresi: Dr. Duygu Ayhan Başer / *e-posta:* duyguayhan@outlook.com

¹Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce

²Kocaeli Topçular ASM, Kocaeli

Özet

Amaç: Doktorlar ve diğer sağlık çalışanları koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde önemli bir role sahip oldukları için fiziksel aktiviteyle ilgili bilgi, tutum ve davranışları önemlidir. Bu çalışma ile tıp fakültesi dönem IV-V ve VI öğrencilerinin fiziksel aktivite durumları ile depresif semptom düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.

Materyal-Metot: Gönüllülük esas alınarak, Nisan 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem IV, V ve VI öğrencilerinden 222 kişiye kısa bir sosyodemografik bilgi anketi, "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi" (UFAA) kısa formunun Türkçe uyarlaması, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) yüz yüze görüşme metoduyla uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza dönem IV'den 78, dönem V'ten 65 ve dönem VI'dan 75 kişi olmak üzere (4 kişinin dönem bilgisi yok) toplam 222 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin "fiziksel aktivite düzeyi yeterli" seviyeye doğru değişimi ile BDÖ değerlerinde düşme görülmüş, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,388). BUÖ değerlerinin gruplar arası değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p:0,005). Öğrencilerin "fiziksel aktivite düzeyi yeterli" seviyeye doğru değişimi ile BMI artışı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p:0,026).

Sonuç: Hekimlerin toplumda özellikle sağlık ile ilgili konularda rol model olarak alınan kişiler olması nedeni ile yaşam tarzlarına diğer meslek gruplarından daha çok dikkat etmesi gerekmektedir. Bu çalışmadaki hipotezimiz fiziksel olarak aktif kişilerin BMI'lerinin daha düşük olması ve depresyona daha az yatkın olmaları idi, bulgularımızın bazıları bunu destekler niteliktedir ancak gelecekte bu konuda daha uzun dönemi sorgulayan çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelime: Depresyon, fiziksel aktivite, tıp öğrencisi

Summary

Objective: As doctors and other health professionals play an important role in preventive and curative health services, their knowledge, attitudes and behaviors related to physical activity are important. In this study, we aimed to determine the relationship between depressive symptoms and hopelessness levels and physical activity status and attitudes among students in grade IV-V and VI of medical school.

Method: A short socio-demographic information questionnaire, Turkish version of "International Physical Activity Questionnaire" (UFAA), Beck Depression Scale (BDI) and Beck Hopelessness Scale (BHS) were administered by face-to-face interview method to 222 students from IV, V and VIth grades, who agreed to take part in the study, from Düzce University Medical School between April 2017- June 2017.

Results: A total of 222 students participated in the study (78 IVth graders, 65 Vth graders and 75 VIth graders). As the activity levels approached, "adequate physical activity level" a drop in the BDI values was seen although not statistically significant (p: 0,388). There was a statistically significant difference in the changes of the BHS values between the groups (p: 0,005). A statistically significant difference was found between the change in the level of physical activity level and the increase in BMI (p: 0,026).

Conclusion: Physicians should pay more attention to their lifestyles than other occupational groups because they are taken as a role model in the society, especially about the health issues. Our hypothesis in this study was that physically active people should have lower BMI values and less susceptibility to depression; some of our results support this, but there is a need for further studies covering a longer period in this regard in the future.

Key words: Depression, physical activity, medical faculty student

Giriş

Üniversiteler toplumdaki genç popülasyonun bir arada bulunduğu önemli merkezlerdir. Gelecekte toplum içinde önemli vazifeleri eline alacak kimselelerin meslek edinmekle beraber, kişiliğinin, hayata bakışının, günlük alışkanlıklarının, sağlıklı veya sağlıklı yaşam tarzının şekillendiği yerler olması nedeniyle üniversite, halk sağlığı açısından büyük bir önem teşkil etmektedir. Bununla beraber gelecekte topluma rol model olacak doktorların yetiştiği tıp fakültelerini ele aldığımızda önemi bir kat daha artmaktadır.

Fiziksel aktivite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından iskelet kaslarının kasılması ile üretilen bazal seviye üzerinde enerji gerektiren; çalışırken, ev işleri sırasında, oynarken ve boş zamanlarda yapılanlar dahil olmak üzere herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır.⁽¹⁾

Fiziksel aktivite; kişinin metabolik, fizyolojik, ruhsal durumunu iyileştirir, kronik hastalıkların birçoğuna ve bazı malignitelere yakalanma riskini ve bunlardan kaynaklanan morbidite ve mortaliteyi düşürür, kas iskelet sisteminin sağlık halinin sürdürülmesine yardımcı olur⁽²⁻⁴⁾; fibromiyalji, periferik damar hastalıkları gibi hastalıklarda yaşam kalitesini artırır.⁽⁵⁾ Anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde etkili bir yöntemdir.⁽⁶⁻⁸⁾ Diğer taraftan da çok yoğun fiziksel aktivitenin de mental sağlığa negatif etkisi olduğu da bilinmektedir.⁽⁵⁾

Depresyon; günümüzde toplumda prevalansı yüksek olan bir duyu durum bozukluğudur ve birçok önemli belirtisi ve sonucu vardır^(9,10). Umutsuzluk da depresif semptomlar arasında yer almakta ve kişinin içinde bulunduğu ve de ileride karşılaşılabileceği birçok duruma olumsuz bakış içerisinde olmasındır⁽¹¹⁾. Umutsuzluk, intihar niyetini depresyondan bağımsız olarak etkileyebilmekte ve umutsuz kişilerin yarısından çoğunda bu durumun süreklilik gösterdiği bilinmektedir^(12,13). Üniversite öğrencilerinin sosyal, ekonomik durumları ve eğitim ile ilgili yaşadığı sorunların, umutsuzluğun da içinde bulunduğu psikiyatrik bir takım olumsuz sonuçları olabilmektedir⁽¹⁴⁾.

Doktorlar ve diğer sağlık çalışanları koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde önemli bir role sahip oldukları için fiziksel aktiviteyle ilgili bilgi, tutum, davranışları önemlidir. Bu çalışma ile tıp fakültesi dönem IV-V ve VI öğrencilerinin fiziksel aktiflik durumları ve tutumları ile depresif semptomlar ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışma için etik kurul onayı Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndenno ile tarihinde alınmıştır. Nisan 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında gönüllülük esas alınarak, Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi dönem IV, V ve VI öğrencilerine kısa bir sosyo-demografik bilgi anketi, "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi" (UFAA) kısa formunun Türkçe uyarlaması, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) yüz yüze görüşme metoduyla uygulandı. Çalışmanın evrenini tüm dönem IV, V ve VI öğrencileri oluştururken; çalışmaya katılmak istemeyen ve ulaşamayan öğrenciler hariç toplamda 222 öğrenci ile (123 kadın, 99 erkek) çalışma tamamlandı.

Sosyo-demografik bilgi anketinde öğrencinin yaşı, cinsiyeti, öğrencisi bulunduğu dönem, boyu – kilosu sorgulandı. Beden kitle endeksi (BMI) öğrencinin beyan ettiği boy ve kilo baz alınarak formülüne göre (vücut ağırlığı/boy²) kg/m² cinsinden hesaplandı. BMI ≤ 18.5 kg/m² olanlar "zayıf", 18.6 – 24.9 kg/m² arası olanlar "normal", 25 – 29.9 kg/m² arası olanlar "fazla kilolu", ≥ 30 kg/m² olanlar ise "obez" olarak kabul edildi.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form)

Anketimize katılan öğrencilere uyguladığımız UFAA, 2003 yılında Craig ve ark. tarafından geliştirilmiş,⁽¹⁵⁾ Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da Öztürk tarafından 2005 yılında yapılmıştır.⁽¹⁶⁾ Anket yedi sorudan oluşmakta ve ankette son 1 hafta içinde yapılan şiddetli ve orta derece bedensel güç gerektiren faaliyetlerin ve yapılan yürüyüşün haftada kaç gün ve günde kaç dakika yapıldığı ve ek bir belirleyici olarak da

haftalık olarak günde kaç saati oturarak geçirdiği sorgulanmaktadır. Şiddetli aktivite, orta aktivite ve yürüme süreleri; dakika, gün ve aktivitenin derecesine göre verilen MET (metabolik eşdeğer) katsayısı çarpılarak MET-dk/hafta olarak hesaplandı. Toplam fiziksel aktivite düzeyleri bu üç grubun değerleri toplanarak elde edildi. Elde eden değerlere göre <600 MET-dk/hafta olanlar “fiziksel olarak aktif olmayan” (grup 1), 600-3000 MET-dk/hafta olanlar “fiziksel aktivite seviyesi düşük” (grup 2), >3000 MET-dk/hafta olanlar da “fiziksel aktivite düzeyi yeterli” (grup 3) olarak sınıflandırıldı.

Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ, erişkinlerde depresyon riskini ölçmek üzere Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir⁽¹⁷⁾. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da Hisli tarafından yapılmıştır⁽¹⁸⁾. Ölçek bireyin depresif semptomlarını sorgulayan dördümlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçek 21 sorudan oluşmakta ve verilen cevaplara göre 0-63 arasında bir değer almaktadır. Yapılan çalışmalarda 17 değeri cut-off kabul edilmiş ve 17 ve üzeri puan alanlarda depresyonu %90 oranında tespit ettiği gösterilmiştir⁽¹⁸⁾.

Beck Umutsuzluk Ölçeği

BUÖ, Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında kişilerin geleceğe yönelik karamsar bakışını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir⁽¹⁹⁾. Türkçeye çevirisini 1991 yılında Seber⁽²⁰⁾, Türkiye’deki geçerlilik çalışmasını da 1994 yılında Durak ve Palabıyıkoglu yapmıştır⁽²¹⁾. Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır.

Cevaplar “evet” - “hayır” şeklindedir. 11 soruda “evet” cevabına, geri kalan 9 soruda da “hayır” cevabına puan verilmektedir. Ölçeği cevaplayan kişinin aldığı puanla doğru orantılı şekilde umutsuzluk düzeyi de artmış kabul edilmektedir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. Analitik istatistikte korelasyon için parametrik varsayımlar karşılandığında Pearson, karşılanmadığında Spearman testleri kullanılmıştır. Üç grup incelendiğinde parametrik test varsayımları sağlanan sürekli verilerde ANOVA testi uygulanmıştır. ($p < 0,05$ anlamlı olarak alınmıştır).

Bulgular

Çalışmamıza dönem IV’ den 78, dönem V’ ten 65 ve dönem VI’ dan 75 kişi olmak üzere (4 kişinin dönem bilgisi yok) toplam 222 öğrenci katıldı. Öğrencilerin 123 tanesi (%55,4) kız, 99 tanesi (%44,6) erkekti.

Çalışmaya katılan kız öğrencilerin BMI ortalamaları $21,32 \pm 2,87$ kg/m²; erkek öğrencilerin ortalamaları ise $24,80 \pm 3,70$ kg/m²’di. Öğrencilerin 18 tanesi (%8,2) zayıf, 147 tanesi (%66,8) normal kilolu, 48 tanesi (%21,8) fazla kilolu ve 7 tanesi (%3,2) de obez olarak değerlendirildi. Toplam fiziksel aktivite değer ortalamaları ise kızlarda $1243,03 \pm 1175,7$ MET-dk/hf, erkeklerde $1840,29 \pm 1827,68$ met-dk/hf’ di.

Öğrencilerin 183 tanesi BDÖ’ye göre klinik

Tablo 1: Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri

Fiziksel aktivite düzeyi	DÖNEM IV		DÖNEM V		DÖNEM VI	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel olarak aktif olmayan (Grup 1) (600-3000 MET-dk/hf)	23	39	16	25	25	38,5
Fiziksel aktivite seviyesi düşük (Grup 2)	28	47,5	43	67,2	28	43,1
Fiziksel aktivite düzeyi yeterli (Grup 3) (>3000 MET-dk/hf)	8	13,6	5	7,8	12	18,5
TOPLAM	59	100	64	100	65	100

olarak cut-off değer olan 17'nin altında değer aldı. 32 tanesinde ise 17 ve üzerinde puan tespit edildi. Bu bulgulara göre depresif belirti yaygınlığı öğrencilerin tümünde %14,9 olarak bulundu. Kızlarda BDÖ değer ortalaması $9,81 \pm 7,22$; BUÖ değer ortalaması ise $5,90 \pm 4,13$ bulundu. Erkeklerde ise bu ortalama değerler sırasıyla $7,97 \pm 6,86$ ve $6,21 \pm 4,72$ 'di. BDÖ değeri kızlarda erkeklere göre yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıyken (z: -2,271; p:0,023), BUÖ değerlerindeki cinsiyetler arası değişim anlamlı bulunmamıştır (z: -0,217; p:0,828).

Dönemlere göre baktığımızda dönem IV öğrencilerinin BDÖ değer ortalaması $10,62 \pm 8,48$; dönem V'in $8,39 \pm 4,97$ ve dönem VI'nın $7,88 \pm 6,97$ 'di. Dönem IV ve VI arasında BDÖ değerindeki değişim anlamlıdır (z: -2,025, p:0,043). BUÖ değer ortalamaları dönemlere göre sırasıyla $5,76 \pm 4,57$; $6,70 \pm 3,68$ ve $5,61 \pm 4,7$ 'di. Dönem IV ile V arasında (z: -2,030, p:0,042) ve dönem V ile VI arasında BUÖ değer değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (z: -2,163, p:0,031). BMI ortalamaları $22,4 \pm 3,56$ kg/m²; $22,51 \pm 2,97$ kg/m² ve $23,75 \pm 4,28$ kg/m² bulunmuştur. Tüm dönemler ele alınca dönemle beraber BMI artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 : 6,429, p:0,040). Yine dönem IV ile VI arasındaki BMI değişimi de istatistiksel olarak anlamlıdır (z:-2,391, p:0,017). Dönemlerin toplam fiziksel aktivite değer ortalamaları ise sırasıyla $1460,94 \pm 1443,45$; $1387,82 \pm 987,38$ ve $2138,81 \pm 2282,58$ met-dk/hfolarak tespit edilmiştir. Dönemlerin toplam fiziksel aktivite değer ortalamaları ise sırasıyla $1460,76 \pm 1318,51$; $1346 \pm 999,5$ ve $1677,56 \pm 2056,61$ met-dk/hf olarak tespit edilmiştir.

Aktiviteye göre grupların "fiziksel aktivite düzeyi yeterli" seviyeye doğru değişimi ile BDÖ değerlerinde düşme görülmüş ancak anlamlı bulunmamıştır (χ^2 : 1,892; p:0,388). BUÖ değerlerinin gruplar arası değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 : 10,529; p:0,005). BUÖ değeri grup 1'den grup 2'ye artmış (z: -2,954; p:0,003); grup 2'den grup 3'e azalma göstermiştir (z: -2,101; p:0,036).

BDÖ ve BUÖ değerleri arasında korelasyon testi (R²:0,486; p:0,000) ve polinomial regresyon analizine göre anlamlı derecede ilişki bulunmuştur (R²:0,249; p:0,000).

BMI ile yapılan karşılaştırmada "fiziksel olarak aktif olmayan" grupta BMI ortalaması; $22,50 \pm 4,54$ kg/m²; "fiziksel aktivite seviyesi düşük" olan grupta $22,8 \pm 3,84$ kg/m², "fiziksel aktivite seviyesi yeterli" grupta ise $24,06 \pm 3,75$ kg/m²dir. Aktiviteye göre grupların "fiziksel aktivite düzeyi yeterli" seviyeye doğru değişimi ile BMI artışı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2 : 7,275; p:0,026).

Tartışma

Çalışmamızda öğrencilerin fiziksel aktivite MET değerleri ortalamaları, fiziksel aktivite seviyesi düşük olan grupla örtüşmektedir. Öğrencilerin çoğunluğu da (%66,8) normal kilolu olarak saptanmıştır.

Yaptığımız çalışmada öğrencilerin depresif belirti sıklığı %14,9 bulunmuştur. Bu değer Gaziosmanpaşa Üniversitesi tüm öğrenci gruplarında yapılan çalışmada %35,2;⁽²²⁾ Pamukkale Üniversitesinde yapılan bir çalışmada %26,2 bulunmuştur.⁽²³⁾ Çalışmamızdaki depresif belirti sıklığı ile diğer üni-

Tablo 2: Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Dağılımı

BDÖ Puanı	DÖNEM IV			DÖNEM V			DÖNEM VI		
	Sayı		%	Sayı		%	Sayı		%
10 ve daha az ise "depresyon yok"	46		59	43		69,4	52		73,2
11-16 ise "hafif"	14		17,9	15		24,2	9		12,7
17-20 ise "orta"	15		19,2	4		6,5	9		12,7
TOPLAM	3		3,8	0		0	1		1,4

versiteler arasındaki farkın, çalışmamızın tıp fakültesinde sadece dönem IV – V ve VI öğrencileri üzerine olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Diğer iki çalışmada da bu oran 2006-2007 yılında Düzce Üniversitesi Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerde %18,8;⁽²⁴⁾ İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesinde ise %21,9'dur.⁽²⁵⁾ Bu çalışmalar da sadece tıp fakültesinde olmakla beraber tüm dönemleri kapsamış ve yine aradaki farkın çalışmamızın sadece klinik dönemler üzerine olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda BDÖ değeri kızlarda erkeklere göre yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesinde daha önce yapılan⁽²⁴⁾ ve Güler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmayla⁽²⁶⁾ benzerlik göstermekle beraber İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesinde⁽²⁵⁾ ve Pamukkale Üniversitesinde yapılan çalışmada cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmamıştır⁽²³⁾.

BUÖ değerlerindeki cinsiyetler arası değişim çalışmamızda anlamlı bulunmamıştır. Gaziosmanpaşa Üniversitesinde yapılan çalışmada ise bulgularımızın tersine BDÖ değerleri arasında anlamlı fark yokken, BUÖ değerleri arasında cinsiyetler arasındaki değişim anlamlıdır ve erkeklerdeki BUÖ değerleri daha yüksek bulunmuştur⁽²²⁾. Yine Bayburt Üniversitesinde⁽²⁷⁾ ve Kırıkkale Üniversitesinde⁽²⁸⁾ yapılan çalışmalarda erkek öğrencilerde BUÖ değerlerinin kızlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir.

Dönemlere göre baktığımızda dönem arttıkça BDÖ değerlerinde düşme görülmüştür. Dönem IV ve VI arasında BDÖ değerindeki değişim anlamlıdır. Güler ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi I – II ve III. dönem öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada da dönemle beraber depresyonun azaldığı görülmüştür⁽²⁶⁾. Çalışmamızdaki bulgunun; öğrencilerin teorik bilgilerinin pratiğe dökülme ortamının sağlanması, klinik içinde aktif rol almaları, aldıkları bu rolün cüzi bir miktar da olsa maaş ile ödüllendirilmesi ve artık zorlu bir altı senenin bitip iş hayatına atılmaya yaklaşmalarıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Dönem IV ile V arasında BUÖ değerinde anlamlı bir yükseliş varken dönemV' den VI ya da istatistiksel anlamlı bir düşüş görülmüştür. BUÖ değerlerindeki yükseliş dönem IV' e göre dönem V' te sınav sıklığının artmış olması ve yoğun tempo kaynaklı olabileceği; dönem V' ten VI ya düşüşün de sene boyunca olan sınavların sona ermesi, 5 senedir öğrendikleri teorik bilgileri klinik olarak uygulama fırsatı bulmaları ve öğrencilerin doktorluk yaşamları hakkındaki gelecekle ilgili kaygılarının bu minvalde azalması olarak tahmin edilmiştir. Ancak tıp fakültelerinde öğrencilerin umutsuzluk durumuyla ilgili yeterli çalışma bulunmamakta ve umutsuzluk sebep ve sonuçlarıyla ilgili ileri araştırmalara gerek duyulmaktadır.

Tüm dönemler ele alınınca dönemler arasındaki BMI değişimi anlamlıdır ve dönem IV ile VI arasındaki BMI değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızla korele olarak dönem IV den VI ya doğru BMI'ndeki yükseliş, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber aynı bulgu Üçok ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da görülmüştür⁽²⁹⁾. Dönemler arası BMI'ndeki bu değişimin nedeni olarak TUS dönemi yaklaştıkça sedanter yaşam tarzının öğrenciler arasında yaygınlaşması ve yaşın büyümesiyle beraber kilo alımını tetiklediği düşünülmüştür.

Fiziksel aktiflik durumlarına göre oluşturulan grupların yeterli fiziksel aktiviteye doğru değişimiyle BDÖ değerleri düşmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Depresyonun önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivitenin önemi bilinmektedir. Elde ettiğimiz bulgu istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber beklenen bir durumdur. Yıldırım ve arkadaşlarının öğrencilerde yaptığı bir çalışmada da benzer bir sonuca ulaşılmıştır⁽³⁰⁾. Yine Niğde Üniversitesinde yapılan bir araştırmada fiziksel aktiflik durumuyla BDÖ değerleri arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir⁽³¹⁾.

Fiziksel aktiflik gruplarında BUÖ değerlerinde grup 2 de diğer gruplara göre anlamlı bir yükseliş mevcuttur. Bunun reaksiyoner bir yükseliş olduğu, ancak BUÖ değeri yüksek olan öğrencilerin grup 3 e girecek kadar da fiziksel aktiviteye meyletmediği

düşünülmüştür. Yine de bu durumun farklı neden ve sonuçlarının araştırılması için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

BDÖ ve BUÖ değerleri birbiriyle korele bulunmuştur. Umutsuzluk depresyonda bir semptom olarak yer alabildiği için beklenen bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Aktiviteye göre grupların “fiziksel aktivite düzeyi yeterli” seviyeye doğru değişimi ile BMI artışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. BMI yüksek olanların reaksiyon olarak fiziksel aktiviteye yönelmiş olabileceği ve fiziksel aktivite anketimiz son bir haftadaki aktiviteyi sorguladığı için yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan grupta BMI yüksek bulunmuş olabileceği düşünüldü. Bu da tıp fakültesi öğrencilerinin obezite ve fiziksel aktiviteyle ilgili bilgi ve tutum konusundaki farkındalıklarını göstermektedir. Daha uzun bir dönemi sorgulayan bir

anket çalışmasıyla fiziksel aktiviteyle BMI düşüşü görülmesi beklenmektedir.

Sonuç

Hekimlerin toplumda özellikle sağlık ile ilgili konularda rol model olarak alınan kişiler olması nedeni ile yaşam tarzlarına diğer meslek gruplarından daha çok dikkat etmesi gerekmektedir. Fiziksel olarak aktif kişilerin BMI değerlerinin daha düşük olması ve bu kişilerin depresyon ve umutsuzluğa daha az yatkın olmaları beklenmektedir. Çalışmamızda ise toplumda göz önünde bulunan meslek grubu olan hekimlerin (tıp fakültesi dönem IV-V ve VI öğrencileri) fiziksel aktiflik durumları ve tutumları ile depresif semptomları ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdik ancak istatistik olarak anlamlı sonuç alamadık. Bu konuda daha uzun dönemi sorgulayan çalışmaların ilerleyen dönemlerde planlanması uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Thompson D, Batterham AM, Markovitch D, Dixon NC, Lund AJ, Walhin J-P. Confusion and conflict in assessing the physical activity status of middle-aged men. *PLoSOne* 2009;4⁽²⁾:4337.
2. MedicineACoS. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription: Lippincott Williams &Wilkins; 2013.
3. Lavie CJ, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Milani RV, editors. Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo ClinicProceedings*; 2009: Elsevier.
4. Chasan-Taber L, Erickson JB, Nasca PC, Chasan-Taber S, Freedson PS. Validity and reproducibility of a physical activity questionnaire in women. *Medicine and science in sports and exercise* 2002;34⁽⁶⁾:987-92.
5. Peluso MA, Guerra de Andrade LH. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 2005;60⁽¹⁾:61-70.
6. Paffenbarger RS, Lee IM, Leung R. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *ActaPsychiatricaScandinavica* 1994;89(377):16-22.
7. Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *American journal of epidemiology* 1991;134⁽²⁾:220-31.
8. Leppämäki SJ, Partonen TT, Hurme J, Haukka JK, Lönnqvist JK. Randomized trial of the efficacy of bright-light exposure and aerobic exercise on depressive symptoms and serum lipids. *The Journal of clinical psychiatry* 2002;63⁽⁴⁾:316-21.
9. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998;2⁽¹⁾:5-12.
10. Tezcan E. Depresyonun ayırıcı tanısı. *Duygu durum Dizisi* 2000;2:77-98.
11. Kodan S. Üniversite öğrencilerinde umutsuzluk ve akılcı olmayan inanışlar arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2013;11⁽²⁾:175-90.
12. Haatainen KM, Tanskanen A, Kylmä J, et al. Stable Hopelessness and its predictors in a general population: A 2-year follow-up study. *Suicide and life-threatening behavior* 2003;33⁽⁴⁾:373-80.
13. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alınımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10⁽³⁾:133-8.
14. Şahin C. Eğitim fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009;27:271-86.
15. Craig C, Marshall A, Sjöström M, et al. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12-country reliability and validity. *MedSci Sports Exerc* 2003;35(13):81-95.
16. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2005.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4⁽⁶⁾:561-71.
18. Hisli N. Beck Depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*. 1989;7(23):3-13.
19. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1974;42⁽⁶⁾:861.
20. Seber G. Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği üzerine bir çalışma. Yayınlanmamış doçentlik tezi Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Eskişehir. 1991.
21. Durak A, Palabiyikoğlu R. Beck Umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*.2⁽²⁾:311-9.
22. Cam Çelikel F, Erkorkmaz U. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Archives of Neuropsychiatry/NoropsikiatriArsivi*. 2008;45⁽⁴⁾.
23. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3⁽³⁾:155-61.
24. Mayda A, Gerçek Ç, Güneş C, Hüseyinoğlu A, Güler M, YILDIRIM A. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının demografik özellikler, sigara, alkol, madde kullanımı, baskın el ve şiddete meruz kalma ile ilişkisi. *TÜBAV Bilim Dergisi* 2009;2⁽⁴⁾:476-83.
25. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belir yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18⁽²⁾:137-46.
26. Güler M, Demirci K, Karakuş K, et al. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde umutsuzluk-depresyon sıklığı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *International Journal of Basic andClinicalMedicine* 2014;2⁽¹⁾:32-7.
27. Kodan S. Üniversite öğrencilerinde umutsuzluk ve akılcı olmayan inanışlar arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2013;11⁽²⁾:175-90.

28. Oğuztürk Ö, Akça F, Şahin G. Üniversite öğrencilerinde umutsuzluk düzeyi ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin bazı değişkenler üzerinden incelenmesi. Klinik Psikiyatri 2011;14:173-84.
29. Üçok K. Investigation of physical activity level of medical school students. Eur J Basic MedSci 2011;1(1):33-8.
30. Yıldırım İ, Özşevik K, Sultan Ö, Canyurt E, Tortop Y. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite ile Depresyon İlişkisi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi.2015;9(Özel Sayı):32-39
31. Özkan I, Özarlan A, Bekler F. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Uyku Kalitesi Ve Depresyon İlişkisi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi.2015;9(Özel Sayı):65-73

Geliş tarihi: 30.11.2017

Kabul tarihi: 13.03 2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09 2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Duygu Ayhan Başer,

e-posta: duyguayhan@outlook.com

Erişkin aşılaması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamasındaki rolü

Adult vaccination, problems in practice and solution proposals, role of family physicians in adult vaccination

Dilek Toprak¹, İftihar Köksal², Mehmet Sargin³, Hülya Akan⁴

Özet

Enfeksiyon hastalıklarından korunmada en etkili ve ucuz yöntem aşılamadır. Türkiye’de çocukluk çağı için oldukça başarıyla uygulanan Genişletilmiş Bağışıklama Programı olmasına rağmen erişkin bağışıklamasında hedeflenen oranlara ulaşılamamıştır. Erişkin bağışıklama oranları riskli gruplar için bile istenen düzeylerde değildir. Erişkin aşılamasında istenen hedefe ulaşmak için öncelikle aşı programdaki eksiklerin bilinmesi ve farkındalık yaratılması esastır. Bu amaçla ulusal düzeyde iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Koruyucu hekimliğin ayrılmaz parçası olarak bağışıklamada, aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Bu derleme erişkin aşılamaları hakkında farkındalık yaratmak, mevcut durumu gözden geçirmek ve aşılama oranlarının artırılabilmesi için yapılması gerekenleri aile hekimliği bakış açısı ile vurgulamak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar sözcükler: Aşılama, erişkin, aile hekimi

Summary

The most effective and economical method of preventing infectious diseases is vaccination. In Turkey, although there is a vaccination scheme for childhood period within the scope of the Expanded Program on Immunization, which is performing successfully, the aimed ratios for adult immunisation have not been achieved. Adult immunization rates are not at desirable levels even for risky groups. In order to achieve a desired goal in adult vaccination, it is essential to know deficiencies of the program and to create awareness. For this purpose, improvement efforts at the national level are needed. Family physicians have important roles in adult immunization as being an essential part of preventive medicine. This review was written to raise awareness about adult immunization, to monitor the current situation, and to establish a framework for what needs to be done in the view of family medicine.

Key Words: Vaccination, adults, general practitioners.

¹ Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tekirdağ

² Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

³ İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Dahili Tıp Bilimleri, İstanbul

⁴ Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Geliş tarihi: 31.05.2018 / **Kabul tarihi:** 27.07.2018 / **Yayın tarihi:** 15.09.2018

İletişim adresi: Dr. Dilek Toprak / **e-posta:** dilekt66@yahoo.com

Aşı ile korunmanın önemi

Enfeksiyon hastalıklarından korunmak için genel koruyucu sağlık uygulamaları (kişisel hijyen, temiz içme suyu, atıkların kontrolü vb.) yanı sıra aktif veya pasif immünizasyon ile sağlanan bağışıklama gerekir. Aşılama enfeksiyon hastalıklarından korunmada en etkili ve ucuz yöntemdir.^[1] Aşılamamanın başlıca hedefleri hastalık, sakatlık ve ölüm risklerinin azaltılması ve genel sağlık halinin devamının sağlanmasıdır. Aşı ile önlenilebilir hastalıkların çoğunun 20. yüzyıldaki insidansı aşılamalar sonrasında %99'un üzerinde azaltılmış, bazıları ise (çiçek hastalığı) tamamen eradike edilmiştir. Günümüzde tüm yaş grupları göz önüne alındığında aşısı olan ve çoğu rutin bağışıklama kapsamında olan 18 hastalık şunlardır: Difteri, Tetanoz, Boğmaca, Hepatit A, Hepatit B, Kızamık, Kızamıkçık, Rotavirus, Herpes Zoster, Pnömonokok, Meningokok, İnfluenza, HPV, Çocuk Felci, Hemofilus İnfluenza tip b, Suçiçeği, Meningokok, Kabakulak.^[2]

Çocuk sağlığının ayrılmaz parçası olarak görülen aşılama uygulamaları erişkinlerde çoğu zaman ihmal edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği çocukluk çağı aşılamalarını çok yakından izlemesine rağmen aynı detaylı çalışma erişkin aşılaması için mevcut değildir.^[2,3]

Çocukluk döneminde aşılanmamış erişkinlerin primer aşılamaya alınması, çocukluk aşıları yapılmış olanların çoğunda erişkin dönemde hatırlatıcı dozlarının uygulanması gerekir. Ayrıca tüm erişkin popülasyona veya riskli gruplara önerilen aşılar da bulunmaktadır. Erişkin ve yaşlılarda pnömokokal pnömoni, influenza, kızamık, suçiçeği, hepatit A, hepatit B, kızamıkçık, tetanoz gibi ciddi komplikasyonlarla veya ölümcül seyrebilen birçok enfeksiyon aşı ile önlenilebilir hastalıklar arasındadır. Bu durum erişkin aşılamasının önemini ortaya koymaktadır.^[3]

Yaşlanma ile beraber kronik hastalıkların artışı, gerek yaşlanmaya gerekse kronik hastalıklara bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla beraber bulaşıcı hastalıklara karşı duyarlılığın artması 65 yaş üzeri bireyleri, aşı ile önlenilebilir hastalıklardan koruma konusunda öncelikli ve önemli bir hedef nüfus

haline gelmesine neden olmuştur. Dünya genelinde ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun nüfus projeksiyonlarına göre 2013 yılında %7,7 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.^[4]

Günümüzde global hareketlilik nedeni ile enfeksiyon yayılımının kolaylaşması, çocukluk çağında yapılan aşılarla zaman içerisinde antikör titrelerinin azalması yani yaşla birlikte aşı ile indüklenmiş immünitenin azalması, tam koruma için tekrar dozlara gereksinim duyulması (ör: Difteri, Tetanoz), yaşlılarda aynı zamanda enfeksiyona duyarlılığın artmasına neden olan eşlik eden hastalıkların bulunması gibi nedenler de erişkin aşılamamanın önemine dikkat çekmektedir.

Tanrıöver ve arkadaşlarının 18 yaş üzeri erişkin ve yaşlılarda yaptığı çalışmada, çalışmaya katılanların %65'inde difteri, %69'unda tetanoz, %90'ında boğmacaya karşı seropozitifliğin olmadığı ve çalışmaya katılanların %78'inin tetanoz, %90'ının boğmaca ve %96'sının ise difteri aşısına ihtiyacı olduğu belirtilmektedir. Bu yaş gruplarının düzenli aşılanması aşı ile önlenilebilir hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitenin azalmasına katkıda bulunacaktır.^[5,6,7,8]

Bütün bu riskler ve erişkin bağışıklamasının sağlayacağı faydalar göz önüne alınarak 2016 yılında ilgili birimlere bir Sağlık Bakanlığı tarafından genelge gönderilerek Halk Sağlığı Kurumu tarafından temin edilen çocukluk çağı aşılarından (Hepatit A, Hepatit B, KKK, konjuge pnömokok, suçiçeği, polisakkarit meningokok aşısı gibi) risk grubundaki uygun erişkinlere de uygulanması ve bu konuya gereken hassasiyetin gösterilmesi istenmiştir.^[9]

1. Aşılamamanın sağlık ve ekonomik alandaki etkileri

Erişkinlerde aşı ile önlenilebilir hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan maliyetler toplumda önemli düzeyde ekonomik yük meydana getirmektedir. Bu bağlamda medikal yükün yanı sıra iş gücü kaybı, yol ve refakatçi masrafları, hasta yakınlarının mas-

rafları gibi daha zor hesaplanan ve bazen gözden kaçan indirekt maliyetler de söz konusudur. Her yıl 50.000'den fazla erişkin aşı ile önlenbilir hastalıktan ölmekte, bundan binlerce fazlası ise ciddi hastalıktan yakınmaktadır. Bu gerçekler doğrultusunda ve yaş ile artan kronik hastalıklar, daha fazla komplikasyon ve ölüm riski nedeniyle Amerika Bağışıklama Danışma Kurulu erişkinler için rutin aşılama önermektedir. Bu öneri pratikte kabul görmekle birlikte genellikle bağışıklamanın ekonomiye sağladığı katkılar genellikle fark edilmemektedir.

Pek çok çalışma Amerika'da aşı ile önlenbilir hastalıkların yıllık maliyetinin 9-26 milyon dolar olduğunu bunun %80 (7.1 milyon dolar) kadarının aşılanmamış kişilerin tedavisine harcandığını gösterirken bir başka çalışmada 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylere aşı ile önlenbilir dört hastalık (pnömoni, boğmaca, zona zoster ve influenza) için 15 milyon dolardan fazla harcama yapıldığı bildirilmiştir. Aşılanma hizmetlerinin düzenli olarak sağlanması toplumda aşı ile önlenilen hastalıkların ve bunlara ilişkin komplikasyonların ve mortalitenin azalmasını sağlayacaktır. Buna bağlı olarak, hastaneye başvuru ve yatışlarda azalma, tedavi giderlerinde azalma ve hastalıklara bağlı sekellerde azalma beklenen sonuçlardır. Ayrıca iş-gücü kaybının azalması ve verimlilik artışı da ekonomiye katkı sağlayacaktır.^[10-11]

2. Ülkemizde erişkin aşılama mevcut durum

Ülkemizde erişkinlere yönelik aşı uygulamaları şu başlıklarda toplanmıştır:^[9,16]

- Hepatit-B Aşılması
 - Sağlık Çalışanı Aşılması
 - Erişkin Tetanoz Aşılması
 - Askerlik Dönemi Aşılması
 - Seyahat Sağlığı Aşılması
 - Hac Aşılması
 - Pnömonokok ve Grip aşısı uygulaması
 - Doğurganlık çağı kadınlara tetanoz aşılması
 - Doğurganlık çağı kadınlara kızamıkçık aşılması
- Erişkin aşılması için, Türkiye'de ve dünya ge-

nelinde istenilen hedefe ulaşamamıştır ve birçok ülkede halen ihmal edilen bir konu olarak bildirilmekte, uygulama oranlarını artırmak için çözüm yolları araştırılmaktadır.^[12-15] Ülkemizde de benzer şekilde konunun uzmanları erişkinlerde aşılamanın istenen düzeylerde olmadığını dile getirmektedirler. Ülkemizde resmi kurumlarda yapılan aşılama aşı takip sistemi (ATS) ile Sağlık Bakanlığına bildirilse de özel hastaneler, muayenehaneler gibi yerlerde uygulanan aşılarla ilişkin veriler bilinmemektedir. Bu nedenle ülkemizde gerçek aşılama oranları kesin olarak belirlenemese de %2'nin altında olduğu, riskli gruplarda bile aşılama oranlarının çok düşük olduğu dile getirilmektedir.^[9,16-19]

Dahiliye polikliniklerine başvuran hastalar arasında yapılan çalışmada, risk grubu olarak tanımlanabilen hastalarda bile aşı oranı toplamda %27,2'yi geçmemekte, en fazla (%22,8) tetanoz aşısı uygulanırken, pnömokok bağışıklaması %1 ile en düşük düzeydedir.^[19] Bakanlığın 2013 faaliyet raporunda erişkin aşılama programının geliştirildiğinden söz edilmiş ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınladığı risk grubu aşılama raporuna ilişkin yazısında hepatit A, hepatit B, Kabakulak - Kızamık - Kızamıkçık, pnömokok (KPA-13 ve PPA-23), Haemophilus influenzae tip b, suçiçeği, inaktif polio, meningokok, influenza aşılarının erişkinlerde uygulamasına yer vermiştir.^[20]

Erişkin aşılması konusu fakülteler, uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları tarafından da tartışılmaktadır. Ülkemizde erişkin aşılama mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri ilki 2014 yılında ikincisi 2016 yılında gerçekleştirilen Ulusal Aşı Çalıştayı kapsamında tartışılmış ve bir rapor halinde yayınlanmıştır.^[18,21]

Çalıştay'ın 2016 raporunda erişkin aşılama başarısının altında hekim, birey ve sağlık otoritesine bağlı faktörlerin yer aldığı ifade edilmektedir. Aşı ve aşıyla korunulabilen hastalıklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmamanın ve medyadaki aşı karşıtı haberlerin aşırıya güvensizlik, aşılardan korkma ve "aşı kararsızlığı" ile sonuçlandığı belirtilmiştir. Yapılan farklı çalışmaların da destekleyen bulguları ile oluşturulan çalıştay raporuna göre erişkinlerin aşı yaptırmamasının en önemli nedenleri şunlardır: ^[21,22]

- Doktorun önermemesi
- Aşı hakkında bilgi eksikliği
- Sağlık okuryazarlığı oranlarının düşük olması,
- Aşıların etkili ve güvenli olduğu konusundaki şüpheler
- Aşılanmanın çocukluk yas, grubuna özgü olduğu algısı
- Erişkin aşılanmasının seçici bir uygulama olması,
- Aşılarla ilgili geri ödeme sorunlarının olması
- Erişkinine ait standart bir aşı şemasının olmaması

Ülkemiz için hazırlanmış olan Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) Erişkin Bağışıklama Rehberinin 2016 yılındaki 2. güncellemesinde erişkinlere uygulanan her bir aşının içeriği, endikasyonu, doz ve uygulama şekli, kontrendikasyonları, yan etkileri detaylı olarak verilmiştir.^[23] Erişkinlerde uygulanan standart aşılarla ilişkin bilgiler **Tablo 1**'de özetlenmiştir.^[23,24]

Tablo 1. Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları (Özet Tablo)

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥65 yaş
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl bir doz				
KPA-13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPA-23 ³	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz ⁴
Hepatit B ⁵	3 doz (0, 1, 6. ay)				
Hepatit A ⁵	2 doz (0, 6. ay)				
Zoster					1 doz
Suçiçeği ⁵	2 doz (1 ay arayla)				
KKK6	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0, 1-2, 6.ay) ⁸				
Td, Tetanoz-difteri; Tdap, Tetanoz-difteri-asetülüler boğmaca; Hib, Haemophilus influenzae tip b aşısı; HPV, Human papilloma virus aşısı; KKK, Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; KPA-13, Konjuge pnömokok aşısı; PPA-23, Polisakkarit pnömokok aşısı.					
Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.					
Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.					
Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.					

¹ Primer aşılamayı tamamlamamış erişkinlere 4 hafta ara ile 2 doz ve 6-12 ay sonra 3.doz Td önerilir.

² Rapellerden birinin Tdap olması önerilir.

³ Erişkin yaş grubunda her iki pnömokok (KPA-13 ve PPA-23) aşısının da yapılması önerilir.

• Tercihen önce tek bir doz KPA-13, en az bir yıl sonra PPA-23 ve 5 yıl sonrasında PPA-23 rapeli. PPA-23'ün üçüncü rapelinin de 65 yaş ve sonrasında yapılması önerilir.

• Riskli grupta yer almayan erişkinlerde her iki pnömokok aşısı (KPA-13 ile PPA-23) arasında en az 1 yıl süre olmalıdır. Ancak, risk grubunda olan 19-64 yaş arası erişkinlere ve 65 yaş ve üzeri erişkinlerden immün yetmezlik, aspleni, BOS kaçağı veya koklear implant olanlara ilk önce KPA-13 uygulanmışsa en az 8 hafta sonra PPA-23 uygulanabilir. İlk önce PPA-23 uygulanmışsa da en az bir yıl sonra KPA-13 uygulanmalıdır.

⁴ 65 yaş ve üzeri erişkinlere daha önce (65 yaşından önce)

• herhangi bir pnömokok aşısı ile aşılanmamışlarsa, önce KPA-13 ve en az bir yıl sonra PPA-23,

• sadece PPA-23 ile aşılanmışlarsa, son dozdan en az 1 yıl sonra KPA-13, KPA-13'den en az 1 yıl sonra ve PPA-23'den en az 5 yıl sonra olacak şekilde PPA-23,

• sadece KPA-13 ile aşılanmışlarsa, en az bir yıl sonra PPA-23,

• hem KPA-13 hem de PPA-23 uygulanmışsa, KPA-13 dozundan en az 1 yıl, PPA-23 dozundan en az 5 yıl sonra olmak üzere tek bir doz PPA-23 uygulanmalıdır.

⁵ Serolojik olarak bağışık olduğu gösterilemeyenlere önerilir.

⁶ 1980 yılından sonra doğan ve KKK aşısı olduğuna dair kayıtlı bilgisi ve güvenilir öyküsü olmayan veya hastalığı geçirdiğine dair kayıt olmayan yetişkinlere kontraendikasyon (gebelik veya immün yetmezlik) yoksa en az 1 doz subkütan yoldan KKK aşısı önerilir. 1980 yılından önce doğanlar bağışık kabul edilebilir.

⁷ Yakın zamanda kızamık, kızamıkçık veya kabakulağa maruz kalma ya da salgın durumunda, bir sağlık kuruluşunda ya da bakım evinde çalışma, yükseköğrenim kurumlarında eğitim görme, temas riskinin yüksek olduğu uluslararası seyahat planlaması durumunda en az 28 gün arayla 2 doz aşı önerilir.

⁸ HPV, kuadrivalan ve dokuz valanlı aşılar 0, 2, 6.ay; bivalan aşı 0, 1, 6.ay şeklinde uygulanır.

Erişkin aşılama platformu farkındalık projesi kapsamında Ocak 2017’de başlatılan çevrimiçi yayınlar ile başta aile hekimleri, enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyoloji uzmanları, iç hastalıkları uzmanları, göğüs hastalıkları uzmanları ile nöroloji uzmanları olmak üzere tüm hekimler ile sağlık çalışanlarının aşı ve immünizasyon konusundaki farkındalığını artırmak, bu konudaki bilgilerini tazelemek amaçlanmıştır.^[25]

3. Erişkin bağışıklamasında temel ilkeler ve risk grupları

Enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama pasif veya aktif şekilde sağlanabilmektedir.

Pasif bağışıklama; tedavi amacıyla (immün yetmezlik, difteri, yılan ve akrep sokması durumlarında olduğu gibi) veya temas sonrası koruma amacıyla (hepatit A ve kızamıkta olduğu gibi bulaşma sonrası geçici bağışıklık sağlamak için) uygulanır. Bu amaçla standart insan serum immünoglobulini (gamma globulin), hiper immünoglobulinler, hayvan serumları veya antitoksinleri kullanılmaktadır.^[16]

Aktif bağışıklama ise aşı ile sağlanan bağışıklamadır. Rutin aşılarda genellikle çocukluk çağında tamamlanmış olması gerekir. Ancak bunun aksi durumlarda, yani çocuklukta hiç aşılanmamış olan kişiler erişkin yaşta uygun aşılama programına alınmalıdır. Aşılarda çocukken yapılmış olanlarda ise hatırlatma dozları ile aşılamaya devam edilmelidir.

Sağlıklı erişkinlerin rutin aşılanmaları yanı sıra bazı durumlarda sahip olunan riskler nedeniyle özel bağışıklama da söz konusudur. Özel risk grupları arasında gebeler, uluslararası seyahat edenler, bazı meslekler (sağlık çalışanları), yaşlılık, immün yetmezliği/baskılanması olanlar, kronik hastalara bakım hizmeti verenler (bakım evlerinde veya evde), yüksek riskli kişilerle aynı evde yaşayanlar, doğal afetlerden etkilenenler, sığınmacılar ve göçmenler (özellikle düzensiz ve kontrolsüz göç durumları) sayılabilir.^[1,16,22]

4. Erişkin aşuları

4.1. Rutin aşular

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) tarafından

19 yaş ve üzeri erişkinler için yaş gruplarına ve risk faktörlerine göre araları ve dozları değişmek üzere önerilen aşular arasında; influenza (grip), difteri, boğmaca (bir dozu asellüler), tetanoz, suçiçeği, human papillomavirus, herpes zoster (zona), kızamık, kızamıkçık, kabakulak, 13-valanlı konjuge pnömokok, 23-valanlı polisakkarid pnömokok, meningokok, hepatit A, hepatit B, Haemophilus influenzae tip b aşuları yer almaktadır.^[24]

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınladığı risk grubu aşılamalarına ilişkin yazısında hepatit A, hepatit B, Kabakulak-Kızamık-Kızamıkçık, pnömokok (KPA-13 ve PPA-23), Haemophilus influenzae tip b, suçiçeği, inaktif polio, meningokok, influenza aşularının erişkinlerde uygulama şekli yer almaktadır.^[9,16] EKMUD Erişkin Bağışıklama Rehberinde erişkinlere uygulanan her bir aşının içeriği, endikasyonu, doz ve uygulama şekli, kontrendikasyonları, yan etkileri detaylı olarak verilmiştir.^[23]

4.2. Özel durumlar

Sağlıklı her erişkine önerilen rutin aşular bazı özel durumlarda zorunlu endikasyon veya aksine kontrendikasyon oluşturabilir, uygulama zamanı ve/veya dozu değişebilir. Bu özel durumlar arasında; gebelik, immün yetmezlik/baskılanma, diabetes mellitus, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı; kronik karaciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı ve hemodiyaliz uygulanan hastalar, askerlik, sağlık çalışanı olmak yer almaktadır. Ayrıca salgın, artmış hastalık riski ve seyahat gibi durumlarda uygulanan aşular da mevcuttur. Bu aşulara örnek olarak kuduz, sarı humma, polio, kızamık, kolera, japon ensefaliti aşuları söylenebilir.^[7,9,16,23,24]

Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD) 9 Temmuz 2018 raporuna göre ülkemizde toplam 3.554.072 Suriyeli bulunmaktadır. Bunların sadece 211.747’si barınma merkezlerinde geri kalanları ise bu merkezler dışında yaşamaktadır. İstemli veya istemsiz göçe maruz kalan kişiler bir yandan olumsuz koşullar nedeniyle kendileri risk altında kalırken diğer yandan göç ettikleri bölgelerde yaşayanlar arasında da bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenlerle göçmenlerin aşı-

lanması bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır.
[23,26]

5. Erişkin aşılmasında farkındalık yaratma ve düzenli uygulama için gerekenler

Erişkin aşılmasında istenen hedefe ulaşmak için eksiklerin bilinmesi ve giderilmesi için öncelikle konuya ilişkin farkındalık yaratılması esastır. Bu amaçla ulusal düzeyde iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Rehberler hazırlanması, toplantılar düzenlenmesi, düzenli takip ve ödül uygulamaları yarar sağlayacaktır. Birçok ülkede kendi toplumu için hazırlanmış aşılama rehberleri bulunmaktadır. Ülkemizde de Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) önderliğinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Türk Geriatri Derneği, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türk Hematoloji Derneği, Türk Toraks Derneği ve Viral Hepatitle Savaşım Derneğinin işbirliği ile ilk kez 2009 yılında erişkinlere ait bağışlama rehberi hazırlanmış, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneğinin de katılımı ile 2016 yılında güncellemesi yapılmıştır.^[23]

Erişkin aşıları için farkındalık ve düzenli uygulama sağlanması için yapılması gerekenler sağlık personeline, topluma ve otoriteye yönelik olarak gruplandırılabilir.

6. Sağlık personeline yönelik

6.1.1. Bilgilendirme

Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin erişkin bağışıklaması konusunda hizmet içi eğitimlerle bilgi sahibi olması/bilgilerinin güncellenmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla bilimsel toplantılar (konferans, seminer, çalışma atölyeleri vb.) düzenlenebileceği gibi yazılı ve görsel materyalin (rehber, afiş, video vb.) kullanımı da sağlanabilir.

6.1.2. Yaptırım/ödül

Sağlık personelinin farkındalığı artırılarak ve konuya ilişkin bilgileri güncellenerek başta kendileri olmak üzere hizmet verdikleri erişkinlerin aşılanmalarını teşvik etmeleri sağlanmalıdır. Yaptırım ve performans ölçümü gibi şevk kırıcı uygu-

lamalardan ziyade konuya katkısı olan, aşılama oranlarını artırmaya yönelik çabası olan sağlık personelinin özendirici, teşvik edici ödüller verilmesi tercih edilmelidir.

6.1.3. Düzenli kayıt ve takip sistemi

Hekimlerin erişkinler için düzenli kayıt ve takip sistemi oluşturması ve aktif olarak aşı önermesi durumu teşvik edilmelidir. Çocuklukta hazırlanan aşı kartesi erişkin dönemde de aynı şekilde devam ettirilmelidir. Aşı karteleri ulusal düzeyde teşvik edilen ve yaşam boyu sürdürülen belgeler olmalıdır. Kişiler aşılama hizmetini farklı şekillerde alabileceği için (aile hekimliği, resmi veya özel hastaneler, muayenehane, eczane vb.) tüm sağlık birimlerinin ortak bir ağ üzerinden aşılama durumunu izlemesi veya sağlık birimlerinin birbiri ile iletişim kurabileceği şekilde bir takip sisteminin oluşturulması sağlanmalıdır.

6.2. Topluma yönelik

6.2.1. Bilgilendirme

Toplumun aşılar hakkındaki yanlış bilgilerini düzeltmek, aşılarla güven oluşturmak ve kendi sağlıkları için talep yaratmalarını sağlamak için aşağıdaki uygulamalar yapılabilir;

- Hekimler ve diğer sağlık personeli tarafından bağışıklama ve rutin aşılarla yönelik bireysel veya toplu bilgilendirme yapmak.
- Kamu spotları hazırlanarak medya aracılığı ile farkındalık yaratmak.
- Farkındalık etkinlikleri (konser, sergi, tiyatro, yarışma vb.) düzenlemek.
- Erişkin popülasyona elektronik ortamlarda (e-posta, SMS) kısa mesaj ve bilgiler göndermek.
- Kayıtlı kişilere hatırlatma mesajları gönderiler-ek aşılarını düzenli yaptırmasını sağlamak.

6.2.2. Fırsatları değerlendirmek

Bazı özel durumlar aşıların hatırlatılması ve uygulanması için bir fırsat olarak değerlendirilebilir;

- Askerlik, evlenme, işe başlama, seyahat gibi durumlarda sağlık raporu hazırlanırken aşılama dikkat çekilerek bu özel durumlar bağışıklama için bir fırsata çevrilebilir.

• Herhangi bir nedenle hastaneye yatış durumları ve kronik hastalıkların takip muayeneleri de bağışıklama durumunu gözden geçirmek için bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

• Periyodik sağlık taramaları yapılarak bağışıklama durumu gündeme getirilebilir.

• Uzun süreli bakım kurumlarına kabul sırasında bağışıklama durumu değerlendirilebilir.

• Çocuklarını aşılama için sağlık kurumuna getiren ebeveynler erişkin bağışıklaması konusunda bilgilendirilebilir.

6.2.3. Basının farkındalığı sağlanarak toplumun dikkatinin çekilmesi

Düzenlenecek çeşitli farkındalık etkinliklerine, bilimsel toplantılara basın katılımı sağlanarak görsel ve yazılı basın aracılığıyla çok sayıda kişiye ulaşmak mümkün olabilir.

6.3. Otoriteye yönelik

6.3.1. Sağlık otoritelerinin ve yasa koyucuların konuya önem vermesi

Sağlık otoritelerinin ve yasa koyucuların konuya önem vermesi için üniversiteler, uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları, aşı tedarikçileri işbirliği içinde çalışmalıdır.

6.3.2. Ulusal hedefler oluşturulması

Aşılama oranlarını artırabilmek için iyi izleme sistemleri oluşturulması ve bu konunun kişisel uygulamalara bırakılmayıp ülke genelinde bir sistem oluşturulması gerekir. Aşılama gereken risk gruplarında kademeli ve hedef oluşturularak aşılama yapılmalıdır. Aşılama bir kezlik uygulamalar olmadığı yaşam boyu bir program içerisinde sürdürülmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

6.3.3. Sağlık çalışanları için teşvik oluşturmak

Sağlık çalışanlarının, özellikle aile hekimlerinin erişkin aşılama için teşvik edilmesi aşılama oranlarını artıracaktır.

6.3.4. Aşı geri ödeme sistemleri geliştirmek

Aşı uygulamaları ücretsiz olmalı, sosyal güvenlik kurumu (SGK) ve/veya özel sigortalarda tüm erişkin aşılama bedeli karşılanmalıdır.

6.3.5. Aşılar kolay erişimi sağlamak

Aşı uygulamaları ücretsiz olmalı, kişilerin kolay ulaşabilecekleri sağlık birimleri tarafından uygulanmalı ve süreklilik arz etmelidir.

6. Aile hekimlerinin erişkin aşılama sürecindeki rolü

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde^[26] bağışıklama hizmetlerinin aile hekimi tarafından yürütüleceği belirtilmiştir. Yönetmeliğin 7. maddesinde konuya ilişkin şu ifadeler yer almaktadır;

“Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılama bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşılama için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir.”

(Not: “Kurum”: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu ifade etmektedir)

Yönetmelikte aşılama aile sağlığı merkezlerinde saklanma koşulları da belirtilmiştir. Yönetmelik uyarınca merkezde müstakil bir aşılama odası, sadece aşılama ve antiserumlar için bir buzdolabı, aşı nakil kabı ve kare kod okuyucu bulundurulması zorunlu tutulmuştur.[27] Buzdolabında;

- “Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılama ve antiserumlar.
- Kurum tarafından belirlenen bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilaçlar, aşılama ve antiserumlar” bulundurulacaktır.

Aşılama saklama koşullarının uygunluğunu takip için ise zorunlu koşullar aşağıdaki gibi belirtilmiştir;^[23,24,27]

“Aşı dolabının ve aile sağlığı merkezinin tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklık takiplerini yapmak için standartları Kurumca belirlenmiş olan ısı verisi gönderebilen 2 adet

termometre (Aşı dolabı sıcaklık takipleri en fazla iki saatlik aralıklarla yapılacak olup bu süre gerekli görülmesi halinde Kurumca değiştirilebilir.)”

Aile hekimleri bağışıklama konusunda yeterli bilgiye sahip olmalı, bilgi eksiği varsa desteklenmeli, deneyim paylaşımı şeklinde yapılacak hizmet içi eğitim programları ile konuya önem verilmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla aile hekimlerine bağışıklama konusunda uygulanacak anketler mevcut durumu belirleyecektir. Buradan elde edilecek sonuçlar göz önünde bulundurularak fikir liderlerinin net ve kısa bilgiler verdiği eğitim videoları hazırlanabilir. Bölgesel rol modelleri belirlenip bu kişiler eğitim planlarının içerisine dahil edilebilir. İnternet ortamında konusunda uzman kişilerle canlı yayınlar yapılarak eğitimler planlanabilir.

7. Sonuç ve öneriler

- Ülkemizde erişkin aşılama oranları risk grubu dahil olmak üzere istenen düzeylerde değildir.
- Erişkin aşılama çocukluk aşılama oranlarının devamı olarak sürdürülmeli, aşı kartları yaşam boyu kullanılmalıdır.

- Erişkin aşılama oranlarına ilişkin farkındalık etkinlikleri ile konuya dikkat çekilebilir ancak ulusal düzeyde sağlanacak iyileştirmelerle uygulama kişisel olmaktan çıkarılıp bir sağlık politikası olarak devamlılık kazanmalıdır.

- Sağlık personelinin eğitiminde koruyucu hekimlik uygulamalarına daha fazla yer verilmeli ve erişkin aşılama yapılandırılmış bir program çerçevesinde sunulmalıdır.

- Aşılamanın rutin hale gelmesinde aile hekimlerine önemli görev düşmektedir.

- Aşılama oranlarını artırabilmek için iyi izleme sistemleri oluşturulması ve bu konunun kişisel uygulamalara bırakılmayıp ülke genelinde bir sistem oluşturulması gerekir. Aşılama gereken risk gruplarında kademeli ve hedef oluşturularak aşılama yapılmalıdır.

- Erişkin aşılama oranlarının istenen düzeylere ulaşmasında birey, toplum ve otorite bazında yapılacak düzenlemelerde Sağlık Bakanlığı, dernekler, sivil toplum kuruluşları işbirliği içinde çalışmalıdır.

Kaynaklar

1. Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk R. Çocuk ve erişkinlerde aşılanma. İstanbul: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fak Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No:71; 2010.
2. <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/vaccines-diseases.html>.(Erişim tarihi: 27.06.2018)
3. Alici DE, Sayiner A, Unal S. Barriers to adult immunization and solutions: Personalized Approaches. Hum Vaccin Immunother 2017; 13(1): 213-5.
4. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595> (Erişim Tarihi: 28.06.2018)
5. Tanriover MD, Soyler C Ascioğlu S, Cankurtaran M, Unal S. Low seroprevalence of diphtheria, tetanus and pertussis in ambulatory adult patients: the need for lifelong vaccination. Eur J Intern Med. 2014 Jul;25(6):528-32.
6. Cılız N, Gazi H., Ecemiş T, Şenol Ş., Akçalı S., Kurutepe S. Sağlık Çalışanlarında Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği, Difteri, Tetanos ve Hepatit B Seroprevalansı. Klimik Dergisi 2013; 26(1): 26-30.
7. Sessa A, Rossi A, Cricelli I. Adult immunization schedule. The general practitioner's perspective and new tools for a better practice. J Prev Med Hyg 2015; 56(1): E9-E11.
8. Weinberger B, Grubeck-Loebenstien B. Vaccines for the elderly. Clin Microbiol Infect. 2012; Oct;18 Suppl 5:100-8.
9. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Risk Grubu Aşılamaları. Tarih: 27.05.2016, Sayı: 21001706/131.99. <http://asirehberi.saglik.gov.tr/?g-riskgrubu> (Erişim Tarihi: 28.06.2018)
10. Ozawa S, Portnoy A, Getaneh H, et al. Modeling The Economic Burden Of Adult Vaccine-Preventable Diseases in the United States. Health Aff (Millwood) 2016; 35(11): 2124-32.
11. McLaughlin, John M., et al. 2015. Estimated Human and Economic Burden of Four Major Adult Vaccine Preventable Diseases in the United States, J. Prim Press. 2015 June 2. 36(4):259-273.
12. Chakravarthi PS, Ganta A, Kattimani VS, Tiwari RV. Adult immunization-Need of the hour. J Int Soc Prev Community Dent 2016; 6(4): 272-7.
13. Burns IT, Zimmerman RK. Immunization barriers and solutions. J Fam Pract 2005; 54(1 Suppl): S58-62.
14. Kimmel SR, Burns IT, Wolfe RM, Zimmerman RK. Addressing immunization barriers, benefits, and risks. J Fam Pract 2007; 56(2 Suppl Vaccines): S61-9.
15. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to adult immunization. Am J Med 2008; 121(7 Suppl 2): S28-35.
16. Öztürk R. Erişkinde bağışıklama. Klinik Gelişim 2012; 25: 49-59.
17. Bulut P, Yılmaz M, Tokem Y. Kronik hastalığı olan bireylerde bağışıklanma durumunun incelenmesi. Sağlık ve Toplum 2012; 22(2): 30-5.
18. Ulusal Aşı Çalışmayı, Rapor. Ankara: 27-29 Mart 2014. http://www.turkgeriatri.org/pdf/Ulusal_Asi_Calistayi_Rapor_2014.pdf (Erişim Tarihi: 27.06.2018)
19. Biberöglü K, Biberöglü S, Özbakkaloğlu M ve ark. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu. Haydi Büyüklük Aşıya. <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179> (Erişim Tarihi: 26.06.2018)
20. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Faaliyet Raporu 2013. <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202013.pdf> (Erişim tarihi: 28.06.2018)
21. Ulusal Aşı Çalışmayı, Çalıştay Raporu. Ankara, 24-26 Mart 2016. <http://www.enfeksiyon.org.tr/2.calistayrapor.pdf> (Erişim Tarihi: 27.06.2018)
22. Bal H, Börekçi G. Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılanma durumları ve etkileyen faktörler. İstanbul Med J 2016; 17: 121-30.
23. EKMUD. Erişkin Bağışıklama Rehberi. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. 2. Güncelleme-2016.
24. CDC [Internet]. Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, by Vaccine and Age Group, United States, 2017. Erişim tarihi: 25.06.2018 <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult-compliant.html>
25. Erişkin aşılanma platformu, farkındalık projesi [Internet]. www.eriskinasilama.org (Erişim tarihi: 28.06.2018)
26. AFAD Geçici Barınma Merkezleri Raporları. <https://www.afad.gov.tr/tr/2374/Barinma-Merkezlerinde-Son-Durum> (Erişim Tarihi: 26.06.2018)
27. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği; 25 Ocak 2013; No.: 28539. http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat/Aile_Hekimligi_Uygulama_Yonetmeliği_25_Ocak_2013.pdf (Erişim tarihi: 28.06.2018)

Geliş tarihi: 31.05.2018

Kabul tarihi: 27.07.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Dilek Toprak

e-posta: dilekt66@yahoo.com