

1.Cilt

AİLE HEKİMLİĞİ DERS NOTLARI



Editörler

Zekeriya AKTÜRK
Yasemin ÇAYIR
Tuncer KILIÇ



TAHUD
TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ
UZMANLIK DERNEĞİ

www.tahud.org.tr

Editör

Zekeriya AKTÜRK

Prof. Dr., Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İzmir

zekeriya.akturk@sifa.edu.tr

Yardımcı Editörler

Yasemin ÇAYIR

Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Erzurum

dryasemincayir@yahoo.com

Tuncer KILIÇ

Yrd. Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Ankara

tuncerkilic@gmail.com

Basım Yılı: 2016

ISBN Takım numarası: 978-975-00631-3-8

ISBN: 978-975-00631-4-5

Basım Yeri: O'MY Ajans Matbaa ve Reklam hizmetleri. Gümüşsuyu cad Odin Topkapı Center No: 28/316 Topkapı- Zeytinburnu/ İstanbul mdolduran@gmail.com

Dizgi: Zekeriya AKTÜRK (www.aile.net)

Kapak

Türkiye'de tıp eğitiminin 800. yılı hatıra parası.



Metal	Gümüş 925
Çap	38,61 mm
Ağırlık	31,47 gr.
Başlık Çizimliği	Proof
Konut	Türkiye
Abakiryon Bütçe	5.000
Seriyası	Hzr'n- 0031
Ticariyel-Silivri	2006 -
Türkiye Sağlık Bakanlığı	14/01

http://www.darphane.gov.tr/tr/product_detail.php?content_id=715

Kapak Tasarımı Ünsal SATAR

Teşekkür

Prof. Dr. M. Mümtaz MAZICIOĞLU'na kapak fotoğrafının temini konusunda sağladığı destekler için teşekkür ederiz.

Aile Hekimliği Okulu Derneği'ne (<http://www.ahod.org/>) kapak tasarımındaki destekleri için teşekkür ederiz.

“En yaşlı tıp mesleğinin en genç disiplininin, ana dilimizde yeni bir temel kitaba kavuşması şüphesiz heyecan vericidir. Türk tıp bibliyografyasında değerini bulmasını dilerim.”

Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Aile Hekimliği Ders Notları

Editör: Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İzmir.

zekeriya.akturk@gmail.com

Yardımcı Editörler

Yasemin ÇAYIR

Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Erzurum.

dryasemincayir@yahoo.com

Tuncer KILIÇ

Yrd. Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Ankara.

tuncerkilic@gmail.com

Yazarlar:

Ahmet YILMAZ

Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Ali Ramazan BENLİ

Karabük Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Aslı KORUR

Başkent Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Uzm. Dr.

Ayşe PALANDÜZ

İstanbul Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Doç. Dr.

Ayşe Semra Demir AKCA

Bülent Ecevit Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Ayşegül ULUDAĞ

Çanakkale 18 Mart Ü. Tıp F. Aile Hekimliği

AD, Yrd. Doç. Dr.

Aziz AVCI

Erzurum Yakutiye Gazi ASM

Berna Erdoğmuş MERGEN

S.B. İzmir Atatürk EAH Aile Hekimliği

Kliniği, Başasistan

Berrin TELATAR

İstanbul Bilim Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Doç. Dr.

Bilge SÖNMEZ

S.B. Çankırı Çerkeş DH, Uzm. Dr.

Cemil Işık SÖNMEZ

Düzce Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Coşkun ÖZTEKİN

Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Çiğdem APAYDIN KAYA

Marmara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Doç. Dr.

Çiğdem GEREKLİOĞLU

Başkent Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Uzm. Dr.

Davut BALTACI

Düzce Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.

Diñçer ATILA

İzmir Buca 35 no'lu ASM, Uzm. Dr.

Erdiñç YAVUZ

S.B. Samsun EAH, Aile Hekimliği Kliniği,

Başasistan

Esra Meltem KOÇ

Katip Çelebi Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Fatma GÖKŞİN CİHAN

Necmettin Erbakan Ü. Tıp F. Aile Hekimliği

AD, Doç. Dr.

- Füsun Artrın İĞDE
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Gülseren Ceyhan PEKER
Ankara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Gülseren PAMUK
Katip Çelebi Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Hakan DEMİRCİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek
İhtisas EAH Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr.
- Hakan YAMAN
Akdeniz Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Haluk MERGEN
S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Doç. Dr.
- Hatice KURDAK
Çukurova Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Hülya PARILDAR
S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Doç. Dr.
- Hüseyin CAN
Katip Çelebi Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- İsmail ARSLAN
S.B. Ankara EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan
- İsmail Hamdi KARA
Düzce Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Kenan TAŞTAN
Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Kenan TOPAL
S.B. Adana Numune EAH Aile Hekimliği
Kliniği, Doç. Dr.
- M. Halis TANRIVERDİ
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.
- M. Kürşat ŞAHİN
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Memet IŞIK
Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Murat ALTUNTAŞ
S.B. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği, Başasistan
- Murat NAVRUZ
Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Murat TEKİN
Çanakkale 18 Mart Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Yrd. Doç. Dr.
- Mustafa DİKİCİ
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Mustafa Gökhan USMAN
Adıyaman Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Mustafa Haki SUCAKLI
Sütçü İmam Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Mustafa ÜNAL
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- M. Mümtaz MAZICIOĞLU
Erciyes Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Nazan KARAOĞLU
Necmettin Erbakan Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Prof. Dr.
- Nazlı ŞENSOY
Afyon Kocatepe Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Doç. Dr.
- Necmi ARSLAN
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.
- Nurver Turfaner SİPAHİOĞLU
İstanbul Ü Cerrahpaşa Tıp F Aile Hekimliği
AD, Doç. Dr.
- Olgun GÖKTAŞ
Bursa Nilüfer 18 no'lu Uludağ Üniversitesi
ASM, Doç. Dr.
- P. Gamze Erten BUCAKTEPE
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Pemra C. ÜNALAN
Marmara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Selda TEKİNER
Ankara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Yrd.
Doç. Dr.
- Sercan BULUT ÇELİK
Batman 11 no'lu ASM, Uzm. Dr.

Sevgi ÖZCAN
*Çukurova Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.*

Sevsen CEBECİ
*Turgut Özal Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.*

Süheyl ASMA
*Başkent Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Yrd.
Doç. Dr.*

Şirin PARKAN
Kadıköy Acıbadem Hastanesi, Uzm. Dr.

Tahsin ÇELEPKOLU
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.

Tanju YILMAZER
*S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan*

Tuncay Müge ALVUR
*Kocaeli Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.*

Yasemin ÇAYIR
*Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.*

Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK
*S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan*

Yaşar KOŞAR
*Sütçü İmam Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.*

Yusuf Adnan GÜÇLÜ
*S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan*

Yusuf Haydar ERTEKİN
*Çanakkale 18 Mart Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Yrd. Doç. Dr.*

Zekeriya AKTÜRK
Şifa Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Prof. Dr.

İÇİNDEKİLER

İçindekiler.....	9
Önsöz.....	15
CİLT 1	19
Bölüm 1: Aile Hekimliğinin Temelleri 1	19
Klinik Vaka Sunumu 1	19
Birinci Basamak Hekimliği	27
Yükseköğretimde Uluslararasılaşma	35
Zaman Yönetimi	43
Aile Yaşam Döngüsü.....	55
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	65
Temel Kalite İyileştirme Araçları.....	71
Hastane Birimlerinin Gözlenmesi	87
Kişilik Tipleri (Enneagram).....	95
Tıpta Beşeri/İnsani Bilimler	105
Bilim Felsefesi.....	111
Hızlı Okuma Teknikleri.....	123
Beyni Başarıya Programlama	129
Tıpta Profesyonellik	141
Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı	149
Sosyal Sorumluluk Projeleri.....	157
Sağlığın Geliştirilmesi	165
Sağlık Okuryazarlığı.....	179
Erkek Sağlığı	187
Mobbing.....	217
Bölüm 2: Aile Hekimliğinin Temelleri 2	229
Genogramlar-1	229
Aile Hekimliğinde Morbidite Paternleri.....	237
Ortama Uygun Sağlık Hizmeti	247
Kapsamlı Sağlık Bakımı.....	253
Sürekli Sağlık Bakımı.....	259

Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu	263
Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	271
Hastayı Güçlendirme (Ortak Karar Verme)	279
Hasta Uyumu	285
Ev Kazaları	291
Yatan Hasta İle İlk Karşılaşma.....	299
Klinik Vaka Sunumu 2	311
Bölüm 3: Klinik Aile Hekimliği.....	321
Genogramlar-2.....	321
Hatalı Tıbbi Uygulamalar	333
Konsültasyon ve Sevk	341
Hasta Eğitimi	353
Davranış Değişikliği	363
Ergen Sağlığı	375
Koruyucu Yaşlı Değerlendirmesi	383
Sık Görülen Hastalıkların Canlandırılması.....	399
Periyodik Sağlık Hizmetleri	403
Periyodik Sağlık Hizmeti Rehberleri.....	409
Entegre Tıp (Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler)	417
Aile İçi Şiddet	425
Birinci Basamakta Sağlam Çocuk Takibi.....	441
Engelli Sağlığı	451
Aile Hekimliğinde Klinik Görüşme	457
Aile Hekimliğinde Fizik Muayene	465
Birinci Basamakta Tanı ve Tarama Test Sonuçlarının Klinik Karar Verme Sürecinde kullanılması	473
Çocukluk Çağında Bağışıklama	485
Eleştirel Düşünme.....	499
Hasta-Hekim İlişkisi	507
CİLT 2	537
Bölüm 4: Aile Hekimliği Uygulaması.....	537
Kötü Haber Verme.....	537

Tıbbi Kayıtlar	545
Kanıt Dayalı Tıp	561
Tıpta Kodlama	569
Çoklu İlaç Kullanımı	577
Aile Hekimliğinde Laboratuvar Kullanımı.....	587
Evde Sağlık Hizmetleri.....	603
ASM'de Gebe İzlemi	609
Akılcı Tedavi ve Reçete Yazma	621
Aile Hekimliğinde EKG Okuma	627
Aile Hekimliğinde Akciğer Grafisi Okuma.....	657
Kırsal Hekimlik	671
Olağanüstü Durumlarda Hekimlik Uygulamaları.....	681
Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi.....	691
SUT Uygulamaları.....	701
Toplum Yönelimli Aile Hekimliği	711
Uygulamadaki Aile Hekiminin Görevleri	723
Ayrışmamış Hastalıklara Yaklaşım	729
Tıpta Uygulama Rehberleri	739
Sigara Bırakma Danışmanlığı.....	747
Palyatif Bakım	763
Aile Hekimliğinde Ceza Hukukundan Kaynaklanan Sorumluluklar	769
Aile Hekimliğinde Tazminat Sorumluluğu	775
Sağlık Turizmi	781
Tıp Eğitiminde Sinema.....	785
Göçmen Sağlığı ve Mevsimlik Göç Alan Yerlerde Aile Hekimliği.....	789
Çalışan Sağlığı ve İşyeri Hekimliği.....	801
Risk ve Prognoz Tahmini (Karar Desteği)	809
Tedavi Seçenekleri Arasında Tercih Yapma	817
Aile Hekimliğinde Mesleki Tükenmişlik (Burnout)	823
Bölüm 5: Çoktan Seçmeli sorular	829
Klinik Vaka Sunumu 1	829

Birinci Basamak Hekimliği	830
Yükseköğretimde Uluslararasılaşma	831
Zaman Yönetimi	832
Mobbing.....	833
Genogramlar-1	834
Aile Yaşam Döngüsü.....	836
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	837
Temel Kalite İyileştirme Araçları.....	838
Hastane Birimlerinin Gözlenmesi	839
Kişilik Tipleri (Enneagram).....	840
Tıpta Beşeri/İnsani Bilimler	841
Bilim Felsefesi.....	842
Hızlı Okuma Teknikleri.....	843
Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi.....	844
Aile Hekimliğinde Morbidite Paternleri.....	845
Ortama Uygun Sağlık Hizmeti	847
Kapsamlı Sağlık Bakımı	849
Sürekli Sağlık Bakımı.....	851
Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu	852
Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	853
Hastayı Güçlendirme (Ortak Karar Verme)	854
Hasta Uyumu	855
Hatalı Tıbbi Uygulamalar	856
Beyni Başarıya Programlama	857
Ev Kazaları	858
Tıpta Profesyonellik	859
Yatan Hasta İle İlk Karşılaşma	860
Klinik Vaka Sunumu	861
Konsültasyon ve Sevk	862
Hasta Eğitimi	864
Davranış Değişikliği	865

Ergen Sağlığı	866
Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı	867
Sağlık Okuryazarlığı.....	868
Erkek Sağlığı	869
Hasta-Hekim İlişkisi	870
Kötü Haber Verme.....	871
Aile Hekimliğinde Klinik Görüşme	872
Aile Hekimliğinde Fizik Muayene	873
Tıbbi Kayıtlar	874
Koruyucu Yaşlı Değerlendirmesi	875
Sık Görülen Hastalıkların Canlandırılması.....	876
Periyodik Sağlık Hizmetleri	877
Periyodik Sağlık Hizmeti Rehberleri.....	878
Entegre Tıp (Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler)	879
Aile İçi Şiddet.....	880
Birinci Basamakta Sağlam Çocuk Takibi.....	881
Engelli Sağlığı	882
Sosyal Sorumluluk Projeleri.....	883
Kanıtı Dayalı Tıp	884
Tıpta Kodlama	885
Çoklu İlaç Kullanımı	886
Aile Hekimliğinde Laboratuvar Kullanımı.....	887
Evde Sağlık Hizmetleri.....	889
ASM'de Gebe İzlemi	890
Akılcı Tedavi ve Reçete Yazma	891
Aile Hekimliğinde EKG Okuma	892
Aile Hekimliğinde Akciğer Grafisi Okuma.....	896
Kırsal Hekimlik	897
Olağanüstü Durumlarda Hekimlik Uygulamaları.....	898
SUT Uygulamaları.....	899
Toplum Yönelimli Aile Hekimliği	901

Ayrışmamış Hastalıklara Yaklaşım	902
Tıpta Uygulama Rehberleri	903
Sigara Bırakma Danışmanlığı	904
Uygulamadaki Aile Hekiminin Görevleri	905
Palyatif Bakım	906
Aile Hekimliğinde Ceza Hukukundan Kaynaklanan Sorumluluklar	907
Aile Hekimliğinde Tazminat Sorumluluğu	908
Sağlık Turizmi	909
Tıp Eğitiminde Sinema	910
Sağlığın Geliştirilmesi	911
Çocukluk Çağında Bağışıklama	912
Eleştirel Düşünme.....	914
Göçmen Sağlığı ve Mevsimlik Göç Alan Yerlerde Aile Hekimliği.....	915
Çalışan Sağlığı ve İşyeri Hekimliği.....	916
Risk ve Prognoz Tahmini (Karar Desteği)	917
Tedavi Seçenekleri Arasında Tercih Yapma	918
Aile Hekimliğinde Mesleki Tükenmişlik (Burnout)	919
Çoktan Seçmeli Soruların Cevapları	921
İndeks	925

ÖNSÖZ

Aile Hekimliği'ni "Dünyadaki en eski branş ama nispeten yeni bir disiplin" olarak tanımlayabiliriz. Bu disiplinin Türkiye'deki gelişimi her ne kadar 1985 yılına dayansa da esas ivmelenmesi 2000'li yıllar ve sonrasında olmuştur. Türkiye'de Aile Hekimliği uygulama alanı olarak gelişimini devam ettirse de akademik alandaki gelişimini çok daha erken yapabilmiş olması büyük bir şans olmuştur. Bugün itibarıyla aile hekimliği alanında 46'sı profesör, 74'ü doçent olmak üzere 300 civarında akademisyen mevcuttur.

Türkiye'de aile hekimliği alanında bazıları çeviri olan 10 civarında kaynak kitap bulunmaktadır. Türkiye'deki 70 devlet, 25 vakıf olmak üzere 95 tıp lisans programından¹ 56'sında aile hekimliği anabilim dalı olması, ders notu açısından da önemli bir ihtiyacın ortaya çıktığını göstermektedir.

Aile hekimliği alanında bir sürekli tıp eğitimi kaynağı olarak değerlendirebileceğimiz aile hekimliği 1. aşama uyum eğitimleri notları² 2004 yılından beri kullanımdadır. Bu eser aile hekimliği uygulamasına geçmek isteyen tabipler için hazırlanmış bir ders notudur. Diğer taraftan, yine aile hekimliği uygulaması kapsamında, uygulamadaki uzman olmayan aile hekimleri için hazırlanmış 2. aşama³ eğitim materyalleri de internet üzerinden⁴ erişilebilmekte ve yakında kapsamlı olarak kullanıma sunulması beklenmektedir.

Elinizdeki eser ise aile hekimliği lisans eğitimi için hazırlanmış ilk telif eser olma özelliği taşımaktadır. Bu eseri özel kılan hususlardan bazıları şunlardır:

1. Aile Hekimliği Ders Notları Türkiye'de ve Dünyada verilmekte olan aile hekimliği müfredatları dikkate alınarak kapsamlı bir içerikle hazırlanmıştır. Kitapta toplam 82 orijinal konu bulunmaktadır.
2. Bu esere Türkiye'de eğiticilik yapan 36 farklı kurumdan 65 aile hekimliği uzmanı katkıda bulunmuştur. Bu eserdeki tüm yazarlar aile hekimliği uzmanıdır.
3. Aile Hekimliği Ders Notları çoğu fakülte'deki müfredata uygun olarak 4 alt başlıkta hazırlanmıştır:
 - a. **Bölüm 1** (Aile Hekimliğinin Temelleri 1): Aile hekimliğiyle ilgili temel tanımlar ve terminolojiyi içermektedir. Bu bölüm çoğunlukla tıp eğitiminin 1. sınıfında anlatılan derslerden oluşmaktadır.
 - b. **Bölüm 2** (Aile Hekimliğinin Temelleri 2): Aile hekimliğinde kullanılan araçlar ve kişisel gelişim konularını içermektedir. Bu bölüm çoğunlukla tıp eğitiminin 2. sınıfında anlatılan derslerden oluşmaktadır.

¹ <https://yokatlas.yok.gov.tr>

² <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-49278/h/>

³ <http://sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=39615>

⁴ <http://ahuzem.ybu.edu.tr/login/index.php>

- c. **Bölüm 3** (Klinik Aile Hekimliği): Aile hekimliğinin hastalıklara yaklaşımı ve tanı araçlarıyla ilgili bölümdür. Bu bölüm çoğunlukla tıp eğitiminin 3. sınıfında anlatılan derslerden oluşmaktadır.
 - d. **Bölüm 4** (Aile Hekimliği Uygulaması): Aile hekimliğinin klinik uygulamasına yönelik konuları içermektedir. Bu bölüm daha çok stajyer öğrenciler ve intörn doktorlar için düşünülmüştür.
4. Yazarlar tarafından kitapla birlikte sunumlarda kullanılacak materyaller de hazırlanmıştır. PowerPoint sunularına internet üzerinden erişmek mümkündür.
 5. Okuyucunun kendini deneyebileceği, her ders için çoktan seçmeli sorular hazırlanmıştır.
 6. Derslerin Wonca ve Ulusal ÇEP bağlantıları hazırlanmış ve internet üzerinden erişime açılmıştır.

“Yalnızlık paylaştıkça azalır; bilgi paylaştıkça çoğalır”. Aile hekimliği akademisyenlerinin yardımlaşmaya ve bilgilerini paylaşmaya devam etmelerini ve bu eseri güncelleyerek geliştirmelerini diliyoruz. Aile Hekimliği Ders Notları camiamıza hayırlı olsun.

Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK,
Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR,
Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ

SUNUŞ

Değerli Meslektaşlarım ve Sevgili Öğrenciler,

Türkiye’de ve dünyada aile hekimliği, her geçen gün gelişmektedir. Bu gelişmenin her aşamasında, birtakım sorunlarla karşılaşılabilen, fakat çözümlenen her sorunla birlikte gerek disiplinimiz, gerekse camiamız daha da güçlenmektedir.

Aile hekimliğinin kendine özgün pek çok konuya yönelik hem birinci basamak olmanın getirdiği bir bakış açısı, hem de kendisine has bilgi birikimi vardır. Bu durum göz önüne alındığında, gerek tıp öğrencilerine birinci basamak bakış açısının gösterilmesinin, gerekse aile hekimliği araştırma görevlilerine kendilerine özgü bir kaynak kitap sunulmasının önemi de ortadadır.

Elinizde tuttuğunuz bu kitap, aile hekimliğinin bu gereksinimini karşılamak için yapılmış çok önemli bir çalışmadır. Bu eserin en önemli özelliği, tamamen aile hekimliği camiasının katkılarıyla gerçekleştirilmiş olmasıdır. Eserin, birinci basamağa gönül vermiş ve emek veren bütün hekimler için faydalı bir kaynak olduğunu düşünüyorum.

Böylesine önemli bir çalışmayı Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği adına sizlere sunmaktan büyük onur duyuyorum. Bu eserin hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ediyor, saygılarımı sunuyorum.

Bu eserin hem bilimsel gelişiminize, hem de Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin daha da iyi hale gelmesine katkılarının olması inancım ve dileklerimle..

Prof. Dr. Murat ÜNALACAK

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel Başkanı

CİLT 1

BÖLÜM 1: AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMELLERİ 1

Konu 1

KLİNİK VAKA SUNUMU 1

Mustafa ÜNAL

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı, tıp eğitiminin ilk yıllarındaki öğrencilerin aile hekimliği uygulamasında sık karşılaşılan sağlık sorunlarıyla ilgili örnek hasta başvuruları hakkında bilgi sahibi olmaları, böylece klinik konularla temel tıbbın entegrasyonuna katkıda bulunulması, öğrencilerin öncelik vermeleri gereken klinik durumlar hakkında fikir sahibi olmalarının sağlanmasıdır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- “Ayrışmamış hastaya yaklaşım” prensibini açıklayabilmeli,
- Klinik hastalıkların doğal seyrini bilmenin hasta yönetimindeki önemini açıklayabilmeli,
- Aile hekimliğinde kanıta dayalı tanı-tedavi kılavuzlarının önemini savunmalı
- Terapötik ilişkinin önemini açıklayabilmeli,
- Aile hekimliğinin özgün klinik becerilerinin önemini açıklayabilmeli.

ÖZET

Aile hekimleri sıklıkla ayrışmamış hastalarla hekimliği, hastalarıyla kurdukları uzun terapötik ilişki ve özgün problem çözme becerileri ile böylesi vakalara en iyi yaklaşımı sergileyebilecek uzmanlık alanıdır.

TANIMLAR

Ayrışmamış hastalık: Doktor tarafından sınıflanmamış, tanı konmamış hastalık

Organize olmamış rahatsızlık: Sebep sonuç ilişkisi ortaya konmamış hastalık

Çoklu hastalık yönetimi: Birden çok hastalıkları aynı anda yönetme becerisi

Terapötik ilişki: Güvene dayalı, dürüst ve hastanın sağaltımına yönelik ilişkidir.

VAKA TAKDİMİ

Köyden bölgenize gelen 50 yaşında bir kadın kayıt aldirmek için aile sağlığı merkezimize geliyor. Eşi kazada ölmüş. İki oğlu bir kızı varmış. Evlenip başka şehirlere taşınmışlar. Hikâyesinde 6 ay evvel gittiği devlet hastanesinde şekeri olduğunu söylemişler. Tansiyonu olduğunu zaten biliyormuş çünkü 2 yıl önce eşini kaybettiğinde komşusu olan hemşire hanım tansiyonunun yüksek olduğunu ve uygun bir zamanda bunun için tedavi almasını söylemiş, ama ona bir zararı yokmuş. Başı ağrıdığına tansiyonunun yükseldiğini anlıyormuş; sarımsak ve limonla düşürüyormuş. Hasta, eşinin çok sigara içtiğini kendisinin de ara sıra ona eşlik ettiğini anlatıyor. Eşi öldükten sonra üzüntüsünden çok sigara içmeye başlamış. Doktor ona üzüntüsü için bazı ilaçlar vermiş. Her zaman yorgunmuş ve geceleri uyuyamıyormuş. Eskiden hayvanlarına bakar ve fındık tarlasında çalışmaya gidermiş. Artık gücü yetmiyormuş ve canı istemiyormuş. Hayvanlarını satmış; fındık bahçesi için de adam tutacak ve kardeşlerinden yardım isteyecekmış. Sürekli evde oturuyormuş ve pazar, market gibi ihtiyaçları dışında evden çıkmıyormuş. Ateş basmaları oluyormuş ve bunalıyormuş. Ama bunlar için yaşının geldiğini ve adetten kesileceğini biliyormuş. Adetleri devam ediyormuş; bazen 1-2 hafta gecikiyor, bazı aylar hiç adet olmuyormuş. İlaçlarını sorduğunuzda; torbalarla ilaçları olduğunu ama hiç birini kullanmadığını söylüyor. Düzenli gittiği bir doktor yokmuş.

Önemli Noktalar

- Özgün problem çözme becerileri,
- Ayrışmamış hastalıklar,
- Çoklu klinik durumları yönetebilme,
- Öykünün önemi,
- İletişim becerileri.

1. Olası problem listesini çıkarınız. Aşağıdaki listeden katıldığınız ve katılmadığınız problemleri sebepleriyle tartışınız.

Diyabetes mellitus	Obezite
Hipertansiyon	Hareketsiz yaşam
Depresyon	Menopoz
Tütün bağımlılığı	

2. Bu aşamada hastanızı sevk etmeyi düşünür müsünüz? Öncelikle hangi branş uzmanına yönlendirirsiniz?

Aile hekimliğinde her görüşme klinik kararlar sonlanmayabilir. Bu aşamada hasta hakkında klinik karar vermek için yeterli veri yoktur. Bu hastada diyabet, hipertansiyon, depresyon ve uzamış yas şüphesi vardır. Aile dinamikleri bozulmuştur. İş ve sosyal yaşamı kötü etkilenmiştir. Hastanın takiplerini bu aşamada aile hekimi yapmalıdır. Önce hastaya hakim olmalı sonra olası hastalıklarının ve psikososyal-kültürel dinamiklerin birbirini nasıl etkilediğini anlamalıdır. Bu uzun süreli bir takip gerektirir. Aile hekimliği bunlar için uygun uzmanlık branşıdır. Diyabet ve hipertansiyon yönetimi aile hekimi tarafından yapılabilir. Uzun dönem sonuçları bakımından bu hastalıkların takibinde aile hekimleri ile branş uzmanları arasında bir fark olmadığı gösterilmiştir.

Hastanın fizik muayenesinde TA: 130/80 mmHg, nabız 86/dk, boy 160 cm ve ağırlık 77 kg, vücut kitle indeksi yaklaşık 30 kg/m². Kalp ve akciğer sesleri doğal. Karın obez görünümde ve bombeleşmiş. Periferik nabızlar simetrik alınıyor. Parmaklarda comaklaşma, siyanoz veya ödem yok.

3. Tahlil ister misiniz? İstemezseniz neden? İsterseniz hangi tahlilleri istersiniz?

Hastanın önceki tahlilleri ve tıbbi kayıtlarına ulaşmak mümkünse ulaşılmalıdır. Bunun için ulusal bir veri tabanı tekrarları önleyecek ve hastalıkların gidişi hakkında bilgi verecektir. Ama kaynaklara ulaşmak için gerektiğinden fazla vakit kaybedilmemelidir. Hastamız düzenli takipte olmayan bir hastadır. Diyabet ve tansiyon hastası olduğunu beyan etmesi nedeniyle biyokimya değerleri ve lipit profili ile kan ve hormon değerlerini bilmek önemlidir.

Hastanın tahlil sonuçları:

Hb: 11 g/dl	Demir (Fe): 58 mg/dL
Htc: %35	Sodyum (Na+): 140 mmol/L
MCV: 78 fL	Potasyum (K+): 4 mmol/L
Açlık Kan Şekeri: 139 mg/dl	Kalsiyum (Ca): 9,1 mg/dl
HbA1c %5,9	Klorür (Cl-): 100 mmol/L
Albumin: 4 g/dL	Kolesterol, total: 213 mg/dl
ALP: 60 U/L	Kolesterol - LDL (LDL- C): 139 mg/dl
AST: 30 U/L	Kolesterol - HDL (HDL- C): 34 mg/dl
ALT: 37 U/L	Trigliserid: 160 35 – 150 mg/dL
Gama-glutamil transferaz (GGT): 36 U/L	Tiroksin (T4), serbest: 7,3 pg/mL
Kreatinin: 0,9 mg/dl	Triiyodotironin (T3), serbest: 3,6 pg/mL
BUN: 12 mg/dL	Tiroid Stimulan Hormon (TSH): 1,4 mU/L
Laktat dehidrogenaz (LDH): 190 U/L (0 – 248)	
Direk bilirubin: 0,1 mg/dL	
Total bilirubin: 0,4 mg/dL	

4. Yapılan testlerin sonucu ve öykü birleştirildiğinde hangi problemler kesinleşmiştir. Listeleyiniz.

Diyabetes mellitus

Tanı kriterleri: Farklı günlerde yapılan iki ölçümde açlık kan şekerinin 126 mg/dl üzerinde çıkması ya da semptomların varlığında rastgele ölçümde 200 mg/dl üzerinde çıkması, HbA1c'nin %6,5'ten fazla olması, 75 gr glikoz tolerans testinde biri 2. saatte olmak üzere iki defa 200 mg/dl üstünde olması.

Elimizde tek ölçüm olduğu için diyabet tanısı kesinleşmemiştir. Yeni bir tahlille bunun doğrulanması gerekir. Burada garip olan nokta hastanın açlık kan şekerinin yüksek olmasına ve diyabet öyküsüne rağmen HbA1C değeri normaldir. HbA1C değeri eritrosit yaşam süresi ile ilgilidir. Akut kan kayıpları, kronik karaciğer hastalıkları gibi nedenlerle değerler düşük çıkabilir. Bu gözle vaka ve laboratuvar sonuçları tekrar değerlendirilmelidir. Bu hastanın karaciğer fonksiyon testleri normaldir ve kan tablosunda hafif bir anemi olmasına rağmen bu basit demir eksikliği anemisi ile açıklanamaz. Bu durumda hastanın gerçekten aç olma kriterlerini karşıladığından ve laboratuvar hatalarının olmadığından emin olmak gerekir. Bu hastanın ayrıntılı beslenme öyküsü alındığında yıllardır her sabah bal şerbeti içtiği ve bir şey yemediği için bunu bildirmedeği görülmüştür. Hastaya tahlile gelmeden 8 saat önce yiyip içmeyi kesmesi, susarsa sadece duru su içebileceği ısrarla ve tek tek açıklanmalı ve hastadan tekrar etmesi istenmelidir. "Sabah aç karnına gel" ifadesinin hastadaki karşılığı çok değişkenlik gösterebilir.

Hipertansiyon

Hipertansiyon tanısı için 3 kez doğru teknikle yapılan ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg ya da diyastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde değerlerin gösterilmesi gerekmektedir. Bizim hastamızda ölçümümüz 130/80 mmHg'dir. Elimizde daha evvelki bir ölçüme dair belge yoktur. Bu yüzden bu vakada bu aşamada hipertansiyon tanısı koyulamaz. Hastanın manşon boyunun hastaya uygun olduğuna emin olduktan ve en azından 5 dk dinlendirdikten sonra otururken doğru teknikle tekrar kan basıncı ölçülebilir. Yine düşük bulunursa başka gün tekrar kontrol etmek üzere plan yapılabilir. Sık yapılan bir hata tek koldan tansiyon ölçümü yapmak ve bunu kaydetmemektir. İlk ölçümde tansiyon her iki koldan ölçülmeli ve her iki değer de kaydedilmelidir. Sonraki takipler daha yüksek değerleri olan koldan yapılmalıdır.

Kolesterol yüksekliği

Tahlillerden hastanın kan lipit profilinin optimal olmadığı görülmektedir. Kan lipit profilini değerlendirip müdahale planını yaparken hastanın mevcut hastalıkları ve risk faktörleri çok önemlidir. Diyabet koroner arter hastalığı eşdeğeri kabul edildiğinden daha agresif bir tedaviyi gerektirir. Hipertansiyon da kardiyovasküler hastalıklar için yüksek risk olduğundan daha agresif bir tedaviyi düşündürür. Bu hastanın sigara içmesi kuvvetli risk faktörüdür. Yapılacak tedavi planında kolesterol tedavisi de yer almalıdır. Bunun için sigara bırakırma müdahalesi yanında diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli, yeterli olmadığı durumlarda kolesterol düşürücü ilaçlara geçilmelidir. Toplumda eğitim düzeyi ne olursa olsun hemen herkes kolesterol değerlerine ayrı bir önem vermektedir. Aile sağlığı merkezleri de kolesterol değerlerini öğrenmek isteyen, ancak yaşam tarzı değişiklikleri gibi adımları atmakta aynı kararlılığı göstermeyen hastalarla dolup taşmaktadır. Ülkemizde birbirlerinin tam zıddı fikirleri dile getiren bilim insanları medyanın da desteği ile belirsizlik yaratmaktadır.

Error! Use the Home tab to apply Heading 2; Title to the text that you

Aile hekimleri her zaman güncel kılavuzları dikkate almalı ve hastalarına o yönde tavsiye vermelidir.

Kan kolesterol ve lipoprotein düzeylerinin değerlendirilmesi*	
LDL Kolesterol düzeyi (mg/dL)	Durum
< 100	İdeal
100-129	İdeal'e yakın
130-159	Sınırdaki yüksek
160-189	Yüksek
≥ 190	Çok yüksek
Total Kolesterol düzeyi (mg/dL)	
< 200	İdeal
200-239	Sınırdaki yüksek
≥ 240	Yüksek
HDL Kolesterol düzeyi (mg/dL)	
< 40 (erkek)	Düşük
< 50 (kadın)	
≥ 60	Yüksek
Trigliserit düzeyi (mg/dL)	
≥ 150	İstenilen değer
150-199	Sınırdaki yüksek
≥ 200	Yüksek

* 9-12 saat açlıktan sonra ölçülmelidir.

Depresyon

Majör depresyon için DSM V tanı kriterleri: Hastada aşağıdakilerden en az beşinin olması gerekir. Bunlardan biri mutlaka depresif ruh hali ya da ilgi istek kaybı olmalıdır.

- Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi
- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- İştah kaybı, artışı ya da kilo değişikliği
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Düşük enerji
- Konsantrasyon bozuklukları
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Bizim hastamızda depresif ruh hali, ilgi kaybı, düşük enerji ve uykusuzluk vardır. Hikâyeyi derinleştirmek gerekir. Emin olunamadığı durumlarda birinci basamakta kullanılan Beck Depresyon Ölçeği gibi tarama testleri kullanılabilir. Hastamız kocasının ölümünden sonra bir daha kendini toparlayamamış görünmektedir. Bu durumda anormal yas durumları da akla gelmelidir. Anormal yas durumlarının anlaşılabilmesi için normal yas durumları bilinmelidir. Aile hekimi çocukların yuvayı terk etmesi, taşınma, boşanma gibi aile kriz dinamiklerini bilmelidir. Anormal yas durumlarında antidepresan ilaçların etkinliği yoktur. Hasta kaybı konusunda konuşmak için cesaretlendirilmeli ve gerektiğinde uzman yardımı istenmelidir.

Anemi gibi depresyon benzeri belirtilerle gidebilen hastalıklar da dikkate alınmalıdır. Hastamızla kurulacak uzun dönem terapötik bir ilişki muhtemelen her türlü sofistike tıbbi yöntemlerden daha değerlidir.

Anemi

Laboratuvar sonucuna göre hastada demir eksikliği anemisi vardır. Demir eksikliği anemisi hastanın halsizliğinin ve depresif bulgularının sebebi olabilir. Tedavi planlarının başlangıç noktası olabilir. Ancak hastanın ağır bir anemisi yoktur. Bu yüzden tüm semptomları izah edemeyebilir ve düzeltilmesiyle tüm problemler düzelmeyebilir. Beslenme gözden geçirilmeli ve adet kanamaları ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Gerçek tablo zaman içinde ortaya çıkacaktır.

Obezite

Hastanın vücut kitle indeksi obeziteye işaret etmektedir. Buradaki sınıflama ve yapılacaklar ilgili bölümde açıklanmıştır. Bu hastamızla yapılacak her plan mutlaka kilo kontrolünü içermeli, bunun için hastaya uygun diyet ve egzersiz planları hasta ile ortaklaşa yapılmalıdır. Doktor hastadan yeme alışkanlığı ile ilgili ayrıntılı bilgi almalı, aldığı besinlerin kalori değerini bilmeli ve kalorinin vücut ağırlığına çevrilme hesaplarını yapabilmelidir. Örneğin hastanın günlük içtiği bal 100 gr ise bunun kalori değeri yaklaşık 300'dür. Bir haftada 2100 kalori eder. Günde bir saat tempolu yürüme 250-300 kalori yakar. İkisinin toplamı haftada 4000-4500 kalori eder. Bunun karşılığı ayda iki kilo kayıdır. Bu şekilde hastayı ortak ederek gerçekçi hedeflerle ilerlemelidir.

Hareketsiz yaşam

Başlıca ölüm sebeplerinden kardiyovasküler hastalıklar için önemli risk faktörüdür. İlgili bölümde ayrıntılı bilgi verilecektir. Hasta toplum kaynaklarını (yürüyüş park ve parkurları gibi) kullanması yönünde cesaretlendirilmeli ve yürüyüş ve etkinlik kulüpleri gibi faaliyetler konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Eskiden yoğun çalışan ve köy yaşamının hareketli temposuna alışkın olan bu hastanın ilgi ve istekleri konusunda sık değerlendirme yapılmalıdır.

Tütün bağımlılığı

Tütün bağımlılığı kardiyovasküler hastalıklar ve çeşitli kanserler için majör risk faktörüdür. Bu hasta muhtemelen kocasının içtiği sigaralardan temelde pasif ara sıra da ona katılarak aktif içici olarak belirgin bir nikotin dozunu günlük alıyordu. Kocasını vefat edince nikotin kaynağı kesilmiş ve tüm nikotin ihtiyacını aktif olarak karşılamak zorunda kalmıştır. Yas durumu ve yoğun yaşadığı üzüntü ve boşluk hissi bağımlılık

durumunu pekiştirmiştir. Tütün müdahalesi ilgili kısımda anlatılmıştır. Yapılacak tedavi planında sigara bırakma yer almalıdır.

Menopoz

Menopoz kriterleri değerlendirildiğinde hastanın son 6 aydır adet görmemiş olması ve sıcak basmalarının olması gerekmektedir. Hastamız sıcak basmalarından yakınmakta ama adet görmektedir. Menopoz öncesi dönem (perimenapozal dönem) hastanın sıcak basmaları gibi belirtilerinin olduğu dönemdir. Birkaç yıl sürebilir. Adet düzensizlikleri ve sıcak basmaları çok bilinmesine rağmen hastayı asıl sıkıntıya sokan sebepler olmayabilir. Hasta majör depresyon, uykusuzluk ve unutkanlık yaşayabilir. Testosteron azalmasına bağlı enerji azalır ve hasta kendini kötü hisseder. Bu dönemde semptomlar çok yoğun ise hasta oral kontraseptif gibi hormonal tedaviler kullanılabilir. Hastamız bilgilendirilmeli ve bazı problemlerinin bu dönemden kaynaklandığı anlatılmalıdır. Daha sonra hasta ile beraber tedavi planları yapılmalıdır. Bu tedavi planları kalsiyum, vitamin D desteği ve düzenli egzersizi mutlaka kapsamalıdır. Hastanın meme, servikal ve endometriyal taramaları için uygun yönlendirme ve sevkler yapılmalıdır.

Aile hekimliğinde vakalara yaklaşımda olası sorunlar

Aile hekimleri hastalıkların klinik seyriyi iyi bilmeli ve aile hekimliği disiplininin gereği olan çekirdek yeterliklerle donanmış olmalıdır. Ülkemizde aile hekimliği göreceli olarak yenidir. Eğitiminde bazı problemler vardır. Çok özel bir uzmanlık alanı olan aile hekimliği alanında yeterli uzman sayısına ulaşılmalıdır. Uzmanlık eğitimi veren kurumlarımızın uygulama alanları artırılmalıdır. Aile hekimliği eğitimleri gerçek birinci basamak ortamında öğrenilmeli ve yeterlilikler birinci basamakta kazanılmalıdır. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri bu alandaki boşluğu doldurmada önemli bir adımdır.

Ülkemizde aile hekimliğinin önündeki bir diğer engel, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının kolay ulaşılabilir olmasıdır. Neticede birçok hasta aile hekimliklerini reçete tekrarı için kullanmakta ve önemli gördükleri sağlık sorunları için hastaneleri tercih etmektedir. Bu sorun zamanla politik irade ve aile hekimlerinin bilgi ve tutumlarıyla çözülecek bir konudur.

SONUÇ

Aile hekimleri sıklıkla ayrışmamış, organize olmamış (neden-sonuç ilişkisi açıkça ortaya konmamış) rahatsızlıklarla uğraştığından belli oranda belirsizlikle yaşarlar. Bu durum ayrışmamış hastalıklarla uğraşan bir bilim dalı için normaldir. Hastalık bulguları erken dönemde sıklıkla tanı koydurucu değildir. Burada süreç iyi yönetilmez ve hasta ile güvene dayalı, paylaşımcı ve iyileştirici bir ilişki kurulamazsa hata yapma riski artar. Bunun için aile hekimlerinin klinik yeterlilikleri tam olmalı, klinik karar süreçlerinde kanıtları ve kılavuzları etkin bir şekilde kullanabilmelidirler. Hastalıkların klinik seyirlerini iyi bilen, hastayla etkin iletişim kurabilen aile hekimleri hem sağlık sistemlerinin kalitesini artırır hem de maliyetleri düşürürler.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı Ve Tedavi Rehberleri 2012. http://gaheder.org/upload/dosyalar/tani_tedavi_rehberi_2.pdf. Erişim Tarihi: 25.02.2016
2. Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, at all. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialities. Results from the medical outcomes study. JAMA. 1995;8:274(18):1436-44.
3. Tallia A,F at all. Swanson's family medicine review 7. Edition, 2013, Elsevier. ISBN: 978-1-4557-0790-4.
4. Aile Doktorları İçin Kurs Notları, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004. Erişim Tarihi: 01.01.2016.
5. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı, TAHUD. http://www.tahud.org.tr/uploads/content/AHU_egitimi_mufredat.pdf Erişim Tarihi: 20.02.1-2016
6. Rakel RE. Textbook of Family Practice. 6th Edition. Philadelphia, Saunders, 2002.
7. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. http://mersintip.org/files/Ulusal_CEP_Ocak2014.pdf. Erişim Tarihi: 11.02.2016
8. The European Definition Of General Practice / Family Medicine, Wonca Europe 2011 Edition. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> Erişim Tarihi: 15.02.2016
9. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hiperlipidemi Tedavi Kılavuzu ve Yaşam Tarzı Önerileri, http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/esc-kilavuzlari/tkda_39_75_1_72.pdf, Erişim Tarihi: 19.02.2016

Konu 2

BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLİĞİ

Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların birinci basamak hekimliği olarak aile hekimliği ve ilgili kavramlar hakkında bilgi sahibi olunması amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Birinci basamak sağlık hizmeti kavramını tanımlayabilmeli,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini açıklayabilmeli,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarını ve görevlerini öğrenmeli,
- Birinci basamak hekimliği olarak aile hekimliği ile ilgili kavramları açıklayabilmeli,
- Aile hekimliğini tanımlayabilmeli,
- Aile hekimliğinin temel özelliklerini sayabilmeli,
- Aile hekimliğinin kısa tarihçesini açıklayabilmeli

ÖZET

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum ve birey sağlığının korunması, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde ilk hizmet sunucu olması, kapı tutucu rolü nedeniyle oldukça önemli bir değere sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun etkin, kaliteli ve yeterli olması 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin de aynı oranda yeterli, kaliteli ve maliyet etkin sunumuna neden olur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin günümüz yapılanmasında temel unsuru aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği uygulaması içerisinde yer alan hizmet sunan birimler olarak da Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) yapılanmaları gelir. ASM ve TSM yapılanması ve görevleri yönetmeliklerle mevzuatta belirtilmiştir. "Birinci basamak hekimliği" kavramı ile "aile hekimliği" kavramının örtüşen noktaları vardır. Aile hekimliği uzmanlığı ise diğer uzmanlık dalları gibi kendine özgü problem çözme becerisi olan, kendi kanıt temelinde hastaya yaklaşımı bulunan, birey ve toplum temelli birinci basamak yönelimli bir tıp disiplindir. Tüm bu özellikleriyle diğer uzmanlık dallarına benzer, ancak birinci basamak yönelimi ve düşük prevalans hekimliği olması dolayısıyla da diğer uzmanlık dallarından farklı özellikler gösterir.

GİRİŞ

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir.

Önemli Noktalar

- Birinci basamak sağlık hizmeti tanımı
- Birinci basamak hekimliği tanımı
- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve görev tanımı
- Birinci basamak hekimliği olarak aile hekimliği ve tanımı
- Aile hekimliği'nin kısaca dünya ve Türkiye'deki tarihi

Temel sağlık hizmeti genel olarak önemli bir oranda koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan, esasen birinci basamakta verilen birinci basamak sağlık hizmetini de içine alan sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmeti herkes için gerekli olan sağlık hizmetidir. Birinci basamak hekimliği toplumun ve bireyin hastalıklardan korunması, hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonunu kapsayan sağlık hizmetidir. Bireyler için sağlık sisteminden hizmeti ilk alış noktasıdır. Bireyin her türlü sağlık problemi için ilk müracaat ettiği kurum birinci basamaktır. Bu kurumda ilk karşılaştığı hekim de birinci basamak hekimidir. Birinci basamak hekimi hangi disiplinden olursa olsun birinci basamak sağlık kurumunda çalışan hekimdir. Aile hekimliği sağlık modelinde birinci basamak hekimi hangi disiplinden olursa olsun aile hekimidir. Birinci basamak sağlık kuruluşu, hastane müdahalesi gerektiren acil durumlar dışında (trafik kazası, travma, kalp krizi vb.) hastanın ilk müracaat ettiği sağlık personelinin bulunduğu ve genellikle kişinin yaşadığı toplumsal çevre içinde bulunan sağlık kuruluşudur. Bir ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ne kadar iyi olursa ve sağlam temellere oturtulursa o ülkede sağlık hizmeti o kadar iyi sunulabilir. Tıp alanında aşırı uzmanlaşma ve sağlık sisteminin parçalara ayrılması, kapsamlı, bireysel hizmet veren ve insanları bir bütün olarak ele alan birinci basamak hekimliğinin gerekliliğini ortaya koymuştur. Aile hekimliği toplumun isteklerinden kaynaklanarak hastalığın değil hastanın merkeze alındığı bir uzmanlık dalı olarak doğmuştur. Aile hekimi kendine kayıtlı olan toplumun sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, kayıtlı nüfusunun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bireye ve topluma, bütüncül, sağlığa odaklı bakış açısına sahip bir hekim olarak diğer hekimlerden ayrılır.

Birinci Basamağın Önemi

Etkili ve verimli birinci basamak hekimliği ile ikinci ve üçüncü basamakta hasta yoğunluğu önlenerek hastanelerdeki gereksiz kuyruklar azalacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının aynı aile hekimi tarafından düzenli olarak birinci basamakta tutulması bireylerin hastalıklarının kontrol, takip, teşhis ve tedavisinde, risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli gelişmeler sağlayacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin en temel, en ucuz, en kolay ulaşılabilir yoludur.

Birinci basamak hekimi sadece hastalıkların tanı ve tedavisi değil, kapsamlı ve sürekli sağlık bakımıyla birlikte, kişinin fiziksel ve mental sağlık ve iyilik halinin korunmasına yardım edecek korunma, destek ve rehabilitasyonu da sağlar. Birinci basamak hekimi bireye ve ailesine ilk tıbbi kaynak ve danışman olarak hizmet edendir. Hasta ve ailesinin sağlığını etkileyen sosyal, duygusal ve çevresel çok sayıda ve çeşitli faktörlerden bilgi sahibi olan bu hekim hastasını kendi ihtiyaçlarına en uygun olan hizmetlere ulaşmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hekimliği geneldir; yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, ırk ve din ayrımı yapmaksızın tüm toplumun sağlık hizmetlerini tanımlar. Birinci basamak hekimliği sürekli; doğumdan ölüme kadar uzun süreli bir hasta hekim ilişkisidir, kapsamlıdır, koordinelidir, işbirlikçidir, aile ve toplum kaynaklıdır. Tüm bu özelliklerle birinci basamak hekimliği ya da aile hekimliği, birincil hekim olarak ideal birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde olmaya uygundur.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve Görevleri

Aile Hekimliği Birimi: Bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıdır.

Aile Sağlığı Merkezi: Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur.

Toplum Sağlığı Merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur. Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, Kanseri Erken Teşhis Merkezi (KETEM), sigara bıraktırma, obezite ve kronik hastalıklar, ağız diş sağlığı, psikolojik danışmanlık, üreme sağlığı eğitim merkezleri, gençlik danışmanlık merkezleri ve yabancılar poliklinikleri bulunmaktadır.

Halen yürürlükte olan aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde yer alan birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlar aşağıdaki gibidir:

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur.

Entegre Sağlık Hizmeti: Kurumca belirlenecek yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve/veya yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız/diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmetini ifade eder.

Gezici Sağlık Hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nca belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmetidir. Nüfusun %13'ü gezici sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Bu

kapsamda; tanı ve tedavi hizmetleri, aşılama, bebek ve gebe takibi, evde sağlık hizmeti verilebilir. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama, coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak yapılır. Her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla, nüfusu 250 kişiye kadar en az ayda bir kez; 250-500 kişi arası en az ayda iki kez; 500 ve üzeri olanlarda en az haftada bir kez olarak planlanır.

Yerinde Sağlık Hizmeti: Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi, kişilerin kayıtlı olduğu aile hekimine doğrudan başvuru imkanlarının olmadığı ya da aile hekimlerini seçme imkanının bulunmadığı, toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumlara kurumun talebi halinde sunulan sağlık hizmetleridir. Her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere; nüfusu 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez, cezaevleri ve çocuk ıslah evleri için bu süre iki kat olarak uygulanır.

Evde Sağlık Hizmeti: Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireyler evinde, aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleridir. Evde sağlık hizmetlerinde yataklı tedavi kurumlarında oluşturulan birimler, TSM bünyesindeki birimler ve aile hekimleri görev alır.

Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile Hekimliği bir tıp disiplini. Kendine özgü bir klinik karar verme süreci olan, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıt temeline dayalı klinik uygulamaları olan, aile ve toplum yönelimli, birinci basamak sağlık hizmetine yönelmiş akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır. Aile hekimi basamaklandırılmış sağlık sistemi içinde birinci basamak olarak tanımlanmış birimlerde görev alan hekim olarak tanımlanabilir. Olesen 2000 tanımıyla genel pratisyen adı da verilen birinci basamak hekimleri sağlık sisteminin ilk basamağında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen; biyolojik, tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bunları birleştirerek koruma, tanı, tedavi, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme, palyasyon alanında bireylerle ilgilenir. T.C. Sağlık Bakanlığı aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde yapılan aile hekimi tanımı ise şöyledir:

Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.

Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları: Başvuru yapan kişinin, her türlü sorununda ilk temas noktası olmak; kişiyeye yönelik birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri; sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik hizmetler; hastalara yol göstermek ve onların hakkını savunmak; hastayı uygun sağlık hizmetlerine yönlendirerek koordinatörlük yapmak; sağlık kayıtlarını tutmak ve güncellemek; evde,

yerinde ve gezici sağlık hizmetleri ile sağlık hizmetine eşit ulaşım sağlamak olarak özetlenebilir.

Aile sağlığı elemanının görevleri: Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek; aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak; yara bakım hizmetlerini yürütmek; tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak; poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak; sevk edilen hastaların sevk edildiği birimlerle koordinasyonu sağlamak; numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numuneler ile ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak; gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı iyileştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek; evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak olarak sayılabilir.

Dünyada Aile Hekimliği

Francis Peabody, 1923'te uzmanlaşmanın artmasının hastaları ortada bıraktığını ve hastaları bütüncül olarak ele alacak bir uzmanlık dalının olması gerektiğini bildirmiştir.

1947'de İngiltere'de Genel Pratisyenlik Koleji, 1954'de Kanada'da Aile Hekimliği Koleji kurulmuştur.

1966'da ABD'de Millis ve Willard Raporları yayınlanmıştır. Bu raporlarda toplumun ve tıbbın o günkü yapısı incelenerek, yeni bir disipline ihtiyaç duyulma nedenleri, yeni disiplinin adının ne olacağı ve yeni disiplinin hekimlerinin eğitimleri için öneriler getirilmiştir.

American Board of Family Practice 1969'da kurulmuştur. İzleyen dönemde Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi ve 1970'de Amerikan Aile Hekimleri Akademisi kurulmuştur.

1978 Alma Ata Konferansı'nın en önemli sonuçlarından biri de, dünya ülkelerine modern tıp görüşünün getirdiği '2000 yılında herkese sağlık' başlığı altında bir kısım hedef ve stratejilerdir. Bir diğer sonucu da birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşulları olduğu ve bu hizmetin uzmanlaşmış hekimlerce verilmesinin gerekliliğidir. Tüm dünyada bu konuda başlatılan çalışmalara Alma Ata Konferansı öncülük etmiştir. Alma Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorununun %85-%90'nı birinci basamakta çözülebilmektedir. Prensip olarak aile hekiminin diğer sağlık kuruluşlarına sevk oranları %20'nin üzerine çıkmamalıdır.

Türkiye'de Aile Hekimliği

- 1923 yıllarında Türkiye Cumhuriyeti Kurtuluş Savaşı sonrasında, sağlık alanında yeni yapılanma ve bulaşıcı hastalıklar sorunu ile mücadele etmektedir, bu dönemde dikey bir organizasyon (hizmete özel) uygulanmaktadır.
- 1932 yılında aile tabipliğine karşı halkta bir istek gözlenmektedir.
- 1947-1955 yılları arasında "Genel Tababet Uzmanlığı" adı altında bir uzmanlık eğitimi verilmesi çalışmaları olmuştur.
- 1960 yılında Prof. Dr. Nusret Fişek ilk defa "toplum hekimliği" kavramını açıklamıştır

- 1970'li yıllarda Türkiye'de tekrar birinci basamak uzmanlığı ve aile hekimliği konuşulmaya ve 'aile hekimi' terimi de kullanılmaya başlanmıştır
- 5 Temmuz 1983'te Aile Hekimliği uzmanlığı Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almıştır.
- 1984 yılında Gazi Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Fakat kağıt üzerinde kalmıştır.
- 1985'te Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ilk kez aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır.
- 24 Temmuz 1990'da AHUD (Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği) kuruldu.
- 1998'de derneğin adı TAHUD olarak değiştirilmiştir (Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği).
- 17 Eylül 1993'de Trakya Üniversitesi'nde ilk kez bir Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu.
- 2005 yılında Düzce'de pilot olarak başlatılan aile hekimliği uygulamasına geçildi.
- 2010 yılından itibaren tüm Türkiye'de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 26 Eylül 2014 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan "Eğitim ASM Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği" ile bazı üniversiteler ve eğitim-araştırma hastanelerinde eğitim tipi ASM uygulamasına geçilerek, aile hekimliği asistanlarının uzmanlık eğitiminin bir kısmının bu merkezlerde verilmesi sağlanmıştır.

SONUÇ

Sağlık hakkının korunması, bireysel sağlıktan başlayarak toplum sağlığına giden zorlu bir süreçtir. Birinci basamak hekimliği ve genel tıp hekimliği başta Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın pek çok ülkesinde başarı ile uygulanmaktadır. Birinci basamağın önemi ve sağlık maliyetlerini düşürücü etkisi giderek daha iyi anlaşılmakta, yapılan iyileştirmeler ve yeniliklerle birinci basamak sağlık hizmeti yaygınlaştırılmaktadır.

2010 yılı sonu itibariyle tüm ülkeye yayılan Aile Hekimliği uygulamasının vatandaş memnuniyetini en üst düzeye çıkarması çalışmaların ortak sonucu olarak dikkati çekmektedir. Sağlık çalışanlarının sorunları arasında ise kayıtlı hasta sayısının fazla oluşu, artan iş yükü, uygulamanın finansal boyutu ise geliştirilmesi gereken yönleri olarak sayılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sloane PD, Slatt L, Ebel M, Smith M, Power D, Viera A. Çeviri Editörleri: Palanduz A., Denizler S. B., Tuncer B.S., Eren T. Aile Hekimliğinin Esasları. 6. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevi 2015, İstanbul.
2. Bodenheimer T, Grumbach K, Çeviri Editörleri. Bozdemir N, Saatçi E.. Birinci Basamağın Geliştirilmesi. Nobel Tıp Kitapevi 2009, Adana.

3. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rıvo M, Shahady E. 2002 WONCA. Çeviri Editörü Bilgel N. Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı. Kılavuz Kitap. SZT Matbaası 2005, Bursa.
4. Aydın S, Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan R, Hacımamağaoğlu A. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları Ankara, 2004.
5. Bozdemir N., Kara İ.H. (2010). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Nobel Tıp Kitapevi. Adana.
6. Aktürk Z., Dağdeviren N. (Çeviri Editörleri). (2004). Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları. İstanbul.
7. Ünlüoğlu İ., Kaptanoğlu Y.A., Özer C. (2013) Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. TAHEV (Türkiye Aile Hekimliği Vakfı). Akademi Yayınevi. İstanbul.
8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat/Aile_Hekimligi_Uygulama_Yonetmeli_25_Ocak_2013.pdf. Erişim Tarihi: 27.02.2016.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı. Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları. 2013. Erzurum.
10. Dikici M.F., Kartal M., Alptekin S. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J. Met Seci. 2007;27:412-418.

Konu 3

YÜKSEKÖĞRETİMDE ULUSLARARASILAŞMA

Zekeriya AKTÜRK, Tuncay Müge ALVUR

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların bir terim olarak uluslararasılaşma, tıp eğitimindeki yeri ve uluslararası hekim olmak için yapılabilecekler hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Uluslararasılaşma kavramını tartışabilmeli,
- Yüksek öğrenimde uluslararasılaşmayı açıklayabilmeli,
- Uluslararasılaşma açısından yapılabilecek etkinlikleri tartışabilmeli.

-Doktor olmak yetmez; “Dünya Doktoru” olmalısınız!-

ÖZET

Sınırların kalktığı ve dolaşımın hızlandığı dünyada tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de uluslararasılaşma kaçınılmazdır. Mezunlarımız dünyanın geri kalanından haberdar olmalı, diğer ülkelerdeki sağlık uygulamaları hakkında fikir sahibi olmalı; hatta bu uygulamaları yerinde görmüş olmalıdır. Tıp fakültesi mezunu gerektiğinde başka bir ülkede sağlık hizmeti sunacak kadar da kendine güvenmelidir.

Türkiye’de 1995 yılından beri devam eden ERASMUS Değişim Programı ve 2013 yılında başlayan Mevlana Değişim Programı öğrencilere önemli fırsatlar sunmaktadır. Bununla birlikte, öğrencilerin eğitim dışı fırsatları da kullanarak uluslararası insan olma yolunda kendilerini geliştirmeleri gerekir.

GİRİŞ

Dünya yaşlanıp ömrünün sonuna yaklaştıkça zaman hızlanmaya ve mesafeler kısalmaya başladı. Belki bunun da yansımalarından biri olarak karşımıza “uluslararasılaşma” diye bir terim çıktı. Bu derste yükseköğretim çerçevesinde uluslararasılaşma teriminin tartışılması ve neden uluslararasılaşmak gerektiğinin ortaya konması amaçlanmıştır.

ULUSLARARASILAŞMA TERİMİ

Uluslararasılaşma terimi Türk Dil Kurumu'nun Büyük Türkçe Sözlük aramasında “*Sömürgeci imparatorluklar çağından beri bilinen bir olgu olup iktisadi etkinliklerin ülke sınırlarını aşan coğrafi yayılımı*” olarak tanımlanmaktadır (1).

Günümüzde hayatın tüm alanlarında uluslararası etkileri görmek mümkündür. İsterseniz dış macununuzun markasına bakın. Veya şampuanınızın... Cep telefonunuz da uluslararası bir firma tarafından üretilmiş ve uluslararası standartlarda çalışmaktadır... (Şekil 1). Uluslararası standartların, anlaşmaların, şirketlerin hayatımızı çevrelediği bu ortamda adaptasyon sağlamak kaçınılmazdır. Aksi halde doğal seleksiyon kaçınılmaz olacaktır... Uluslararasılaşma kavramı tartışılırken ulusal sınırları aşan bilgi toplumlarının gelişmesi sırasında ulusal çıkarların devam ettirilmesinin mümkün olduğuna dikkat çekmek gerekmektedir. Uluslararasılaşma kavramı içerisinde “beyin göçü” de yer almakla birlikte, bilgi ve becerilerin hareketi her zaman göç ile sonlanmaz.

Önemli Noktalar

- Dünyadaki gelişmeler uluslararasılaşmayı kaçınılmaz kılmaktadır.
- Mevlana ve ERASMUS değişim programları öğrencilere önemli fırsatlar sunmaktadır.
- Öğrenciler eğitim dışı fırsatları da kullanarak uluslararası insan ve hekim olmak için kendilerini geliştirmelidir.



Şekil 1. Uluslararasılaşma ve ilişkili faktörler

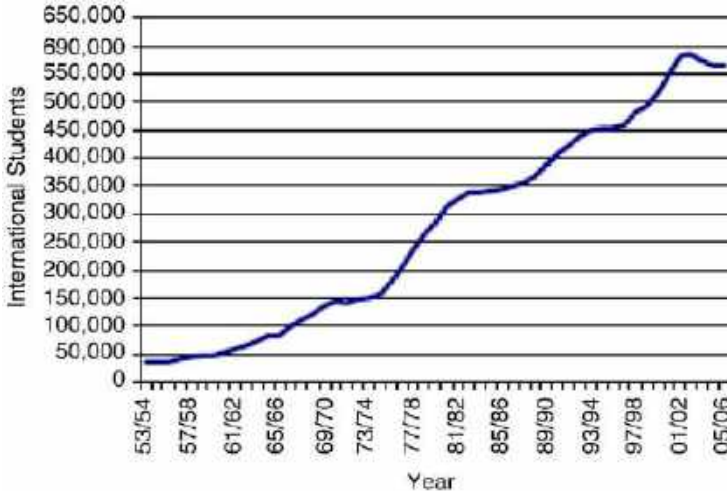
Bu girişten sonra şunu belirtmek gerekir ki, hekim olarak her ne kadar henüz Türkiye’de iş garantimiz olsa da bu durumun aynı şekilde devam etmeyeceğini öngörmek zor değildir. Pek yakında Türkiye’de hekim sayısının ihtiyaçtan fazla olacağı ve hekimlerin de uluslararası rekabete maruz kalacağı tahmin edilmektedir (2). Hekim fazlası oluşmasının yanında yabancı hekim çalıştırılması da gündemdedir (3).

Batılı üniversitelere bakıldığında yabancı ülkelerde irtibat ofislerinin olduğu, öğrencilerini yurt dışında eğitime gönderdikleri, hatta uluslararasılaşmak amacıyla ofisler kurdukları dikkati çekmektedir. Örneğin Indiana Üniversitesi Müfredat ve Kampüsün Uluslararasılaştırılması Enstitüsü aracılığıyla çalışmalar yapmakta, hatta kongreler düzenlemektedir (4).

BAZI ÜLKELERDE ULUSLARARASI ÖĞRENCİ SAYILARI

Yüksek öğrenimde uluslararasılaşma yeni değildir. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Fulbright Burs Programları ve Avrupa’daki ERASMUS Mundus Programı yüksek öğrenim kurumları arasında karşılıklı anlaşma ve işbirliğini teşvik etmeyi amaçlamaktaydı. Ancak günümüzde artan küreselleşme hızı öğrenci hareketliliği, uluslararası araştırma işbirliği ve eğitimi “ihracat unsurları” olarak bir defa daha gündeme getirmiştir. OECD 2012 raporuna göre vatandaşı olduğu ülke dışında bir yerde eğitim gören öğrenci sayısı 2000 ile 2010 yılları arasında ikiye katlanmıştır ve bu artış devam etmektedir.

ABD’de 1950’li yıllardan beri uluslararası öğrenci sayıları giderek artmış ve 600.000’in üzerine çıkmıştır (Grafik 1) (5).



Grafik 1. ABD’de yıllar içerisinde öğrenci sayıları

ABD’de ayrıca öğrenci vizelerinin de yıllar içerisinde reddedilme oranlarının düştüğü dikkati çekmektedir (Tablo 1) (6).

Tablo 1. ABD’de öğrenci vizelerinin yıllar içerisindeki reddedilme oranları (%)

	2003	2004	2005
F-1	22.0	20.5	17.6
J-1	7.1	7.0	5.4
M-1	9.6	10.0	8.9

Diğer gelişmiş ülkelerde durum pek de farklı değildir. İngiltere’de 425265 (7), Hollanda’da 87100 (8), Japonya’da ise 118498 (9) uluslararası öğrencinin eğitim gördüğü bildirilmiştir. Türkiye’de ise uluslararası öğrenci sayıları son yıllarda artış göstermeye başlamıştır. 2010 yılında Türkiye’de ancak 17000 civarında uluslararası öğrenci vardı (10). Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanı Yusuf Ziya Özcan’ın bu rakamı bir sene içerisinde iki katına çıkarma hedefi koymasının ardından Türkiye’deki uluslararası öğrenci sayısı 2012 yılında 26000’e (11) ulaştı; 2013 yılında ise Prof. Dr. Gökhan Çetinsaya bu sayının 45000’e ulaştığını bildirdi (12).

ULUSLARARASILAŞMA, ANLAŞMALAR VE DEĞİŞİM PROGRAMLARI

Aslında Türkiye’yi uluslararasılaşmaya yönlendiren olaylar eskilere dayanmaktadır. Daha 2001 yılında Türkiye’nin Bologna sürecine üye olmasıyla Avrupa Birliği’nde ortak bir yükseköğretim alanı oluşturma planının bir parçası olmayı kabul etmiştir (13). Bologna 1999 Bildirisi ile deklare edilen altı hedeften birisi de “öğrenci, öğretim elemanları, araştırmacı ve idari personelin serbest dolaşımını kısıtlayan unsurları ortadan kaldırarak hareketliliğin artırılması”dır. Türk Dili Konuşan Ülkeler İşbirliği Konseyi’nin (Türk Keneşi) Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan ve Türkiye Cumhurbaşkanları tarafından 2009 yılında kurulmasıyla Türkiye’nin bu konudaki vizyonunun daha da genişlediği dikkati çekmektedir.

ERAMSUS değişim programının 1995 yılında (14), Farabi değişim programının 2009 yılında (15), Mevlana değişim programının 23 Ağustos 2011 tarih ve 28034 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yönetmelik (16) ile devreye girmesiyle Türk öğrenci ve öğretim elemanlarının yurt içi ve dışındaki değişim imkanları iyice artmıştır. Avrupa Birliği Komisyonu tarafından yürütülen Hayat Boyu Öğrenme Programı kapsamında yükseköğretim alanında sağlanan hibe destekleri 2014-2020 yılları arasında Erasmus+ Programı altında sürmektedir. Erasmus ve Mevlana programları arasındaki fark; ilki Avrupa ülkeleri ile sınırlı iken ikincisinde böyle bir sınırlılık yoktur. Farabi programındaki amaç ise yurt içindeki farklı eğitim kurumlarında eğitim olanağının sağlanmasıdır.

Ulusal ve uluslararası değişim programları dışında öğrenci ve öğretim elemanı değişimini sağlayan başka imkanlar da söz konusudur. Bu açıdan Atatürk Üniversitesi’nde 2013-2014 eğitim-öğretim döneminde İngilizce tıp eğitimine katkı

vermek üzere bir proje çerçevesinde davet edilen 12 öğretim üyesi örnek gösterilebilir (17) (Fotoğraf 1).



Fotoğraf 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne İngilizce eğitim vermek üzere davet edilen ziyaretçi öğretim üyelerinden bazıları

BİR VİZYON OLARAK ULUSLARARASILAŞMA

Uluslararasılaşma aynı zamanda bir vizyon gereğidir. 1962 yılında Nebraska üniversitesinden gelip Atatürk Üniversitesi'nin kuruluşunda yıllarca imkansızlıklar içerisinde çalışılması (Fotoğraf 2) ve aynı dönemde başka ABD üniversitelerinin Hindistan, Afganistan, Pakistan gibi ülkelerde benzer kuruculuk görevleri üstlenmeleri büyük bir vizyon gerektirir.



Fotoğraf 2. Atatürk Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Hikmet KOÇAK ve Nebraska Üniversitesi Rektörü James B. Milliken, Atatürk Üniversitesi'nin kuruluşunda çekilen fotoğraf ile

Türkiye kökenli sivil bir inisiyatif olarak 2003 yılından beri düzenlenmeye başlanan Uluslararası Dil Olimpiyatları'nın da bir vizyon ürünü olduğunu söyleyebiliriz. 2013 yılında düzenlenen 10. Uluslararası Türkçe Olimpiyatları'na 140 ülkeden katılım olmuştur (18). Daha çok ortaokul ve lise öğrencilerine hitap eden bu tür sivil etkinliklerin üniversitelerde de oluşturulması planlanmalıdır. Bundan da öte, eğitim dışında uluslararası insanlarla temas oluşturmaya yönelik her türlü faaliyet teşvik edilmelidir. CouchSurfing (<http://www.couchsurfing.com>) ve Hospitality Club (<http://www.hospitalityclub.org/>) gibi uluslararası konuk ağırlama programları bu açıdan incelemeye değerdir.

SONUÇ

Uluslararasılaşmanın Türk hekimleri üzerindeki etkisinin giderek daha fazla hissedileceğini bekleyebiliriz. Bu süreçte en önemli soru, hekimlerimizin, üniversitelerimizin ve yöneticilerimizin bu sürece ayak uydurup uyduramayacağı olacaktır. Daha tıp eğitiminin başlarında öğrencilerin uluslararası arenada çalışacak donanımda yetiştirilmeleri ve mezuniyet sonrasında da hekimlerin uluslararası özelliklerinin artırılmasına yönelik çalışma ve teşviklerin yapılması önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Büyük Türkçe Sözlük: Türk Dil Kurumu; http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.536255aa548473.63384900. Erişim Tarihi: 24.04.2014.
2. Aktürk Z, Işık M. The Need for Medical Doctors in Turkey: A Projection Plan from 2013 to 2033 with Emphasis to Family Medicine. Euras J Fam Med. 2013;2(1):33-6.
3. Kocabıyık Z. Müezzinoğlu: Bazı branşlarda kamuda yabancı doktor düşünüyoruz: Medimagazin; <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-muezzinoglu-bazi-branslarda-kamuda-yabanci-doktor-dusunuyoruz-1-11-55788.html>. Erişim Tarihi: 24.04.2014.
4. Institute for Curriculum and Campus Internationalization (ICCI): Indiana University; <http://www.indiana.edu/~global/icci/>. Erişim Tarihi: 24.04.2014.
5. Publications and Reports: Institute of International Education; <http://www.opendoors.iienetwork.org/>. Erişim Tarihi: 24.04.2014.
6. Vaughan JM. International Students and Visiting Scholars: Trends, Barriers, and Implications for American Universities and U.S. Foreign Policy: Center for Immigration Studies; http://www.globalsecurity.org/military/library/congress/2007_hr/070629-vaughan.htm. Erişim Tarihi: 14.04.2014.
7. International student statistics: UK higher education UK Council for International Student Affairs; <http://www.ukcisa.org.uk/Info-for-universities-colleges--schools/Policy-research--statistics/Research--statistics/International-students-in-UK-HE/> - International-%28non-UK%29-students-in-UK-HE-in-2012-13. Erişim Tarihi: 15.04.2014.

8. International students in The Netherlands, the stats: EUROGATES Live and Study in Holland; http://www.eurogates.nl/en_study_abroad_education_in_holland_netherlands/. Erişim Tarihi: 15.04.2014.
9. International Students in Japan 2007: Japan Student Services Organization; http://www.jasso.go.jp/statistics/intl_student/data07_e.html. Erişim Tarihi: 15.04.2014.
10. YÖK Başkanı, rektörlerden tüm eğitim fuarlarına katılmalarını istedi. Zaman Gazetesi. Erişim Tarihi: 10.06.2010.
11. Özay Y. Yabancı öğrenci sayısı artıyor. Sabah Gazetesi. Erişim Tarihi: 22.02.2012.
12. Çetinsaya G. Uluslararasılaşma Toplantısı: Yükseköğretim Kurulu; <http://www.yok.gov.tr/web/guest/uluslararasilasma-toplantisi>. Erişim Tarihi: 19.09.2013.
13. Bologna Süreci: Yükseköğretim Kurulu; <http://bologna.yok.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 14.04.2014.
14. Erasmus+ Erasmus Programı: Ulusal Ajans; <http://www.ua.gov.tr/programlar/erasmus-program%C4%B1/erasmus-program%C4%B1>. Erişim Tarihi: 11.05.2014.
15. Farabi Değişim Programı: Yükseköğretim Kurulu; <http://www.yok.gov.tr/web/farabi/anasayfa>. Erişim Tarihi: 11.05.2014.
16. Mevlana Değişim Programı: Yükseköğretim Kurulu; http://www.yok.gov.tr/documents/757816/1380059/Mevlana-Kitapcik-Yeni_08.06.2015_İstatistiksiz.pdf/13a2eeb0-efbd-4815-b755-56f3f8990d9e. Erişim Tarihi: 11.05.2014.
17. Ziyaretçi Profesörlerimiz Geldi (Visiting Professors at Duty): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD; http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2013_3/index.html – VisitingProf. Erişim Tarihi: 12.05.2014.
18. Uluslararası Türkçe Olimpiyatları: Vikipedi-Özgür Ansiklopedi; http://tr.wikipedia.org/wiki/Uluslararası%C4%B1_T%C3%BCrk%C3%A7e_Olimpiyatlar%C4%B1. Erişim Tarihi: 12.05.2014.

Konu 4

ZAMAN YÖNETİMİ

Nazan KARAOĞLU

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı işleri gereği zaman baskısı altında çalışacak olan hekim adaylarına zamanı etkin kullanmayı ve bu amaçla kullanılabilir yöntemleri tanıtmak ve örnek uygulama ile zaman yönetimini kavramalarını sağlamaktır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- zaman yönetimini tanımlayabilmeli,
- zaman yönetiminin temel prensiplerini ve kavramlarını sıralayabilmeli,
- zaman yönetiminde doğal prensipleri tartışabilmeli,
- zaman yönetiminde ABC prensibini özetleyebilmeli,
- kendisi için bir zaman yönetimi planı hazırlayabilmelidir.

ÖZET

Zamanı etkin kullanma pek çok iş alanında önemlidir ancak sağlık çalışanları, özellikle hekimler için hastaların acil istekleri ve işin doğası gereği daha da önemli hale gelmektedir. Hekimlerin meslek sorumluluklarının gerektirdiği işleri, kişisel isteklerini ve aile ilişkilerini hassas bir dengeye oturtması gerekmektedir. Bu dengeyi sağlayamayanlarda tükenmişlik, meslekten soğuma, depresyon ve anksiyete gelişebilmektedir.

Zaman yönetiminin temel ilkeleri;

- | | |
|-----------------------|--|
| 1-İyi planlama | 4-Sorumlulukları paylaşırma |
| 2-Amaçları belirleme | 5-Ertelemeleri en aza indirme |
| 3-Öncelikleri saptama | 6-Bölünmeleri/kesintileri en aza indirmedir. |

İyi bir planlama için amaçların belirlenip öncelik sıralaması yapılmalıdır. Sonra da bu amaçlara ulaşmak için yapılması gerekenlerin önem sıralaması yapılır. Bu sıralama için örneğin ABC yöntemi kullanılabilir. A çok önemli etkinlikleri, B önemli etkinlikleri, C ise isteğe bağlı olanları temsil eder.

Zaman yönetimi; zamanı etkin kullanarak hayatımızın her alanının gereklerini, yorulmadan ve yıpranmadan yerine getirebilmektir. Güçlü zaman yönetimi aslında bir öz yönetimdir; yaşadığımız olayların kontrolünü sağlamaktır; bireyin kendisini yönlendirerek olayları yönetmesidir.

ZAMAN YÖNETİMİNDE ÖNEMLİ NOKTALAR:

I-Öncelik sıralaması yapabilme:

II-Öncelikleri belirlerken dört kadranlı şemayı kullanma:

Bu şema;

1-Önemli –Acil

2-Önemli-Acil değil

3-Önemsiz-Acil

4-Önemsiz-Acil değil şeklinde yapılması gerekenlerin planlanması, derecelendirilmesidir.

III-Başkası için yaptığımız işlerde işverene, sorumlu kişiye yapılacak işlerin önem düzeyini sorma

IV-‘Hayır’ diyebilme:

Kimseyi kırmadan, teklifi getiren kişide reddedilmiş hissi yaratmadan ve işi yapmak istememekten çok ‘yapamamak’ durumunda olduğunuzu anlatabilmek için;

1-Teklifi getiren kişiye teşekkür edin.

2-Hemen karar belirtmeyin. Düşünmeniz gerektiğini söyleyin ve gerekirse patronunuzdan, danışmanınızdan vb. yardım alın.

3-Geri dönüş yaparak işi/görevi istedikleri kalitede yapamayacağımız için üzgün olduğunuzu belirtin ve akademik/profesyonel gelişimi için bu deneyime ihtiyaç duyan işi yapabilecek başka birini önerin.

V-Her işi bir kez yapma:

1-Grup etkinliklerinde;

-tüm telefon görüşmelerini bir kerede, sabah saatlerinde yap ki geri dönüşler için orada ol

-gelen postalarını günde bir kez aç

-e-maillerini günde bir, belli bir zamanda hallet

Önemli Noktalar

- Zaman yönetimi kişisel özellikler taşır ve kişinin bazı beceriler kazanması, alışkanlıklar geliştirmesi gerekir. Covey etkinliği yüksek kişilerin 7 alışkanlığını şöyle sıralamaktadır:
- 1. Alışkanlık: Proaktif olma: Seçim yapmakta özgürüm ve seçimlerimden sorumluyum.
- 2. Alışkanlık: Sonunu düşünerek işe başlama: Zihinsel yaratma bedensel yaratmadan önce gelir.
- 3. Alışkanlık: Öncelikli olanları öncelikli yere koyma: Etkili olmak için önceliklerin dürüstçe belirlenmesi gerekir.
- 4. Alışkanlık: Kazan-kazan prensibi: Etkili ve uzun süreli ilişkiler karşılıklı saygı ve karşılıklı çıkarların korunmasını gerektirir.
- 5. Alışkanlık: Anlaşılmaya çalışmadan önce anlamaya çalışma: Etkili iletişim için birbirini anlamak gerekir.
- 6. Alışkanlık: Sinerji yaratma: Bütün bütünü oluşturan parçaların toplamından fazladır.
- 7. Alışkanlık: Baltayı bileme: Etkinliği artırmak ve sürdürmek için beden, akıl ve ruh olarak yenilenmek zorunludur.
- Etkili bireyler hayatta iki önemli zafer kazanır: Birincisi kendilerini yönetme, iç disiplin kazanma şeklindeki kişisel zafer, ikincisi başkalarıyla derin ve uzun süreli ilişkiler kazanma şeklindeki toplumsal zaferdir. Yedi alışkanlığı yaşayan bireyler bağımlılıktan bağımsızlığa yol alır.

-tüm görüşmelerini yapabileceğin bir gün belirle

2-Her kağıtla bir kez uğraş-hızlı bir karar ver;

-oku ve at

-oku ve hallet

-başka birine devret (bunu not al ki takip edebilesin)

-önemli evrak dosyasına ileriki bir tarihte uğraşmak üzere koy

3-Programın üzerinde kontrolü kaybetme;

-Haftada, ayda, 6 ayda bir resme büyük pencereden bak ve yapman gerekenler için hazırlanma zamanının var mı kontrol et.

-Program yaparken yıllık amaçlarını göz önüne al ve yapılacak işin stratejik planına uyumunu tart.

-Bölünmeden entelektüel kapanma gereken projeleri ve senin için gün içinde çalışmaya uygun zamanları belirle.

GİRİŞ

Zaman satın alınamayan, biriktirilemeyen, depolanamayan benzersiz bir kaynaktır.

Şiirlere, şarkılara konu olan zaman, Herbert Spencer'a göre "insanın daima öldürmek istediği, fakat sonunda onun insanı öldürdüğü şey"dir. Akatay "Zaman önüne geçilemez bir şekilde, sabit bir hızla akıp giden ve tüm bireylerin eşit şekilde sahip olduğu önemli bir değerdir" der.

Passig'in de söylediği gibi zaman, fiziksel (gerçek) zaman, biyolojik zaman ve psikolojik zaman olarak üçe ayrılabilir. Fiziksel zaman saat ile ölçülebilen dünya, güneş, ay hareketleri ile belirlenen zamandır. Biyolojik zaman vücut fonksiyonlarımızı düzenleyen bir vücut saatidir. Kış uykusuna yatma, yemek yeme gibi fonksiyonlar düzenlenir. Psikolojik zaman ise kişinin algıladığı zamandır. Sınav öncesi zaman geçmek bilmezken, görüş gününde zamanın hızla akıvermesi gibi.

Zamana hükmedebilme, zamanı durdurabilme çabasındaki insan, attığı her yeni adımda bu amaca hizmet eder. Aslında teknoloji, bilgi çağı insan hayatına kazandırdığı pek çok buluşta bedensel gücü azaltarak yaşam kalitesini artırma, insanın kendine ayırabildiği zamanın artması iddiasındadır. Yeni ürünler "zaman tasarrufu yapmaktadır. Zaten zaman da "Bir işin, bir oluşun içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre, vakit" olarak tanımlanır. Buradaki ironi ise tam da insanın zamana biraz hükmedebildiğini iddia ettiği bu çağda giderek artan "zamansızlık", "zaman bulamama", "zaman ayıramama" şikayetleridir. Benjamin Franklin'in de dediği gibi zaman artık "paradır" ve insanın ona hükmedebilmesi daha da önemlidir.

Teknolojinin yarattığı yeni sorunlar, oluşan yeni beklentiler, günlük hayatın gerekleri ve kişilik özellikleri arasında sıkışan insan zamanını etkili kullanabilmek, yönetebilmek zorundadır. Aslında insanın fiziksel saati ya da biyolojik saati yönetebilmesi mümkün

görünmemektedir. Öyleyse sorun saati yönetmek değil, kendimizi zaman içinde yönetebilmektir.

Zaman yönetimi; verimliliği arttırmak amacıyla harcanan zamanı bilinçli bir şekilde kontrol etme yöntemidir. İlk önceleri sadece iş ve çalışma etkinlikleri için kullanılırken, sonraları kişisel aktiviteler için de kullanılmaya başlanmıştır.

1970’li yıllardan itibaren üzerinde konuşulmaya başlanan zaman yönetimi kavramı “ihtiyaçları belirlemek, bu ihtiyaçları karşılayabilmek için gerekli olan hedefleri oluşturmak, öncelikli işleri belirlemek ve önceliklerle zamanı, planlama, programlama ve listeleme yoluyla uyumlaştırmak” olarak tanımlanmaktadır.

İÇERİK

Özellikle hekimler gibi çok yoğun bir iş akışı olan meslek gruplarında zaman yönetimi “zamanımızın, amaçlarımızın, hedeflerimizin, sosyal yaşantımızın ve zevklerimizimizin içerdiği etkinlikleri bir arada yürütebilecek bir biçimde planlanması” anlamına gelmektedir. Covey ve arkadaşları zaman yönetimi bireyin öncelikli olana önem vererek önceliklerin peşinden gitmesine ve önemli olana öncelik vererek hayatını amaçları doğrultusunda sürdürmesine katkıda bulunur demektir.

Zaman yönetiminin kişisel olma özelliği bireyin kendi farkındalığını gerektirir. Nitekim Akgemci ve arkadaşları zaman yönetimi sürecini sekiz aşama olarak belirtir. Kendini tanımlama da bir aşama olarak yer alır:

- 1-Zaman kullanım analizi (zaman cetveli)
- 2-Zaman problemlerini tanımlama
- 3- Kendini tanımlama
- 4-Amaç ve öncelikleri belirleme
- 5-Program hedeflerini uygulama planına aktarma
- 6-Günlük programlar ve rehberler hazırlama
- 7-Zaman yönetimi tekniklerini geliştirme
- 8-Sürecin izlenmesi ve yeniden analiz

Covey’in dört kadranlı zaman yönetimi şeması

Covey metaforik olarak önemi azalan etkinlikleri bir kovayı taş, çakıl ve kum ile doldurmaya benzetir. Çoğu kez önemli etkinliklere özel bir zaman ayırmakla daha az önemsiz olanlar için de zaman bulursunuz diye ifade eder. Oluşturduğu şema önemli ve acil etkinliklerin ayrılmasını sağlar (Tablo 1). Önemli etkinlikler mesleki ya da kişisel amaçlarınıza ulaştıran sonuçlara sahiptir. Acil etkinlikler hemen müdahale gerektiren ve daha çok başkalarının amaçlarıyla ilgili etkinliklerdir. Doğal olarak acil olana odaklanma eğilimi vardır ve genelde acil olanlar aynı zamanda önemlidir de.

Stephen Covey'in zaman yönetimi acil duruma geçmeden önemli olan etkinliklere odaklanmak için zaman yaratma yaklaşımıdır. Bu bazen bazı şeyleri önceden yapmayı gerektirir. Gerçek beceri ise işleri daha çabuk, daha kolay ya da otomatik olarak yapmayı sağlayabilecek süreçlere zaman ayırmaktır.

Tablo 1. Covey'in zaman yönetimi şeması

	ACİL	ACİL DEĞİL
ÖNEMLİ	I -Krizler -Çözüm bekleyen sorunlar -Belli bir sürede tamamlanması gereken projeler, toplantı ve hazırlıklar	II -Hazırlık yapma -Önlem alma -Değerlerin belirlenmesi -Planlama -İlişki kurma -Kendini yenileme -Güçlendirme
ÖNEMLİ DEĞİL	III -Amaçsız telefon görüşmeleri, ziyaretler -Bazı mektuplar, raporlar -Bazı toplantılar -Hemen yapılması gereken bazı işler -Popüler etkinlikler	IV -İvır zıvır işler -Bazı telefonlar -Zamanı boşa harcayan işler -"Kaçış" etkinlikleri -İlgisiz yazışmalar -Aşırı TV izleme

Zaman yönetimi ile ilgili diğer yaklaşımlar

1-Kendini Toparla Yaklaşımı (Düzen): Kişinin yaşadığı sorunların hayatındaki düzensizlikten kaynaklandığı anlayışı ile üç alanda düzenleme yapılması yaklaşımıdır. Bunlar anahtar, dosya, evrak gibi nesnelere, basitten karmaşığa doğru yapılacak görevlerin ve sorumlulukların dağıtılacağı insanların düzenlenmesidir.

2. Savaşçı Yaklaşım (Hayatta Kalma ve Bağımsız Üretim): Kişinin bağımsız çalışabilmek için bir nevi kendini izole etmesidir. Çalışmak için yalnız kalacağı bir ortam seçme, bölünmeleri ve gereksiz iletişimi engellemek için sekreter kullanma ve daha önemli işlere zaman ayırmak için bazı yetkilerini başkalarına devretme bu yaklaşımdaki uygulamalardandır.

3. Hedef Yaklaşımı (Başarı): Kişinin ne istediğini bilmesi ve istediğine ulaşmak için çaba harcaması yaklaşımdır. Hedef belirleme, uzun, orta, kısa vadeli planlar yapma, motivasyon ve olumlu düşünme gibi teknikler içerir.

4. ABC Yaklaşımı (Önceliklerin Sıralanması ve Değerlerin Belirlenmesi): Uğraşmaya değer amaç ve önceliklerin listelenmesi, önem sırasına göre gruplandırılması yaklaşımıdır.

ABC Tekniğinde A ilgilenilip kısa zamanda tamamlanması gereken yüksek öneme, kısa vadeli amaçlara yönelik etkinlikleri gösterir. Bunlar yalnızca o işten sorumlu kişiler tarafından yapılır, bir başka kişi ya da gruba devredilemez. B daha az öneme sahip, gelecekte ilgilenilmesi gereken orta vadeli amaçlara yönelik etkinlikleri temsil eder. Bir başkasına devredilebilir. C grubu etkinlikler önemsiz ya da düşük öneme sahip isteğe bağlı uzun vadeli amaçlara yönelik etkinliklerdir.

ABC yaklaşımı sadece A şıkındaki etkinliklerin yapılması diğerlerinin yapılmaması demek değildir. Tüm işleri taşıdıkları öneme göre belirli bir öncelik sırasına koyarak en verimli şekilde halledilmelerini sağlamaya yönelik bir yaklaşımdır.

5. Sihirli Araç Yaklaşımı (Teknoloji): Bilgisayar, bilgisayar programı gibi teknoloji ve alet kullanımı ile insanın yaşam kalitesinin artacağı düşüncesidir.

6. Zaman Yönetimi 101 Yaklaşımı (Beceriler): Bu yaklaşıma göre zaman yönetimi bir beceridir ve kişinin bazı konularda uzmanlaşmasını gerektirir. Örneğin kişinin hedef belirleme, planlama, yapılacak işler listesi oluşturma, öncelikleri sıralama, bir planlayıcı ya da randevu defteri kullanma ve yetki devretme gibi işlerde uzmanlaşması.

7. Kendini Akıntıya Bırak Yaklaşımı (Uyum ve Doğal Ritimler): Kişi yaşamın doğal ritmi içinde akıntıya kapılmayı öğrenerek yaşama uyum sağlayabilir. Geleneksel zaman yönetimi yaklaşımına karşı çıkan bir yaklaşımdır.

8. İyileştirme Yaklaşımı (Özbilinç): Kişinin kendi farkındalığının oluşması ile zaman yönetimi sorunlarına neden olan psikolojik ve sosyolojik yetersizliği iyileştirme yaklaşımıdır.

Zaman Kaybettiren Faktörler

Kişinin kendisine zaman kaybettiren faktörleri belirlemesi zaman yönetimi açısından önemlidir. Bu faktörler:

1-Kişiye bağlı faktörler:

-Plansızlık

-Düzensizlik

-Öncelikleri belirleyememek

-Öncelikleri sıralayamamak

-Ertelemek

-Sürüncemede bırakmak

- Devretmemek
- Hayır diyememek
- Rutin ve gereksiz işler
- Acelecilik
- Mükemmeliyetçilik
- 2-Dış faktörler:
 - Ziyaretçiler
 - İş kazaları
 - Doğal olaylar
- 3- Örgütsel faktörler:
 - Görev tanımlarının net olmayışı
 - Yeti ve görev devri olmaması
 - Krizlerin iyi yönetilememesi
 - Verimsiz toplantılar
 - Çalışma ortamının uygunsuzluğu
 - Gereksiz bürokrasi
 - Sekretaryanın işlevsel olmayışı olarak sıralanabilir.

Zaman yönetimi için gereken beceriler

Zaman yönetimi için üç temel beceri gereklidir:

- 1-Etkin olmayan yaşam stili üzerinde kontrol sağlayabilecek proaktif kafa yapısı,
- 2-Sonuçlara odaklanabilmeyi öğrenme,
- 3-Öncelikleri sıralayabilme.

Neden zaman yönetimi?

Daha önce de belirttiğimiz gibi zaman yönetimi kişisel bir süreçtir, hayatımızdaki olaylar ve sorumluluklarımız üzerinde kontrol kazanmamızı sağlar. Zaman yönetimi kişinin problemlerini çözmez, ancak problemleri çözerken stres ve bıkkınlığa düşmeden etkili çözüm yolları bulmasına yardımcı olur. Bu nedenle zaman yönetiminin kişinin hayatla baş etme becerilerini, kişisel tatmin duygusunu, yaşam kalitesini artırdığı ifade edilmektedir. Amaç ve hedeflerini gerçekçi bir yaklaşımla belirleyip bir plan içinde adım adım onlara yönelebilen bireylerin stres düzeyinin azaldığı, üretkenliklerinin arttığı bulunmuştur. Sosyal hayatı, kişisel istekleri ile yapması gerekenler arasında

uyum sağlayabilen bireyin akademik performansı, yaşam doyumu artmakta, diğer insanlarla ilişkileri olumlu şekilde etkilenmektedir.

Zamanını yönetip hayatını düzenleyemeyen bireylerin doğal olarak stres ve baş edememe duygusu yaşadığı, zamansızlıktan en çok şikayet edenlerin bu kişiler olduğu belirtilmektedir.

Zaman yönetimi bir yaşam tarzı haline getirilebildiğinde hayal kırıklıkları ve başarısızlık duygusu da azalmaktadır.

Bir zaman yönetimi modeli uygulaması örneği

Bu bölümde aşağıdaki hekim örneği üzerinden zaman yönetimi ile ilgili kendiniz için zaman yönetimi modeli uygulaması yapabilirsiniz.

1-Bu model kişinin 7 günlük bir şemada (analiz tablosu) kişinin halen zamanını nasıl geçirdiğini belirlemesi ile başlar (Tablo 2).

Tablo 2. Yedi günlük zaman analiz tablosu

	Etkinlik/zaman	P.tesi	Salı	Çarş	Perş	Cuma	C.tesi	Pazar
1	Ameliyat/poliklinik							
2	Ders anlatımı							
3	Boşa geçen							
4	Aile							
5	Diğer							

Bu tablo oluşturulurken öz farkındalığın önemli olduğu bir kez daha hatırlanmalıdır. Bir hekim eksik yanlarını fark etmeden daha iyisini yapamayacağını bilmeli bu analiz tablosunu bu bakışla oluşturmalıdır.

Bu aşamada öz farkındalık için gerçekçilik modeli kullanılabilir. Bu model hangi düşünce ve inanışlarla davrandığımız ve yarattığı gelecek etkileri hakkında farkındalığımızı artırabilir. Gerçekçi modelde;

- Davranış kalıpları belirlenir
- Bu davranışlara neden olan inanışlar belirlenir
- Gelecekteki davranış tahmin edilir
- Farklı inanışlar belirlenir
- Bu farklı inanışlara göre davranış şekli tahmin edilir.

Ayrıca oluşturduğunuz analiz tablosu sizin için problemlili görünmese bile diğeri insanlar üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurmak gerekir. Gününüzü klinik, servis, toplantı, dersler arasında koşturma ile mi geçiriyorsunuz? Diğeri üzerinde etkin olduğunuz hissi mi yoksa yetersiz olduğunuz duygusu mu yarattığınıza dikkat edin.

2-Kişisel hedeflerinizin belirlenmesi

Bu aşamada bir hekim olarak yapmanız gerekenleri düşünün. Kariyerinizin belli aşamalarında ekipman alma, kaynak bulma, akademik ilerleme gibi değişik basamaklardan geçersiniz. Amaçlarınıza giden bu aşamalarda pek çok kez diğeri insanlarla baş etmek, pazarlık etmek durumunda olduğunuz zamanlar olur. Kendi planınızın en iyisi olduğuna, istediklerinizin sağlanmasına onları ikna etmeniz gerekir. Deneyim ve tecrübe kazandıkça takımları yönetmeniz, başkanlık etmeniz sorumlu ya da şef olmanız beklenir ki bu durumlarda da diğeri kurumsal amaç ve hedefler için motive edebilmeyiz, onlara yapmaları gerekenlerin kendileri ve kurum için önemini anlatabilmeyiz gerekir. Aktif olarak öğrenci eğitimlerine katılabilir, akademisyen olarak ders müfredatı hazırlamanız ve müfredatın iyi işleyeceğini savunabilmeyiz gerekir. Görüldüğü gibi tüm bu aşamalarda tıp öğrencisi olmaktan hasta sorumluluğu almaya oradan akademisyenlik ve idareciliğe giden tüm aşamalarda pek çok hazırlık yapılması önceliklerin belirlenmesi, hemen müdahale edilmesi gereken durumlara müdahale edilmesi gerekir. Bu sorumluluklar arasında kaybolmamak ve tükenmemek için en erken zamanda zaman yönetiminizi analiz edip; kendi zamanınızı yönetebilmek en akıllıca girişim olacaktır.

Bu aşamada gün içinde tüm etkinliklerimiz detaylandırılır;

1-Kişisel ilişkiler

-Yemekler

-Telefon görüşmeleri

2-İdari işler

-Yazışmalar

-Telefonlar

3-Klinik işleri

-Viziteler

-Poliklinik hizmetleri

4-Eğitim işleri

-Ders notları hazırlama/gözden geçirme

-Konferans/seminer konuşması hazırlıkları

5-Bilimsel çalışmalar

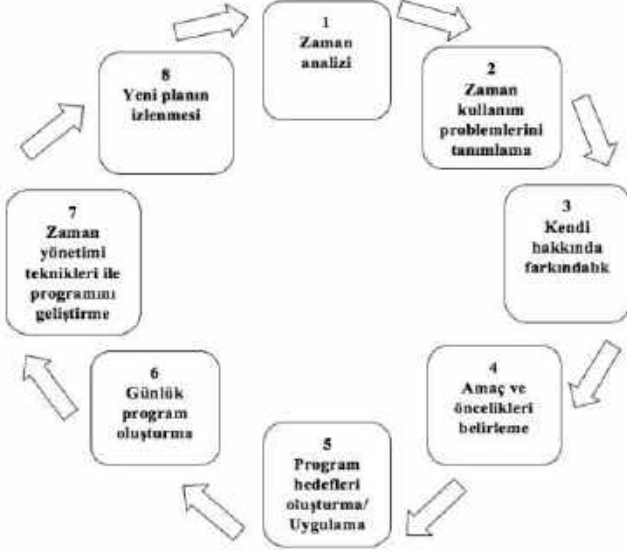
-Günlük akademik dergi okuma

- Hakemlikler/editörlükler
- Alanı ile ilgili yazı/kitap yazma
- 6-Araştırma işleri
- Araştırma verilerini toplama
- Makale tarama
- Araştırma raporu hazırlama
- Araştırma yapan öğrencilere danışmanlık
- 7-Hobiler
- Yemek yapma
- Örgü örme
- 8-Egzersiz
- Spor salonu
- Basketbol oynama gibi.

Sonrasında tüm bu aktiviteler için ayırdığımız zaman gerçekçi olarak hesaplanır. Böylelikle her bir etkinlik için ayırdığımız zaman ve sonunda elde etmeyi amaçladığımız hedefler arasındaki bağlantı görülmüş olur.

Tüm bu etkinliklerin ABC tekniği ile çok önemli, önemli ve isteğe bağlı olanları ayırmak mümkündür. Ya da tüm bu etkinlikleri Covey'in dört kadranlı şemasına yerleştirerek zamanımızı nasıl harcadığımızın analizini yapmış oluruz.

Bu analizin sonuçlarını görerek amaç ve hedeflerimizi, önceliklerimizi yeniden gözden geçirmek, problem yaşadığımız alanların yeniden düzenlenmesi ve amaç ve hedeflerimize göre yeni bir plan yapmak, yeni plana uymak ve yeni planın sonuçlarını da izlemek, analiz etmek gerekir (Şekil 1.)



Şekil 1. Zaman yönetimi modeli

SONUÇ

Zamanı durdurmak mümkün olmayabilir, ama yönetmek mümkündür. Hepimiz için adil olarak verilen zamanı etkin bir şekilde planlayarak kendimizi gerçekleştirmek, yaşam doyumumuzu artırmak olasıdır. Özellikle işi gereği stresli durumlara, yapılması gereken çok sayıda görevle baş etmek zorunda olan hekimlerin, hekim adaylarının daha eğitimlerinin ilk yıllarından itibaren zaman yönetimi prensiplerini içselleştirmesi önemli ve koruyucu bir yaklaşımdır.

Zaman Yönetiminin Temel Prensipleri;

- 1-İyi planlama
- 2-Amaçları belirleme
- 3-Öncelikleri saptama
- 4-Sorumlulukları paylaşırma
- 5-Ertelemeleri en aza indirme
- 6-Bölünmeleri/kesintileri en aza indirme şeklinde özetlenebilir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu (TDK). http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56e9bc0b2bcab6.40298142. Erişim tarihi: 20.02.2016.
2. Franklin B. Advice to a Young Tradesman, Written by an Old One. 1748.
3. Akatay A. Örgütlerde Zaman Yönetimi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2003;10:282-300.
4. Akgemci T, Çelik A, Aydoğan E, Akatay A. Zaman Yönetimi ve Yönetimsel Zamanda Etkinlik. Ed: M. Şerif Şimşek, Adnan Çelik 2003. Gazi Kitabevi, Ankara.
5. Alay S, Koçak S. Üniversite öğrencilerinin zaman yönetimleri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi 2003;35:326e335.
6. Eldeleklioğlu J. Ergenlerin Zaman Yönetimi Becerilerinin Kaygı, Yaş ve Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi. Elementary Education Online 2008;7(3):656-63.
7. Brunicardi FC, Hobson FL. Time management:a review for physicians. J Natl Med Assoc. 1996;88:581-7.
8. Francis-Smythe JA, Robertson IT. On the relationship between time management and time estimation. British Journal of Psychology 1999;90(3):333-47.
9. Güçlü N. Zaman yönetimi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi 2001;25:87-106.
10. Erdem R, Pirinççi E, Dikmetaş E. Üniversite öğrencilerinin zaman yönetimi davranışları ve bu davranışların akademik başarı ile ilişkisi. Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2005;14:167-77.
11. Gürbüz M, Aydın AH. Zaman kavramı ve yönetimi. KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi 2012;9(2):1-20.
12. The 7 Habits of Highly Effective People Signature Program. https://www.hr.cornell.edu/life/career/7_habits.pdf. Erişim tarihi: 20.02.2016
13. Gözel E, Erdoğan H. İlköğretim okulu öğretmenleri ve zaman yönetimi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010;6:73-89.
14. Yenihan B, Öner M. Zamanı yönetmek: Üniversite öğrencilerinin zaman yönetimi becerilerinin incelenmesi. Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (e-dergi) 2013;2(2):56-68.
15. Kaya H, Kaya N, Öztürk Pallos A, Küçük L. Assessing time-management skills in terms of age, gender, and anxiety levels: A study on nursing and midwifery students in Turkey. Nurse Education in Practice 2012;12: 284e288
16. Özdil K, Korkmaz M, Baykara S. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde uzman doktorların zaman yönetimi. Akademik Bakış Dergisi (e-dergi) 2012. <http://www.akademikbakis.org>. Erişim tarihi: 22.06.2016.

Konu 5

AİLE YAŞAM DÖNGÜSÜ

Haluk MERGEN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların aile yaşam döngüsü ve birinci basamaktaki önemi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Ailenin tanımını yapabilmeli,
- Ailenin yaşam döngüsü ve birinci basamaktaki önemini açıklayabilmeli,
- Türk halkının evlilikle ilgili demografik yapısını bilmeli ve diğer ülkelerle karşılaştırma yapabilmeli,
- Ailenin yaşam aşamalarını tanımalı, aile bireylerinin farklı aşamalardaki kritik görevlerini saptayıp tartışabilmeli.

ÖZET

Aile, evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar ve kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birliktir. Aile, bireyleri dönüştüren toplumun en küçük yapıtaşlarıdır. Aileler; sosyokültürel, ekonomik ve siyasal olaylardan etkilenmektedirler.

Ailedeki yaşam aşamalarına yönelik daha çok yabancı çalışmalar yapılmıştır. Ailenin yaşam aşamaları Duvall'e göre sekiz evreden oluşur: 1) çocuksuz evli çift, 2) çocuklu aile, 3) okul çağı öncesi aile, 4) okul çağı ailesi, 5) ergen çocuklu aile, 6) genç erişkinler yetiştiren aile, 7) boş yuvadan emekliliğe kadar, 8) emeklilikten eşlerin ölümüne olan süre olarak tanımlanmıştır.

Aile hekimleri ailenin çeşitli aşamalarında ailedeki kriz nedenlerini saptayıp çözüm bulmaya çalışmalıdır. Sorunlar, bazı aile bireylerinin aynı aşamadaki tecrübelerini hatırlatabilir. Aile hekiminin bu gibi durumlarda kısa süreli danışmanlık verebilmesi gerekir.

GİRİŞ

Bu bölümde ailenin çeşitli yönlerden tanımı yapılacaktır. Ailenin sosyokültürel pek çok olaya açık olması, bireyler gibi kendisinin de aşamalardan geçtiği anlatılacaktır.

AİLE YAŞAM DÖNGÜSÜ

Aile, Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük'te; evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar ve kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik olarak tarif edilmektedir. Aynı soydan gelen ve aralarında akrabalık ilişkileri bulunan kimselerin tümüdür. Yine, birlikte oturan hısım ve yakınların tümü olarak da belirtilmektedir.

Önemli Noktalar

- Ailenin tanımı,
- Ailenin demografik özellikleri,
- Aile yaşam döngüsünün aşamaları,
- Aile hekiminin bu döngüdeki rolü.

Devlet Planlama Teşkilatı "Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu" tarafından verilen aile tanımına göre: aile; kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireyin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel bir toplumsal birimdir.

Aileler, bireyleri değiştirip dönüştüren toplumun en küçük yapılarıdır. Dünyada ve yaşanılan ülkedeki sosyokültürel, ekonomik ve siyasi değişimler aile yapısını etkilemektedir. Aile, evlilikle başlayan, kurucularının ölümüne kadar süren güçlü bir yapıdır. Ailenin geçirdiği her evrede yeni durumlarla karşılaşılır ve bireylerin bu durumlara uyum sağlaması önemlidir.

Aile; bireylerinin biyolojik, psikolojik ve yasal açıdan birbirine bağlı olduğu bir gruptur. İnsanlar gibi ailelerin de yaşam boyunca geçtiği bazı evreler vardır. Ailenin yaşam döngüsü, ailenin uzun bir zaman boyunca gözlenmesini içerir. Aile yaşam döngüsünü inceleyen çalışmalar sosyal problemlerin belirlenmesi ve çözümlerinin araştırılmasına yardımcı olmaktadır. Aile bireylerinin yeni durumlara karşı yeni beceriler kazanması gerekmektedir. Aile, çeşitli evrelerden geçerken topluma yeni bireyler kazandırmakta ve bu bireylerin toplumla ilişkilerinin sağlanmasında köprü görevi görmektedir. Bireylerin değişimlere karşı gösterdiği tutum ve davranışlar bağlı bulunduğu evreye göre değişim gösterir. Bu değişimde bağlı bulunulan ailenin ve toplumun kültürel süreçlerinin büyük bir etkisi vardır.

Aile yaşam döngüsünün aşamalarının belirlenmesi, toplumsal ve bireysel bazda önemlidir. Ailedeki döngüye bir sonraki bireyin de eklenmesiyle dinamik ve değişik bir hal almaktadır. Aynı duruma bakan bireylerin gördükleri görüntüler de birbirinden farklı olur. Bu da nesiller arasındaki çatışmanın nedeni olabilir.

Aile araştırmaları daha çok yabancı kaynaklıdır. Literatürde en çok bilinen yabancı araştırmalar Tablo 1'de liste olarak belirtilmiştir. Türkiye'de aile yaşam döngüsü konusunda Güven (1991) ve Ersoy'un (1993) çalışmaları dışında başka çalışma yoktur. Ayrıca çalışmalar, aileyi ele alışları bakımından da çok farklıdır. Güven'in çalışmasında aile yaşam döngüsü: başlangıç, genişleyen ve daralan aileler şeklinde 3 evreden oluşmaktadır.

Tablo 1. Aile yaşam döngüsünü araştıran çalışmalar

Araştırmacılar	Aşama Sayısı	Temel aşamalar
Carter ve McGoldrick	6 aşama	Evden ayrılış, yeni bir aile oluşturmaya hazırlık, küçük çocuklu aileler, yetişkin çocuklu aileler, aileden ayrılan çocuklar, geç hayatı olan aileler
Sorokin, Zimmerman ve Galphin	4 aşama	Ekonomik bağımsızlığını sağlamış yeni evliler, bir veya daha fazla çocuğu olan çiftler, kendine yetmeyi öğrenmiş çocuğu olan çiftler, yaşlı çiftler
Kirkpatrick, Cowles ve Tough	4 aşama	Okul öncesi çocuklu, ilköğretim ve lise çağında çocuğu olan, üniversite çağında çocuğu olan, yaşlı aileler
Loomis	4 aşama	Çocuksuzlar ve yeni çocuklular, küçük ve 36 yaş arası çocuğa sahip büyük çocuklular, yaşlı aileler
Bigelow	7 aşama	Kuruluş, okul öncesi ve yeni çocuklular, ilköğretim çağında çocuğu olanlar, lise çağında çocuğu olanlar, üniversite çağında çocuğu olanlar, geri dönen çocuğu olanlar, emeklilik
Glick	7 aşama	İlk evlenme, ilk çocuğun doğumu, son çocuğun doğumu, ilk çocuğun evlenmesi, son çocuğun evlenmesi, çiftlerden birinin ölümü, diğerinin ölümü
Rodgers	10 aşama	Çocuksuz-yeni aileler, bebekli aileler, okul öncesi çocuğu olan aileler, okul çağında çocuğu olan aileler, yetişkinlik çağında çocuğu olan aileler, genç yetişkin aileler, ayrılan çocuğu olan aileler, tüm çocukları evden ayrılmış orta yaşlı aileler, yaşlı aileler, dulluk (Rodgers bazı aşamaları kendi içinde de aşamalarına bölerek toplamda 23 aşamalı bir döngüyü esas almıştır).
Wells ve Gubar	7 aşama	Yeni evliler, küçük çocuklu yuva, büyük çocuklu yuva, evden ayrılmış çocuğu olan yuvalar, evde çocuğu kalmamış aile reisinin hala çalıştığı yuvalar, aile reisinin de emekli olduğu yuvalar, yalnız

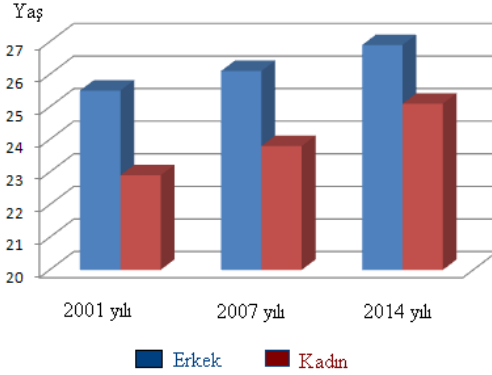
		yaşayan ve çalışan, yalnız yaşayan ve emekli
Duvall	8 aşama	Çocuksuz evliler, bebeliler, okul öncesi çocuğu olanlar, okul çağında çocuğu olanlar, ergenlik döneminde çocuğu olanlar, ilkinden sonuncusuna çocukların evden ayrılması, emekli oluncaya kadar orta yaşlı aileler, emeklilikten ölüme kadar yaşlı aileler
Schiffman ve Kanuk	9 aşama	Yeni evli çocuksuz çiftler, geç evlenmiş çiftler, ilk çocuğu geç olan çiftler, çocuksuz genç boşanmışlar, çocuklu genç boşanmışlar, çocuklu orta yaşlı boşanmışlar, evden ayrılmış çocukların geri döndüğü (boşanma, ekonomik nedenler vs.) aileler, evlilik bağı olmaksızın birlikte yaşayanlar, genç ve orta yaştaki evlenmemişler, eşi ölmüş dullar)

Türkiye’de yapılan çalışmaların azlığına karşı aile ile ilgili pek çok veri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) web sayfasındaki (www.tuik.gov.tr) istatistik tablolarında bulunabilir. Bu veriler, ailede çeşitli dönemlere göre istatistiklere ulaşmamızı sağlar. TÜİK tarafından Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre, aile yapısının tek kişilik hane halkı olarak nüfus yüzdesi artmakta, çocuklu ve çocuksuz çift sayısında ve üç kuşak içeren geniş aile oranları azalmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Türkiye’de hane halkı oranlarının yıllara göre karşılaştırması

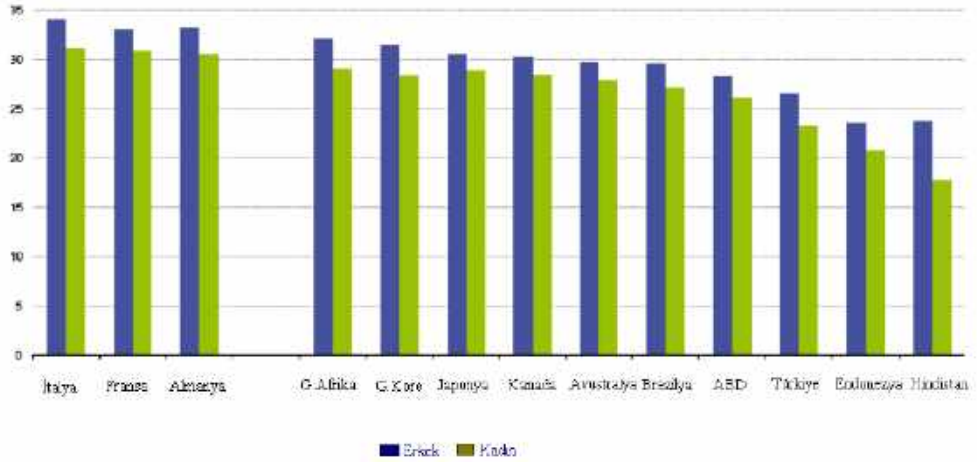
Türk hane halkı tipi	2006 yılı	2013 yılı
Tek kişilik hane halkı	%6,1	%8,9
Tek ebeveynli hane halkı	%7,2	%8,2
Çocuklu çift	%57	%55,1
Çocuksuz çift	%13,1	%14,9
3 kuşak içeren (geniş) aile	%16,6	%13,1

Türkiye’de kadın-erkek ortalama ilk evlenme yaşları değerlendirildiğinde, kadınlarda ortalama ilk evlenme yaşı 25,1, erkeklerde ise 26,9 olarak bulunmuştur (Şekil 1).



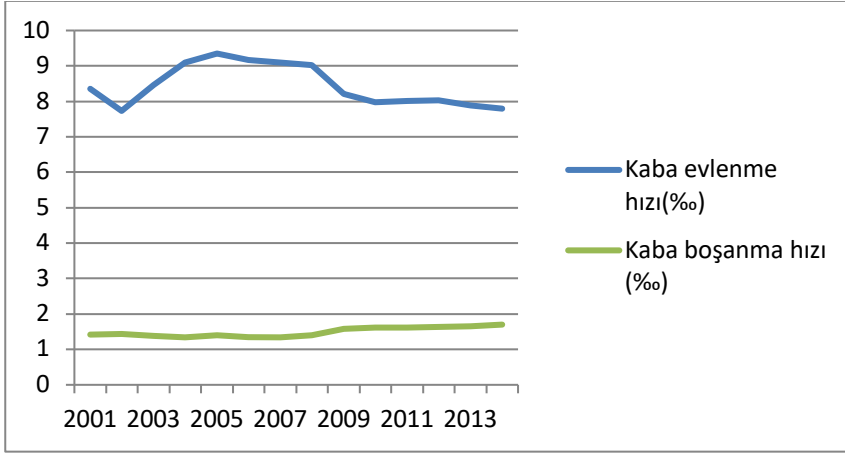
Şekil 1. Türkiye’de erkek ve kadınların ortalama ilk evlenme yaşlarının yıllara göre değişimi

Türkiye ortalama ilk evlenme yaş düzeyi, Endonezya ve Hindistan’ın ortalama ilk evlenme yaş düzeylerinden yüksek, Avrupa Birliği ve dünyadaki diğer ülkelerden daha düşük seviyededir (Şekil 2).



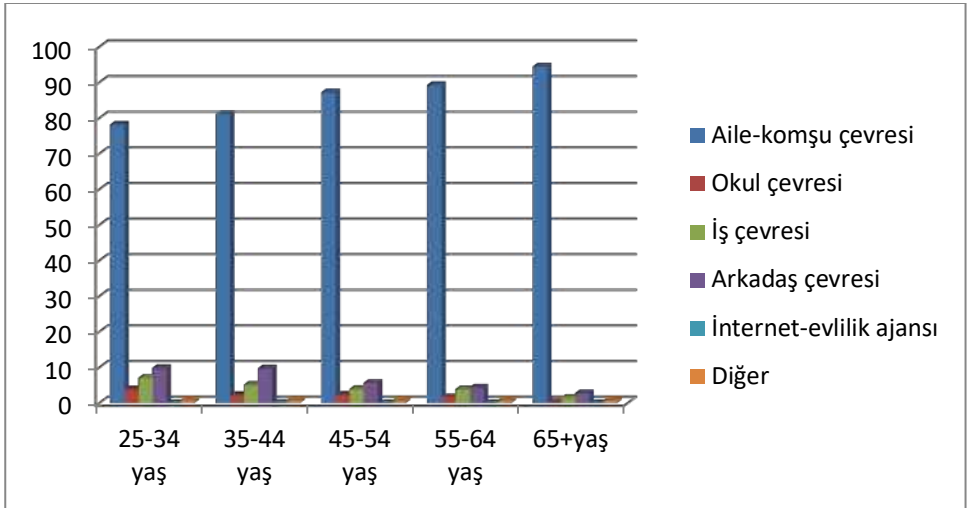
Şekil 2. Avrupa Birliği ve Dünya ülkelerinde ortalama ilk evlenme yaş değerleri

Evlilik istatistikleri arasında Türkiye’deki kaba evlenme hızı %7,8, kaba boşanma hızı %1,7 civarındadır (Şekil 3).



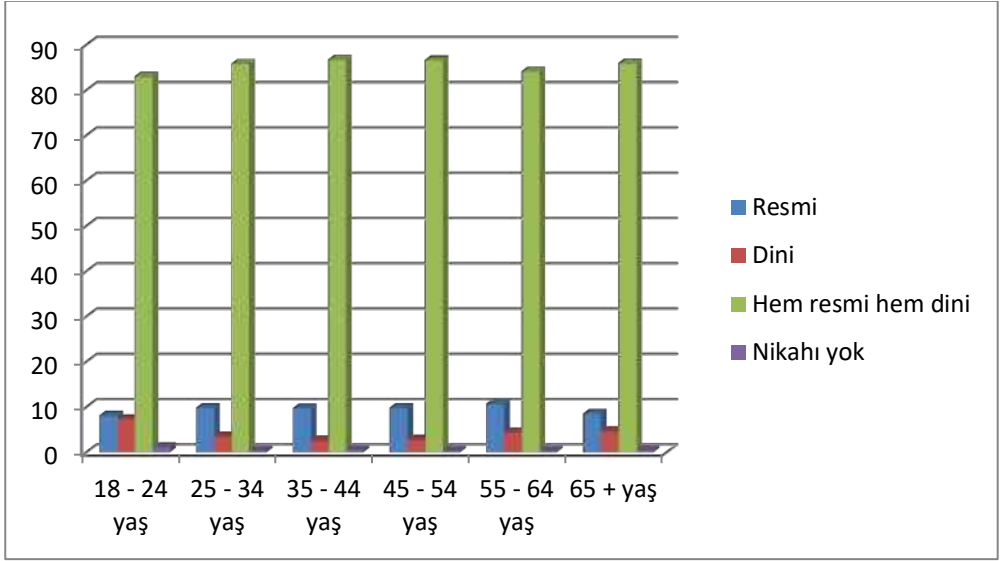
Şekil 3. Türkiye’de kaba evlenme hızı ve kaba boşanma hızının oranları

Yaş dağılımına göre evlenme kararı alma çeşitleri; aile-komşu çevresi, okul çevresi, iş çevresi, arkadaş çevresi, internet-evlilik ajansı ve diğer yöntemler başlığı altında incelenebilir (Şekil 4).



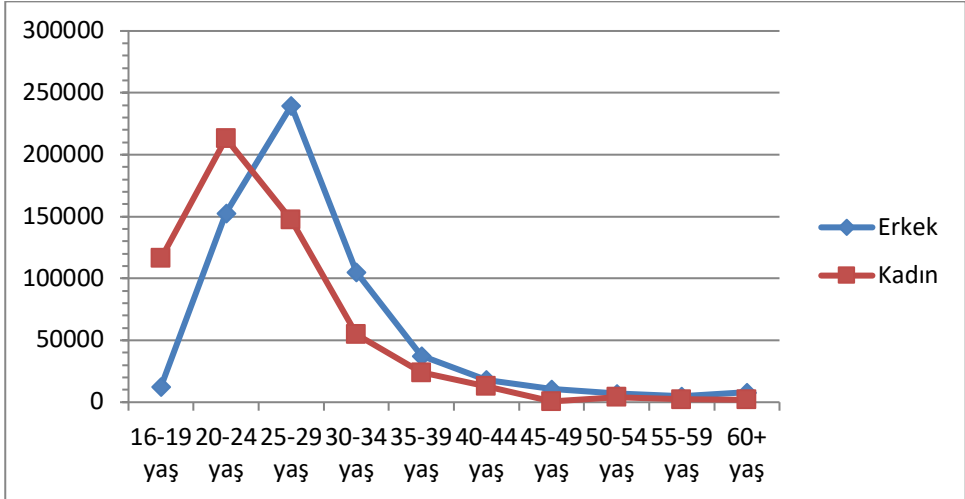
Şekil 4. Yaş dağılımına göre evlenme kararı alma çeşitleri

Tüm yaş gruplarında aile ve komşu çevresi aracılığıyla alınan evlenme kararı en fazladır. Bunu; iş çevresi, okul çevresi ve arkadaş çevresi izler. Evlilik türleri; resmi, dini, hem resmi hem dini ve nikahsız olarak ayrılabilir (Şekil 5).



Şekil 5. Evlilik türleri

Ülkemizde hem resmi hem dini nikah en sık rastlanan nikah türüdür. Sadece dini nikahın %2,7-7,4 oranında olması düşündürücüdür. Türkiye’de 2014 yılında cinsiyet ve yaşa göre evlenme sayısı araştırıldığında kadınların daha çok 25 yaş sınırında, erkeklerin ise 30 yaş sınırında evlendikleri dikkati çekmektedir (Şekil 6).



Şekil 6. Türkiye’de 2014 yılında evlenme sayılarının cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı

ABD’de gerçekleştirilen bir çalışmada aile yaşam döngülerinin ekonomik özellikleri incelenmiştir. Evlenmeden önceki dönemde kişiler gelirlerini giyim, eğlence, seyahat gibi konular içinde harcamışlardır. Çocuksuz çiftlerin ev eşyaları, çocuklu çiftlerin ise çocuğa yönelik eşya aldıkları ve eğitime harcadıkları görülmüştür. Sonraki aşamalarda kendilerine yönelik faaliyetlerde (lüks, seyahat vb.) bulunmuşlardır. Yaşlılık halinde ise en çok sağlık harcamaları dikkat çekmiştir.

Bu bölümde Duvall’e göre aile yaşam döngüsü anlatılacaktır (Şekil 7). Bu döngüde 8 evre bulunmaktadır: 1) çocuksuz evli çift, 2) çocuklu aile (ilk çocuğun doğumundan 30 aya kadarki süre), 3) okul çağı öncesi aile (ilk çocuğun 30 ay-6 yaş arası olması), 4) okul çağı ailesi (ilk çocuğun 6-13 yaş arası olması), 5) ergen çocuklu aile (ilk çocuğun 13-20 yaş arası olması), 6) genç erişkinler yetiştiren aile (ilk çocuğun evi terk etmesinden soruncusuna kadar), 7) orta yaşta ana-babalar (boş yuvadan emekliliğe kadar), 8) aile üyelerinin yaşlanması (emeklilikten eşlerin ölümüne kadar).



Şekil 7. Duvall’in aile yaşam döngüsü aşamaları

Duvall’in aile yaşam döngüsünde ilk aşama olan çocuksuz yeni çift, ailenin öncelikleri ve hedeflerini belirler. Sağlıklı ailelerde ortak yaşam stili oluşturulur. Aile ortamına uyum göstermek önem taşır. Ortak hobi ve ilgiler, ailenin birlikte iyi zaman geçirmesini

sağlar. Oluşan ortak gelirin yönetilmesi gerekir. Evlilikle beraber cinsellik, sadakat, arkadaşlık gibi konular önem arz eder. Gebelik ve ebeveynliğe geçiş aşaması yaşanır.

İkinci aşamada yeni evli çift çocuklu aileye terfi eder. Yeni gelecek bireye ailede yer açılır. En büyük çocuk 30 aylığa kadardır. Çocuğa alışma, gelişimine yardımcı olma esastır. Büyüyen aile ortamına uyum sağlama problem oluşturabilir. Aileye yenidoğan bebeğin bakım sorumluluğu eklenir. Anne ve babalık duyguları gelişir. Ortak karar alma, ilgilerin paylaşımı önem taşır. Aile büyükleriyle ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gerekir.

Üçüncü aşamada büyüyen çocuk okul öncesi çağa erişmiştir. En büyük çocuk 30 ay ile 6 yaş arasındadır. Çocuğun aile dışına çıkmasına izin verilir, ihtiyaç ve ilgilerine cevap verilir. Anne ve babanın mahremiyetinin korunması önem taşır. Yorulma ve tükenme ile baş etmek gerekir.

Dördüncü aşama, okul çağı ailesidir. En büyük çocuk 6 ile 13 yaş arasındadır. Çocuğun akademik başarısını artırmak, okuldaki diğer ebeveynlerle karşılaşmaya ve toplumsal yapıya uyum sağlamak gerekir. Çocukların eğitimini desteklemek önemlidir.

Beşinci aşama, ergen çocuklu ailedir. En büyük çocuk 13 ile 20 yaş arasındadır. Bu aşamada özgürlükler ve sorumluluklar arasında denge kurmak, ergenin bağımsızlığına uyum sağlamaya çalışmak gözlenir.

Altıncı aşama, genç erişkinler yetiştiren aile aşamasıdır. İlk çocuğun evi terk etmesinden sonuncu çocuğun evi terk etmesine kadar olan bölümdür. Çocuklar olmadan aileye yeniden yön vermek hedeftir. Büyüyen çocuklarla yetişkin gibi ilişki kurulabilmelidir. Anne ve baba, çocuklarının evlatlarıyla büyük babalık ve büyük annelik rollerini üstlenirler.

Yedinci aşama, orta yaşta anne ve babalıktır. Yuvanın boşalmasından emekliliğe kadar olan süreçtir. Orta yaş bazen evlilik sorunlarını ortaya çıkarır. Bazı evliliklerde boşanma görülebilir. Eski ve yeni nesillerle bağlarını devam ettirmek önem taşır.

Sekizinci aşama, yaşlı aile bireyleri aşamasıdır. Her iki eşin emekliliğinden ölümüne kadar olan süredir. Bedenin yaşlanmasına, emeklilikle değişen aile ve sosyal rollere uyum sağlamak gerekir. Kayıplarla baş edebilme, yalnız yaşayabilme becerilerinin ortaya konulması sağlanır. Hobi alanları oluşturmaya çalışmak, aile üyelerine destek sağlamak, aile içinde yaşlı bireyin bilgeliği ve deneyimleri için saygın bir yer oluşturmak gerekir. Bu evrede ölüme hazırlanmak başlar. Ailede evini kapatma gibi durumlar yaşanabilir.

Aile aşamalarında aile bireylerinin görevleri arasında çatışmalar çıkar. Ergenler bağımsız olmayı, anne-baba ise rehber olmayı ister. Kimse sınırlarının ihlal edilmesini istemez. Her iki eşin de çalışıyor olması görev dağılımında problemlere yol açabilir.

Kriz, aile üyelerinden birisinin hastalığı, ölümü, maddi kayıplar gibi sorunlar olup aile yaşam döngüsünü etkiler. Oluşan yeni duruma uyum sağlamak gerekir. Kişilerin kendi ailesinde de aynı aşamada problemler yaşanmış olabilir. Aile, bu aşamanın atlatılmasında iyi bir rol model sağlamamış olabilir. Bu durumda aile hekimlerinin kısa süreli danışmanlık verebilmesi gerekir. Aile hekimleri hastanın gelişiminin hangi aşamalarında duygusal dalgalanma yaşadığının nedenlerini anlamak durumundadır. Bu gibi durumlarda hasta ile aile hekimi arasındaki bağın kuvvetli olması önem taşır. Aile

hekiminin hastaya verilmesi gereken desteğin hangi konuda ve ne kadar olacağı önem taşır.

SONUÇ

Aileler, yaşamsal süreçlerden etkilenmektedirler. Aileye yeni bireyler eklenebilir veya çıkabilir, ancak aile uyum ve değişim göstererek ayakta kalmaya uğraşır. Bu süreçte aile dikkatlice araştırıldığında daha önceki bireylerde de çeşitli aşamalarda sorun yaşandığı saptanabilir. Bu aşamaların sorunsuzca geçirilebilmesi için aile hekimi bireysel ve aile görüşmeleriyle danışmanlık verebilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts. Erişim Tarihi: 22.12.2015.
2. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Türk aile yapısı özel ihtisas komisyonu raporu. 1989, s.179.
3. Aktürk Z. Aile Yaşam Döngüsü. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 2009-2010 Dönem 1 Aile Hekimliği Ders Notları. http://aile.atauni.edu.tr/ogrenciler/dersnotu/2009_2010/AtaUniTip09_10Donem1aileyasamdongusu.ppt. Erişim Tarihi: 15.12.2015.
4. Avrupa Birliği ve Dünya ülkelerinde ortalama ilk evlenme yaş değerleri. http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/images/1/10/Average_age_at_first_marriage_%28%C2%B9%29_%28years%29_EU_world15.png. Erişim Tarihi: 15.12.2015.
5. Çayır Y. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 2012-2013 Sınıf 1 Aile Hekimliği Ders Notları. http://aile.atauni.edu.tr/ogrenciler/dersnotu/2012_2013/YaseminCavir/AileYasamDongusu.pptx. Erişim Tarihi: 15.12.2015.
6. Özdemir Ş, Vatandaş C. Sosyal Problemleri Çözmede Aile Yaşam Döngüsünün (AYD) Önemi. Aile ve Toplum 2009; 4(16):7-18.
7. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Aile Yapısı Araştırması Veri tabanı, 2006. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=112&locale=tr>. Erişim Tarihi:15.12.2015.
8. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Konularına göre İstatistik, Nüfus ve Demografi, Hayati İstatistikler, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Ortalama İlk Evlenme Yaşı. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=76. Erişim Tarihi: 15.12.2015.
9. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Konularına göre İstatistik, Nüfus ve Demografi, Hayati İstatistikler, Evlenme boşanma istatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=112&locale=tr>. Erişim Tarihi: 15.12.2015.

Konu 6

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Zekeriya AKTÜRK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların kalite kavramı ve ilişkili faktörler hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kalite kavramını tanımlayabilmeli,
- Kalitenin ortaya çıkış sürecini belirtebilmeli,
- Sağlık hizmet kalitesini tanımlayabilmeli,
- Kalite çemberlerini tanımlayabilmeli,
- Kalitenin yararlarını sayabilmeli.

ÖZET

İletişimin artması ve ülkeler arasındaki sınırların azalmasıyla birlikte bütün dünyada gerek hizmet, gerekse mal üretimindeki rekabet ortamı da hızla artmaktadır. Rekabette başarının yolu daha kaliteli ürünü daha ucuza mal etmek olduğundan Toplam Kalite Yönetimi'ne ve Kalite Çemberleri'ne olan ilgi de giderek artmaktadır.

Özellikle Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği uygulamalarında geniş bir uygulama alanı bulan kalite çemberleri hekimlere aynı zamanda güncel konuları takip etme ve bilimsel araştırma yapma imkanı da sunmaktadır.

Aile hekimleri kendilerine bağlı nüfusa olabilecek en iyi sağlık hizmetini sunma konusunda yarışmalıdır. Bu yarışma, ekonomik çıkarlar çevresindeki bir yarışma yerine etik ilkelere bağlı kalarak, dayanışmayı da içeren bir yarışma olmalıdır. Coğrafi yakınlığı olan hekimler, kalite çemberleri aracılığıyla bu dayanışmayı ve sürekli kalite iyileştirmeyi uygulamaya koyabilirler.

GİRİŞ

Kalite, her ne kadar belli ölçütler kullanılarak objektif olarak ölçülebilse de esas itibariyle karşılaştırmaya dayalı, bireye ve duruma göre değişebilen, subjektif bir terimdir. Kökeni Yunanca Qualis (bir şeyin bulunduğu durum) anlamına gelmektedir. American Heritage Dictionary kaliteyi “An inherent or distinguishing characteristic; a property” olarak tanımlamaktadır. Kalite, “İstenen şartlara ilk defada, her defasında ve zamanında uymak” olarak da tanımlanmaktadır (1). Bu ifadeyi aile hekimliği açısından açıklamak için şöyle bir örnek verebiliriz: Zehirli böcek sokmalarının yaygın olduğu bir bölgede hizmete başlayan bir sağlık ocağı hekimi düşünelim. Bu meslektaşımız her an akrep sokması nedeniyle acil olarak getirilebilecek bir hastayla karşılaşabilir. Meslektaşımız ya göreve başlar başlamaz bölgenin ihtiyaçlarını öğrenecek ve gerekli hazırlıklarını yapacak, ya da ilk akrep sokması vakasıyla karşılaşmayı bekleyecektir. Şüphesiz ikinci senaryo hasta için felakete sonuçlanabileceğinden hekimin ihtiyacı ilk seferinde karşılayacak şekilde donanımlı olması daha iyi olacaktır. Kalite teriminin anlaşılmasına yardımcı olabilecek farklı tanımlar Tablo 1’de verilmiştir.

Önemli Noktalar

- Kalite “bir şeyin bulunduğu durum” olarak tanımlanabilir.
- İhtiyaçların her defasında ve ilk defasında karşılanması aile hekimliği için uygun bir kalite tanımıdır.
- ISO gibi kalite sistemlerinin kurulması, kalite güvencelerinin belirlenmesi, verilen hizmetin durumunu tanımlamaya yarar.

Tablo 1. Kaliteyle ilgili çeşitli tanımlar



Kullanıma uygunluktur.



Şartlara uygunluktur.

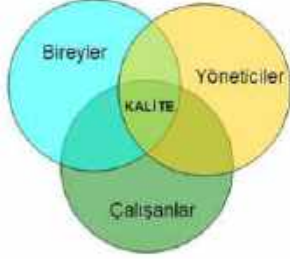


İhtiyaçların karşılanabilme oranıdır.



Müşteri memnuniyetidir.

Daha çok müşteri odaklı olarak verilen yukarıdaki tanımların sağlık çalışanları ve iş verenlere yönelik olarak da yorumlanması gerekir. Çünkü sağlıkta gerçek kalite, ancak tüm tarafların katılımıyla sağlanabilir (Şekil 1). Dolayısıyla doktor ve hemşireler için kalite, güvenli ve rahat bir iş ortamı anlamına gelebilirken iş veren için en iyi hizmeti daha az maliyetle vermek anlamına gelebilir.



Şekil 1. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirleyen taraflar

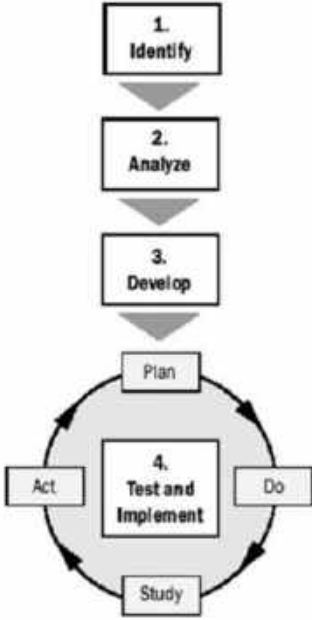
Kalite olgusunun ilk tartışılmaya başlandığı 1960'lı yıllarda kalite standartlarından bahsedilirken bugün toplam kalite yönetimi (total quality management) ve kalitenin iyileştirilmesine (quality improvement) odaklanılmıştır (3). Kalite standartlarını belirlemede Türk Standartları Enstitüsü (TSE), Joint Commission International (JCI) ve International Organization for Standardization (ISO) gibi kuruluşlar görev alabilirler. Bu kuruluşların esas hedefi hizmetin ölçütlerinin belirlenmesini sağlamak ve önceden belirlenmiş ölçütlere uyulmasını denetlemektir. Bu ifadeyi daha anlaşılır kılmak için şöyle açıklayabiliriz: ISO belgesi mercimek çorbasını nasıl yapılacağını söyler ve üretici, çorbayı hep aynı yapacağını garanti eder. Ancak, çorba acılı olabilir ve dolayısıyla acılı çorbayı sevmeyen bir müşterinin hoşuna gitmeyebilir. O nedenle kalite standartlarının yanında kaliteyi sürekli iyileştirmek ve çalışan, müşteri ve işverenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde güncellemek önemlidir. Dinamik bir süreç gerektiren bu kalite yaklaşımı Deming'in önerdiği "planla-yap- kontrol et-yürüt" döngüsü ile sağlanabilir (Şekil 2) (4). Bu döngüye göre önce problemin saptanması (Adım 1 – identify), analiz edilmesi (adım 2 – analyze), bir plan geliştirilmesi (adım 3 – develop), planın uygulamaya konması (do – yap), sonuçların araştırılması (study – kontrol et) ve bulunan sonuçlara göre düzeltmelerin yapılması (act – yürüt) gerekir.

Deming döngüsünü bir örnekle açıklamaya çalışalım: Hasta memnuniyetini değerlendiren bir anket uyguladığımızı ve hastalarımızın bekleme salonunda üşüdüklerini saptamış olalım (Adım 1). Hastaların neden üşüdüklerini ve bekleme salonumuzun durumunu değerlendirebiliriz (Adım 2). Bir plan geliştirmeliyiz. Planımız hastaların üşümelerini önlemek için randevu ile çalışma ve beklemeyi önlemek olabilir (Adım 3). Artık hastalarımızı randevuyla kabul ediyoruz ve bekletmeden bakmaya çalışıyoruz (Yap). Hasta memnuniyeti anketimizi tekrar uyguladık ve üşüme yakınması olan hastalarımızın azaldığını saptadık (Kontrol et). Halen üşüyen hastalarımız olduğunu fark ettik ve uygulayabileceğimiz ek tedbirler planladık (Yürüt).

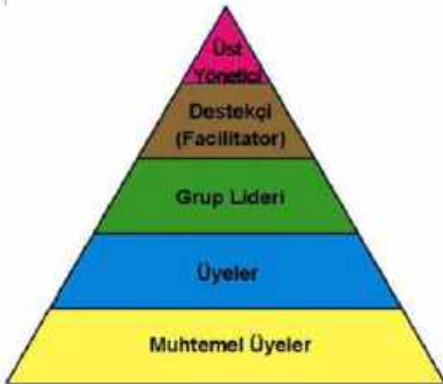
KALİTE ÇEMBERLERİ

Kalite döngüsünü gerçekleştirmek için çeşitli araçlar dan yararlanabiliriz. Bunların arasında sık kullanılanlar kalite ekipleri oluşturmak veya kalite çemberleri (KÇ) kurmak olabilir (5-7). KÇ tüketicinin istediği kalitede ürünleri ekonomik olarak üretmeye yönelik metodolojik bir sistemdir (8) "Bir işle ilgili sorunları ve çözümlerini en iyi o işte bizzat çalışanlar bilir" görüşünden hareket etmektedir. KÇ'ni işle ilgili problemleri çözmek üzere düzenli olarak toplanan aynı iş kolunda çalışan gönüllü insanlar oluşturur. Örgütlenme üst düzey bir yönetici, ona bağlı çemberi koordine eden ve yönlendiren, gerektiğinde himaye eden, grubun çalışmalarını kolaylaştıran bir destekçi

(facilitator), grup lideri (moderatör) ve üyelerinden oluşur (Şekil 3). Genellikle bir grupta 3-15 üye bulunur (9). İdeal üye sayısı 6'dır. Grup üyelerine problem çözme, istatistiksel olarak kalite kontrolü ve grup işleyişi konusunda eğitim verilir. Lider, grubu yönetir ve alınan kararları rapor haline getirir. Grup üyeleri genellikle iş saatlerinde olmak üzere iki haftada bir, bir saatlik süreyle toplanırlar (7).



Şekil 2. Deming'in "Planla-Yap-Kontrol et-Yürüt" döngüsü



Şekil 3. Kalite çemberlerinin örgütlenme şeması

SONUÇ

Global bir köy olarak değerlendirebileceğimiz günümüz dünyası sınırları kalkmış bir topluluk haline gelmektedir. Gelişmiş ülkeler gelişmekte olanları sınırları kaldırmaya zorlamaktadır. Bu gelişmeler beraberinde ülkeler, tüzel kişilikler ve bireyler arasında da bir yarışma ortamı oluşmuştur. Hem mal, hem de hizmet üreticilerinin bu şartlarda hayatiyetlerini devam ettirebilmeleri için ürünlerinin tercih edilebilirliğini artırmaları gerekmektedir. Aile hekimleri de kendilerine bağlı nüfusa olabilecek en iyi sağlık hizmetini sunma konusunda yarışmalıdır. Bu yarışma, ekonomik çıkarlar çevresindeki bir yarışma yerine etik ilkelere bağlı kalarak, dayanışmayı da içeren bir yarışma olmalıdır. Coğrafi yakınlığı olan hekimler, kalite çemberleri aracılığıyla bu dayanışma ve sürekli kalite iyileştirmeyi uygulamaya koyabilirler.

KAYNAKLAR

1. Juran JM. International Significance of the Quality Control Circle. Quality Progress 1980;13:18-22. [SEP]
2. Berkman Ü. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Hizmet Sektöründe Kalite Güvencesi Uygulamasına İlişkin Bazı Gözlemler. Haberal Eğitim Vakfı Başkent Üniversitesi, Ankara 1994. [SEP]
3. Çoruh M. 1.basamak SağlıkUygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara 1996. [SEP]
4. Frazier WH. Quality Assessment and the Art of Medicine. Med Care 1979;17(5):480-485. [SEP]
5. Gerlach FM, Bahrs O, Weiss-Plumeyer M. Hausaerztliche Qualitätszirkel-Wurzeln, Konzepte, Perspektiven. Fortschr Med 1994;20;112(8):56-61.
6. Beyer M, Gerlach FM, Grol R. Quality Circles and Peer Review Groups in Europe First Results of the European Working Party on Quality in Family Practice (EquiP) Survey. 6th European Conference on General Practice and Family Medicine, 2-6 Temmuz 2000, Kongre Kitapçığı, S:71.
7. Lehman ME. Quality Circles: Their Place in Health Care. Hospital Topics 1986;64(5):15- 19. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C. Aile Hekimliğinde Kalite Çemberleri. Sendrom 2001;13(4):65.
8. Ferris GR, Wagner JA. Quality circles in the United States: A Conceptual Reevaluation. The Journal of Applied Behavioral Science 1985;21(2):155-167.

Konu 7

TEMEL KALİTE İYİLEŞTİRME ARAÇLARI

Zekeriya AKTÜRK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda öğrencilerin kalite iyileştirme çalışmaları içerisinde yer alan “temel kalite iyileştirme araçları” hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Temel kalite iyileştirme araçlarından en az beş tanesini sayabilmeli,
- Balık Kılçığı Diyagramını açıklayabilmeli,
- Denetleme listesi ve kontrol çizelgesini örnek vererek açıklayabilmeli,
- Akış çizelgesini açıklayabilmeli,
- Histogramı açıklayabilmeli,
- Pareto çizelgesini açıklayabilmeli,
- Serpiştirme diyagramını açıklayabilmeli.

ÖZET

Aile hekimliği disiplini toplumla iç içe olmayı ve toplum ihtiyaçlarını takip edip uyum sağlamayı gerektirir. Bunun da ötesinde Türkiye’de sağlık alanında son zamanlarda gerçekleşen hızlı değişimler de sürekli adaptasyonu ve kalite artırımını mecbur kılmaktadır.

Bu konuda aile hekimlerinin kalite iyileştirme çalışmaları çerçevesinde hayata geçirebilecekleri uygulamalara yer verilmiştir. Değişime açık olmakla başlayan ve kalite sistemleri kurma ve kalite standartları tanımlama gibi Türkiye’de birinci basamak için henüz gelişme aşamasında olan uygulamalara kadar geniş bir yelpazede yapılabilecekler incelenmiştir.

Aile hekimlerinin kalitelerini artırmak için kullanabilecekleri çok sayıda araç mevcuttur. Bunların yanında sağlık otoritesi ve/veya meslek örgütlerinin kurumsal destekleriyle gelişimi hızlanabilecek kalite çemberleri ve akademik çalışma gerektiren kalite standartlarının tanımlanması da sırada bekleyen hedeflerdir.

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de aile hekimliği en hızlı değişen ve dinamik tıp disiplini. Bu değişime açık olma özelliğinin, aile hekimliği disiplininin “Topluma dayalı olma”, “Hasta merkezli bakım sunma”, “Sağlık hizmetlerinin koordinasyonu rolünü üstlenme”(1) gibi kendi doğasından kaynaklanan özelliklerle ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Diğer taraftan, sağlık sistemlerindeki değişimlerden de en fazla etkilenen disiplinlerden biri aile hekimliğidir. Özellikle son yıllardaki kanun ve yönetmelik değişiklikleri en fazla aile hekimliğini ilgilendirmektedir.

01.01.2004-01.11.2010 tarihleri arasında Resmi Gazete’de “aile hekimliği” anahtar kelimesiyle arama yapıldığında 117 kayıt bulunurken “iç hastalıkları” için 38 “genel cerrahi” için 47 kayıt bulunmaktadır (2).

Aile hekimliğinin yukarıda bahsedilen dinamik yapısı bazılarımız taraftan bir tehdit olarak algılanabilirse de bu durum aslında bir fırsat olarak ta değerlendirilebilir. Çünkü kalite “daha iyiye doğru bir değişim”dir (3). Uygun plan ve yöntemler geliştirip uygulayabilmemiz halinde aile hekimliği pratiğindeki kalitemizi hem disiplinimizin toplum ve bireydeki değişimlere adapte olma gerekliliğini yerine getirerek, hem de sağlık sistemindeki hızlı değişimleri fırsata dönüştürerek artırabiliriz.

Bu makalede aile hekimliği uygulamasında kalite artırımı için faydalanabileceğimiz araç ve yöntemlerden bahsedilecektir.

Aile hekimliği pratiğinde Kutu 1’de belirtilen kalite iyileştirme çalışmalarını yapabiliriz. Bunların içerisinde “Temel kalite iyileştirme araçları”nı ayrı bir başlık altında inceleyebiliriz (Kutu 2).

Kutu 1. Aile hekimliği pratiğinde yapılabilecek kalite iyileştirme çalışmaları

1. Değişime açık olmak
2. Misyon ve vizyonu belirlemek
3. Sistem analizi yapmak
4. Başvuran görüşlerini almak
5. Kalite çemberleri oluşturmak
6. Eğitimler yapmak/katılmak
7. Kalite standartlarına uymak
8. Kalite sistemleri kurmak
9. Temel kalite iyileştirme araçlarını uygulamak

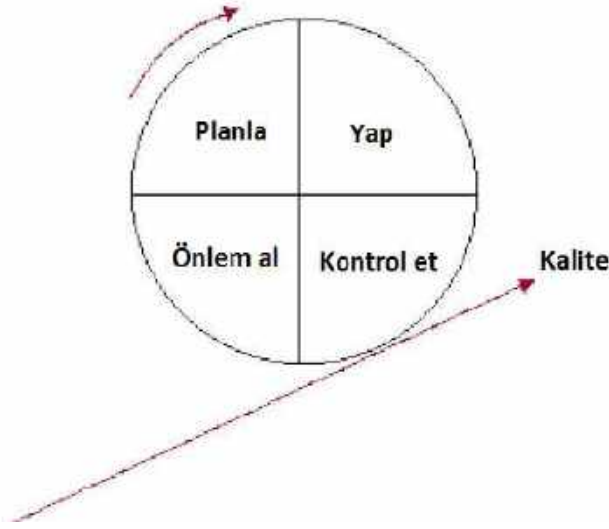
Önemli Noktalar

- Aile hekimliği uygulamasında aşağıdaki kalite iyileştirme çalışmaları uygulanabilir:
 - Misyon ve vizyonu belirleme
 - Sistem analizi yapma
 - Başvuran görüşlerini alma
 - Kalite çemberleri oluşturma
 - Eğitimler yapma/katılma
 - Kalite standartlarına uyma
 - Kalite sistemleri kurma
 - Kalite iyileştirme araçları uygulama

Değişime açık olmak

Kalite denince akla gelen klasik bilgi Deming döngüsüdür (Şekil 1). Deming döngüsü “Yapacağın kalite değişimini planla” (Plan), “Planını uygulamaya geçir” (Do), “Uygulama sonuçlarını kontrol et ve ölç” (Control) ve “Kaliteyi artırmak için önlem al” (Act) şeklinde özetlenebilecek PDCA bileşenlerinden oluşur (4). Bu döngü bir kere uygulamaya mahsus olmayıp sürekli iyileşme için sürekli tekrar edilmesi ve her defasında küçük adımlarla kalite artışının sağlanması anlamına gelir.

Sürekli kalite iyileştirme prensipleri ancak değişime açık olan zihinler tarafından uygulanabilir. Onun için öncelikle değişime açık olmalıyız.



Şekil 1. Plan (Planla), Do (Yap) Study (Kontrol et), Act (Ölç) bileşenlerini gösteren Deming döngüsü

Değişime açık olma toplumda olumlu bir etiket olduğundan hangimize sorulsa değişime açık olduğumuzu söyleriz. Ancak şüphesiz değişime açık olmak sözlü ifadeden ileriye gidebilmelidir. Değişime açık bir aile hekiminin birlikte çalıştığı *meslektaşlarına, hastalarına ve yöneticilerine* yaklaşımı;

- “Nasıl geliştirebiliriz?”,
- “Başka düşünceler var mı?”,
- “Uygun seçenekleri kontrol edelim”,
- “Başka kim katkıda bulunabilir?”,
- “Neden hep böyle yapıyoruz?” ve “Teşekkürler, güzel fikir!”

gibi tümcelerle özetleyebileceğimiz bir tutum şeklinde olmalıdır.

Kutu 2. Temel kalite iyileştirme araçları

1. Balık kılıcı diyagramı (cause and effect diagram)
2. Denetleme listesi (check sheet)
3. Kontrol çizelgesi (control chart)
4. Akış çizelgesi (flow chart)
5. Histogram
6. Pareto çizelgesi
7. Serpiştirme diyagramı

Misyon ve vizyonu belirlemek

Başarılı olabilmemiz için öncelikle kendimizi ve işimizi iyi tanımlamak zorundayız. Ne yaptığımız ve nereye varacağımızı doğru tanımlamadan kalitemizi artırmamız mümkün değildir (5). Herhangi bir işte olduğu gibi aile hekimliği uygulamasında da işe ne yaptığımızı tanımlamakla başlamalıyız. Böylece kalitemizin temelini de belirlemiş oluruz. “Biz kimiz ve ne yaparız?” Bu sorunun cevabını tercihen iş arkadaşlarımızla birlikte düşünerek verebilirsek misyon tanımımızı yapmış oluruz. Bunun dışında hekim ve kuruluş olarak gelecekte nerede olacağımızı, neleri hedeflediğimizi de belirleyerek gelecekle ilgili vizyonumuzu da tanımlamalıyız. Vizyon ve misyon (görev ve amaç) yazımı konusunda danışman firmalardan, kitaplardan (6) veya web kaynaklarından (7) yararlanabilirsiniz.

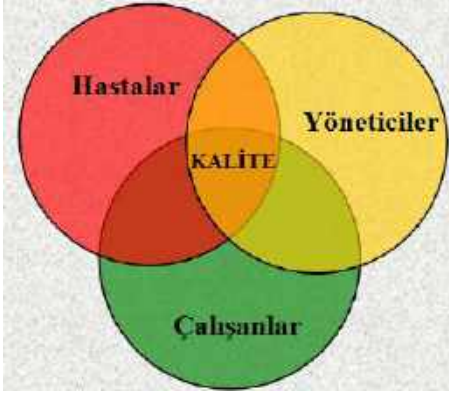
Sistem analizi yapmak

İyi ya da kötü her kuruluşun bir işleyiş sistemi vardır. Kaliteyle ilgili sorunlarımızın birçoğu sistemimizin doğru kurulmamış olması/iyi işlememesi veya çalışanların iş tanımlarının doğru yapılmamış olmasından kaynaklanmaktadır.

Kalite iyileştirme serüvenimize başlarken misyon ve vizyonumuzu tanımladıktan hemen sonra iş yerimizde kimin ne yaptığını ve nasıl yaptığını tanımlayarak devam edebiliriz. Bu amaçla her çalışana “Siz ne yaparsınız?” ve “Siz bu yaptığınız işi nasıl yaparsınız?” sorularını yöneltmek uygun olacaktır. Bu çalışma sonunda iş yerimizde neyin nasıl yürüdüğünün bir fotoğrafını çıkarmak mümkün olacaktır. Ancak neyi nasıl yaptığımızı ortaya koyduktan sonra nasıl daha iyi yapabileceğimizin üzerinde çalışmaya başlayabiliriz.

Başvuran görüşlerini almak

Güncel bir kalite terimi olan “Toplam Kalite Yönetimi” (TKY) basit olarak “Çalışanlar, işverenler ve müşterilerin işbirliğiyle ürün/hizmet kalitesinde artış oluşturulması” olarak tanımlanmaktadır (8). Sağlık hizmetleri için burada hastalar (başvuranlar), yöneticiler ve çalışanlar ifadelerini kullanabiliriz (Şekil 2).

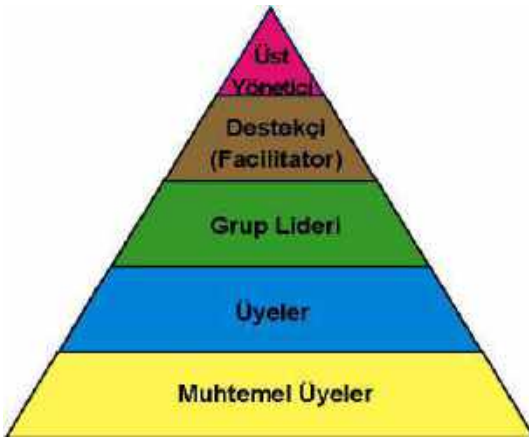


Şekil 2. Çalışanlar, hastalar ve yöneticilerin işbirliğini gerektiren toplam kalite yönetimi modelinin şematik gösterimi

TKY tanımından da anlaşılacağı üzere başvuran görüşlerinin alınması kalite artırma çalışmalarımız için vazgeçilmezdir. Hizmet verdiğimiz nüfus biz aile hekimlerinin varlık nedenidir; onları her fırsatta çalışmalarımıza katmalıyız. Başvuran görüşlerini almak, ikili görüşmeler sırasında sübjektif yöntemlerle veya dilek kutusu gibi uygulamalar aracılığıyla yapılabileceği gibi, bu amaçla geliştirilmiş yapılandırılmış ölçekler de kullanılabilir. Bu ölçeklerden birisi EQuIP (www.equip.ch) tarafından geliştirilen EUROPEP ölçeğidir (9).

Kalite çemberleri oluşturmak

Kalite çemberleri, işle ilgili problemleri çözmek üzere düzenli olarak bir araya gelen aynı iş kolunda çalışan gönüllü insanların oluşturduğu bir sistemdir (10). Kalite çemberleri, bir çeşit sürekli mesleksi gelişim etkinliği olması nedeniyle hekimlerin kişisel gelişimlerine yardımcı olduğu gibi bireylerin aldığı hizmet kalitesine de katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle birçok Avrupa ülkesinde kalite çemberleri sağlık otoritesi ve/veya meslek örgütleri tarafından desteklenmektedir (11).



Şekil 3. Kalite çemberlerinin örgütlenme şeması.

Kalite çemberi üyeleri 1 hafta – 1 ay gibi değişen sıklıklarla bir araya gelir ve kendi belirledikleri bir gündem çerçevesinde sorunlarını tartışır, çözüm önerileri geliştirmeye çalışırlar. Grup lideri toplantıların tutanaklarını tutar ve yöneticilere iletilmesi gereken konular varsa bu iletişimi sağlar. Çember üyelerinin rahat çalışabilmesi için bir destekçi gerekir. Bu kişi, sağlık müdürü veya yardımcılarında birisi olabileceği gibi bir akademisyen veya kıdemli meslektaş da olabilir. Kalite çemberlerine katılım gönüllülük esasına göre olmalıdır ve dileyen herkesin katılması mümkün olmalıdır. Türkiye’de henüz tanımlanan anlamda kalite çemberleri uygulaması bulunmamaktadır.

Eğitimler yapmak/katılmak

Şüphesiz kaliteli bir sağlık hizmetinin olmazsa olmazı iyi yetişmiş, konusunda uzman, bilgi ve beceri sahibi sağlık personelinin varlığıyla mümkündür. Klinik hizmet sunumu konusunda bilgi düzeyimizin yetersiz olması halinde hangi kalite iyileştirme tekniğini kullanırsak kullanalım istenilen başarıyı elde edemeyeceğiz.

Aile hekimleri kendilerinin ve birlikte çalıştıkları elemanların sürekli mesleki gelişimlerini sağlamak için iyi bir plan yapmalı ve bunu uygulamaya koymalıdır. Eğitimler aile hekimliği biriminde belli aralıklarla iç eğitim etkinliklerini içerebileceği gibi, ulusal ve uluslararası kurs ve kongrelere katılma ve/veya uzaktan eğitim kaynaklarından faydalanma şeklinde de olabilir.

Eğitim etkinlikleri para ve zaman gerektiren çalışmalar olduğundan bunların sağlık otoritesi tarafından gerek yönetsel anlamda, gerekse ekonomik olarak desteklenmesi de önem arz etmektedir.

Kalite standartlarına uymak

“Kalite standartları” ve kalite güvencesi” ifadeleri “kalite iyileştirme” ifadelerinden önce literatürümüze girmiştir. Zaten mantıklı olanı da önce bir temel kalite standardı tanımlamak ve sonra bunun üzerine daha fazla gelişim için çalışmalar yapmaktır.

Kalite standartları, aile hekimlerinin klinik hizmet sunumunda bir asgari düzeyi garanti edecektir. Bunun da ötesinde kalite standartlarını kullanarak hem hekimler kendi düzeylerini ölçebilirler, hem de hizmet alıcılar tercihlerini daha bilgilendirilmiş bir şekilde yapabilirler.

Türkiye’de aile hekimliği için belirlenmiş kapsamlı kalite standartları henüz yok. Sağlık Bakanlığı’nın Mayıs 2010’da yürürlüğe koyduğu Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (12) aile sağlığı merkezlerini dört gruba ayırmaktadır (Ek 1). Her ne kadar bu standartlar daha çok fiziksel koşullarla ilgili olsa da aile hekimleri bu standartları temel alarak daha ileri çalışmalar yapabilirler.

Aile hekimlerine standart belirlemede yardımcı olabilecek başka bir uygulama da Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen “Hizmet Kalite Standartları”dır (13). Hastaneler için geliştirilmiş olmakla birlikte, 21 başlık altında toplanan ve 400’e yakın maddeden oluşan bu standartlar da aile hekimlerine fikir vermesi açısından incelenmeye değerdir (Kutu 3).

Error! Use the Home tab to apply Heading 2;Title to the text that you

Bunların dışında, birinci basamak için geliştirilmiş değerlendirme araçları da vardır. European Practice Assessment (EPA) aracı, aile hekimliği muayenehanelerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (14). EPA ölçeği “Kalite ve Güvenlik”, “Enformasyon”, “İnsan”, “Altyapı” ve “Finans” olmak üzere beş boyutta yine 400’e yakın madde üzerinden değerlendirme yapmaktadır.

Mevcut ulusal ve uluslararası standartlar ışığında Türkiye’ye uygun aile hekimliği kalite standartlarının belirlenme ihtiyacı vardır.

Kutu 3. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı hizmet kalite standartları ana başlıkları

1. Poliklinik hizmetleri
2. Laboratuvar hizmetleri
3. Görüntüleme hizmetler
4. Ameliyathane hizmetler
5. Klinikler
6. Yoğun bakım üniteleri
7. Diyaliz hizmetleri
8. Acil servis hizmetleri
9. Ambulans ve ambulans hizmetleri
10. Eczane hizmetleri
11. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
12. Hasta ve çalışan güvenliği
13. Kurumsal hizmet yönetimi
14. Hastane bilgi sistemi
15. Hasta kayıtları ve dosyası
16. Arşiv
17. Tesis yönetimi ve güvenlik
18. Depolar
19. Mutfak
20. Çamaşırhane
21. Morg

Kalite sistemleri kurmak

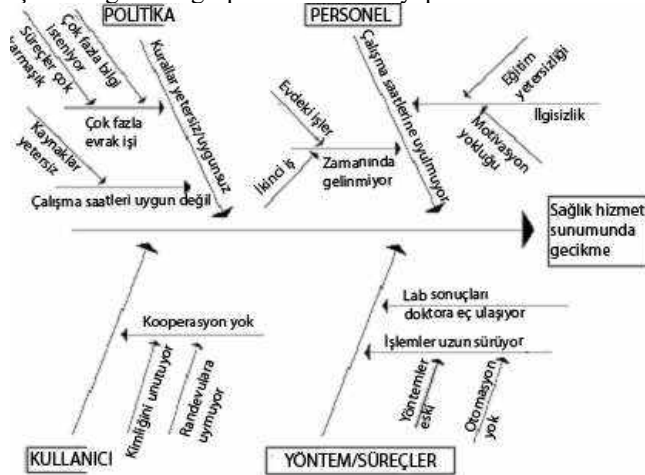
Önceleri sanayide başlayan kalite sistemleri çalışmaları giderek sağlık hizmetlerini de kapsar hale gelmiştir. Birçok hastane kalite sistemleri kurma faaliyetlerini tamamlamış ve ISO ve/veya JCI akreditasyonu başta olmak üzere belgelendirme çalışmaları yapmış/yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için bu faaliyetler Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın (<http://www.performans.saglik.gov.tr/>) desteği ve yönlendirmesi çerçevesinde yürütülmektedir.

Belli hastane zincirlerinin parçası olanlar dışında aile hekimliği ofislerinde kalite sistemleri oluşturma çalışmaları henüz yaygın değildir. Bunun önemli bir sebebi, kalite sistemleri kurmanın masraflı ve zaman alıcı olması olabilir. Aile hekimliği ofisleri için belgelendirme ve akreditasyon henüz maliyet etkin görünmemekle birlikte, sağlık otoritesi ve dernekler gibi kurum ve kuruluşların lojistik ve maddi destek sağlaması halinde, grup muayenehaneleri için bu durum ileride gündeme gelebilir.

Temel kalite iyileştirme araçlarını uygulamak

Kalite hedeflerine ulaşmak için çeşitli araçlardan yararlanılması önerilmiştir. Bu kalite araçları kullanılarak kalitenin sürekli artırılması ve hasta beklentilerinin daha iyi karşılanmasının sağlanması amaçlanır. Literatürde 7 adet temel kalite iyileştirme aracı (Basic Tools of Quality) tanımlanmıştır. Burada bu araçlardan kısaca bahsedilecektir. Daha ayrıntılı okuma için başka kaynaklara (15) bakılabilir.

1. *Balık kılıcı diyagramı* (cause and effect diagram): Bir probleme yol açan sebeplerin saptanması amacıyla kullanılır. Beyin fırtınası yöntemiyle sorunlar saptanır ve afinite tekniği kullanılarak hangi nedenlerin probleme yol açabileceği gruplandırma yapılarak belirlenmeye çalışılır.



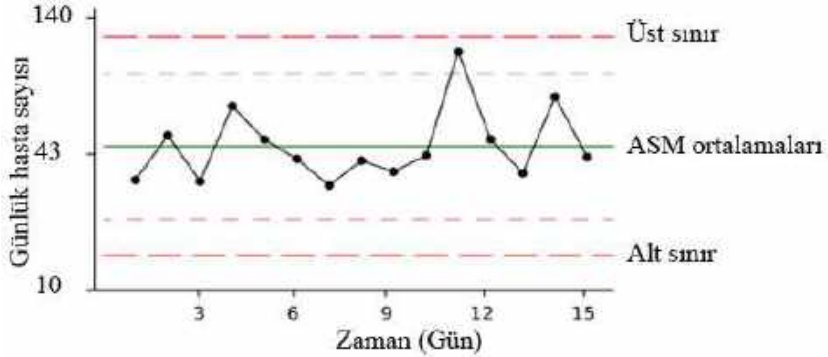
2. *Denetleme listesi* (check sheet): Bir kontrol listesi aracılığıyla yapılan işlerin takip edilmesi şeklindeki uygulamadır. Poliklinik sayılarının çetenmesi,

Error! Use the Home tab to apply Heading 2;Title to the text that you

mekan temizliklerinin yapıldığının işaretlenmesi gibi kullanımları olabilir.

Oda Temizliği Denetleme Listesi		
Tarih	Yapılma durumu	Temizliği yapan
01.10.2016	Yapıldı	AK
04.10.2016	Yapıldı	ZA
05.10.2016	Yapıldı	ZA
06.10.2016	Yapıldı	ZA
07.10.2016	Yapıldı	ZA
08.10.2016	Yapıldı	ZA

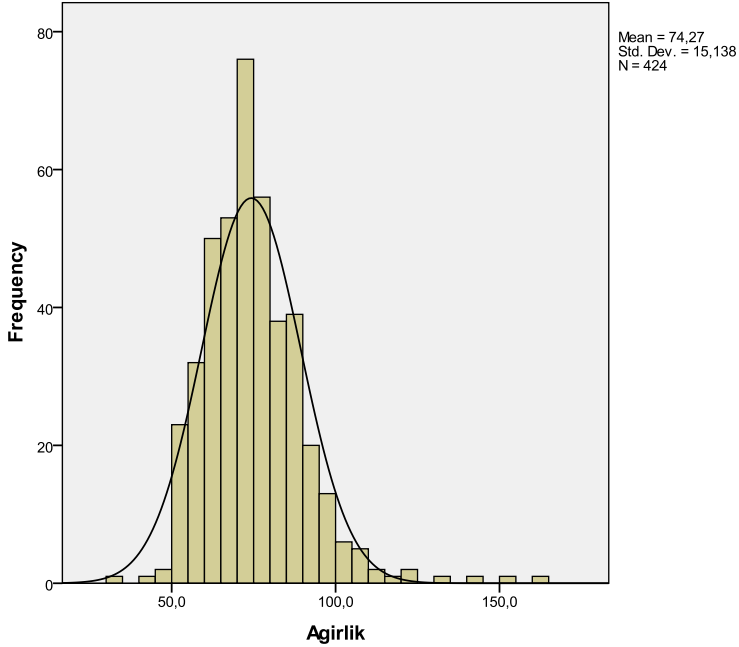
3. *Kontrol çizelgesi* (control chart): Verilerin karşılaştırmalı olarak zaman içerisinde gösterilmesi şeklinde bir uygulamadır. Bireylerin vücut kitle endekslerinin zaman içerisinde takip edilmesi ve bunun toplum değerleriyle karşılaştırılması örnek olarak verilebilir.



4. *Akış çizelgesi* (flow chart): İş akışlarını düzenlemek için kullanılır.

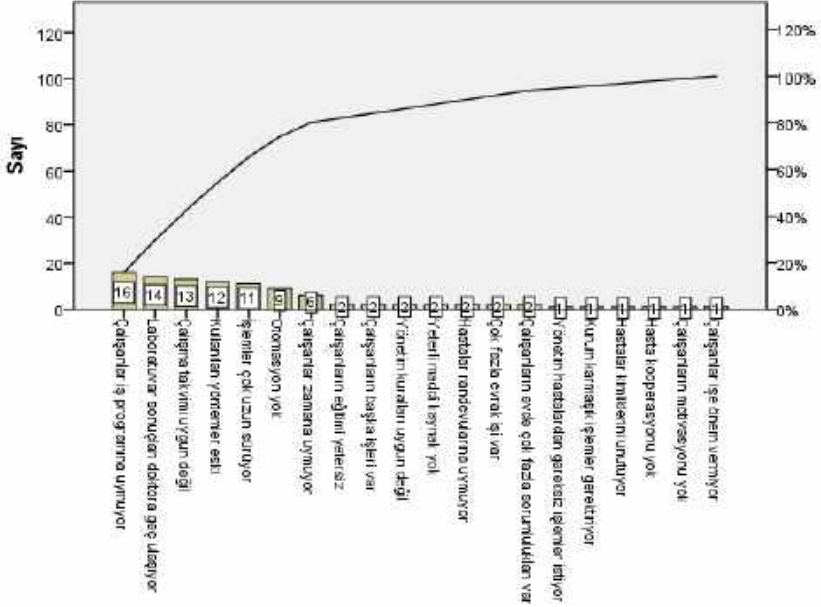


5. *Histogram*: Numerik ölçümlerde ölçümün dağılımını göstermek için kullanılır. Örnek: Aile hekimi hizmet verdiği bireylerin ağırlık dağılımlarını görmek ve buna göre plan yapmak isteyebilir.

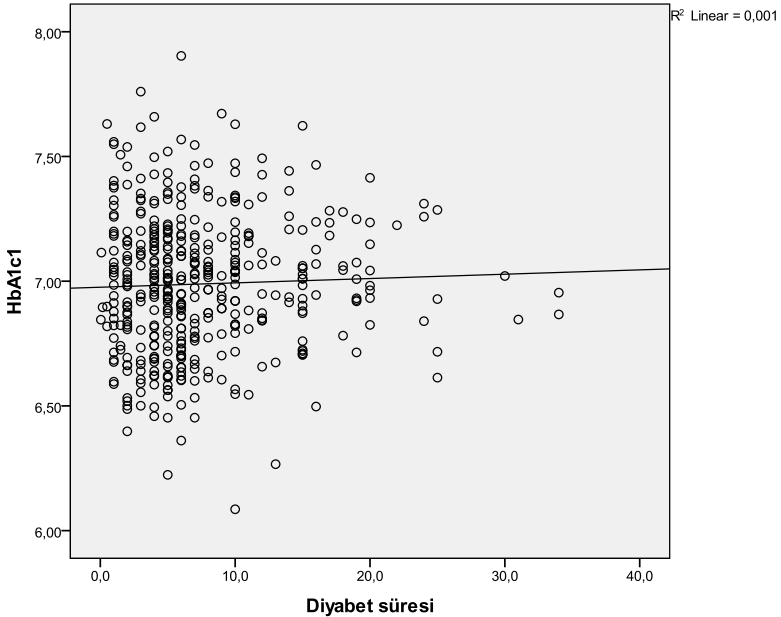


6. *Pareto çizelgesi*: Pareto prensibi bir probleme yol açan nedenler ne kadar çok olursa olsun bunların içerisinde en önemli birkaç sebebi (genellikle 6) ortadan kaldırmamız halinde problemin %80'inin çözüleceğini söyler. Başka bir yaklaşımla, sebeplerin %20'si problemin %80'inden sorumludur. Aile

hekimine karşılaştığı problemleri analiz etmede ve çözüme yol gösterebilir.



7. *Serpiştirme diyagramı:* İki numerik değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılır. Aile hekimine plan yapmada yardımcı olabilir. Hekim, diyabet süresi arttıkça hastalarının HbA1c düzeylerinin de arttığından şüpheleniyorsa bunu grafikte göstermek için serpiştirme diyagramı iyi bir yöntem olabilir.



KAYNAKLAR

1. Rakel RE. Principles of Family Medicine. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Medicine. 7 ed. Philadelphia: Saunders; 2007. p. 1-136.
2. TC Resmi Gazete. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü 2010 <http://rega.basbakanlik.gov.tr/>. Erişim Tarihi:022.06.2016.
3. Chilgren AA. Managers and the new definition of quality. J Healthc Manag 2008;53(4):221-9.
4. Pujo P, Pillet M. Control by quality: proposition of a typology. Qual Assur 2001;20;9(2):99-125.
5. Drury I, Slomski C. Mission statements and vision documents in medical practices. J Med Pract Manage 2006;22(2):84-7.
6. Çetin N. Vizyon ve Misyon. İstanbul: Etap Yayınevi; 2010.
7. Misyon Yazmak Zamanı Gelince. Geliş Trend Girişimcinin el kitabı 2010. <http://www.gelistrend.com/misyon-yazmak-zamani-gelince/>.
8. Mishra DP. Total quality management in health services: historical development, conceptual meaning, and comprehensive model. J Ambul Care Mark 1994;5(2):27-46.
9. Dagdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. Yonsei Med J 2004;29;45(1):23-8.
10. Akturk Z, Dagdeviren N, Sahin EM, Ozer C. Use of quality circles among first year medical students and impact on student satisfaction. Swiss Med Wkly 2002;23;132(11-12):143-7.
11. Gerlach FM, Beyer M, Romer A. Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. Int J Qual Health Care 1998;10(1):35-42.
12. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 27591, Sağlık Bakanlığı, (10 A.D.).
13. TC Sağlık Bakanlığı. Hizmet Kalite Standartları Rehberi. Ankara: Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı ; 2009.
14. Grol R, Dautzenberg M. Quality Management in Primary Care: European Practice Assessment. Bielefeld: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004.
15. Mizuno S. Management for Quality Improvement: The 7 New QC Tools. New York: Productivity Press; 1988.

Ek 1. Sağlık Bakanlığı aile hekimliği birimi gruplandırma standartları

Standart	D	C	B	A	
Muayene odasında lavabo bulunmaktadır.	+	+	+	+	
Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.			+	+	
Muayene odası asgari 14 m ² 'dir.				+	
Bakanlıkça gönderilen güncel afiş ve broşürler bekleme alanlarında düzenlenmiş panoda asılıdır. Panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olmalıdır.	+	+	+	+	
Hasta ve hasta yakınlarının şikâyet ve önerilerinin kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak şikâyet, öneri kutuları veya benzeri uygulamalar bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	
Bekleme alanı; yeterli sayıda ergonomik oturma grubu, mobilya ve gerekli malzemeye sahiptir.	+	+	+	+	
Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.	+	+	+	+	
Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m ² 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m ² ilave edilir).	+	+	+	+	
Soğuk zincir için tahsis edilen buzdolabı sadece aşılar ve antiserumlar için kullanılmaktadır.	+	+	+	+	
Aşı dolabının sıcaklık takipleri günde en az iki defa olmak üzere hafızalı termometre ile yapılarak takip edilmekte ve kayıtları tutulmaktadır.	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezinde en az 10 m ² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" planlanır).		+	+	+	
Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu kullanılmaktadır.	+	+	+	+	
Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m ² 'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" planlanır).			+	+	*
Aile sağlığı merkezinde aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibi yapılmakta ve kayıtları elektronik			+	+	

ortamda tutulmaktadır.					
Eğitim alındığının belgelenmesi kaydıyla gebe izlemleri ultrasonografi eşliğinde yapılmalı ve elektronik ortamda kayıtları tutulmalıdır.				+	
Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, mahremiyet kurallarının uygulandığı "bebek bakım ve emzirme alanı/odası" planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir).	+	+	+	+	
Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m ² 'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar vb.) bulunmaktadır.				+	
İlaçları ve miktarlarını gösteren güncel liste bulunmaktadır. Miat ve stokları takip edilen, ilaç ve aşılardan listeleri güncel olarak elektronik ortamda takip edilmektedir.	+	+	+	+	
Acil seti bulunmaktadır.	+	+	+	+	
Defibrilatör (manuel veya otomatik eksternal defibrilatör) bulunmaktadır.			+	+	
Aile sağlığı merkezinde her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası planlanmıştır.				+	
Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.	+	+	+	+	
Temel ve basit laboratuvar tetkikleri ile kan alma işlemlerinin yapıldığı müstakil bir oda planlanmıştır. Bu oda diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir.			+	+	
Aile sağlığı merkezinde bir yataklı müşahede odası bulundurulur. Odada manometreli oksijen tüpü, serum askısı ve diğer malzemeler bulundurulmalıdır (bu oda diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir).				+	
Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).		+	+	+	
Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için ilave bir ebe, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalışmaktadır.				+	
Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati			+	+	*

uygulanması yapılmaktadır.					
Aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası bulunmaktadır.				+	
Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 20-24°C arasında tutulmaktadır. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanmaktadır.	+	+	+	+	
Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezi ile yerleşkesinde evre düzenlemesi ve temizliği yapılmaktadır (bu alanların tadilat tamirat ve bakımı ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmiştir).		+	+	+	
Aile sağlığı merkezinin i alanlarının boya ve bakımı tamdır (dış cephe boyası ve tamirati ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmiştir).	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte yapılmıştır.	+	+	+	+	
Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el antiseptiği bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	
Kadın ve erkek tuvaletleri birbirinden ayrılmış, müstakil ve içerisi ıslak zemin kaplamalıdır.	+	+	+	+	
Yaşlı ve engelli vatandaşların hizmete erişimini kolaylaştıracak engelli rampaları yapılmıştır.	+	+	+	+	
Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.				+	
Müşahede odası ve tuvaletlerde çalışır durumda acil ağrı butonu bulundurulmaktadır.			+	+	

(*)Tek hekimin çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde istenmez

Konu 8

HASTANE BİRİMLERİNİN GÖZLENMESİ

Zekeriya AKTÜRK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda tıp eğitimine yeni başlayan öğrencilerin üniversite hastanesinde verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmaları, hastaneyi ve çeşitli branşları daha yakından tanımaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda öğrenenlerin aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Poliklinik hizmetlerinin işleyişi hakkında yorum yapabilmeli,
- Hizmet sunan hekimin tutum ve davranışlarını tartışabilmeli,
- Hizmet sunan yardımcı sağlık personelinin tutum ve davranışlarını tartışabilmeli,
- Doktor-hasta iletişimini tartışabilmeli,
- Doktor-hasta iletişiminde doğru tutumlar kazanmalı,
- Yatan hasta hizmetlerinin işleyişi hakkında yorum yapabilmeli,
- Sağlık alanında ekip hizmetinin önemini tartışabilmeli,
- Sağlık alanında ekip hizmeti verilmesinin önemine inanmalı.

ÖZET

Öğrencinin tıp eğitiminin erken dönemlerinde klinikle karşılaşması önerilmektedir. Bu derste öğrencilerin buldukları ildeki çeşitli sağlık kuruluşlarını ziyaret etmeleri, buralarda gözlemler yapmaları ve gözlemleriyle ilgili sınıfta yansıtımda bulunmaları hedeflenmektedir.

Kurumlar öğrenciler ziyarete gitmeden bilgilendirilip hazırlanacak, öğrencilere de ziyaret öncesi neyi yapacakları ve neyi yapmayacakları konusunda bilgi verilecektir. Öğrenciler gözlemlerini kendilerine verilen gözlem formlarına işaretleyeceklerdir.

GİRİŞ

Tıp öğrencisinin sağlık hizmetlerinin işleyişi hakkında belki de ilk izlenimleri kazanacakları bu uygulamanın amacına hizmet edecek şekilde yürütülmesi önemlidir. Bu uygulamada eğitimcilerin ön bilgilendirmesi ve düzenlemeleri sonrasında öğrenciler üniversite hastanesinin yatan hasta ve ayaktan sağlık hizmeti sunan birimlerinde gözlem yapacaklardır.

Bu uygulamanın başarılı olabilmesi için aşağıda verilen materyaller katkı sağlayabilir.

Önemli Noktalar

- Birimler resmi yazı ile bilgilendirilmeli.
- Birimler ziyaret edilerek öğrenciyle ilgilenecek eğitim sorumluları belirlenmeli.
- Ziyaret öncesi öğrencilerle toplantı yapılmalı.
- Öğrenciye ne yapacağı ve ne yapmayacağı açıklanmalı.
- Ziyaretlerden sonra refleksiyon oturumu yapılmalı.

Yatan Hasta İle İlk Karşılaşma Öğrenci Bilgilendirme Formu

Öğrencinin Adı Soyadı:.....

Amaç: Bu uygulamadan, öğrencilerimizin eğitimlerinin erken dönemlerinde klinik uygulama ortamı ve hastalarla karşılaşmaları ve böylece temel tıp eğitimleri boyunca alacakları bilgilerin klinik uygulamadaki önemini kavramaları amaçlanmaktadır.

Hedefler:

- Öğrenciye verilen hastanın tanısını/tanılarını belirtebilmek
- Söz konusu tanının/tanıların belirtilerini sayabilmek
- Hastanın şu anki şikayetlerini belirtebilmek
- Hastanın aldığı tedavileri belirtebilmek
- Hastanın tetkik sonuçlarını belirtebilmek
- Hastalığın takip boyunca olan seyir sürecini açıklayabilmek

Yöntem:

Öğrencinin yapacakları:

- Öğrencilerimiz kendilerine verilen hastalarla görüşerek ekteki formu dolduracaklar
- Öğrenci hastayla görüşmeden önce hastadan izin alacak ve kendisini tanıttak. Örnek: *"Merhaba. Ben tıp fakültesi ikinci sınıf öğrencisi Zekeriya Aktürk. Dersimiz gereği sizinle bugün ve önümüzdeki günlerde 3 kez görüşüp bazı notlar alacağım müsaadenizle."*
- Öğrenci görüşmeyi vizite saati, yemek saati gibi uygunsuz zamanların dışında yapacak.
- Ders programına uygun şekilde 3 ayrı günde aynı hastayla görüşülüp kayıt tutulacak. Daha sonra sınıfta toplanılacak ve değerlendirme yapılacaktır
- Formu doldurmak için öncelikle hasta ve hasta yakınları ile görüşülecek. Müsait olmaları ve zaman ayırabilmeleri durumunda servisteki öğretim elemanları ve diğer sağlık çalışanlarından da bilgi alınabilir.

Öğrencinin yapmayacakları:

- Öğrencilerimiz hastaları muayene etmeyecekler
- Hastalara herhangi bir tedavi önerisinde bulunmayacaklar
- Hastaları hastalıkları hakkında bilgilendirmeye çalışmayacaklar
- Tedavi ve hastalığın seyriyle ilgili bilgi vermeye çalışmayacaklar
- Hastaların sorularını not edecekler. Tıbbi durumlarıyla ilgili sorulara cevap vermeye yetkili olmadıklarını, ilgili doktorlarından bilgi alınacağını belirtecekler.

Yatan hasta ziyaretinde öğrencinin dolduracağı form: (formdaki alanların yetmemesi durumunda ayrı kağıt kullanabilirsiniz).**1. İlk görüşme tarihi:**

a.	Hastanın Adı Soyadı: (<i>Kendinizi hastaya tanıtır ve amacınızı belirtiniz.</i>)	
b.	Yattığı Servis:	
c.	Yaşı	
d.	Cinsiyeti	
e.	Medeni durumu	
f.	Hastaya Göre Tanısı/tanıları (<i>"Hastalığınız nedir" diye sorunuz. Hastanın ifade ettiği şekliyle yazınız</i>)	
g.	Tanısı/tanıları (<i>Dosyadan veya doktorundan</i>). Doktorun belirttiği tanıları hastayla tartışmayınız!	
h.	Kaç gündür yatıyor?	
i.	Hastaneye getiren şikayetleri neler? (<i>"Hastalığınız nasıl başladı? Buraya neden geldiniz?" Sorun</i>)	
j.	Hastalığı hakkındaki düşünceleri neler? (<i>"Hastalığınız hakkında neler düşünüyorsunuz?" Sorun</i>)	
k.	Varsa endişeleri neler? (<i>"Hastalığınız hakkında endişeleriniz var mı?" Sorun</i>)	
l.	Hastalığıyla ilgili beklentileri neler? (<i>"Hastalığınız hakkında beklentileriniz neler?" Sorun</i>)	
m.	Hangi tetkikler yapılmış ve sonuçları ne? (<i>Doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	
n.	Yapılmışsa konsültasyon sonuçları ne? (<i>Doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	

o. Hangi tedavileri alıyor? (<i>Doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	
---	--

2. İkinci görüşme tarihi:	
a. Bugün kendisini nasıl hissediyor? (<i>"Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz?" sorun</i>)	
b. Herhangi bir yeni işlem yapıldı mı? Yapıldıysa sonuçları nasıl? (<i>"Dünden beri size herhangi bir işlem yapıldı mı?" Sorun. Ayrıca mümkün olursa doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	
c. Hastanın bulgularında herhangi bir değişim var mı? (<i>Doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	
d. Hastalığı hakkındaki düşünceleri neler? (<i>"Bugün hastalığınız hakkında neler düşünüyorsunuz?" Sorun</i>)	
e. Varsa endişeleri neler? (<i>"Hastalığınızla ilgili endişelerinizde bir değişim var mı?" Sorun</i>)	
f. Hastalığıyla ilgili beklentileri neler? (<i>"Hastalığınızla ilgili beklentilerinizde bugün bir değişim var mı?" Sorun</i>)	
g. Tedavi planında herhangi bir değişim var mı? Varsa neler? (<i>Doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	

3. Üçüncü görüşme tarihi:	
a. Bugün kendisini nasıl hissediyor? (<i>"Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz?" sorun</i>)	
b. Herhangi bir yeni işlem yapıldı mı? Yapıldıysa sonuçları nasıl? (<i>"Dünden beri size herhangi bir işlem yapıldı mı?" Sorun. Ayrıca mümkün olursa doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	
c. Hastanın bulgularında herhangi bir değişim var mı? (<i>Doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın</i>)	
d. Hastalığı hakkındaki düşünceleri neler? (<i>"Bugün hastalığınız hakkında neler düşünüyorsunuz?" Sorun</i>)	
e. Varsa endişeleri neler? (<i>"Hastalığınızla ilgili endişelerinizde bir</i>	

	<i>değişme var mı?" Sorun)</i>		
f.	Hastalığıyla ilgili beklentileri neler? (<i>"Hastalığınızla ilgili beklentilerinizde bugün bir değişme var mı?" Sorun)</i>		
g.	Tedavi planında herhangi bir değişim var mı? Varsa neler? (<i>Doktoruna veya hemşiresine sorun ve yazın)</i>		

Poliklinik Gözlemi Öğrenci Formu

Sevgili Öğrencimiz;

Bu ödev hastanemizdeki tıbbi uygulamalar ve pratiğe uyum eğitiminin ilk basamağını oluşturmaktadır. Bu uygulama gerçek hekimlik hayatında karşılaşılabilecek problemlere karşı klinik becerilerinizi geliştirmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu etkinlik, size verilen formun doldurulup, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na verilmesi ve sınıfta gözlemlerin tartışılmasıyla tamamlanacaktır.

Adı & Soyadı: _____ Tarih: _____ İmza: _____

Ziyaret edilen bölüm: _____

1. Öğrenmek için aşağıdaki bilgileri lütfen not ediniz.

- a. Bu kurumda toplam kaç kişilik bir nüfusa hizmet verilmektedir? _____
 b. Günde ortalama kaç hastaya bakmaktadırlar? _____
 c. Sizin ziyaret ettiğiniz gün toplam kaç hasta vardı? _____

2. Klinik-poliklinik çalışanlarının sayısı ne kadardı ve ünvanları nelerdi?

3. Hangi sağlık hizmetleri verilmekteydi?

4. Bir hasta-doktor görüşmesini izleyerek aşağıdaki soruları cevaplayınız.

- a. Görüşme kaç dakika sürdü? _____
 b. Bu görüşme sonunda nelere karar verildi?
 I. Muayene edildi mi? 1.Evet 2.Hayır
 ii. Tedavi(ilaç) önerildi mi? 1.Evet 2.Hayır
 iii. Kontrole çağrıldı mı? 1.Evet 2.Hayır
 iv. Davranış değişikliği önerildi mi? 1.Evet 2.Hayır
 v. Konsültasyon (Başka bir branşa) istendi mi? 1.Evet 2.Hayır
 vi. Egzersizle ilgili tavsiyelerde bulunuldu mu? 1.Evet 2.Hayır
 vii. Beslenmeyle ilgili tavsiyelerde bulunuldu mu? 1.Evet 2.Hayır
 viii. Diğer:

5. Diğer gözlemlerinizi:

Klinik Hekiminin Onayı:

Yatan Hasta Öğrenci Formu

Sevgili Öğrencimiz;

Bu ödev hastanemizdeki tıbbi uygulamalar ve pratiğe uyum eğitiminin ilk basamağını oluşturmaktadır. Bu uygulama gerçek hekimlik hayatında karşılaşılabilecek problemlere karşı klinik becerilerinizi geliştirmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu etkinlik, size verilen formun doldurulup, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na verilmesi ve sınıfta gözlemlerin tartışılmasıyla tamamlanacaktır.

Adı & Soyadı: _____ Tarih: _____ İmza: _____

Ziyaret edilen servis: _____

1. Öğrenmek için aşağıdaki bilgileri lütfen not ediniz.
 - a. Servislerde ortalama kaç hasta yatarak tedavi görmektedir? _____
 - b. Sizin ziyaret ettiğiniz gün toplam kaç hasta yatıyordu? _____

2. Klinik-poliklinik çalışanlarının sayısı ne kadardı ve ünvanları nelerdi?

3. Hastalar hangi hastalık tanısıyla yatmaktaydı? 3 tanesini yazınız.

4. Bir hasta-doktor görüşmesini izleyerek aşağıdaki soruları cevaplayınız.
 - a. Görüşme kaç dakika sürdü? _____
 - b. Bu görüşme sonunda nelere karar verildi?
 - i. Muayene edildi mi? 1.Evet 2.Hayır
 - ii. Tedavi(ilaç) önerildi mi? 1.Evet 2.Hayır
 - iii. Kontrole çağrıldı mı? 1.Evet 2.Hayır
 - iv. Davranış değişikliği önerildi mi? 1.Evet 2.Hayır
 - v. Konsültasyon(Başka bir bransa) istendi mi? 1.Evet 2.Hayır
 - vi. Egzersizle ilgili tavsiyelerde bulunuldu mu? 1.Evet 2.Hayır
 - vii. Beslenmeyle ilgili tavsiyelerde bulunuldu mu? 1.Evet 2.Hayır
 - viii. Diğer:

5. Diğer gözlemleriniz:

Klinik Hekiminin Onayı: (Lütfen kaşe ve imzanızı unutmayınız)

Konu 9

KİŞİLİK TİPLERİ (ENNEAGRAM)

Kenan TAŞTAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda, katılımcıların Enneagram'a göre kişilik tipleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kişilik kavramının tanımını yapabilmeli,
- Enneagram'a göre kişilik tiplerini sayabilmeli,
- Her bir kişilik tipinin özelliklerini açıklayabilmeli,
- Kişilik tipleri ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi açıklayabilmeli.

ÖZET

Kişiliği bir zaman dilimi içindeki davranış türü olarak görmemek gerekir. Kişilik, geçmişin, mevcut zamanın ve geleceğin oluşturduğu bir bütündür. Yaşam boyunca kişinin diğer insanlarla ilişkileri, deneyimleri ve bu yaşantılarına ilişkin yorumları ve kararları kişiliğin oluşumunu etkileyen önemli etkenlerden bazılarıdır. Her bir bireyin kendine özgü bir kişilik yapısı bulunmakla birlikte aynı özelliklere sahip kişilik özelliklerini sınıflandırmak mümkündür. Enneagram bu sınıflamayı kendi sistemi içerisinde 9 gruba ayırarak yapmıştır.

KİŞİLİK KAVRAMI

İnsanlar günlük yaşamlarında farklı davranış biçimleri ile kendilerini gösterir ve var olurlar. Dışardan gelen her türlü uyarıcı, kişilerde farklı tepkilere neden olur ve bireyler bunu sürekli geliştirirler. Bu anlamda insanların gündelik yaşamın getirdiği olumsuzlukları aşabilmelerinde kişilik faktörü önemli bir rol oynar. Çünkü kişilik, bireyin dış dünya ile olan ilişkisini nasıl ve ne şekilde kuracağını belirleyen önemli bir olgudur.

Kişilik kavramı, insanın sosyal yaşantısının bir parçası olarak yüzyıllar boyunca ilgi görmesine rağmen bilimsel gelişimine 1930’lu yıllarda kişilik psikolojisinin diğer sosyal bilim alanlarından ayrı bir bilimsel disiplin olarak ortaya çıkmasıyla başlamıştır (1).

Toplumbilim terimleri sözlüğünde, “Bireyin toplumsal yaşamı içinde edindiği alışkanlıkların ve davranışların tümü” olarak tanımlanmaktadır. Kişilik, bireylerin doğuştan getirdiği özellikler ile sonradan toplum içerisinde yaşamının kazandırdığı özelliklerin toplamıdır. Doğuştan getirilen özellikler biyolojik temellidir ve değiştirilmesi güçtür. Ancak çevreden kazanılan özellikler, içinde yaşanılan toplumun, grubun, işletmenin veya işin niteliğine göre farklılıklar arz edecektir. Ruhbilimcilere göre ise kişilik, “Bireyin kendine özgü ve ayırıcı davranışlarının bütünü” olarak tanımlanır. (2)

Türk Dil Kurumuna göre ise kişilik; “Bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, şahsiyet” olarak tanımlanır (3). Kişiliği tanımlamak davranışların motivasyonunu ve organizmanın çevreye ruhsal adaptasyonunu açıklamaya çalışmaktadır. Bu konuda 1920’lerde sistematik çalışmalar yapmış olan Gordon Allport kişiliği “kişinin çevreye özgün uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerden oluşan içsel dinamik bir organizasyon” olarak tanımlamıştır (Tablo1) (4).

Tablo 1. Allport’a göre kişilik tanımı

Dinamik organizasyondur	Kişilik sürekli değişen ve gelişebilen organize bir sistemdir. (“unitas multiplex”)
Bireyin içindedir	Bireyin kendine özgün eylemlerinin ardında yatan şey kişiliktir.
Psikofizikseldir	Kişilik psikolojik ve biyolojik işlevlerin bir karmaşık etkileşimi ile oluşur.
Belirleyicidir	Kişiliği oluşturan sistemler çevreye uyuma yönelik davranışları belirler.
Çevreye özgün bir uyumdur	Kişinin yaşamı sürdürürken gösterdiği kendine özgü bir uyum sürecidir. Uyum stratejileri kullanılır.

Önemli Noktalar

- Hiçbir kişilik tipi bir diğer kişilik tipinden daha iyi veya daha kötü değildir.
- Her bir kişilik tipi uygun eğitim veya çevresel faktörlerin etkilerine göre gelişebilir veya gerileyebilir.
- Bireylerle kurulacak iletişimde o bireyin kişilik özelliğine göre davranılması iletişim kalitesini artıracaktır.

Enneagram'ın kısa tarihçesi

Enneagram Yunanca'da "dokuz yönlü figür" anlamına gelir (5). Enneagram'ı ilk olarak kimin bulduğu ve nereden geldiği bilinmemekle birlikte bazı ipuçları Enneagram'ın Orta Doğu'da Müslüman Sofiler arasında sözlü olarak öğretildiğine işaret etmektedir (6). Dokuz numaralı kişilik tipinin Türk topraklarında ve Sofizmin merkezi olan İslam kültüründe kullanıldığı bilinmektedir. İslam kozmolojisine göre evren dokuz küreden oluşmuştur (7). Enneagram'ın 1920'lerde Avrupa'ya gelişi ve tanınmasında en büyük rol oynayan kişi ise Rus mistiği G. I. Gurdjieff'dir (8).

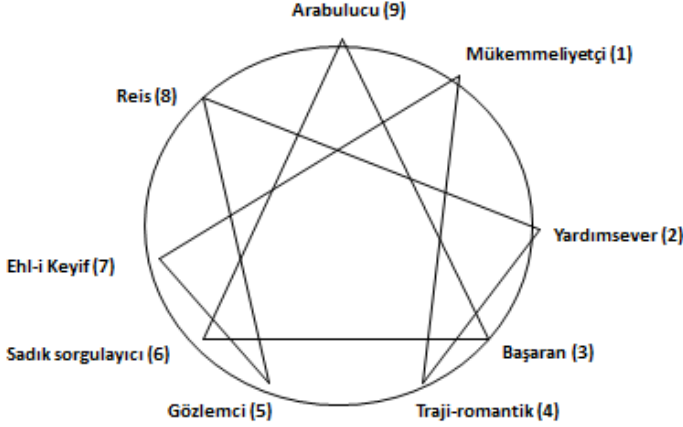
Enneagram'a göre kişilik tiplerinin genel özellikleri

Enneagram insanların davranışlarının neden öyle olduğunu açıklamaya çalışan bir sistemdir. Bu kurama göre birbirinden farklı dokuz kişilik tipi vardır (Şekil 1) (9). Bu kişilik tiplerinden herhangi birinin diğerine üstünlüğü söz konusu değildir. Her kişilik tipinin kendi içinde güçlü ve zayıf yanları vardır (10).

Kişilik tiplerini kısaca özetlersek eğer, her bir kişilik tipinin bir rakamla ilişkilendirildiği bir yapılanma olduğunu söyleyebiliriz. Her bir kişilik tipi evrenseldir, bu da Enneagram'ın temel kurallarından biridir.

Enneagram'ın diğer bir kuralı ise kişilik tipleri çeşitlilik gösterdiğinden (sağlıklı-sağlıksız-normal) bütün bireyler kendi kişilik tipinin özelliklerini tümüyle yansıtmayabilir. Her kişilik tipi; varoluş endişesine karşı kendini savunmak için bir dizi temel dürtü geliştirmiştir. Bir numaralı kişilik tipinin genel özelliği ahlaki değerlerin doğruluğuna inanmasıdır. İki numara kendi önemine, üç numara ise kendi mükemmelliğine inanır. Dört numaralı kişilik tipi kendi özgürlüğüne önem verirken, beş numara ise bilginin gücüne inanır. Altı numaralı kişilik tipi için kişiye verilen güven, yedi numara için ise maddiyat önemlidir. Sekiz numaralı kişilik tipi için güç önemlidir. Dokuz numara için önemli olan ise huzurdur.

Enneagram Amerikan Üniversiteleri'nde daha çok psikoloji, tıp, güzel sanatlar, işletme ve eğitim alanında öğretilmektedir. Şirketler enneagramı işe alım, satım ve pazarlamada kullanmaktadırlar (10).



Şekil 1. Enneagrama Göre Kişili Tipleri

Her bir kişilik tipi içinden topluma ve insanlığa yararlı insanlar çıkabileceği gibi, son derece zararlı kişiler de çıkabilir. İnsanın kendi kişilik tipini bilmesi kendini tanıma sürecinde bir kilometre taşı hükmündedir. Yaptıklarının ve yapabileceklerinin farkında olmak insana yeni ufuklar açar. Aynı zamanda çevresindeki ve ailesindeki insanlarla ilişkilerinde o insanları tanıma ve onlarla olan ilişkilerini bu özelliklere göre düzenleme imkânı verir (10).

Bu kişilik tiplerinin özellikleri kısaca şöyledir:

1 Numaralı Kişilik Tipinin Genel Özellikleri

Bir numaralı kişiliğe sahip insanların en bariz özelliklerinden biri prensip ve ilke sahibi olmalarıdır. Bu kişilik tipini tek kelime ile “Mükemmeliyetçi” diye tanımlayabiliriz. Bu kişilik tipinin her yaptıklarını iyi yapmak ve tertipli olmak gibi özellikleri vardır. Kılık kıyafetlerinde, yaşadıkları çevrede daima düzenli olmaya gayret ederler.

Kendilerince uyulması gereken prensipleri herkesin uyması gereken standartlara dönüştürmeye çalışabilirler. Her şeyin en doğrusunu bildiklerinden emindirler. Bundan dolayı onayladıkları her şey tüm insanlar tarafından onaylanmalı ve tasvip etmedikleri davranış ve fikirler de reddedilmelidir. Aksi takdirde insanlarla sorun yaşayabilirler. İçgüdüleriyle hareket ettiklerinden insan ilişkilerinde genellikle sorun yaşarlar. Bu kadar prensip ve kural onları takıntılı (obsesif) olmaya itebilir.

Her zaman bir idealleri vardır. İdeallerine ulaştıklarında ise daha büyük hedeflere göz dikerler. Her zaman kendilerini geliştirmeyi düşündüklerinden, kendilerinin gelişimine mani olacak eğlence, gereksiz etkinlik vs. den uzak durmaya çalışırlar. Görüşlerini etkili bir biçimde savunurlar ve davalarının haklı olduğuna inanarak kendilerine sonuna kadar güvenirler.

Ortalama birler mantığın her şeyi yönetmesini isterler. Genel olarak bakış açıları; her şeyi ya siyah ya beyaz, ya doğru ya yanlış, ya iyi ya da kötü olarak algılama eğilimindedirler.

Hayatlarında yaptıkları her şeyin dakik ve planlı olmasını isterler. Düzensizliğe ve karmaşaya hayatlarında yer yoktur. Onları kılık-kıyafetlerinden ve tertipli hallerinden her zaman tanımak mümkündür (10-13).

2 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

İnsanların ihtiyaç duydukları şeyleri fark ederler ve bu ihtiyaçları karşılayabilmek için ellerinden geleni yaparlar. Kan grupları içinde nasıl ki sıfır kan grubu genel verici olandır ve tüm kan gruplarına ihtiyaç halinde kan verirler. Kişilik tipleri içinde de ikiler genel vericidir. Herkese yardım etmeyi severler. İşlerini profesyonel olarak değil de, ahbap çavuş ilişkisi içinde götürmeyi severler. Girdikleri ortama çabuk uyum sağlarlar. İletişim ağları çok gelişmiştir. En büyük korkuları insanlar tarafından onaylanmamaktır. İnsanlarla bir problem yaşayıp onları kaybetmektense, para kaybetmeyi tercih ederler. Yüksek enerji potansiyeline sahiptirler. Hayatı dolu dolu yaşamak isterler. Çevresindeki insanlarla o kadar meşgul olurlar ki bazen kendi dertlerini bile unutabilirler. Bu kadar sevecen ve fedakâr olmalarına rağmen eğer kızarlarsa gözleri dönebilir ve çok kırıncı olabilirler. Ancak bu saldırgan halleri fazla sürmez. İnsanlar için vazgeçilmez olduklarını düşünürler ve yaptıkları iyilikleri abartabilirler. İnsanlardaki duygusal değişimi çok hızlı bir şekilde anlarlar. Bu da onları daha anlayışlı ve cana yakın yapar. Etrafta yardım etmeleri gereken insan sayısının fazla olması bu kişilik tipine mensup bireyleri anksiyeteye sokabilir. Kişilik tipleri içinde en fazla anksiyete yaşayabilenler bunlardır (10-13).

3 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

Çevrelerinde çalışkan, başarılı, karizmatik olarak tanınırlar. Genel anlamda ilişkiye girdikleri insanları pozitif yönde motive etme gibi doğal bir kabiliyetleri vardır. Kendinden emin, enerjik, uyumlu, fiziğine önem veren ve popüler olmaya çalışan kişilerdir. Yaptıkları işi en iyi yapabilmek ve takdir edilmek için çok çalışırlar. İnsanların sevgisini kazanmak için başarılı olmaları gerektiğine inanırlar. Dolayısıyla başarılı olma isteklerinin altında insanların onayını alma yatar. İnsanlar üzerinde iyi bir intiba bırakabilmek için imajlarına dikkat ederler. Görünüm onlar için önemlidir. Kendilerini geliştirme konusunda son derece gayretlidirler. Enerjilerini bir konu üzerine yoğunlaştırma konusunda sıkıntı çekmezler. Konsantrasyon problemleri neredeyse yok denecek kadar azdır. Hızlı çalışır ve sıcakkanlıdırlar. 'Kariyer' ve 'başarı' bu kişilik tipini özetlemek için yeterli olan kelimelerdir. Hedef belirleme ve o hedefe doğru gayret etme konusunda kişilik tipleri içinde en başarılı olan grup bunlardır. Ulaşmak istedikleri hedefe o kadar kilitlenirler ki çoğu zaman etrafında ki insanları ihmal ederler. Haliyle bu da çevrelerinde bencil, kibirli olarak algılanmalarına sebep olabilir. Yaptıkları işi herkesten daha iyi yapma isteğini bazen o kadar abartırlar ki fırsatçı konumuna düşerler. Başarılarını abartma eğilimleri ve kendilerine olan güvenleri onları narsistleştirirler (10-13).

4 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

Duygusal yönden son derece kuvvetli ancak fiziksel ve zihinsel olarak biraz vasat bir yapıları vardır. Burada ki vasatlık kapasite eksikliğinden çok, mental olarak kendilerini geri çekmelerinden kaynaklanır. Hemen her işlerine duygularını katarlar. Duygularını kontrol edebilen ve duygularını eyleme geçme yönünde olumsuz kullanmayan dörtler çok başarılı olurlar.

Sanatın hemen tüm dallarına karşı ilgilidirler. İlham dolu ve üreticidirler. Farklı olanı görme konusunda doğal bir yetenekleri vardır. Sınıflanmaya ve tasnif edilmeye karşıdır. Kişilik tipleri içinde sınıflandırılma konusunda en çok direnç gösterebilen grup dörtlerdir. Çünkü onlar her hangi bir grupta ele alnamayacak kadar sıra dışı özelliklere sahiptirler.

Beyinleri sıra dışı çalışır. Bu sıra dışılık onlara farklı alanlarda farklı şeyler üretme yetisi kazandırır. Bu nedenle edebiyat, resim ve müzik gibi sanatın her alanında doğal bir yeteneğe sahiptirler. En büyük hayalleri sıra dışı bir başarıdır. Herkesin yaptığı şeyler onlara banal gelir. Bu nedenle sürü psikolojisinden hoşlanmazlar. İstedikleri sıra dışı başarıları yakalayamazlarsa içlerine kapanıp melankolik bir hale bürünebilirler. Hayalperest bir gruptur. Bu hayalleri çoğu zaman ütöpik, verimsiz ama yine de onlara özgüdür. Bazen sebepsiz yere kendilerini kötü hissederler ve birden ümitsizliğe kapılabilirler. Çevrelerinde genelde duyarlı, etkileyici, sanatçı ruhlular olarak tanınırlar. Çevreleri ile iletişim problemleri yaşarlar ve çevreyle iletişim kurmak için sanata yönelirler.

Genel anlamda içlerinde ki ses onlara “Sanki bir şeyler eksik...” şeklinde seslenir. Bu iç sesi eksiklikleri görmek ve yeni bakış açıları geliştirmek tarzında kullananlar başarı yolunda yeni kapıları zorlarlar. Ancak bu sesi olumsuz olarak değerlendirip, “bu kadar eksikle ne yapılabilir ki?” tarzında algılayanlar kendi önlerinde ki en büyük engeli kendi elleri ile oluşturmuş olurlar. Tabi ki o engel; “Kendileridir.” (10-13).

5 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

Beşler zihinsel kapasite olarak son derece gelişmiş bir gruptur. Kişilik tipleri içinde gözlem yeteneği en iyi olan grup beşlerdir. İnsanları incelerler, olayları ve arka planında olanları merak ederler. Diğer kişilik tiplerinin belki de hiç önemsemediği konulara merak salar ve bu konularda yeni fikirler geliştirirler. Bu nedenle önce eleştirilir sonra da takdir edilirler. Herkesin aynı düşündüğü bir konuda farklı bakış açıları ve yaklaşımları ile dikkatleri üstlerine çekerler. Halk arasında “zehir gibi bir kafası var” tabiri adeta beşler için söylenmiştir. Zihinsel melekeleri çok üst düzeyde çalışır.

İlgilendiği alanda derinlemesine bilgi sahibi olabilen, konsantrasyon problemi diğer kişilik tiplerine göre daha az olan beşler, entelektüel kapasiteye sahip kişilik özelliği sergilerler. Dikkatlerini bir noktaya odaklama konusunda son derece iyidirler. Olağan üstü bir öngörü sahibidirler. Dâhilerin çoğu bu kişilik tipinden çıkar. Bu kişilik tipi için güç, bilgidir. Bildikleri oranda kendilerini iyi hissederler. Entelektüel ve analitik özellikleri ile hemen fark edilirler.

Bütün bu olağan üstü yeteneklerine rağmen kendilerini toplumdaki soyutlayan, kendi dünyalarında mutlu olmaya çalışan bir gruptur. Kitap okuma ve araştırma yapma konularında gayet iyidirler. Sosyal olaylardan ziyade, bireysel alanlarda daha iyidirler. Çok uzun süre kendi başlarına çalışabilirler. Başkalarına olabildiğince ihtiyaç duymamaya çalışırlar. Düşünme sistemleri genellikle analitik ve sınıflandırmaya yöneliktir (10-13).

6 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

Altı numaralı kişilikler kelimenin tam anlamı ile “Garanticidirler.” Hayatı garanti ederek yaşamak isterler. Garantili yaşamın en büyük güvencesi onlar için bir otoritenin

gölgesinde barınmaktır. Bu nedenle altı numaralı kişiler, her hangi bir otoriteye bağlanarak kendilerini güvende hissetmek isterler. Onlara ne yapmaları ve ne yapmamalarını söyleyecek bir merci ararlar. Bütün kişilik tipleri bir çeşit otoriteye inanır ama buna en çok ihtiyaç duyanlar altıdır.

Karışık ve karmaşık duyguları çok sık yaşadıklarından kişilik tipleri içinde en az anlaşılabileni altıdır. Adeta çelişkilerle doludurlar. Otoriteye bağlıdırlar ama aynı zamanda da otoriteden korkarlar (10-13).

7 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

Yedi numaralı bir kişiliği tek bir cümle ile özetlemek mümkün olsaydı o cümle “tam bir Ehli Keyif” olurdu. Hemen her konuda bilgisi olan, yaşamaktan zevk alan bir gruptur. Dahası hayattan zevk aldığı gibi, etrafında ki insanlara da neşe saçır ve hayattan keyif almalarını sağlar. Hassas, hayat dolu, pratik, üretkendirler.

Yeni şeyler yapmaktan, yeni yerler görmekten, yeni tecrübeler edinmekten hoşlanırlar. Dışa dönük yaşadıkları için çevreyle uyumları iyidir. Ene ve egoları genelde tek taraflı gelişmiş olduğundan daha çok ben merkezlidirler. Hedonizm (hazcılık) kelimesi adeta bu kişilik tipinin anlatmaktadır. Hayat prensipleri keyif ve zevk üzerine bina edilmiştir. Girişkenlikleri ve dışa dönük olmaları bazen onları hafif meşrep konumuna getirir.

İsteklerini elde etme dürtüsü bazen onların sorumsuz, kırıncı, kaba ve duyarsız davranmalarına neden olabilir. Kolayca kontrolden çıkabilecek bir yapıları vardır. Bu da onların bağımlı, zorlayıcı, manik-depresif duygu durum bozukluklarına (bipolar affektif bozukluk)yakalanmalarına neden olabilir.

Bütün kişilik tipleri nasıl en iyi şekilde yaşayacağı konusunda bir şekilde yüzleşir ama bunu en derin yaşayan tipler yedilerdir.

Yediler harekete geçmeden önce hemen her şeyi abartma eğiliminde olduklarından sorun yaşarlar. Yeni tecrübelerle daima açık olmaları ve bu yeni tecrübe için fazla düşünmeden, heyecanları ile olaya atılmaları yeni sorunlar yaşamalarına neden olur (10-13).

8 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

Kişilik tipleri içinde fiziksel kapasitesi en üst düzey olabilen grup sekizlerdir. Kendilerine aşırı güvenleri vardır. Bu güvenin altında yatan temel etkende kendi fiziksel güçlerine olan inançlarıdır.

Kişilik tipleri içinde en cesur ve en karalı olabilen sekizlerdir. Kendilerine son derece güvenirlir. Otoriter bir kişiliğe sahiptirler. Bu özellikleri ile doğal bir lider konumundadırlar. Her hangi bir işe girmek için inanmaları yeterlidir. Zorluk onları yıldırılmaz. Hırslı olmaları, kavgaya ve gürültüden çekinmemeleri, kaba kuvvetten korkmamaları onların savaşçı kimliğinin özellikleridir. Ancak bu özelliklerini kontrol edemezlerse zorba, cani, biri olup çıkarlar. Onlarda yaşadıkları toplumda iyi veya kötü anlamda iz bırakırlar. Bu tipin silik olanına genelde rastlanmaz (10-13).

9 Numaralı Kişilik Tiplerinin Genel Özellikleri

Yeni düşüncelere açık, rahat, barışçı biridir. Çevresiyle olan ilişkileri son derece iyidir. Bunda kendi fikirlerinden çok başkasının fikirlerine önem vermesi ve onların isteklerine

göre davranmasının da payı büyüktür. Genel anlamda tepki göstermeyen, sessiz, unutkan, yavaş hareket eden ve düşük tonajlı sesle konuşan biridir. Çatışmalara pek katılmayan, iyi bir dinleyicidir. Pasif bir kişilik sergileyen, itaatkâr bir yapıya sahiptirler. Kişilik tipleri içinde diğer kişiliklerle en iyi geçinen ve en uyumlu kişilik tipi dokuzlardır.

Baskıdan hoşlanmazlar ve baskı altında çalışamazlar. Var olan problemlerle uğraşmamak için onları görmezden gelirler ve bu da onların çevrelerinde ihmalkâr olarak tanınmalarına neden olur.

Yaşadıkları hayatla bütünleşmeyi becerebilirler ve bunun değişmemesi için aksayan yönleri görmemeyi yeğlerler. Temel felsefeleri “Gölge etme başka ihsan istemem” şeklindedir. Hayattan beklentilerini çok yüksek tutmazlar. Aksi takdirde bu beklentilerine ulaşamazlarsa işin ucunda üzüntü vardır. Onlar ise üzülmeye ihtimaliyle karşılaşmama adına beklentilerini düşürürler.

Dokuzlar kendilerine her hangi birini örnek alırlar ve hayatı onun izinden takip ederek yaşamaya başlarlar. Ne de olsa denenmiş her zaman daha iyidir. Denenmemişlerde üzülmeye ve zorluklarla karşılaşma riski onları her zaman ürkütür. Ellerinden geldiği kadar var olanı muhafaza ederler ve bununla yetinmeye çalışırlar. Dokuzların tüm motivasyonları huzurlarını korumaktan ibarettir (10-13).

Enneagrama Göre Kişilik Tiplerine Göre En Sık Görülen Kişilik Bozuklukları

- 1 Numaralı Kişilik Tipi: Obsesif Kişilik Bozukluğu
- 2 Numaralı Kişilik Tipi: Abartılı Kişilik Bozukluğu
- 3 Numaralı Kişilik Tipi: Narsistik Kişilik Bozukluğu
- 4 Numaralı Kişilik Tipi: Kaçınan Kişilik Bozukluğu
- 5 Numaralı Kişilik Tipi: Kısmen Paranoyak ve Kısmen Şizotip Kişilik Bozukluğu
- 6 Numaralı Kişilik Tipi: Kısmen Pasif-saldırgan ve Kısmen Bağımlı Kişilik Bozukluğu
- 7 Numaralı Kişilik Tipi: Manik-Depresif ve Kısmen Abartılı Kişilik Bozukluğu
- 8 Numaralı Kişilik Tipi: Asosyal Abartılı
- 9 Numaralı Kişilik Tipi: Bağımlı ve Kısmen Pasif-saldırgan Kişilik Bozukluğu (10).

SONUÇ

Kişilik her ne kadar her bir bireye özgü bir yapı da olsa, yine de tanımlanabilir ve tasnif edilebilir. Bu nedenle birçok kültür kişiliği kendi inanç ve değer yargılarına göre tanımlamış ve tasnif etmiştir. Enneagram bu tasniflerden biridir. Aile hekimliği yapan doktorların hastalarını yakından tanımaları ve hastaları ile kuracakları etkili iletişimde Enneagram'ın ön gördüğü kişilik tipleri sınıflamasından yararlanmaları faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Yelboğa A. Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2006;8(2):198.
2. Şimşek M. Şerif T. Akgemci A, Çelik A. Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Nobel Yayın Dağıtım, 2001, Ankara
3. Türk Dil Kurumu (TDK), 2016. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.575d10b811d020.12788141. Erişim Tarihi: 11.06.2016.
4. Millon T, Davis RD. Disorders of Personality DSMIV and Beyond, A wiley interscience, New York. 1996.
5. Enneagram of Personality: Wikipedia The Free Encyclopedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Enneagram_of_Personality. Erişim Tarihi: 11.06.2016.
6. Baron R, Wagele E. The enneagram made easy : discover the 9 types of people. Harper; 1994. 161 p. p. SanFrancisco.
7. Eckstein D. The Couple's Enneagram Questionnaire (CEQ). The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families. 2002;10(1).
8. Ginsburg SB. Gurdjieff unveiled : an overview and introduction to Gurdjieff's teaching. Lighthouse Workbooks; 2005. xviii, 138 p. p. London.
9. Tipler Alemi. Enneagram Nedir? <http://tipleralemi.com/enneagram-nedir-7/> Erişim Tarihi:11.06.2016.
10. Taştan K. Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele Yöntemleri. Grafikent Dijital Baskı Merkezi; 2012;38-246. Elazığ.
11. Batu U. Eneagram ile Kişilik Analizi, Alfa Basım Yayım Dağıtım, 2012;85-321. İstanbul
12. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Taştan Kişilik Tipleri Ölçeği. <http://aile.atauni.edu.tr/profil=yrd.-doc.-dr.-kenan-tastan>. Erişim Tarihi: 11.06.2016.
13. Veskon 4. Multidisipliner Tıp ve Aile Hekimliği Kongresi Kitapçığı, Antalya, 2014;55-56.

Konu 10

TIPTA BEŞERİ/İNSANİ BİLİMLER

Mustafa Gökhan USMAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda hekimlik uygulamalarında; tarih, sosyoloji, edebiyat gibi bilimlerin, inançların, kültürel değerlerin ve sanatın önemi ve yeri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- İnsan bilimleriyle hekimlik uygulamalarında empati, kavrama ve çözüm bulma yeteneklerini geliştirebileceklerini fark edebilmeli,
- Tıpta beşeri bilimlerle bakış açılarını genişletebileceklerini anlayabilmeli,
- Sanatla hekimlik arasında güçlü bir bağ olduğunu fark edebilmeli.

ÖZET

İnsandaki tüm biyolojik fonksiyonların keşfedilmesi, mükemmel hekimlik uygulaması anlamına gelmemektedir. Hekimlerin, hastalarını profesyonel olarak, görev yaptıkları bölgenin özelliklerini bilerek ve biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirmeleri gerekir. Bu şekilde başarılı hekimlerin yetişebilmesi için tıp eğitimi içerisinde tarih, edebiyat, etik, sosyoloji, teoloji, belagat, psikoloji, görsel sanatlar ve felsefe gibi insan bilimleri konularının dahil edilmesi gerekmektedir.

Tıp fakültelerinde çeşitli içerikteki modüllerle bu bilimler hekim adaylarına sevdirmeye ve hayata daha geniş bir pencereden bakabilme becerisi kazandırılmaya çalışılmaktadır.

GİRİŞ

Tıp uygulamalarında biyopsikososyal yaklaşımın önemi, aile hekimliği başta olmak üzere tüm branşlarda sıklıkla vurgulanır. Burada amaç hastayı, kendine özgü fikirleri, sorumlulukları, tecrübeleri ve düşünceleri olan, içinde yaşadığımız toplumun bir parçası olarak görebilmektir. İnsanın biyolojik özelliklerinin tümünün öğrenilmesi hekimlik uygulamaları için yeterli olmamaktadır. Değerlendirilen şahsın ruhsal durumu, geçmiş deneyimleri, hobi ve alışkanlıkları, yaşadığı yerin özellikleri, kültürel ve sosyal faktörleri teşhis ve tedaviyi etkileyebilmektedir. Bu noktada hekimliğin bir sanat olduğu gerçeği anlaşılmaktadır. Diğer taraftan aynı faktörlerin bizi olumsuz etkilememesine de dikkat etmeliyiz. Hekim olarak toplumun bir parçası olduğumuzu unutmamalı, kişisel farklılıklarımızın farkında olarak, olabildiğince objektif ve etik değerlere uygun profesyonel değerlendirme yapmalıyız (1).

Önemli Noktalar

- Hekimlikte profesyonellik ve biyopsikososyal yaklaşım önemlidir.
- Tıpta insan bilimleri, tıp eğitimi ve sonrası için bir gerekliliktir.
- Hekimlerde tabii (natürel) bilimlerle sosyal (insani/beşeri) bilimlerin uyumlu bir birlikteliği oluşmalıdır.
- İnsan bilimleri, farklı kişilik yapılarına uygun çeşitteki eğitim modülleriyle tıp fakültesi müfredatında yer almalıdır.

Profesyonel yaklaşım, deneyim, beceri, alışkanlık gibi faktörler, pratik ve klinik tıp uygulamalarında gereklidir, ancak bunların gelişimi insan bilimleri konuları olan tarih, edebiyat, etik, sosyoloji, teoloji, belagat, yorumlama, psikoloji, görsel sanatlar, felsefe ve kültürel değerlerle yakından veya uzaktan ilişkilidir (2). Tıp eğitiminde verilen temel ve klinik bilimler yanında insan bilimlerinin de yer alması, hatta insan bilimleri temelinde diğer bilimlerin anlatılması önem arz etmektedir.

Hekimlik, toplumun nabzını yakın olarak hisseden bir meslektir. Bu nedenle içinde yaşanılan toplumun tarihinin, kültürel ve dini değerlerinin bilinmesi, sosyolojik ve psikolojik gelişmelerin takip edilmesi ve bu bilgiler ışığında görev yapılması, tıp eğitimi boyunca önemi anlatılsın veya anlatılmasın mesleki olarak bir gerekliliktir. Bu gereklilik hem mesleki beklentinin karşılanması hem de mesleki tatminin oluşması içindir.

TIPTA BEŞERİ/İNSANİ BİLİMLER

Tıp eğitimi içinde insan bilimlerinin de yer alması, insanla yoğun olarak uğraşan bir bilimin insanı tanıma ihtiyacının karşılığıdır. Bu ihtiyaçla ilgili tarihte pek çok sağlık profesyoneli ve filozofun görüşü olmuştur.

Birinci yüzyılın birinci yarısında yaşamış bir hekim ve farmakolog olan Scribonius Largus bir hekimde olması gereken üç özelliğin; şefkatli, yemine sadık (profesyonel) ve insancıl olmak olduğunu söylemiştir (1).

1332-1406 yılları arasında yaşamış, sosyolojinin kurucusu olarak ta kabul edilen, İbn-i Haldun, Mukaddime isimli eserinde tıp sanatını tabii (doğa, natürel) bilimlerin bir dalı olarak sınıflamış ancak tabii bilimler temelinde hastanın mizacına göre

değerlendirmenin yapıldığını belirtmiştir. Ayrıca sanatların (sosyal bilimler) aklı keskinleştirip fikri parlaklaştırdığını söyledikten sonra tıbbın, huzur ve refahın gerekli kıldığı bir sanat olduğunu, sanatın refahı takip ettiğini, refahın azaldığı yerlerde önce sanatın azalacağını ve bilim adamlarının maddi kaygılara düşeceklerini belirterek insan bilimlerinin tıptaki önemine vurgu yapmıştır (3).

Bir tıp fakültesinde insan bilimleri bölümü açılması ilk olarak 1960'lerde Amerika Birleşik Devletleri, Pensilvanya Eyalet Üniversitesi'nde olmuştur (4). İngiltere'de 1993 yılında The General Medical Council tarafından yayınlanan "Geleceğin Doktorları" kılavuzunda her tıp fakültesinin çekirdek müfredatında insan bilimlerinin özel çalışma modülleri şeklinde yer alması gerektiği belirtilmiştir (5). Bu bildiri sonrası zaten çok yoğun bir müfredatı olan tıp eğitiminde, insan bilimlerinin ne şekilde ve ne kadar yer alması gerektiği tartışılmış ve çeşitli uygulama şekilleri denenmiştir (6, 7). 1998 yılında American Society for Bioetics and Humanities adında ilk dernek kurulmuştur. Türkiye'de de tıp eğitimi müfredatına "Tıpta İnsan Bilimler"i ilk olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2004 yılında konulmuştur. Bugün ülkemizde ve dünyada tıp fakültelerinin çoğunda insan bilimleri ile ilgili değişik içerikteki modüller tıp eğitimine girmiştir. Tıpta insan bilimleri, tıp fakülteleri, öğretim üyeleri ve filozoflar tarafından bilimsel tıp dergileri ve konferanslarla desteklenmektedir.

Tıp hem sanattır, hem de bilimdir (8). Hasta ile iletişim kurma, anamnezini kavrama, inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon ve palpasyon muayeneleri ve cerrahi veya dahili tedavi aşamalarının tümü çeşitli sanat dallarıyla ilişkilidir ve sanatla uğraşan hekimlerde bu aşamaların aşılması daha kolay olmaktadır (9).

İnsan bilimleri ve sanatın olaylara yaklaşım ve değerlendirmesi ile temel ve klinik tıp bilimlerinin de içinde bulunduğu tabii bilimlerin yaklaşımı birbirinden oldukça farklıdır. Tabii bilimler katı, kademeli, istatistik temelli ve tek bakış açılarıdır, insan bilimleri ise yumuşak, sezgisel, heyecanlı ve farklı bakış açılarına açıktır (10). Hekimlikte her iki yaklaşımın uyumlu bir birlikteliği gerekmektedir. Sadece tıp bilimleri, öğrencileri dar görüşlü hale getirmektedir (6).

Sokrates hekimlerin etik kurallara bağlı iyi birer insan olmaları gerektiğini belirtmiştir (15). Tıpta insan bilimleri eğitimiyle hedef; öncelikle bakış açısı geniş, hassas, empati, kavrama ve çözüm bulma yeteneği gelişmiş, sanatla hekimlik arasındaki güçlü bağı fark etmiş, insancıl bir hekim yetiştirmektir. Ayrıca insan bilimleri olan sanat, etik, felsefe, edebiyat, inançlar gibi değerlere hakimiyetiyle mesleğinin icrasını daha nitelikli ve başarılı hale getirmesidir (11-14).

Tarih araştırmalarının günümüze ve geleceğe ışık tuttuğu gibi tıbbın da nasıl doğup geliştiği günümüz arayışları için önemli bir referanstır. Edebiyat, canlı betimlemeleri, unutulmaz öykü ve kişilikleri, bir olayı farklı açılardan tekrar değerlendirmeleriyle tıp biliminde insanın ve toplumun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olur. Felsefe ve mantık bilimi kapsamında varoluş hakkında binlerce yıldır yapılan çalışmalarla insan, yaşam, ölüm ve yaşadığımız evren anlaşılmaya çalışılmıştır. Tiyatro, sinema, resim, müzik, heykel gibi sanatlar da insan ve toplumun bir yansımasıdır. Toplumlar arasında ki en önemli farklılıkları din ve kültürel değerler oluşturmaktadır.

Tıbbi uygulamalarda insan bilimlerine bakılacak olursa, edebiyat kişilik yapılarının anlaşılmasını kolaylaştırır ve genel bakış gücünü artırır. Tıp tarihi boyunca bilim

adamlarının, insanları çağın hastalıklarından korumaya ve kurtarmaya çalıştıklarını görürüz. Bu çalışmalar o dönemde yaşayan toplumun ihtiyaçları, inanışları, yaşam şekilleri hakkında bilgiler taşır. Dönemin şartlarına ve toplum özelliklerine tam vakıf olmadan, empatisiz ve sevmeyen bu çalışmaların başarılı olabilmesi mümkün değildir. Geçmişte olduğu gibi bugün de toplumu ve insanı bilme ve empati yeteneği hekim olma yolunun en önemli adımlardandır. Felsefe ve yorumlama olaylara farklı açılardan bakabilmeyi sağlar, eleştirel düşünce ve empati yeteneğini artırır, yoruma açık muğlak durumlar veya çıkmazlarla karşılaştığında aşmaya yardımcı olur. Sanatsal aktiviteler durumların kavranmasını güçlendirir, mesleki tatmini artırır. Etik (ahlaki) değerler anlayışlı ve saygılı olmayı sağlar. Belagat, zor durumların ifadesini kolaylaştırır. Psikoloji, empatiyi artırır ve davranışlarımızı şekillendirir. Dini, kültürel ve sosyolojik bilgiler insanların davranışlarını anlamayı kolaylaştırır (2,10,14).

İnsan sadece bedeni bir varlık değildir, olaylar karşısında duygulanmayı ve muhakeme yapabilmeyi sağlayan ruhsal bir yönü de vardır. İnsanı diğer canlılardan ayıran bu özelliği olmasaydı, hekimin de bir araba tamircisinden farkı kalmazdı. Hastaların ifade ettiği şikayetlerle, sonuçta çıkan hastalık her zaman uyuşmaz. Bazen hastalar ifade etmeye çekindikleri farklı sorunları için başvururlar. Bazen sadece tepkimizi ölçmek veya küçük bir destek almak veya bir yakınına mesaj vermek için... Bazen normal ve önemsiz gördükleri için yöresel bir hastalık etkeni maruziyetinden (kene veya asbest gibi) veya geleneksel olarak kullandıkları bir hastalık etkeninden (Maraş otu veya nargile gibi) bahsetmezler. Hastanın özel bir durumu tedavi yaklaşımını etkileyebilir (gebelik, hepatit veya psikoz gibi). Bazı yörelerde bazı hastalıkların daha dikkatli değerlendirilmesi gerekir (ailevi Akdeniz ateşi veya sitma gibi). Tahlil sonuçları birbirine yakın iki ayrı hastada verilen tedaviler çok farklı olabilmektedir (talasemi ile demir eksikliği anemisi gibi)...

Görüldüğü gibi hekimlik daha hastayı görmeden hastanın yaşadığı yerin tarihi, kültürel ve fiziksel özellikleriyle başlıyor, hastanın sosyolojik ve psikolojik değerlendirmeleriyle devam ediyor ve son aşamada da iyi bir bilgi ve yorum gerektiriyor.

SONUÇ

Hipokrat'ın 'Hastalık yok hasta vardır.' ve Sir William Osler'in 'İyi doktor hastalığı, çok iyi doktor ise hastayı tedavi eder.' sözleriyle hastaların tanı-tedavi kalıpları içerisinde değil, bireysel olarak şikayetleri, yaşam koşulları ve kişilik özellikleriyle değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Bu nedenle tıp eğitimi müfredatlarında, temel bilim ile klinik bilim eğitimleri arasında uygun bir geçiş ve ilişkilendirme sağlanması, insan bilimlerinin daha etkin bir şekilde yer alması ve ilgili modüllerin eklenmesi gerekmektedir. Ancak tüm insan bilimleri müfredata konulamayacağı için en azından öğrencilerin kişilik özelliklerine göre seçebilecekleri farklı içeriklerde modüller hazırlanmalıdır ve gerekirse farklı fakültelerin de yardımıyla tıp eğitimi boyunca bu eğitime de devam edilmelidir. Hekim adayları ise bu dersleri zevkle takip etmeli, kendi duygu ve düşüncelerini ifade edebilmenin ve insanı anlamının bir kapısı olarak görmeli ve tıp eğitimi sonrası da ilgi duyduğu insan bilimlerinde yeni kazanımlar peşinde olmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Pellegrino, ED. Toward a reconstruction of medical morality. *The American Journal of Bioethics* 2006;6(2): 65-71.
- 2- Evans M. Reflections on the humanities in medical education. *Med Educ* 2002;36:508-13.
- 3- İbn-i Haldun, Mukaddime-2, S. Uludağ'ın gözden geçirilmiş baskısı, Dergah yayınları, 2009; 727-779-81,891.
- 4- Hawkins AH, Ballard JO, Hufford DJ. Humanities education at Pennsylvania State University college of medicine, Hershey, *Acad Med* 2003;78:1001-1005. Pennsylvania.
- 5- General Medical Council. *Tomorrow's Doctors: Recommendations on undergraduate medical education*, London: General Medical Council, 2009
- 6- Macnaughton J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures, *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000; 26:23-30.
- 7- Evans M, Greaves D. 'Developing the medical humanities' report of a research colloquium, and collected abstracts of papers. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2001;27:93-98.
- 8- Akman M, Ünalın P, Kalaça S. Tıp eğitiminde sanatın yeri, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009; 40:1-5.
- 9- Özkara A, Sümer S, Ayhan Başer D, Döner P, Kahveci R, Sencan İ, Kasım İ, Tekin O. Aile Hekimlerinin Sanatsal Faaliyetleri, *Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(1):34-39.
- 10- Boudreau JD, Fuks A. The humanities in medical education: Ways of knowing, doing and being. *Journal of Medical Humanities* 2015; 36(4), 321-336.
- 11- Shapiro J, Rucker L. Can poetry make better doctors? Teaching the humanities and arts to medical students and residents at the University of California, Irvine, College of Medicine. *Acad Med* 2003;78:953-957.
- 12- Akdoğan I, Özdel O, Akdoğan D, Topal K. Evaluation of humanities in medicine program by grade 1 and grade 2 students of Pamukkale University Medical School. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2016;9(1):39-44.
- 13- Murray J. Why the medical humanities. *Dalhousie Medical Journal* 1998;26:46-50.
- 14- Elçin M. Tıbbı farklı açılardan görebilmek: Tıpta insan bilimleri. *Hacettepe Tıp Derg* 2008;39:55-59.
- 15- Aydın E. Hekimlik etiğinin tarihsel kökenleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 1993;4(4):695-702.

Konu 11

BİLİM FELSEFESİ

M. Mümtaz MAZICIOĞLU

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu derste aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin kendi disiplinlerinin ortaya çıkması ve gelişmesine zemin harcayan bilim tarihi ve felsefesini günlük uygulamalarına yansıtılabilmeleri amaçlanmıştır. Bu kapsamda temel bilimlerin ayrışması ve gelişmesi sürecine kadar kısa tarihi sürecin tanımlanması ve bu sürecin oluşumuna götüren felsefi bakış açısının tanımlanması ikincil amaç olarak kabul edilmiştir.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Bilim tarihinin geçirdiği süreçleri sayabilmeli,
- Bilimsel düşünceye geçiş süreçlerini sayabilmeli,
- Bilimsel metodu oluşturan aşamaları sayabilmeli,
- Aile hekimliği bilgi birikiminin ve uygulamasının temel bilimlerden klinik bilimlere geçiş sonrası nasıl olduğunu tarif edebilmeli.

ÖZET

Bilim, olgulara dayanan, geçerli güvenilir kanıtları kullanarak bir nedensellik örüntüsü kuran bir bilgi birikimi oluşturma sürecidir. Bilimsel bilginin bir süreç ürünü olması ve doğruluğunun sürekli sorgulanır olması en önemli özelliklerindendir. Bu temel özellikleri nedeniyle dogmatik bilgidен tamamen ayrılır. Bilimsel bilgi birikimi süreci bu alana ilgi duyan herkesi bilgi ve beceri düzeyi ne olursa olsun içine alabilir. Önemli olan bireyin ilgisinin ve bilimsel bilgi üretimi konusundaki azimli çalışmasının devamlılığıdır.

Uzmanlaşma üst düzeyde artarken; dar alanda derin bilgi birikiminin toplum genelinin günlük kullanımına uygulanmasında görev alan aile hekimleri, sürecin hem temel bilimlerden klinik bilimlere geçiş aşamasında hem de klinik ihtiyaçlara temel bilimler bilgi birikimi ve üretimi ile çözümler üretme konusunda geçişlerin yaşandığı kavşakta yer almaktadırlar. Bilgiyi üretenin kullanana uygun bilgi biriktirebilmesi, bilgiyi kullananında ihtiyacına uygun bilimsel çalışmaları uyarabilmesi her iki tarafın hayatiyetini devam ettirmesi açısından elzemdir.

TARİHSEL SÜREÇ

Diğer bilim dallarında da olmakla birlikte süreci tarihçeleri dışında bir kapsama sahiptir. Bu tarihi kapsam ilgili anabilim ya da bilim dalının felsefi bakış açısını oluşturur, zamana ve ihtiyaçlara göre şekillendirir. Köklü bilim dalları kendilerine ait zeminde geçmişten gelen bir tarihi birikim ve bu birikimden yansıyan ileriye ait felsefi bir bakış açısı içerir. Aile hekimliği açısından bakıldığında da bir tıp alanında uzmanlaşmanın başlaması aile hekimlerine olan ihtiyacın başlaması anlamına gelmektedir (1). Ancak bu ihtiyaç önce temel bilimler sonra da bu zeminde yükselen klinik bilimlerde uzmanlaşmanın artması ile ortaya çıkmış bütünlüyci, kapsayıcı ve sürekli bir bakımı önceleyen bir uzmanlığı ortaya çıkarmıştır.

Önemli Noktalar

- Antik bilgi ve beceri temelinde modern bilimsel paradigmaya yönelim gerçekleşmiştir.
- Temel bilimlerde özellikle kimya zemininde oluşan gelişim göze çarpar.
- Klinik bilimlerin temel bilimler tabanında gelişimini görmekteyiz.
- Klinik bilimlerin moleküler biyoloji tabanında temel bilimlerle yeniden yoğun teması olmuştur.
- Bilimsel paradigma, gelişim sürecinde temel bilimlerdeki gelişme ve değişim tabanında yükselmiştir.
- Ulaştığı seviyede yeniden yapılanma ve farklı bir bakış açısı gerektiğinde yine temel bilimlerin bulgularına ihtiyaç duymuştur.

Bir tıp disiplini içerisinde gelecekte öngörülen değişim ve gelişime uygun olarak ortaya çıkan her yeni yapılanma bir ayrışma sürecinin de başlangıcı olmaktadır. Her türlü çeşitliliğe açık bu süreç değişim ve gelişimin sürükleyici ana motifi olurken içerisinden çıktığı disiplinin bir bütün olarak algılanması ve disipline ait tıbbi uygulamaların yürütülmesinde bazen imkansız varan engellerin kaynağı da olabilmektedir.

Tıp tarihinin gelişim sürecinde bilginin oluşumu, düzenlenmesi ve bilimsel bir kimliğe bürünmesi için İlder Uzel'in tıp tarihi kitabında tıbbın gelişim evreleri olarak belirttiği gibi (2);

- İçgüdüsel
- Ampirik
- Büyüsel
- Felsefi
- Bilimsel tıp evresi süreçleri ya da benzeri aşamalardan geçilmiştir.

Yazılı tarih ile başlayan süreçte bilimsel bilginin sistematik olarak birikimi birlikte yaşamın ve toplumsal işbirliğinin olduğu şehirleşme sonrası döneme denk gelmektedir. Bu coğrafya ise Ortadoğu'da Antik Mısır ve Mezopotamya medeniyetlerinin papirüs ve kil tabletleri üzerinde günümüze ulaşmıştır (Noah Kramer, Ortadoğu'da mühendislik). Ortadoğu'da bu dönemde üretilen bilgi, yöneticiler ve rahipler tarafından kolektif bir anlayışla korunmakta ve geliştirilmekteydi. Bu dönemde bilginin kaydedilmeye başlaması; aktarılması ve yayılması perspektifini bilimsel sürece kazandırmıştır. Bu medeniyetlerin yıkılması ya da yeni bilgiyi daha kısıtlı ve yetersiz

düzeyde üretecek şekilde zayıflaması mevcut bilgiyi alan kendi coğrafyasına taşıyan eski Yunan şehirlerinin bilim adamı ve filozoflarının bilimsel alanda güçlenmesine neden olmuştur. Hiyerogliflerin çözümlenmesi ve okunabilir hale gelmesi aşamasında kilit rol oynayan Rosetta taşı Ortadoğu'dan Eski Yunan'a bilginin taşınmasının hem kanıtı hem de ilk kültürler arası ilk bilimsel çevirinin yapıldığının işareti sayılabilir. Bugün reçetelerin başında kullandığımız simge Mısır tanrılarında Horus'a dayanmakta ve "Horus'un gözü" olarak bilinmektedir (3) (Şekil 1).



Şekil 1. Abu Simmel Tapınağı duvar rölyeflerinden ayrıntı (Fotoğraf M. Mümtaz Mazıcıoğlu)

Bu simgenin etkisini günümüzde hala görmek mümkündür. Reçetelerimiz dışında Hac'dan dönen hacıların evlerinin kapısına bu vesile ile yapılan çizimlerde İslam'a ait dini simgelerin yanında Horus'un gözünü görmek günümüzde hala mümkündür (Şekil 2).



Şekil 2. Mardin'de bir apartman tabelası (Fotoğraf M. Mümtaz Mazıcıoğlu)

Eski Yunan dönemi bilimlerin adlandırılması, sınıflandırılması ve bilginin farklı sınıflarda ele alınarak çeşitlenmesi sürecinin başlangıcı olmuştur. Bu dönemin temel özelliği de bilimsel gelişim sürecine katkının kolektif bir süreçten sıyrılıp her biri kendi başına daha sonraki çağları etkileme gücüne sahip filozof bilim adamlarının ortaya çıkmasıdır. Bu bireysel bilgi ve yorum sürecinde ortaya çıkan kurumlar tapınkların

yanında felsefi ekollerin okullaşma ve doğa olaylarını farklı bakış açılarıyla açıklama gayretlerinin belirgin hale gelmesidir. Bu sürecin etkileri 19. yüzyılda modern bilimin ilk gelişim evresini tamamlamasına kadar sürmüştür. Temel bilimler gelişip doğa kanunları somut bilimsel tanımlamalar ile açıklanmaya başladığında Eski Yunan'dan gelen felsefi bakış açısı yeniden tanımlanmak zorunda kalmıştır. Temel bilimlerin ortaya çıkışı belki de Aristo'nun bilim dallarını ilk sınıflandırmasına dayanmaktadır. Ortaçağa kadar olan süreçte temel bilgi birikimi ve ön deneyimler kazanıldıktan sonra Paracelsus "iatrokimya" yı oluşturup hastalıkların tedavisinde kimyasalların ilaç olarak kullanımını ilk uygulayan simyacı olmuştur. Ancak belirtmek gerekir ki; eski Mısır'dan Galen ve İbni Sina'ya uzanan süreçte oluşan bilgi birikimini kendi coğrafyalarında izledikten sonra kendi bireysel bilimsel anlayışını ortaya koymuştur (4).

Eski Yunan sonrası Ortadoğu ve Asya'nın batısında gelişen İslam ve Türk medeniyeti ile Avrupa'nın doğusunda gelişen Endülüs medeniyeti Eski Yunan'ın bilgi birikiminin tercüme yoluyla ulaştığı yeni coğrafyalardır. Bu her iki coğrafya orta çağa kadar eleştirel düşüncenin hakim olduğu, deneysel geçerli ve güvenilir bilginin üretildiği ve yorumlandığı çok sayıda bilim adamının yetiştiği bölgeler olmuştur. Bu ortam bilim ve felsefe Farabi, İbni Sina, El Heyzem ve Razi gibi özgür düşünceye açık yönetimlerin desteğinde yetişen bilim adamları ve felsefecilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Aristo benzeri bir bilimsel metodoloji tarifi ile bilim dallarının sınıflandırılmasının bu dönemde Farabi tarafından yapıldığı görülmektedir (5). Eski Yunan benzeri bireysel çabaları ile bilimsel düşüncüyü alıp geliştiren çok sayıda Türk ve İslam bilginini kendilerine devreden doğa bilimleri ile ilgili birikimi alıp geliştirmişleriyle kendi dönemlerinin sonuna doğru okullaşma ve kurumsallaşma yönünde adımlar atılabilmektedir. Buna en iyi örnek, fizik ve astronomi bilgisinin üretildiği rasathaneler ve tıbbi bilginin üretildiği darüşşifalardır (6). Antik medeniyetlerden eski Yunan'a ve oradan Endülüs ile İslam ve Türk medeniyetine ve nihayetinde ortaçağ sonrası Batı medeniyetine ulaşan bilimsel bilgi basamak basamak yükselirken her bir basamakta değişik medeniyetlerin katkısını alıp sonunda eleştirel düşünceye sahip, yaşamını bilimsel gelişime adan ve zamanını bu gelişim için kullanan hangi toplum varsa onun elinde gelişip yayılmaktadır. Helenistik bilginin Türk İslam medeniyetine aktarımı Bağdat'ta Yunancadan Arapçaya, daha sonra Ortaçağ Avrupasına aktarımı Arapçadan Latinceye Endülüslü tercümanların önderliğinde olmuştur (7).

Toplumların zenginliği ve gücü bilimsel düşüncüyü üretebilme ve geliştirebilme becerisine paralel artmakta ya da azalmaktadır. Süreç bir hayatta kalma ve konumunu koruyup geliştirme sürecidir. Ortaçağ boyunca anlamsız ve boş bir hayal olarak gelişen değersiz madenlerden altın üretme süreci gibi doğrudan bilimsel gelişmeyi amaçlamayan süreçler bile beklenmedik şekilde daha sonraki süreçte bilimin gelişiminin temel dayanağı olabilmektedir. Türk İslam medeniyeti ile Endülüs medeniyetinden yapılan çeviriler, kilise taassubunun etkisini ortadan kaldıran bilginin hızla yayılmasına neden olan matbaanın yaygınlaşması ortaçağ sonrası bilimsel gelişimin temel dayanağı olmuştur. Ortaçağ boyunca simya gibi hedefine ulaşamayan boş bir çaba daha sonraki muhteşem bir gelişimin; temel bilimlerin kurumsallaşmasının lokomotif olmuştur. Tüm bilim adamlarının zamanını alan ve boşuna uğraştıran altına ulaşma süreci deneysel olarak temel bilimlerin gelişmesine yol açan bilgi ve teknolojik gelişime vesile olmuştur. Bu ortaçağ sonrası bilim adamlarının memnuniyetle alıp kullanabilecekleri bir bilgi birikimi yaratmıştır.

Modern bilim özellikle de tıbbi bilimler temel bilimlerde 17. yüzyıldan başlayan gelişim süreci nispeten kısa sürede kurumsallaşarak büyük gelişme kaydedebilmiştir (8). Bu gelişim süreci öylesine hızlı ve etkili olmuştur ki, 19. yüzyıldan sonra bilim, din gibi algılanmaya başlamış ve ekonomik potansiyeli nedeniyle bir yatırım aracı olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bilimin ekonomik gelişimin temel unsurlarından biri haline gelmesine bilimsel gelişmenin ekonomiyi yönlendirmesi yerine oluşan ekonomik alt yapının bilimsel faaliyetlere yön verme çabası ön plana çıkmıştır. Buna aile hekimliği ile ilgisi açısından verilebilecek bir örnek periyodik sağlık muayeneleri olabilir. Başlangıçta hastalıkların önceden tespiti ile önlenmeleri ve yapılacak sağlık harcamalarının azaltılabileceği tezi ile periyodik muayeneler başlatılmıştır. Ancak bu tezin doğruluğuna olan inanç artınca periyodik muayenenin kapsamı ve şekli sigorta şirketleri ve bankaların yapılandığı bir süreç haline gelmiştir. Böylece tıbben ya da bilimsel olarak doğrunun uygulanması yerine ekonomik doğrunun uygulanması ön plana geçmiştir. Günümüz bilimi halen kendi gelişimini sağlayabilmek için ekonomik ve askeri önceliklere göre verilen destekler ile yönlendirilmeye çalışılmaktadır (Uluslararası ekonomik kuruluşların yönlendirmeleri, silahlı kuvvetler için yapılan çalışmaların bilime dolaylı katkısı gibi). Bilim adamı kendi önceliği ve merak ettiği araştırma alanlarının ekonomik ve askeri önceliklerle çakıştığı oranda yaptığı çalışmadan memnun olabilmektedir. Bu yapılanma belki de insanoğlunun temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra oluşturduğu birikiminin artırılması ve sürekliliğinin sağlanması içgüdüünün bir uzantısıdır. Tarih boyunca çoğunlukla hem bilim hem de sanat istikrar ve refahın hüküm sürdüğü coğrafyalarda vizyonu geniş yöneticilerin sanatçı ve bilim adamlarına sağladığı destekle gelişmiştir. Öte yandan süreç temel olarak yukarıda bahsedildiği şekilde yapılanmasına rağmen bilim adamının merakı kendisi bu sürece dahil edilsin ya da edilmesin kendi başına mevcut bilimsel bilgi ve metodu kullanarak çalışmasının temel itici gücü olmuştur.

BİLİMSEL SÜRECE FELSEFİ BAKIŞ AÇISI

Dünyanın oluşumu ve bu oluşumun nasıl olduğu ile ilgili süreçleri açıklamaya çalışan her girişim insanların dünyayı anlamak, yorumlamak ve yaşamının bir parçası olarak onunla baş etme sürecinde içgüdüsel davranışlarının ilk davranış modeli oluşturduğunu kabul etmektedir. İçgüdüsel davranışa alınan ya da alınmayan tepkilere göre insanlar ampirik (deney) yoldan olayları çözümlenme sürecine adım atmışlardır. İlk deneyin ilk bilimsel girişim olduğunu düşünürsek deneysel girişimin dayanağı olan ilk bilgi bir içgüdüsel davranışa karşı alınan ya da alınmayan tepkidir diyebiliriz. Deneysel sürecin başta kurulan hipoteze uygun olarak başarıyı getirebileceği gibi başarısızlığı da getirebileceği rahatlıkla öngörülebilir, hatta deneysel sürecin büyük çoğunlukla başarısızlığı getireceğini öngörmek daha akıllıca olacaktır. İnsanın elindeki kısıtlı bilgi ile oluşturduğu deneysel düzeneğin ya da uyguladığı metodun başlarda geçerliliği ve güvenilirliğinin hiç ya da nispeten az test edilmiş oluşu bu sonucu doğuracak ve insanın dünyayı anlama ve açıklama iştahını baltalayacaktır. Bu dönemde büyüsellüğün ön plana çıkarılarak bilgisizliğin ya da deneysel başarısızlığın oluşturduğu gerilimden kurtulmak için çeşitli dış etkenler üzerinden sahip olunduğu kadarıyla bilgi ötesi ancak rasyonel kabul edilen büyüsel mekanizmaları kullanılmamasını doğal karşılamak gerekir.

Oluşan kısıtlı bilgi ve ilk deney sürecindeki başarısızlığı takiben büyüelliğin ön plana çıkarılıp geliştirilmesi düşünen ve bilişsel anlamda gelişen insan beyninin kendi sınırlarını zorlayan düşünsel ve deneysel bilgiyi metodolojik bir tabana oturtma girişimi günümüz bilimsel gelişimi öncesinde bilimsel felsefenin oluşması ve gelişimini sağlamıştır (9).

Bu sürecin insanlık tarihi ile birlikte paralel seyrettiği açıktır. Bu nedenle bilim felsefesi ya da bilimsel sürecin gelişimini tarihi gelişim sürecinden ayırmak mümkün değildir. Bilimsel düşünce;

- Olgulara dayanan,
- Geçerli yöntemlerle olguları test eden,
- Bulgularını genellerken kendi eleştirebilen,
- Ön yargı ve doğmalardan bağımsız düşünebilen,
- Güvenilir de olsa her bulgusunu sürekli şüphe ile karşılayıp yeniden test edebilen bireylerce sahiplenip geliştirilebilir.

Bütün bunlara rağmen bilimin kapsamı, bulgularının değişkenliği, yönteminin gelişip başkalaşabilme yeteneği ve çok yönlülüğü bilim tanımını sürekli değiştirmektedir. Bu yönüyle ulaşılabılır bir hedef olmaktan çok doğayı anlama ve açıklamada kullanılan bir süreçtir. Tarihi gelişimi içerisinde de doğayı anlayıp açıklamakta kullanılan metafizik anlayışlardan ayrılmıştır (10).

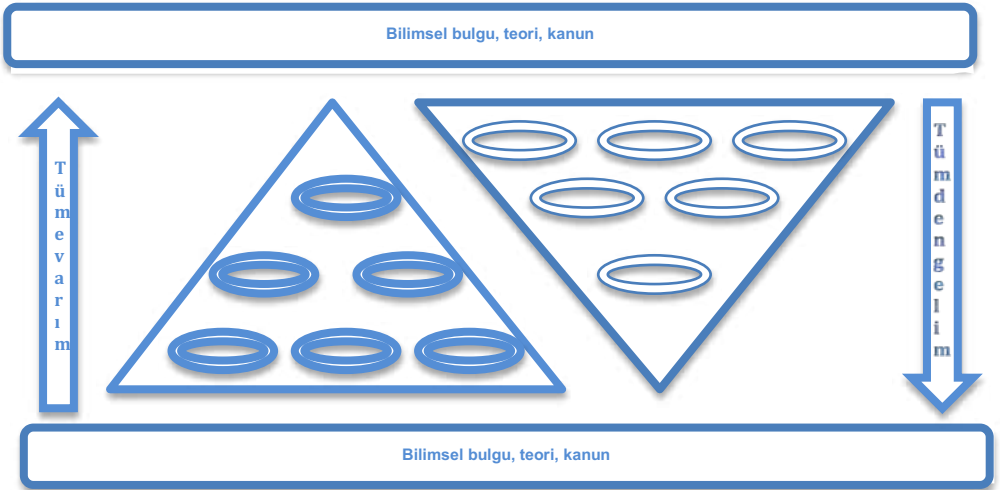
MODERN BİLİMSEL YÖNTEME ULAŞMA SÜRECİ

Modern bilimin bugün ulaştığı aşama; bilimsel bilginin oluşumunu ve genellenerek doğa kanunları olarak algılanmasını aşağıdaki başlıklar ya da aşamaların tamamlanması şeklinde kabul etmektedir;

- Bir içgüdü, herhangi bir düzeyde bilimsel bilgi ya da doğa olaylarını açıklamaya yönelik bir **hipotez** oluşturulması ilk aşamadır. Bilginin değişebileceği ve gelişebileceği daha önceki deneysel süreçten bilindiği için hipotezin dayanağı ne kadar geçerli ve güvenilir bilgiye dayanırsa dayansın başlangıçta doğru kabul edilemez. Bu nedenle hipotez insanda merak uyandıran bilimsel açıdan mantıklı ya da mantıksız önermedir. Gerisinde bir dayanağı olabilir ya da olmayabilir.
- Hipotezin oluşturulması ile insan bunu test etmek ya da doğrulamak için bir **yöntem** arayışına girecektir. Bu arayış güncel, geçerli ve güvenilir bir yöntemin kullanılması ya da güncel bilimsel bilgi ile açıklanabilen yeni bir yöntemin oluşturulmasına da yol açabilir. Amaç hipotezi geçerli ve güvenilir bir yöntemle test edip oluşan yeni bilgiyi genellemektir.
- Bilimsel bilgi daha sonra başkalarının da aynı yolla ulaşabileceği bilgiyi üreten bir yöntemle sahip olmak zorundadır. Bu aşamada elde edilen yeni bilgi genellenerek herkesin kullanımına uygun bir **teorem** ve hipotezin doğruluğu

geçerli ve güvenilir bir yöntemle açıklanıp kanıtlanabilmişse bir **doğa kanunu** olma sürecini tamamlayabilir.

- Doğa kanunu olmaya giden süreç bilimsel metodun ortaya koyduğu yeni bilginin halen geçerliliğini koruyan eski bilgi ile karşılaştırılması yoluyla bilimsel anlamda mantıklı başkalarının da test etmesi için yeni ve iddialı bir **yorum** gerektirmektedir. Bu yorum sürece hakim, bilimsel mantığı bilen ve iddiasının arkasında durabilecek iradeyi gösterebilecek bilim adamının varlığı ve katkısını gerektirmektedir.
- Bilim adamının ulaştığı yeni bilgiyi ya da iddiasını güncel paradigmaya karşı savunup genellenebilir bir bilgi olarak ortaya attığı an doğa kanunu olma yolunda süreç başlamış olmaktadır. Yeni bilginin daha sonra benzer bilimsel çalışmalarla doğrulanarak pekiştirilmesi ne kadar çok sayıda ve daha kapsamlı olursa oluşacak **doğa kanunu** o kadar doğru ve kapsamlı olacaktır. Bu büyük uğraş ve irade hipotezinin öngördüğü amaca ulaşmak için ne kadar çaba gösterirse göstereceği, süreç ne kadar uzun, yorucu ve yıpratıcı olursa olsun oluşturulan doğa kanunu kaç kez doğrulanırsa doğrulanın sonuçta hipoteze uymayan tek bir doğa olayı ortaya çıktığında ya da gösterildiğinde oluşturulan doğa kanunun kanun olma özelliği ve bilimsel bilgi olma anlamındaki gücü ortadan kalkacaktır.
- Hipotezin kanuna dönüşme ve bilimsel bilgi olarak kullanılma sürecinin bireyler ve toplumlar açısından en acımasız ve insan doğasına ağır gelen tarafı da şüphesiz ki bilimsel bilginin gelişim sürecinin bilim adamları da dahil kimsenin tekelinde kalamamasıdır.



Şekil 3. Tüme varım ve tümden gelim metoduyla bilimsel bilgiye ulaşma süreci

Modern bilimsel anlayış şüphesiz ki; hem doğa bilimlerinin kantitatif bakış açısını hem sosyal bilimlerin kalitatif bakış açısını birlikte ele almak zorundadır. Herhangi bir hastalığın medikal gelişimi ile bu hastalıkla birlikte gelişen sosyal değişimin ayrı ayrı

ele alınması düşünülemez. Hastalığa biyopsikososyal yaklaşım tanımında kalitatif ve kantitatif yöntemin ister tüme varımcı ister tümden gelimci yaklaşım olsun birbirinden ayrılması mümkün değildir (Şekil 3).

Doğa bilimlerinin kantitatif doğası bilimsel verilerin olabildiğince doğru ölçülmesi ile bilimsel genellemeye ulaşan sürecin daha güvenilir çalışabileceğini öngörür. Bu öngörü aynı zamanda ölçümün kesinliği ve doğruluğunun eldeki ölçüğün yeterliliğine bağlı olduğunu ve mükemmel ölçüme hiç bir zaman ulaşamayacağını da kabul eder. Deney düzeneğini oluşturan insan algısı deney sonuçlarını yeterince doğru ve kesin olarak ölçmeye ve yorumlamaya yeterli değildir. Bu nedenle bir bilim adamının yeni bilimsel bulgusu diğer bilim adamlarının bulgularıyla doğrulanmak zorundadır. Bilimsel kanıtın geçerliliği ve güvenilirliği bulgularının kesin ve sapmanın çok az olduğunu kabul ettiğimiz doğa bilimlerinde bile sürekli sorgulanır.

Doğa bilimlerinde kantitatif bakış açısı basit bir gerçekliğe dayanan, hiyerarşik bir düzen içerisinde, mekanik bir nedensellik arayışı içerisinde. Bu ilkeler doğa bilimleri içerisinde özellikle temel bilimlerin nesnel gelişiminde esas oluşturmuştur ve halen bu paradigma devam etmektedir. Öte yandan sosyal bilimlerde gerçek karmaşık, belirli bir düzen yok ve nedensellik tek yönlü değil karşılıklıdır. Doğa bilimlerinin tersine sosyal bilimlerde bilimsel doğru gözlemcinin bakış açısına göre de değişebilir. Önceden yapılandırılmış belirli ölçüm metotları ya da ölçeklerle bilimsel doğruyu arayan doğa bilimlerinin karşısında sosyal bilimlerde karmaşıklık ve belirsizlik ön plana çıkmaktadır (11). Buna rağmen olguları açıklamada doğa bilimleri ya da temel bilimlerde sosyal bilimlerin paradigmasına ihtiyaç duymaktadır. Hem doğa bilimleri hem de sosyal bilimlerden biri kendi içerisinde önemli bir değişim ya da reform geçirdiğinde diğeri paradigmasını değiştirmek zorunda kalmaktadır. Bu durum belki de insanda beyin korteksinin akılcılığı ile beyin sapında limbik sistemin iç güdüselliği arasındaki tezata benzetilebilir. Bu belki de hiç bir zaman çözülemeyecek bir tezattır, ama insan davranışlarını şekillendirir.

Sosyal bilimlerde ise gelişim doğa bilimlerinin aksine pek müdahaleye imkan vermez. Daha çok gözlemlerle farklı sosyal guruplar arası kıyaslamalarla bilimsel doğruya ulaşmaya çalışır. Yirminci yüzyılın başına gelindiğinde doğa bilimlerinde kullanılan pozitivist/akılcı paradigma doğa bilimleri bilgi birikimi ile desteklenen bir şekilde niceliksel araştırmalara karşı niteliksel araştırmaların elini güçlendirmiştir. Bir örnek vermek gerekirse doğa bilimleri için yöntemde temel teşkil eden gözlem bir doğa bilimci A. Einstein'ın rölativite teorisini ortaya atıp bunu daha sonra doğrulaması ile gözlemcinin süreçteki etkisi sorgulanmaya başlamıştır. Daha sonra Heisenberg'in "belirsizlik ilkesi" paradigmayı belirgin şekilde değiştirmiş; artık Farabi'nin tanımladığı gibi bir kesinlik olamayacağı görülmüş, olasılıklar üzerinden tahminde bulunma ve doğruya erişim süreci başlamıştır (11). Hem doğa bilimleri hem de sosyal bilimlerde temelde farklı metotlar kullansa da birbirlerinin farklı yöntemle doğruladıkları ya da ürettikleri bulguları kullanırlar. Doğa bilimlerinde; basit gerçeklik, nesnel zorunluluk ve nedensellik gibi temel bileşenler göz önündedir. Bunun aksine sosyal bilimlerde; karmaşık gerçeklik, nesnellik yerine bakış açısı ve tek yönlü değil karşılıklı nedensellik vardır.

Doğa bilimleri ve sosyal bilimlerde güncel paradigma doğa bilimlerinin temelini oluşturan temel bilimlerin indirgeyciliğinin olayları açıklamada temel ölçütlerden biri

olarak kullanımının giderek arttığıdır. Moleküler ve genetik çalışmaların klinik bilimlerin sürükleyici unsuru olarak etkisinin çok ileri düzeyde olması buna örnek verilebilir. Ancak moleküler düzeyde ya da bir genetik dizilimdeki değişim çok sayıda sistemi hem genotip hem de fenotip olarak değiştirebilmektedir. Bu durum karmaşık bir organizmada nedenselliğin sosyal bilimlerde iki yönlülüğü de göz önüne alındığında bütünsel bir bakış açısı ile değerlendirmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özetle temel bilimlerin indirgeyiciliği arttığı ölçüde klinik bilimlerin bütünleyici bakış açısı hem daha gerekli olmakta hem de daha zorlaşmaktadır. Süreç zamanla hedefine ulaştığında o zamanki bilimsel paradigmaya uygun olup olamayacağı da şimdiden bilinemediği için hem doğa bilimlerinin temel bilimlere sonuna kadar desteklenmek zorundadır, hem de sosyal bilimlerin kullandığı niteliksel çalışma yöntemi ile ortaya çıkardığı bütüncül yaklaşımın gerekliliği şimdiye kadar hiç olmadığı ölçüde artmaktadır. Bu durumun yansımaları morbidite ve mortalitesi yüksek ya da yaygın görülen hastalıkların (hipertansiyon, diyabetes mellitus vs.) izlemi ve tedavisi için oluşturulan protokollerin indirgeyici ve kesin hükümlerinin giderek bütünleştirici ve bireye özgü forma dönüşmesi ile görebiliriz.

GÜNCEL BİLİMSEL GELİŞİM SÜRECİ

Bilgi üreticisini bir süre sonra yalanlayabilmekte ve gelişimi başkasının kontrolüne hemen geçebilmektedir. Bilgiyi elde tutmak ve geliştirmek ise;

- Sürekli orijinal hipotezler üretebilmek,
- Güncel bilgiye ve eleştirel bakış açısına sahip olmak,
- Oluşan bilimsel literatürü izleyip değerlendirebilmek,
- Yeni hipotezleri bıkıp usanmadan test edip bilimsel bilgi gelişimine sürekli yeni ufuklar açabilmek yoluyla mümkün olmaktadır (12).

Ortaçağın araştırmacı dürtüsünü belirleyen simya üzerine çalışmalar modern bilimin dayandığı sağlam temeller üzerinde kapsamlı gelişiminin ivmesini oluşturmuştur. Bunu takip eden dönemde temel bilimlerdeki gelişime dayalı klinik tıp yapılanması tıbbi pratiği hasta ile hekim arasından alarak laboratuvara taşımıştır. Hastadan ziyade hastalığın ve hastalığa neden olan olayların biyolojik temellerine yönelme olmuştur. Her tıbbi branşta uzmanlaşmanın ön plana çıktığı tüme varımcı bir yaklaşım güncel bireysel ihtiyaçların karşılanmasında yetersizliğe, zaman kaybına ve bireylerin sosyal açıdan dışlanmasına yol açmıştır. Bireyler çeşitli tıp disiplinlerince ortaya konulan çok farklı ve yoğun laboratuvar verisi altında ezilirken kendilerini dünyaya daha yabancı hissetmeye başlamışlar ve bu veri akışını yönlendiren tıp disiplinleri arasındaki çatışmalar bireylerin yaşadığı gerilimi artırmıştır (1). Sonuçta 20. yüzyılın ilk yarısı bu kapsamlı ve dağınık bilgi birikimini bireyler adına yorumlayıp uygulayabilecek bir disiplinin doğmasına yol açmıştır. Ancak temel bireysel ihtiyaçlara hitap eden bu disiplinin diğer tıp disiplinleri arasında yer bulması gücün paylaşımına bilinçli ya da bilinçsiz gösterilen direnç nedeniyle oldukça zor olmuştur. Bu konuda 1920'lerde Birleşik Krallık'ta yayınlanan Dowson raporu, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1920'lerde yayınlanan

Peabody raporu ile 1960'larda yayınlanan Millard ve Willis raporları süreci tanımlayan ve geliştirilmesine katkıları olan çalışmalardır (13). Genel pratisyen ismi ilk kez Birleşik Krallık'ta 19. yüzyıl başında telaffuz edilmeye başlansa da benzeri sağlık hizmeti veren kurumların ya da doktorların aynı dönemde ülkemizde ve başka ülkelerde de hizmet verdiği bilinmektedir (14).

Ayrıca yapısı itibari ile aile hekimliğinin bireysel sağlığa katkısının tedrici ve küçük girişimler ile zaman içerisinde oluşuyor olması diğer tıp disiplinlerindeki uygulamaların sağlığa kısa süreli ve dramatik katkıları ile karşılaştırıldığında daha geri planda kalmasına neden olmuştur. Buna en iyi örnek; koroner arter hastalığı için tedavi planında on yıllarca ön planda yer alan girişimsel işlemler ile girişimsel olmayan tıbbi tedaviler arasında önemli farklar olmadığının gösterilmesidir (15).

Aile hekimleri açısından bireylerin sağlıklı olmaları, sağlıklarını geliştirmeleri, korumaları, ortaya çıkan sağlık sorunlarını yönetmeleri süreci karmaşık, zaman alan ve aile hekimleri dışında çok sayıda etkenin rol oynadığı bir süreçtir. Hem biyolojik disiplinler hem de sosyal bilimlerce bir arada ele alınmalıdır. Bireylerin sağlıklı olma ve sağlıkları bozulduğunda düzeltmek için talepte bulunmaları temel ihtiyaçları kapsamında değerlendirilmektedir. Bu nedenle aile hekiminin bireylere yaklaşımı;

- Biyolojik (fiziksel ve ruhsal)
- Sosyal (bireysel ve toplumsal)
- Etik (ahlaki, yerel, etik, evrensel açıdan) değerler üzerinde yapılandırılıp yönetilmelidir.

Bu özelliklerin tamamı toplumsal yönetimin siyasal yapısından, etnik ve dini altyapısından bağımsız olarak düşünülemez. Günümüz aile hekimlerinin görev tanımları antik dönemdeki filozof hekimler (16) benzeri bir alt yapıyı ayrıca modern toplumsal yapılanmaya ayak uydurmayı bu arada biyolojik ve sosyal bilimlerdeki güncel gelişmeleri takip etmeyi gerektirmektedir. Ancak bu gerekliliğe uyan bir müfredatın, eğitim almaya hazır ve istekli aile hekimlerinin ve bu müfredatı yürütebilecek eğitici kadronun istenilen kapsamda ve yeterlilikte oluşturulup oluşturulamayacağı tartışma konusudur. Eğitim ve uygulamada istenen gereklilikler beklenen yeterliliği sanki hiç bir zaman karşılayamayacak gibi görünmektedir. Bu ifade araştırma ve klinik uygulamada azim ve kararlılığı zafiyete uğratmak yerine güçlendirecek bir durumdur ve gelişim-değişim adına gereklidir.

Doğa bilimlerinin öncülleri olan temel bilimler oluşturdukları bilgi birikimi ile hem doğa bilimlerine hem de sosyal bilimlere temel oluşturmaktadır. Daha karmaşık ya da bileşik bilim dallarının temel bilimlerin bilgi birikimi üzerinde yükselmesinin altın dönemi 19. yüzyıl sonu ve 20. yüzyıl başlarında temel bilimlere verilen önem nispeten daha azalmış gibi görünse de moleküler çalışmaların başlaması ve nano teknolojinin kullanıma girmesi ile temel bilimler doğa bilimlerinin gelişimi için yeniden bir lokomotif haline gelmiştir.

Bir birinci basamak uzmanlık dalı olarak tanımlanan aile hekimliğinin bu alandaki yetki ve sorumluluklarının tanımlanması her zaman sorun olagelmektedir. Bunun nedeni belki de birinci basamak sağlık hizmetleri tanımını ve bu tanıma kimlerin uyduğunun belirlenmesinde yaşanan güçlülük. Belki de bu alan için bir sorumlu belirlendiğinde

elden kaçırılacağı düşünülen politik ya da bilimsel otorite olma gücüdür (17). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hızla değişen toplumsal ihtiyaca göre değerlendirilmesi, yapılandırılması ve sürdürülmesi yapısı gereği çok fazla disiplinin ortak çalışmasına gereksinim gösterdiği için de bu alanın sahiplenilmesi ve toplumsal ihtiyacın karşılanması istenilen düzeyde olamamaktadır.

Bilimsel paradigma gelişim sürecinde temel bilimlerdeki gelişme ve değişim tabanında yükselmiştir. Ulaştığı seviyede yeniden yapılanma ve farklı bir bakış açısı gerektiğinde yine temel bilimlerin bulgularına ihtiyaç duymuştur. Klinik uygulamalarımız temel bilimlerin indirgeyici ve derinlemesine yaptığı çalışmalara ihtiyaç gösterdiği kadar klinik bilimlerin hem kantitatif hem de kalitatif yöntemlerle bütüncül bir yaklaşım sergilemesi ihtiyacı giderek artmaktadır. Verdiğimiz sağlık hizmetine olan bireysel talepler ise temel bilimlerin indirgeyici yaklaşımına uygun olarak çeşitli ve derinlemesine olmaktadır. Bu doğal bir süreçtir, ancak aile hekimlerinin bütüncül yaklaşımı savunmaları, buna uygun davranmaları yanında kendilerine bağlı bireylere de bunu benimsetmeleri verdikleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici uygulamalarının etkinliğini artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Bucher R, Strauss A. Professions in progress. American Journal of Sociology 1961;66 (4):325-34.
2. Uzel İ. Anadolu tıp tarihine giriş. Türk Eskiçağ Bilimleri Enstitüsü yayımları. Ege Yayınları İstanbul 2008 ss: 3.
3. Bayat AH. Tıp Tarihi. Sade Matbaa İzmir 2003 ss: 51-7.
4. Tez Z. Tıbbın gizemli tarihi. Hayykitap İstanbul 2010 ss: 137-45.
5. Farabi. Kitabu'l-Burhan. Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı yayımları No 29. İstanbul 2014 ss: 114-30.
6. Çantay G. Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Darüşşifaları. Atatürk Türk tarih ve Yüksek Kurumu Atatürk Kültür Merkezi yayını Ankara 1992 ss:1-16.
7. Hourani GF. The Early Growth of the Secular Sciences in Andalusia. Studia Islamica 1970;32:143-56.
8. Kahya E. Modern biyolojinin gelişimi. İmge Kitabevi İzmir 2013 ss: 203-49.
9. Ayhan M. Bilim tarih ve metodoloji. Sis yayıncılık Ankara 1998 ss:10-35.
10. Yıldırım C. Bilim felsefesi. Remzi Kitabevi 13. Basım İstanbul 2010 ss: 15-30.
11. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Seçkin Yayıncılık Ankara 2011 ss: 27-32.
12. Poincare H. Bilim ve hipotez (Çev. Yücel F) Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları: 3128, Bilim ve Kültür Eserleri Serisi: 972. Milli Eğitim basımevi İstanbul 1998.
13. Provision of Medical and Allied Services 1920. <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future->

[provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/](#). Erişim Tarihi: 15.12.2015.

14. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The nature of medical care and Loudon I. From general practice to primary care, 1700-1980 (In Jones R, Britten N, Culpepper R, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C. Oxford textbook of primary care Vol 1: Principals and concepts)Oxford University Press 2005:2-14). Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005;83(3): 457–502.
15. Pursnani S, Korley F, Gopaul R, Kanade P, Chandra N, Shaw RE. Sripal Bangalore. Percutaneous Coronary Intervention Versus Optimal Medical Therapy in Stable Coronary Artery Disease A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Circ Cardiovasc Interv. 2012;5:476-90.
16. Kahya E, Öner M. Biyoloji tarihi (İlk uygarlıklardan on dokuzuncu yüzyıla. İmge Kitabevi Ankara 2007 ss: 67-114.
17. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265(81): 885-6.

Konu 12

HIZLI OKUMA TEKNİKLERİ

Kenan TAŞTAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların hızlı okuma hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hızlı okumanın tanımını yapabilmeli,
- Hızlı okumanın önemini açıklayabilmeli,
- Hızlı okumanın önündeki engelleri sayabilmeli,
- Hızlı okuma tekniklerini açıklayabilmeli.

ÖZET

Okuma hem akademik hem de sosyal yaşamda insanı farklılaştıran ve geliştiren bir beceridir. Hızlı okuma ise insanların bilgiye daha hızlı ve daha etkin bir şekilde ulaşmasını sağlayan etkili yöntemlerden biridir. Hızlı okuma, kendine has teknikleri ve kuralları olan uygun eğitim ile öğretilebilen ve/veya öğrenilebilen bir yetidir.

TARİHÇE

İkinci Dünya Savaşı esnasında Alman Hava Kuvvetlerinin Londra'yı sürekli olarak bombalaması sırasında, İngiliz askerlerinin ve pilotlarının bu uçakların Alman Hava Kuvvetlerine mi yoksa İngiliz Hava Kuvvetlerine mi ait olduğunu geç tespit etmeleri birçok can ve mal kaybına neden oldu. Bu durum İngiliz Hava Kuvvetleri'ni, personellerinin uçakları kısa sürede tanımaları konusunda yeni bir eğitime tabi tutma arayışı içine girmeye zorladı. Aynı yıllarda ABD'de Ohio Üniversitesi'nden Dr. Renshaw 'takistoskop' adı verilen bir alet geliştirdi. Bu alet gözün görme çevikliğini artırma çalışmalarında kullanılmaya başlandı ve başarılı sonuçlar alındı. İngiliz Hava Kuvvetleri takistoskop adı verilen bu aleti zaman içerisinde kendi askerlerini eğitmek için kullanmaya başladı. Kısa bir süre sonra ABD'deki eğitim bilimciler takistoskopu eğitim alanında da kullanmayı düşündüler. Gözün çevikliğini artırılıp, nesnelerin daha hızlı kavranması sağlanabildiğine göre, aynı şeyler yazılı metinler üzerinde de yapılabilirdi. İşte bu noktadan hareketle, takistoskop aletinin de kullanımıyla hızlı okuma teknikleri geliştirildi (1-2).

Önemli Noktalar

- Doğru ve süratle okuyabilen, okuduğunu doğru anlayabilen, sözcük dağarcığı geniş, dilini iyi kullanabilen bireylerin öğrenmeleri daha kolay ve başarıları da daha yüksek olmaktadır.

TANIMI

Okuma, görme, algılama, hatırlama, seslendirme, anlamlandırma, sentezleme ve yorumlama gibi farklı bileşenlerden oluşan, karmaşık bir zihinsel süreç olmakla birlikte; çeşitli kurumlar ve kişiler tarafından yapılan tanımlamaların her birinde okuma farklı yönleriyle açıklanmış fakat üzerinde görüş birliğine varılan bir tanım ortaya çıkmamıştır.

Türk Dil Kurumu Büyük Sözlüğü'ne göre okumak, "Bir yazıyı meydana getiren harf ve işaretlere bakıp bunları seslendirmek, düşüncüyü anlamak veya yazılmış bir metnin iletmek istediği şeyleri öğrenmek" anlamlarına gelmektedir (3).

Hızlı okuma; "kişilerin çabukluk, kavrama ve belleme yeteneklerini geliştirerek daha önceki okuma süresine kıyasla, dakikada okudukları kelime sayısını ve anlama düzeylerini artırmaları" demektir (4).

Okuduğunu anlama becerileri ise; "bireyin okuma etkinliğiyle sağladığı bilgi girdilerinin zihinsel işlemlere tabi tutularak, okunan metnin iletisinin anlaşılmasındaki süreçlerin tümü olarak tanımlanabilir" (5-6).

ÖNEMİ

Yaşadığımız dönemde insanların, hızla değişen bilgi toplumuna uyum sağlayabilmeleri için, bir takım kişisel becerileri kazanmaları ve uyum sağlama kapasitelerini geliştirmeleri bir ihtiyaç haline almıştır. Hızlı ve anlayarak okuma becerisi de bunlardan birisidir. Doğru ve süratle okuyabilen, okuduğunu doğru anlayabilen, sözcük dağarcığı geniş, dilini iyi kullanabilen bireylerin öğrenmeleri daha kolay ve başarıları da daha

yüksek olmaktadır (7). Yapılan çalışmalar aslında gözümüzün hızlı okumaya daha yatkın olduğunu, okuma sırasında harfleri teker teker değil, kelimeleri genel şekilleriyle, hatta satırın büyük bir kısmını bir anda kavradığını ortaya koymaktadır (8).

Dil, insanlar arasındaki en önemli iletişim aracı olarak insanların ortak duygu ve düşünceler etrafında bir araya gelebilmelerine, bilgi ve birikimlerini birbirlerine aktarmalarına olanak sağlar. Dil becerilerini etkili kullanabilen insanlardan oluşan bir toplumda, kişiler ve kurumlar arasında daha sağlıklı bir iletişim kurulabilir. Dilin gelişmesinde ve kullanımında ki en etkili yöntemlerden biri de okumaktır (9).

Okumanın bireylerin gelişimindeki rolü ve önemi hususunda göz önünde bulundurulması gereken unsurlardan biri de okumanın vazgeçilmez bir eğitim aracı oluşudur (10). Özellikle küçük yaşlarda kazanılan okuma alışkanlığı ve çeşitliliği, bireylerin zihinsel gelişimi ve sosyal olgunlaşmasında çok önemli bir etkiye sahiptir (11).

FAYDALARI

Hızlı okuma sırasında gözlerde bulunan kas sistemlerinin daha hızlı hareket etmesi görme işleminin en iyi şekilde yapılmasını sağlar. Özellikle tembelleşmiş göz kaslarının harekete geçmesini sağlayan hızlı okuma gözler için oldukça faydalıdır. Hızlı okuma göz tembelliğinin birçok sorununu ortadan kaldırabilir. Hızlı okuma teknikleri ile gözün aktif görme alanı gelişecektir. Ayrıca odaklanma yeteneği de artacaktır. İnsan vücudunda bulunan kaslar gibi göz kaslarının da aktif olarak kullanılması bu bölgedeki kasların güçlenmesini sağlayacaktır. Gözlerde hızlı okumaya bağlı olarak gelişen kaslar daha kuvvetli olacak ve çabuk yorulmayacaktır (12).

HIZLI OKUMAYI ENGELLEYEN FAKTÖRLER

- 1- Ben Hızlı okuyamam anlayışı
- 2- Kelimeleri tek tek okumak
- 3- Okurken geri dönüşler yapmak
- 4- Kelime hazinesinin az olması
- 5- İçten seslendirmek
- 6- Pasif okumak
- 7- Göz idmansızlığı olarak sayılabilir (1).

HIZLI OKUMA TEKNİKLERİ

Hızlı okuma tekniklerinde iki temel amaç vardır;

Birincisi, görme alanını genişletmek, ikincisi ise okuduklarımızı daha iyi anlamak ve aklımızda kalmasını sağlamaktır. Kısaca hızlı okuma teknikleri şunlardır:

1 - Okumaya Hazırlıklı Olmak

Okumaya başlamadan önce, ortamı uygun hale getirmek gerekir. Bu okuyacağımız metne daha iyi odaklanmamızı sağlayacaktır. Bunun için ortamdaki ses, ışık vb. uyaranlar okumaya müsait olmalıdır.

2 - Aktif Görme Alanını Genişletmek

İnsanlar bir metni okurken sadece üç santimlik bir alanı anlamlı bir şekilde görebilirler. Bu alan anlamlandırılabilen alandır. Tek bakışta bu alandaki kelimeleri hem görebilir hem anlayabiliriz. Gözümüz okuma yaparken her satır üzerinden kayar ve satır başına geçip, satır bitinceye kadar satırı takip eder, bu şekilde gözümüz bir sağa bir sola gider gelir. Bu şekilde yaptığımız okumada kelimeleri tek tek görüp tek tek anlamlandırmaya çalışırsak çok zaman kaybederiz ve hızlı okuyamayız. Bu tekniğimizde kelimeleri tek tek değil ikili ya da üçlü gruplar halinde görmeye çalışmalıyız. Amacımız gözümüzü zihnimizden daha hızlı hale getirmektir.

3 - Sözcükleri Hızlı Tanıma

Bu yönteme başlamadan önce bir kağıda 2 harfli, 3 harfli, 4 harfli, 5 harfli ve 6 harfli kelimeleri yazınız. Her kelimeyi alt alta gelecek şekilde yazınız harf sayısı farklı olan kelimeleri de ayrı sütunlara yazınız. Yazdığınız kelimeler arasında gözlerinizi hızla gezdirerek kelimeleri görmeye ve anlamaya çalışınız. İlk yaptığınızda biraz zorlanacak ya anlamları ya da kelimeleri kaçıracaksınız. Ancak siz egzersizlere devam ettikçe hem gözünüz hem de zihniniz hızlanacaktır. Bu tekniği farklı kelimelerle farklı zamanlarda tekrar ediniz.

4 - Kelime Hazinesini Genişletme

Hızlı okuyabilmenin bir diğer yolu da fazla kelime bilmektir. Bunun için ayrı bir çalışma yapmak gerekir. Kelimeleri seçerken özellikle dilimize sonradan girmiş ve benimsenmiş kelimelerin seçilmesi önemlidir. Çünkü bu kelimeler, günlük hayatımızda ve cümlelerimizde en sık kullandığımız kelimelerdir.

5 - Geri dönüş yapmadan sessiz okuma egzersizi

Birçoğumuz okuduğumuz metni anlamadığımızı düşünerek geri döner aynı satırı bir daha okuruz. Bu okuma şekli hızlı okumanın önündeki en büyük engellerden biridir. Okuduğunuz metne geri dönmeden yapacağımız alıştırmalar sonucu bir süre sonra geri dönme ihtiyacı hissetmediğinizi göreceksiniz. Ayrıca bir metni okurken içten veya dıştan sesli okumak, okuma hızımızı düşüreceğinden okuma esnasında sadece gözlerimizle metni takip etmeliyiz. Zihnimizi sadece okuduğunu anlaması için kullanmalıyız. Aksi takdirde zihnimizin kapasitesini kullanmamış oluruz.

6 - 5N1K

Hızlı okumanın temel kurallarından biri de okuduğunu anlamaktır. Okuduğumuzu anlamadan yaptığımız hızlı okumalar, hızlı okuma olarak kabul edilmez. Bu nedenle okumayı yaparken metine sorular sormalı ve yanıtlar aramalıyız. Metindeki kim, ne,

nerede, nasıl, ne zaman sorularının cevaplarını bulabilirsek metni anlamamız çok daha kolay olacaktır.

7 - Göz Atma Tekniği

Bu yöntemde metni okumadan önce metne göz gezdirilmeli ve metin hakkında genel bir bilgi sahibi olunmaya çalışılmalıdır. Göz atma yöntemi hızlı okuma yapmak isteyenler için son derece faydalı bir yöntemdir. Hızlı okuma egzersizleri yaparken mutlaka göz atma tekniği uygulanmalı ve akılda nelerin kaldığı kontrol edilmelidir. Göz atma tekniğinde makalenin başlıkları, alt başlıkları, ilk ve son paragraflara, giriş ve bitiş cümlelerine bakılmalıdır.

8 - Göz Egzersizleri

Hızlı okumanın bel kemiği göz egzersizleridir. Gözlerini iyi geliştirmeyen birisi asla hızlı okuyamaz. Bunun için göz egzersizleri, hızlı okumak isteyen biri için disiplinli bir şekilde çalışılması gereken tekniklerdir. Gözlerimizi okurken daha farklı noktalara kaydırmak cümleleri ve satırları görmek için gözlerimizi geliştirmeliyiz. Peki, bunu nasıl yapacağız? Bunun için internette hızlı okuma teknikleri programı arayabilirsiniz. Ya da hızlı okuma teknikleri videosu izleyerek göz egzersizlerini nasıl yapacağınızı anlayabilirsiniz.

Örnek göz egzersizleri: Bir gazetenin köşe yazısını alınız, köşe yazısında bulunan tüm kelimeleri okumadan sadece satırın ilk ve son kelimelerine bakıp bir alt satıra geçiniz. Okumanız bittiğinde hiçbir şey aklınızda kalmayacak ve hiçbir şey anlamayacaksınız; ancak bunu defalarca tekrarladığınızda muhteşem gelişmeyi göreceksiniz.

İkinci egzersizimiz ise evde kitabı okurken, üç kelimeyi bir kelime olarak görüp, sonraki üçüncü kelimeye zıplamaktır. Böylece grup halinde okumayı öğrenir görme alanınızı genişletmiş olursunuz. Göz egzersizleri düzenli yapılmalıdır, aksi takdirde faydası olmayacaktır (14).

SONUÇ

Bilimsel gelişmenin çok hızlı olduğu günümüzde bilgiye ulaşmak kadar bilgiyi edinmek de önemlidir ve günümüzde bilgiyi edinmenin en önemli yöntemlerinden biri hala okumaktır. Okuma ve anlama kapasitesi düşük olan insanların bilgiye ulaşımı, hızlı ve etkin okuyan birine göre daha düşük olacaktır. Bu nedenle aile hekimlerinin daha çok bilgiye daha kısa sürede ulaşmaları için hızlı okuma tekniklerinden istifade etmeleri faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Baran Z. "Hızlı Okuma", Bilgivizyon Yayınları, İzmir, 2013;20-90.
- 2- Hızlı okumanın tarihçesi. <http://www.hizlioku.web.tr/blog/hizli-okumanin-tarihcesi.html>. Erişim Tarihi:11.06.2016.
- 3- Türk Dil Kurumu. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.575c1b9de6ca52.45112362. Erişim Tarihi: 02.05.2016.

- 4- Ruşen M. “Hızlı Okuma”. İstanbul. Alfa Yayınları. 2006; 1-30.
- 5- Saracaloğlu AS, Karasakaloğlu N. Sınıf Öğretmeni Adaylarının Okuduğunu Anlama Düzeyleri ile Öğrenme ve Çalışma Stratejilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. XVI. Eğitim Bilimleri Kongresi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi. Tokat.
- 6- Dedeşali NC, Saracaloğlu AS, Hızlı Okuma Tekniğinin Sekizinci Sınıf Öğrencilerinin Okuma Hızlarına ve Okuduğunu Anlama Düzeylerine Etkisi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010; 27;171-83.
- 7- Çelenk, S, Çalışkan M, Bazı Sosyo Ekonomik Faktörlerin Okuduğunu Anlama Başarısına Etkisinin İncelenmesi. Çağdaş Eğitim Dergisi, 2004,309; 24-33.
- 8- Yalçın, A. Türkçe Öğretim Yöntemleri, Akçağ Yayınları, Ankara. 2002: 47.
- 9- Özbay M. İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Yazılı Anlatım Becerileri Alan Araştırması, 2000, Ankara.
- 10- Coşkun E. Lise II. Sınıf Öğrencilerinin Sessiz Okuma Hızları ve Okuduğunu Anlama Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000.
- 11- Russel David H. Reading and Child Development, Reading in The Elementary School, Forty Eighty Yearbook, The National Society for The Study of Education, Part II, Chicago: Chicago University Press, 1949..
- 12- Turan T. Maximum Okuma Maximum Anlama, Bursa, Anadolu Kitapçılık, 2013;37.
- 13- Hızlı okuma teknikleri. <http://limithizliokuma.com/hizli-okuma-teknikleri-pdf/#tamam>. Erişim Tarihi: 05.06.2016.

Konu 13

BEYİNİ BAŞARIYA PROGRAMLAMA

Gülşen CEYHUN PEKER

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların beynin çalışma yöntemlerini, kişisel gelişim basamaklarını ve beyni başarıya programlamak için gereken uygulamaların temellerini öğrenmesi amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kişinin kendini geliştirme yolunda adım atması,
- Beynin kontrol mekanizmalarını açıklayabilmesi,
- Beyni programlamak adına uygulanan egzersizleri açıklayabilmesi,
- Verilen egzersizler ile beyin kapasitesini artırması.

ÖZET

Beyin programlama binlerce yıldır üzerinde çalışmalar, teoriler ve disiplinler geliştirilen bir zihinsel yönetim metodudur. Beyin programlamada amaç; kişinin istemediği düşünce ve davranış kalıplarından uzaklaşarak, bunları istediği zihinsel kalıplara dönüştürmek, kötü bir alışkanlıktan kurtulmak ya da zihinsel kapasitesini arttırmaktır.

Beyni başarıya programlamak ancak düşüncelerimizi, davranışlarımızı değiştirmeyi istemek ve hedef koymakla olasıdır. İçinde bulunduğumuz güvenli alandan çıkmayı ertelemek, aynılık programında yaşamak ile başarıya bu yollarla ulaşmaya çalışmak bizi zorlayacak, hedefimize ulaşmamızı olanaksız kılacaktır. Başarıya ulaşmak için gereken bilgiyi almak ve bunu günlük hayatımızda kullanmayı sürdürülebilir kılmak bizi hedefimizi ulaştıracaktır.

Bu alanda kullanılan bir çok yöntem ve egzersiz vardır. Bu bölümde beyni başarıya programlamak için kullanılan uygulamaların temelleri verilecektir.

GİRİŞ

Beyin programlama binlerce yıldır üzerinde çalışmalar, teoriler ve disiplinler geliştirilen bir zihinsel yönetim metodudur. Beyin programlamada amaç; kişinin istemediği düşünce ve davranış kalıplarından uzaklaşarak bunları istediği zihinsel kalıplara dönüştürmek, kötü bir alışkanlıktan kurtulmak ya da zihinsel kapasitesini arttırmaktır.

Kendimizde değiştirmek istediğimiz davranışlarımız ve değiştirdiğimiz bu davranışları etkili bir biçimde sürdürmek için beynin nasıl çalıştığını bilmek durumundayız. Bu bilgi ile hedefe doğru ilerlerken önünüzde çıkacak engelleri ve yaşanabilecek duygusal tepkileri aşma konusunda daha sabırlı ve başarılı olunabilir. Her insanda üçlü beyin sistemi vardır. Bunlar:

1. Sürüngen Beyin (Retiküler Beyin)
2. Duygusal Beyin (Limbik Sistem)
3. Görsel Beyin (Görsel Korteks)

Bütünsel sistem olarak adlandırılan dördüncü sistem her üç beyni de içsel uyumla bilinçli bir şekilde ve bir amaç uğruna bütünleştirdiğimizde devreye girer.

Bu üç beyin sisteminin detayları;

1. Sürüngen Beyin (Retiküler Beyin)

Omurliliğin en üstündedir ve 100 milyon yıldır varlığını sürdürmektedir. Görevi hayatta kalmamızı sağlamak adına bizi korumaktır. Uyarana karşı bilinçli olarak düşünmeden önce bizi harekete geçirir. Aşırı tepki verdiğimiz durumlarda sürüngen beyin devrededir (dövüşme, kaçma, donup kalma gibi).

2. Duygusal Beyin (Limbik Sistem)

Memelilerde duygusal hayatı yönetir ve yaklaşık 50 milyon yıldır vardır. Etkin bir bellek ve anın farkındalığı için sürüngen beyinle birlikte çalışır. Duygusal beyin geçmişi şimdi oluyormuş gibi hatırlar. Alışkanlığa dönüşecek kalıplarımız bu beyin tarafından yönetilir. Farklılığa açık değildir. Değişime dirençle karşılaştığımız durumlarda, anlık gereksinimlerimizde bu beyin devrededir. Anlık istekler önemlidir. Alışkanlıkları bırakmak istemez. Davranış değişikliklerinde duygusal beyin engelleyici bir faktördür. Düşünme şekli esnek değildir. Evet- hayır, siyah- beyaz gibi tepkileri vardır. Keskin sınırları olan kişilerde bu beynin etkisini gözlemleyebiliriz.

Sürüngen ve duygusal beyin tehdit karşısında kişiyi korumaya odaklıdır ve 50 milyon yıldır birlikte çalışmaktadırlar. Duygusal beyin aynılık programında olduğu için kişinin yaşamındaki bir değişiklik, bilinmezlik, sevgisizlik onun için tehdit anlamına gelmektedir.

Önemli Noktalar

- Değişime direnç formülü
- Başarıya ulaşmada gerekli zihinsel faktörler
- Harekete geçirecek hedeflerin özellikleri
- Hedefe ulaşmak için odaklanmayı arttıracak stratejiler
- Mental Dosyalama Sistemi

3. Görsel Beyin (Görsel Korteks)

On altı trilyon sinir bağlantısı bu sistemi oluşturur ve 2-2,5 milyon yıldır varlığını sürdürmektedir. Sağ ve sol beynin görüntü oluşturma yetisini kullanarak geleceğe odaklanır, amaçlarımıza ulaşma ve planladıklarımızı gerçekleştirmek yolunda adım atmamızı sağlar. Stratejik çözümler üretir, duygulardan uzak hareket eder, iş birliğine yatkındır, üreten beyindir. Dışarıdan bakma, olayları dışarıdan değerlendirme yetisine sahiptir.

Başarı bu üç beynin birlikte, uyum içinde ve anlaşarak çalışması sonucu elde edilebilir.

Beyni başarıya programlamak ancak düşüncelerimizi, davranışlarımızı değiştirmeyi istemek ve hedef koymakla olasıdır. İçinde bulunduğumuz güvenli alandan çıkmayı ertelemek, aylık programında yaşamak ile başarıya bu yollarla ulaşmaya çalışmak bizi zorlayacak, hedefimize ulaşmamızı olanaksız kılacaktır.



Richard Bechard organizasyonel gelişim alanının kurucularından biridir. Ortaya koyduğu formül organizasyonel olduğu kadar kişisel değişimlerde de kullanılabilir.

Bu formül: $DD > TxGx\dot{A}$

DD= Değişime Direnç

T= Yaşanmış tatminsizlik- Değişim için gerekli farkındalık

G= Gelecek görüntüsü

\dot{A} = İlk adımlar

Değişimin olması için bu üçünün çarpımının değişime dirençten büyük olması gereklidir. Bu üçünden birinin olmaması durumunda değişim gerçekleşmeyecektir.

Başarıya ulaşma öğrenilebilir ve bu yolda uygulanan formüller vardır. Bu formüller:

1. Hedef belirsiz – Bilinçsiz yetersizlik aşaması
2. Odaklanma - Bilinçli yetersizlik aşaması
3. Harekete geçme – Bilinçli yeterlilik aşaması
4. Ustalık - Bilinçsiz yeterlilik aşaması

BİLİNÇSİZ YETERSİZLİK AŞAMASI - ÇEVRE BOYUTU

Bilginin varlığından habersiz olduğu ve o bilginin kullanılmadığı aşamadır. Bu aşamada kişi böyle bir bilginin mevcut olduğunu bilmediğinden bu bilgiyi kullanamamakta ve yetersiz olmaktadır. Örneğin bir kişi beyni programlamanın varlığından habersiz ise, bunun dünyada var olduğunu ve kullanıldığını bilmiyorsa, böyle bir yöntemin keşfedilmiş olduğundan haberi yoksa; bu kişi bilinçsiz ve kendisi bu yöntemleri uygulama bilgisine sahip olmadığından dolayı da yetersizdir.

BİLİNÇLİ YETERSİZLİK AŞAMASI - DAVRANIŞ BOYUTU

Kişi bilginin varlığından haberdardır ancak bu bilgiyi kullanamaz. Bu aşamada bilginin varlığından haberdar olduğu için bilinçli, ancak o bilgiyi kullanmadığından dolayı yetersizdir. Örneğin bir kişi beyin programlama tekniklerinden haberdar ise, bu tekniklerin ülkesinde ve dünyada uygulandığını biliyor ise bu kişi bilinçlidir. Ancak bu kişi beyin programlama teknikleri olduğunu bilmesine rağmen kendisi bunları uygulayamıyorsa yetersizdir. Bu aşama çok fazla dikkat gerektirdiğinden dolayı öğrenmenin en yorucu aşamasıdır ve genellikle bir davranıştan vazgeçme, ben yapamam deyip bırakma bu aşamada gerçekleşir. Kişilerin pes ettiği ya da kendisine meydan okuyarak devam ettiği dönemdir.

BİLİNÇLİ YETERLİLİK AŞAMASI - YETENEK BOYUTU

Bu aşamadaki kişi ne yapacağını ve nasıl yapacağını tam olarak öğrenmiştir. Bilginin varlığından haberdar olduğu ve bilginin kullanıldığı, ancak bilginin otomatik yapılamadığı aşamadır. Zorlayıcı bir süreçtir. Bilgiyi kullanmak ancak sürekli dikkat ve odaklanma ile gerçekleşmektedir.

Örneğin bir kişi beyin programlama tekniklerinden haberdar ise bilinçli, bu kişi teknikleri yeni öğrenmeye başlayıp biraz uygulayabiliyorsa yeterli durumdadır. Ancak bu kişinin beyin programlama tekniklerini önce hatırlaması, daha sonra hangi tekniği nerede uygularsa yararlı olacağını düşünmesi ve sonra uygulaması gerekecektir.

Eğer bir kişi beyin programlama teknikleri konusunda bir eğitimden geçti ve sertifika aldı ise bilinçli-yeterli aşamadır. Ancak bu kişi çok fazla bir tecrübeye sahip değildir ve sürekli düşünerek hareket etmek zorundadır ve yorulmaktadır.

BİLİNÇSİZ YETERLİLİK AŞAMASI - İNANÇ BOYUTU

Bilginin varlığından haberdar olduğu ve bilginin otomatik olarak kullanılabilirdiği aşamadır. Kişi bu aşamada bilgiyi kullanırken üzerinde hiç düşünmez ve zihinsel faaliyette bulunmaz. Bu aşama bir sonraki davranışın ne olduğu konusunda hiç düşünülmeyen ve zihnin hiç yorulmadığı, davranışın otomatik olarak yapıldığı aşamadır. Örneğin Türkçeyi konuşurken ve anlarken olduğu gibi. Kişini ana dili olduğundan dolayı çok iyi bilmekte ve konuşurken bir sonraki kelime ne olacak diye hiç düşünmeden, zihinsel bir faaliyette bulunmadan kelimeler otomatik olarak artarda kendiliğinden gelmektedir. Zihin artık yorulmadığından dolayı da daha rahat hareket edilmektedir. Bu aşamadaki faaliyetler artık alışkanlığa dönüştürülmüştür.

Bu kişi beyin programlama tekniklerini çok iyi bildiğinden dolayı davranışlarını otomatığe bağlamıştır. Herhangi bir şeyi hatırlaması ya da yöntemleri uygulaması

gerektiği zaman yapmalıyım şeklinde düşünmez. Bu kişiye karşılaştığı sorunu bu yöntemlerle çözdüğünde süreç boyunca ne yaptığını sorsak, kişi muhtemelen hatırlamayacaktır. Çünkü bu davranışlar o kişi için, sıradan, normal, rutine bağlanmış bir iş haline gelmiştir. Mükemmellik ve başarının zirve noktasıdır. Yapmakta olduğumuz temel faaliyet bilinçli zihninizi meşgul etmediği zaman, zihnimizi diğer şeylere yoğunlaştırabiliriz. Bizi başarıya ulaştıracak yöntem ve tekniklerin bu aşamada uygulanıyor olması gerekmektedir.

Bir insan bilinçli olarak en fazla 7±2 faaliyette bulunabilmektedir. Yani herhangi bir kişi aynı anda en az 5, en fazla 9 faaliyette bulunabilmektedir.

Herhangi bir faaliyet bilinçli-yeterlilik aşamasından, bilinçsiz-yeterlilik aşamasına çıkarılırsa, aynı anda yapılabilecek faaliyet sayısı artar. Yani ne kadar çok faaliyeti bilinçsiz-yeterlilik basamağına taşırsanız, o kadar çok faaliyeti aynı anda yapabilirsiniz. Çünkü bu davranışlar otomatiğe bağlandığından dolayı zihin yorgunluğu olmaz ve çok rahat hareket edilebilir. Aynı zamanda da bilinçli zihninizle ilgilenebileceğiniz yani bilinçli-yeterlilik basamağında yeni boş alanlar yaratabilirsiniz. Örneğin 5 tane bilinçli-yeterlilik seviyesinde uğraştığınız faaliyet (ilgi alanınız) varsa bunun bir tanesini bilinçsiz-yeterlilik basamağına taşırsanız, bilinçli-yeterlilik basamağında dört faaliyetiniz (ilgi alanınız) kalacağından dolayı bu basamağı yeni bir tane daha faaliyet (ilgilendiğiniz herhangi bir şeyi) ekleyebilirsiniz.

Başarıya ulaşmada gerekli zihinsel faktörler şunlardır:

Zihinsel Faktör 1. Başarının ipuçları vardır;

- Nasıl düşündüğünüz ve ne yaptığımız sizi hedeflerinize ulaştırır. Durumlar ya da şansınız değil.
- Oraya varmanın en hızlı yolu daha önce bu hedefe ulaşmış birini örnek almak ve onun yaptıklarını incelemektir.

Zihinsel Faktör 2. Gördüğünüz şey sonuçta elde edeceğinizdir;

- Zihninizde canlandıracağınız resimler yaşamda elde edeceğiniz sonuçlara dönüşecektir.
- Sonuçları ne kadar açıkça zihninizde canlandırırsanız; onları gerçekleştirecek performansı o kadar yakalayabilirsiniz.

Zihinsel Faktör 3. Görmek istediklerinizi görürsünüz;

- Retiküler Aktive Edici Sistem beyninizde bir filtre görevi görür. Neyi fark etmesini öğrettiyseniz onu fark eder. Yeni bir araba aldığınızda yollarda sadece o araba modelini fark edersiniz.
- Hedeflerinize daha hızlı ulaşmak için Retiküler Aktive Edici Sistemi kullanabilirsiniz.

Kötü haber: Güvenlikli alanınız sizi sınırlar. Olduğumuz yerde kalmak isteriz, ancak güvenlikli alanımızdan çıkmadıkça gelişme olmaz.

İyi Haber: Güvenlikli alanınızı istediğiniz herhangi bir yere taşıyabilirsiniz.

Daha da iyi haber: Küçük değişiklikler çok büyük farklar yaratabilirler.

Beynimizin en yüksek seviyede çalışması için odaklanacağı belirgin ve pozitif bir amacı olmalıdır. Dışarıdan gelen herhangi bir uyarıya ya da düşünceye odaklanmak yerine, pozitif bir amaç olması durumunda beyin tümüyle bu amaca odaklanacaktır.

Bizi gerçekten harekete geçirecek amaca doğru giderken hedeflerimizin beş özelliği:

1. Anlamlı olmalı, kişiyi heyecanlandırmalı
2. Spesifik ve ölçülebilir olmalı, son ulaşım tarihi konmalı
3. Doğru büyüklükte olmalı. Ulaşabileceğinize inanacağımız kadar küçük ancak esnetebileceğiniz kadar büyük olmalı. Biraz da sizi rahatsız etmeli
4. Hedef yazılmalı ve şekillerle ifade edilmeli. Bilinçaltınız resimlerle düşünür. Başarının görüntüsünün yazılı bir metinle desteklenmesi beyni başarıya odaklamakta ideal stratejilerden biridir.
5. Düzenli olarak gözden geçirilmeli. Hedefiniz her ne ise adınızı söyler gibi sorulduğunda rahatlıkla söyleyebilmelisiniz.

Hedeflerinize ulaşmak için odaklanmanızı arttıracak beş strateji:

1. Daraltın: Önünüzdeki üç ayda ulaşmak istediğiniz 5-6 en önemli hedefinizi yazın. Zaman çizelgesi ve hedeflerinizi daraltın. Doksan gün kişinin bir ana hedefe yoğun olarak odaklanabileceği süredir.
2. Anahtar hedefinizi belirleyin. Anahtar hedef, ulaşıldığında diğer hedeflerin bir çoğunu da destekleyecek olandır.
3. Niçin'i açıklayın. Bu hedefe ulaşmak niçin önemli? Tamamlandığında nasıl hissedeceksiniz?
4. Görselleştirin.
5. Destekleyici ritüeller oluşturun.

Beynimiz normalde bir anda maksimum 7 ± 2 parça bilgiyi öğrenebilir. Bundan daha fazlasını hatırlarsak hafızamızın günlük işleyişi haricinde bir sistem geliştirmişiz demektir. Hatırlanması gereken birçok bilgi arasında beyin en önce ve en sonra olanı kolaylıkla hatırlarken ortada kalanlar karışabilir. Bu doğal bir eğilimdir. Bu eğilim bizi en basit gelişim tekniği olan parçalara ayırmaya yöneltir. Örneğin 15 maddelik bir listeyi hatırlamamız istense ve bu liste bize sıralı olarak verilse ilk başta burada 7 ± 2 ismi hatırlayabiliriz. Ancak bu listeyi parçalara bölersek hatırlayacağımız madde sayısı da artacaktır.

Örnek:

1. Pazar yeri
2. Elektrik prizi
3. Deniz

4. Yonca
5. El
6. Set
7. Hafta
8. Sonsuzluk
9. Kedi
10. Telefon
11. Futbol
12. Sene
13. Cuma
14. Sevgili
15. Mum

Olarak “15 maddelik bir listeye beş dakika boyunca bakın ve kaç tanesini hatırladığınızı bir kağıda yazın. Daha sonra bir beş dakikanızı ayırarak tekrar listeye bakın ve tekrar yazın.

Şimdi bu 15 maddelik listeyi bölelim.

1. Pazar yeri
2. Elektrik prizi
3. Deniz
4. Yonca
5. El

6. Set
7. Hafta
8. Sonsuzluk
9. Kedi
10. Telefon

11. Futbol
12. Sene
13. Cuma
14. Sevgili

15. Mum

Bu şekilde bir daha beş dakika listeye bakıp neler hatırladığınızı bir kağıda yazın ve diğer listeniz ile karşılaştırın. Aradaki farkı görmeniz beyninizi eğitmek açısından faydalı olacaktır.

Hafızanızın dilini konuşun. Hafızanın dili (ve beynin diğer fonksiyonlarının da dili) görüntülerdir. Öğrenme kapasitesinin bir diğer bileşeni de beynin görüntüleri kodlamadaki yüksek eğilim ve yeteneğidir. Görüntülerle düşündüğünüzün farkında olmasanız da bu genellikle böyledir. İş ortamınızda bulunan 30 eşyayı sayın dediğimizde beyninize iş ortamınızın görüntüsü gelir. Bu yeteneğimizi hatırlamamız beyin kapasitemizi arttırmak açısından önemlidir. Örnek verecek olursak:

Yukarıdaki listeyi tekrar alalım:

1. Pazar yeri Tezgahlar, satıcılar
2. Elektrik prizi İki delikli priz
3. Deniz üç tarafı denizle kaplı ada
4. Yonca dört yapraklı yonca
5. El beş parmak

Bu örnekleri diğer sayılara da uyarlayarak görüntüleri beynimizde canlandırabilir ve hatırlamayı kolaylaştırabiliriz. Beynimizi bu temel bağlantı yöntemi ile eğitip görüntüleri sayıları beynimizde kendimize göre görüntülerle eşleştirdiğimizde hem sıralı olarak daha çok madde hatırlayabilir, hem de karışık düzende kodlanan görüntüleri hatırlayabiliriz.

MENTAL DOSYALAMA SİSTEMİ

Anlık anımsama ya da geri çağırma olarak adlandıracağımız bu sistemde mantıksal bağlantı gereksinimini devre dışı bırakıp herhangi bir şeyi istediğimiz an hatırlamamız olası hale gelebilir. Hastanenizdeki “Arşiv” bölümünü gözünüzün önüne getirin. Sizden Ayşe B., Sami Z. ve Deniz S'nin dosyalarını bulmanız istendi. Bu kolay bir görev midir? Evet diyebiliriz, çünkü arşivlerde sistemli ve alfabetik bir sıralama vardır. Burada aslında işi kolaylaştıran sistemli bir dosya düzeninin olmasıdır. Beyin de aynı prensipte çalışır. Hatırlamakta zorlandığımız bilginin büyük bir çoğunluğunda sorun size kimsenin zihinsel olarak bilgiyi nasıl organize edeceğinizi öğretmemiş olmasıdır. Beyninizde organizasyona yönelik bir sistem geliştirip bunu hafızanızın görsel dili ile birleştirirseniz bilgiyi depolama ve geri çağırma büyük başarı kazanabilirsiniz.

Bu Mental Dosyalama Sistemi olarak adlandırılabilir. Etkili olabilmesi için üç unsura gereksinim vardır.

1. *Dosya*: Anlık geri çağırma için gereken ilk şey bir dosyadır. Arşivlemede bu yapılmaktadır. Şimdi de zihinsel bir dosyadan bahsedelim. Gözümüzün ya da zihnimizin gördüğü herhangi bir şey bilgi dosyalamak için yeterlidir.
2. *Görüntü*: Hafıza dilinin görüntüler olduğundan yukarıda bahsedilmişti. Örnek verecek olursak yüzü tanıdık gelen ama ismini hatırlamakta zorlandığınız kişilerle karşılaşmışsınızdır. Bunun tersini söylediğimiz durumlar pek yoktur. Beyin görüntüleri sevdiği için bilgiyi ne kadar berrak ve canlı olarak görüntüleyebilirsek hatırlamamız o kadar kolay olacaktır.
3. *Yapıştırıcı*: Bu ikisini hatırlamak için bir yapıştırıcıya gereksinim vardır. Bilgiyi depolamak ve bunu berrak bir görüntü formatına bağlamak için gereken şey bu yapıştırıcıdır. Güçlü bir yapıştırıcının iki özelliği ise hareket ve duygulardır. Örneğin; uçağa kaç kez bindiğinizi hatırlamazsınız ancak uçağı kaçırdığınız durumlar gözünüzün önündedir. Bunun nedeni kaçırma durumunda yaşadığınız hareketlilik (havaalanına yetişme çabanız, trafik karmaşası, arabanızda oluşan bir arıza gibi) ve hissettiğiniz güçlü duygulardır (endişe, kızgınlık gibi). Üç Mart 2012’de nerede olduğunuzu sorsak bilmezsiniz, ama 17 Ağustos 1999’u (Marmara Depremi) hatırlamanızı istesek hepiniz o gün neler olduğunu bilebilirsiniz. Bunun nedeni de çok hareketli ve duygu yüklü bir gün olmasıdır. Zihinsel görüntülerinizi yaratıp bunu dosyalamak istediğinizde görüntüleri yapabildiğiniz kadar hareketli oluşturun. Hareketli görüntüler sabit duranlardan daha etkindir. Hareketleri aklınıza gelebilecek en sıra dışı, çılgın, çekici formlarda kodlayın. Sizi eğlendiren, güldüren, tamamen saçma gelen görüntüler, mantıksal olarak doğru gelen ancak sıkıcı olanlardan daha çok işe yarayacaktır.

BİR DOSYALAMA SİSTEMİ OLARAK BEDEN

Gözümüzle gördüğümüz ve beynimizle görüntülediğimiz her şeyi dosyalayabiliriz.

Bunun kolaylığı ise görebilmemiz ve her zaman bizimle olmasıdır. Örneğin bedenimizin bileşenlerini bilmek için fazla düşünmeyiz. Bedenimizi oluşturan 10 bileşeni yazalım. Bunlar;

1. Ayak parmakları
2. Ayak bileği
3. Bacak
4. Kalça
5. Karın
6. Kaburgalar
7. Boyun
8. Ağz
9. Burun

10. Alın

Şimdi bunlara bakalım ve kaçını hatırladığımızı yazalım. İkinci kez tersten başlayarak bakmaya çalışalım ve kaç tane hatırladımıza bakalım. Bedenimizin bu bölümlerini herhangi bir bilgiyi depolamak için kullanabiliriz.

Beynimizle ilgili egzersizlere baktığımızda burada verilen bir kaç örnek ile beyin kapasitenizi arttırdığınızı ve başarıya ulaşmada temeli oluşturabilecek kavramları öğrendiğinizi görebilirsiniz.

SONUÇ

Beyni başarıya programlamak için yapılabilecekler:

1. Bu konuda düşünmek ve pratik yapmak.
2. Yaşadığımız ortamı kontrol altında tutmak. Bizi olumsuz etkileyen görüntüler, kişiler ve enerjilerden uzak durmak. Beynin algısı seyrettiğiniz kötü bir haberi yaşanmışçasına görüntüleyebilir ve duygusunu getirebilir.
3. Kendi kendinizi kötü hissettirecek sözcüklerden kaçının. Kendinizi yorgun hissettiğinizde bunu açıkça kendinize ve başkalarına dile getirmeyin. Yorgunum yerine “daha fazla enerji kullanabilirim” diyebilirsiniz. Sınırlandırıcı sözcüklerden kaçının. Ben yapamam, başaramam gibi. Bunun yerine “Yapacağım zaman şunları yerine getirebilirim” diye gelecek görüntüsü yaratın. Bu davranış sizi durdurmak yerine harekete geçirecek ve içinde bulunduğunuz sıkıntılı durumdan dışarı çıkaracaktır.
4. Tüm iletişiminiz başlarken ve biterken olumlu olsun. Bu hem beyniniz hem de karşınızdaki kişide yaratacağınız etki açısından önemlidir. Bu olumlu mesajlardan beyniniz faydalanacaktır. İki yönlü kazanç elde edebilirsiniz.
5. Güne pozitif başlayın ve bitirin. Uyumadan önce geçirdiğiniz gün için teşekkür edin, uyandığımızda “Harika hissediyorum, bu gün çok güzel olacak” diyerek güne başlayın.
6. Abartılı cümleler kurun. İyiyim demek yerine “Çok iyiyim, harika hissediyorum” demek enerji düzeyinizi ve verimliliğinizi arttıracaktır.
7. Gerçekte ulaşmak istediğinizden çok daha fazlasını düşünün. Hedefiniz sınavda 60 puan civarında bir notla geçmek ise ve bunu her an düşünüp, derse çalışıyorsanız bu notu alacaksınızdır. Temel hedefinizi büyütüp 100 puan almayı hayal edin, bu notu almış halinizi gözünüzün önüne getirin, bu sizi harekete geçirecektir. Aynı zamanda temelde ulaşmak istediğiniz not olan 60 daha kolay elde edilebilir görünür ve sizde bir rahatlama ortaya çıkabilir.
8. Bilinçli olarak, pozitif ve proaktif düşünce tarzını benimseyin.

KAYNAKLAR

1. Train Your Brain for Success. Editor: Roger Seip. Basım Yeri: John Wiley and Sons Inc., Hoboken, New Jersey. 2012.
2. Art and Science of Coaching. Inner Dynamics. Editor: Marilyn Atkinson with Rae T. Chois. Basım Yeri: Exelon Publishing Ltd. USA. 2007.
3. Beckhard R. Organization Development: Strategies and Models. Addison-Wesley, 1969.
4. Chopra D, Tanzi RE (Eds). Super Brain. Harmony Books, NY. 2012

Konu 14

TIPTA PROFESYONELLİK

Sevsen CEBECİ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı hekimlik mesleğinin rolleri ve hekimlik mesleğinin temel öğeleri hakkında bilgi vermek, tıpta profesyonellik ile ilgili kavramları örneklerle açıklamaktır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Tıp ve hekimlik kavramlarını açıklayabilmeli,
- Hekimlik mesleğinin rollerini tanımlayabilmeli,
- Tıp mesleğini etkileyen faktörleri sıralayabilmeli,
- Tıp mesleğinde sorumlulukları (profesyonellik) kavramalı,
- Hekimlikte değerler kavramını açıklayabilmeli,
- Profesyonel olan ve olmayan tutumları kavramalı.

ÖZET

İnsanla ilgili müdahalelerde bulunması nedeniyle hekimlik mesleği meslekler arasında yüceltilmiş bir yere sahiptir. Bu nedenle profesyonel değerlerin öğretilmesi ve bu değerlerin hekimler tarafından benimsenmesi diğer mesleklerden daha önemlidir.

Tıpta profesyonellik denince mükemmeliyet, hümanizm, sorumluluk ve fedakarlık gibi prensipler akla gelmekle birlikte, profesyonellik şefkat, anlayış, güvenilirlik, dürüstlük ve vicdanlı olma gibi erdemlerle de ilgilidir.

Profesyonel değerlerle ilgili teorik ve uygulamalı dersler tüm tıp fakültelerinin programlarında bulunmalıdır.

GİRİŞ

Piyasa tarafından yönlendirilen siyasi ve hukuki bir dünyanın etkili güçlerinin, tıp biliminin uygulamaları üzerinde büyük bir baskı oluşturduğu kabul edilmektedir. Buna benzer etkilerin potansiyel olarak hastaları, toplumu ve hekimleri bir araya getiren kuvvetleri tehdit ettiği, mesleğin içinde ve dışında buna benzer güçlerin tıbbi uygulamaları etkilediği ile ilgili yaygın bir kaygı vardır. Bu durumun bir sonucu olarak, tıbbi profesyonellik ile ilgili olan söylem, görevdeki hekimler ve onların profesyonel grupları, çalıştıkları kurumlar ve tıp uygulamalarını gözetken ve düzenleyen çok sayıda topluluk için oldukça önemlidir. Tıbbi uygulamaların nasıl yapıldığı ve geniş anlamda nasıl anlaşıldığı ile ilgili etkileri inceleyen önemli sayıda literatür birikmiştir.

Önemli Noktalar

Tıp uygulamaları ticari bir iş olarak algılanamaz ve algılanmamalıdır. Yaratılmış olan insanlara karşı bir çiftçinin mısıra davrandığı gibi veya bir madencinin kömüre davrandığı gibi davranamayız. Bizi yaşatan insan kalbi, bizim profesyonel ilişkilerimizi kontrol etmelidir. Sir William Osler, 1903

1960'lı yılların sonlarından bu yana Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hasta bakımı birbirinden nispeten farklı iki alanda gelişim göstermiştir. Bu alanlardan biri olan "biyoetik" in organize tıp alanının dışında gelişen uzmanlıkları daha çok felsefe, teoloji ve hukuk gibi diğer akademik disiplinlere dayanan katılımcılar tarafından etkilenmiştir. Konusu insan olan araştırmalardan kaynaklanan etik ikilemlere odaklanan ve ikilemler tarafından etkilenen şimdilerde biyoetik olarak bildiğimiz bu alan kamuoyuna insan hayatını sona erdirmeyi de içeren bazı tarihi davalar ile sunulmuştur. "Haklar" ve "ilkeler" üzerindeki odağı ve probleme (davaya) dayalı olması ile biyoetik, klinik uygulamaları, biyoetik teorilerinin uygulanması ile hasta bakımında ortaya çıkan sıklıkla güç ve zorlayıcı olan etik ikilemler yoluyla etkilemiştir. Kurumsal etik komiteleri, etik konsültasyon ve genel olarak eğitim alanındaki etik, kökenlerini tıbbi etiğin bu alanında bulmaktadırlar.

Fakat tüm bunların yanı sıra temelleri daha geleneksel olan ve daha çok görevlerini yapmakta olan hekimleri ilgilendiren ikinci bir alan da vardır. Haklar ve ilkelerin aksine bu alanın da "profesyonel etik" altında yatan kurallar, klinisyenin bireysel bütünlüğüne odaklanmıştır. Daha çok profesyonel kanunlar halinde belgelendirilen tıbbi etiğin bu kolu, tıbbi etiğin ilk kanunları olarak bilinen antik çağdaki Hammurabi Kanunlarına (MÖ 2000) dayanmaktadır. Daha sonrasında bugüne kadar teminat altında olan (daha çok değiştirilmiş bir formatta) ve tıp okulu açılışlarında ve mezuniyet törenlerinde kullanılan Hipokrat Yemini (MÖ 5. yüzyıl) hekimlere yol gösteren tanımlayıcı geleneksel bir ifade olmaya devam etmektedir.

İskoç John Gregory (1724-1773) ve İngiliz Thomas Percival adındaki iki etik bilimci hekimin yürürlükte olan tıp kavramını bir meslek olarak tanımlamaları 18. yüzyıl sonlarına dayanır. Gregory'nin bu tanımından önce hekimler, meslek terimini üniversite eğitimi almış hekimlerden daha düşük düzeyde faaliyet gösteren meslek erbapları olarak kabul edilen cerrahlardan, eczacılardan ve bilinen diğer rakiplerinden kendilerini ayırt etmek için kullanmaktaydılar. Gregory, hekimden ziyade hastaya doğru yönelen vurgulama ve yönlendirmede hayati bir değişikliği gündeme taşımıştır. Aslında, Gregory ve Percival, hastalık terimi (sick) yerine hasta terimini (patient) kullanan ilk hekimlerdir. *Bu yönlendirmeye ilaveten Gregory'nin ilkeleri aynı zamanda bilimsel ve*

linik yeterliliği de vurgulamıştır ve hekimin kişisel çıkarlarına karşı temkinli davranarak tıp kavramını, kamu güvenliği olarak tanıtmıştır (kendi dönemindeki tüccar locasının aksine). Thomas Percival bu bakış açılarının üzerine eklemeye yaparak “tıbbi etik” kavramını, hastanelerdeki ve hayır kurumlarındaki hekim davranışı incelemesinde kullanarak, profesyonel görgü kurallarına ilişkin tanımlamıştır.

Son dönemlerde tıbbın profesyonel söylemi üzerinde kuralların oynadığı merkezi rolün altını daha kuvvetli çizerek, Amerikan Tıp Akademisi'nin (AMA) yaptığı ilk toplantıda (1847) mesleki ahlak kurallarının gündem maddelerinden ilki olması dikkate değerdir. Bu nedenle bu yerleşmiş geleneğin bir sonucu olarak tıp mesleğinin ahlaki kuralları, ideal hekimin davranışlarını yönlendiren ve karakterini tanımlayan mihenk taşları olarak kabul edilmiştir.

Spenser'in bakış açısına göre hasta hakları ve özerkliğe vurgusu ile örnek olay tabanlı olan günümüz biyoetiği, karar verme yeterliliğinin paylaşılmasını gerektirmektedir ve böylesi bir durumda nihai karar hekimin değil, hastanın olmalıdır. Buna karşılık profesyonel etik hekimin kararlarını merkeze almaktadır. Spenser bu iki ayrımı birbirinin zıttı iki soru şeklinde sunmaktadır.

Biyoetik uzmanlık alanı içinde müdahale bekleyen bir vaka veya klinik bir etik problem söz konusu olduğunda, biyoetikçi şu soruyu sormaktadır: *Ne yapmalıyım ve nasıl yapmalıyım?*

Buna karşılık profesyonel bakış açısına göre, bu soru daha farklı sorulmalıdır: *Mesleki zorunluluklarımı icra edebilmek için ne tür bir insan olmalıyım?*

Profesyonellik merceğinden bakıldığında, etik bir problem bundan dolayı kabul edilen normlardan bir sapma olarak görülür ve hasta veya hekim için problem ile sonuçlanan bu normların ihmalidir. Böylelikle birinin yukarıdaki yönelimlerden hangisini benimsediğine bağlı olarak (biyoetik veya profesyonel etik) bu farklılık gösteren bakış açıları gerçek bir klinik vakada neyin doğru neyin yanlış olduğuna karar verme girişiminde bulunurken gerilime neden olabilir.

ETİK VE FELSEFİ TEMELLER

Etik düşüncenin muhtemelen en eski ve süregelen sistemi Yunan filozof Aristo'nun erdeme dayalı etik anlayışdır (384-322 MS). Ahlak temsilcisinin (hekimin) üzerine odaklanan bu sistemde biri hekimin karşılaştığı klinik problemin ne olduğuna değil, hekimin nasıl bir insan olması gerektiğine karar verir. Böylece hekimin üzerine odaklanmasıyla erdeme dayalı etik anlayışı profesyonellik konuları ile ilgili olan söyleme, profesyonel zorunluluklara ve standartlara nasıl uygun davranıldığı, direk olarak ahlak temsilcilerinin karakteri tarafından nasıl şekillendirildiği üzerine doğal bir yönlendirme sağlar.

Tıbbi profesyonellik bağlamında erdemler, hastalarına en uygun tıbbi bakım vermelerini sağlayan etkili hekimlerin sahip olduğu karakter yönelimleri veya eğilimleri olarak görülebilir. Etkili bir hekim olabilmek için gerekli olan davranışlar olarak düşünülebilecek birçok erdem arasında bazıları başlıca öneme sahip olacaktır:

Şefkat (compassion): diğerlerine odaklanan (hastalara) merhamet, başkalarının refahı için onların acılarını şefkatli bir şekilde karşılayacak saygının artmasıdır. Etkili bir hekimin, etkin tıbbi kararlar vermesine olanak sağlayacak kadar bir duygusal mesafeyi korurken, hastanın kötü durumuyla ilgili bir şeyler hissetmesini gerektirir.

Anlayış (Discernment): Dış etkenlerden, düşüncelerden ve hastanın hastalığının ortaya çıktığı koşullardan gereğinden fazla etkilenmeden, hasta adına etkili kararlar ve hükümler verme kapasitesini içerir.

Güvenilirlik (Trustworthiness): Hekimin karar verip mesleki yeterlilikle hareket edeceği, uygun norm ve standartlarla yönlendirilen ve ahlaki karakter tarafından belirlenen motivasyonlara karşılık olarak bir güven ve inancı içerir.

Dürüstlük (Integrity): Özellikle profesyonellik tartışması ile ilgili bir erdem, doğruluk kavramı ahlaki karakterin sağlamlılık ve güvenilirliğine değinir ve duygular, bilgiler, umutlar, arzular ve birinin ahlaki değerlerine vefa duyması gibi benliğin bazı yönlerinin bütünlüğünü gerektirir.

Vicdanlı olma (Conscientiousness): Doğru olanı yapma motivasyonuna değinir.

Veatch etik teorinin karakter etiği ile davranış etiği arasında bir ayırım yaptığını söyler ve profesyonel kanunların kurallara odaklanma eğiliminde olduğuna dikkat çeker. Daha sonrasında davranışlara yol göstermesi için kurallar kullanılır. Fakat karakterin iyi olması, davranışın da iyi olacağını garanti eder mi? Eğer biri seçmek zorunda kalırsa hangisi daha fazla öneme sahip olur? Ayrıca erdemli davranışlar öğretilbilir mi? Bunlar, tıbbi profesyonellik üzerindeki erdeme dayalı yaklaşımdan kaynaklanan problemlerin sadece birkaçı olmasına rağmen, bu görüşlere uyum içinde davranışlar sergileyen erdemli hekim kavramı hala geçerliğini koruyan bir kavramdır.

TIBBİ PROFESYONELLİK KAVRAMI

Son yıllarda, örgütlü tıbbın profesyonel itibarı çok sayıda sosyal kuvvet tarafından ciddi bir şekilde tehdit edilmektedir. Hafferty'ye göre bunlar gittikçe artan sağlık bakım giderleri, ülke için uygulanabilir bir sağlık sigortası yapısı oluşturmadaki başarısızlık, hekim pratiğinde farklılıklar olduğunu gösteren araştırmalar, kanıta dayalı tıbbın, kalite ve hasta güvenliği hareketlerinin gelişmesi ve son zamanlarda ortaya çıkan çıkar çatışması ile ilgili problemlerdir.

Eliot Freidson profesyonelliği “bir mesleğin üyelerinin geçimini sağlayan fakat bununla birlikte kendi işini kontrol eden kurumlar dizisi” olarak tanımlamıştır. Onun yapmış olduğu bu tanım bir mesleğin iki temel karakteristiği olduğunu kabul etmektedir, özel alan bilgisinin varlığı ve uzmanlığı denetleme ve öz düzenleme yapma yetisi. Fakat modern zamanlarda çok itibar gösterilmemesine rağmen özellikle tıpla ilgili bir başka özellik daha söz konusudur. Hekimlerin, bireysel olarak hastanın da ötesine geçen sorumlulukları olduğunu farkında olarak, kamunun hizmetinde olma yükümlülüğü, tıp mesleğinin nasıl daha geniş bir toplumsal yükümlülüğe hitap ettiğine değinir. Tıp mesleğinin modern zamanlardaki sıra dışı başarılarından güç alarak mesleği icra etme gittikçe artan teknik uzmanlık ve nispeten daha az kamuya hizmet etme duygusu ile ilişkilendirilmiştir. Bu değişikliğin sonucu tıbbın sosyal rolü ve sorumlulukları üzerinde yenilenmiş bir ilgi olarak ortaya çıkmıştır.

İdeal profesyonel davranışı neyin oluşturduğu üzerinde anlaşmazlık söz konusu olabilirken, birçokları bütünü oluşturan öğeler üzerinde karar kılacaktır. Tıbbi profesyonelliğin bu kavramsallaştırmasında bazı belli vakıfsal öğeler, klinik yeterlilik ve bilgi birikimi, iyi gelişmiş iletişim becerileri, etik temellerin anlaşılması (özerklik, yardımseverlik, zarar vermeme ve adalet) ve tıbbın uygulanması ile ilgili yasal etkenler ve değer ifadelerini destekler. Amerika İç Hastalıkları Profesyonellik Kurulunun ortaya koyduğu bu ilkeler *mükemmeliyet, hümanizm, sorumluluk ve fedakarlıktır* (excellence, humanism, accountability, altruism).

Mükemmeliyet kavramı, tıbbi bilgide, bilişsel ve teknik olarak, asgari standartlar anlamında değil, mükemmellik timsali anlamında yeterli olmanın korunmasını hayat boyu taahhüt etmektir. Daimi kalite artışına bağlılık ile birlikte sağlık bakım kaynaklarının aşırı ve gereğinden az kullanımlarından kaçınma hedefi kastedilmektedir.

İkinci ilke olan hümanizm ilkesi insanlık için endişe duymayı ve davranışları, bireylere karşı, onların haklarına karşı ve tıbbi bakımlarıyla ilgili seçim yapabilmelerine karşı saygılı olmayı içermektedir; aynı zamanda bu ilke ile ima edilen hastaya ve ailesine karşı empati duygusu geliştirebilme ve şefkat sunabilme gibi hasta hekim ilişkisinin belkemiğidir.

Sorumluluk kavramı tıbbi bakım esnasında karar verme, etik ilkelere bağlı olma veya çıkar çatışmasını kabul etme ile ilgili birinin davranışlarından sorumluluk alabilmekten söz etmektedir. Son olarak fedakarlık başkalarının yararına tasarlanmış davranışları ifade eden bir ilkedir.

PROFESYONELLİK, KLİNİK BAKIM VE SOSYAL SÖZLEŞME

Tıpta profesyonellekle ilgili açıklamaların birçoğu arasında en bilimsel görüş New York Tıp Akademisi'nden Dr. Jeremiah Barondess'e aittir. "*Tıp ve Profesyonellik*" başlıklı makalesinde klinik bakımda profesyonellik ve önemli olan fakat yeteri kadar takdir görmeyen tıp mesleğinin toplumsal sorumlulukları şeklinde iki ana görüş geliştirmiştir.

Bir hekim için profesyonellik, az önce değinilen erdemleri anımsatan bazı hekim temelli karakteristiklere ve davranışlara dayanan hasta merkezli yaklaşım şeklindeki daha çok klinik içerisindeki ilişkiler yoluyla ifade edilmektedir. Bunlar, iyi gelişmiş klinik becerileri ve mevcut teknolojileri ölçülü olarak kullanma yeterliliği; hastanın ihtiyaçlarının ana belirleyici olduğu klinik değerlendirme sorumluluğu; sağlık sistemini idare ederken zamanında erişim ve yardım gibi konulara değinen güvenilirliği; hasta hekim ilişkisine yön vermede söz konusu olan saygınlığı; hastanın sağlığı ve önceliklerini dikkate almayı; hastalıklarla ilgili insan deneyimlerini ve hastalıkların altında yatan biyolojik süreçleri bilen hasta bakım yaklaşımını; tanı ve tedavi süreçlerini (hem aşırı kullanım hem de gereğinden az kullanım) içermektedir. Aslında tıbbi profesyonellik kavramı, mesleğin toplumun geneline olan sorumluluklarının açıkça tanımlanması yoluyla hasta hekim ilişkisinin ötesine geçmelidir.

Toplumun tıba verdiği ayrıcalık daha mükemmel bir toplumun oluşmasına katkı sağladığından, tıbbın karşılaştığı etik zorluklar ve hekimin topluma karşı sorumlulukları da göz ardı edilmemelidir. Daha çok toplumsal sözleşme olarak bilinen bu kavram tıbbi profesyonellik konuları ile ilgilenenlerin ilgisini çekmektedir. Amerikan ve Avrupalı

sağlık kurumlarının öncülüğünü üstlendiği son zamanlarda yayımlanan “Tıbbi Profesyonellik Sözleşmesi” Hipokrat Yemini’nden daha iyi bir sözleşmedir. Dört kategoriyi veya önceliği temel dayanak alan (*Tablo 1*) bu sözleşmenin amacı modern tıbbın karşılaştığı güçlüklerle değinen bir çerçeve sunmaktır. Ulaşılabilirliği ve eşitliği geliştirme ve kaynak dağıtımında adaletli olmayı vurgulayan dört öncelikten ikisi özellikle toplumsal direktiflerdir, hekime veya hastaya odaklanmamaktadır.

Tablo 1. Tıbbi Profesyonellik Sözleşmesi: Etik Öncelikler

Hastaların refahını ve haysiyetini geliştirmek
Kurumsal sağlık hizmetlerinin eşitliğini ve erişebilirliğini arttırmak
İlkeli hekim davranışlarını teşvik etmek
Sağlık kaynaklarının dağıtımında toplumu adaletli bir pozisyona doğru götürmek

Hekim Sözleşmesi temel ilkeler üzerine inşa edilen on adet mesleki sorumluluğu veya hekimlerin yükümlülüklerini sunmaktadır (*Tablo 2*). Bir bütün olarak ele alındığında bu sözleşme mesleğin daha geniş sosyal sorumluluklarından bağımsız, hekimin hastaya hizmet etme görevinin varlığını kabul etmektedir.

Tablo 2. Hekim Sözleşmesi

Temel İlkeler
Hastanın refahının önceliği
Hasta özerkliği
Sosyal adalet
Profesyonel sorumluluklar ve yükümlülükler
Profesyonel yeterlilik
Hastalara karşı dürüst olma
Hasta mahremiyeti
Hastalara karşı uygun ilişkiler içinde bulunabilme ve bunu koruyabilme
Sağlık bakımının kalitesini artırma
Sağlık bakımına olan erişimi artırma
Sınırlı kaynakların adaletli dağıtımı
Bilimsel bilgi
Çıkar çatışmalarının üstesinden gelirken güven oluşturma
Profesyonel sorumluluklar

Teknolojik değişimler ve yenilikler, pazardan kaynaklanan güçler, biyoterör ve küreselleşme gibi tıp mesleğini büyük oranda etkileyen bir dizi etkili gücün sonucu olarak *Hekim Sözleşmesi* tartışılmaya başlanmıştır. Sözleşme hekimlerden hastaların refahını geliştirme çabalarında “otoritelerini tekrar ortaya koymalarını ve tıbbın yüksek konumunu yeniden ele geçirmelerini” istemektedir. Bu süreç hükümet ve yönlendirilmiş sağlık hizmeti veren kurumlar gibi sağlık bakımı veren birimlerin sadece açık bir yükümlülük altında olmasını değil, aynı zamanda sağlık bakımındaki, yaşam süresindeki ve her geçen yıl önlenemeyecek şekilde büyüyen sigortasız insanların oluşturduğu güçlükler gibi sorunlara hitap etmede aktif rol oynamalarını içerecek şekilde genişlemelidir. Barondess tarafından tartışıldığı üzere, sağlık bakımı politikalarının içine organize tıbbın dahil edilmesi, bu sürecin tıbbi veri girdisine ihtiyacından dolayı önemlidir. Bununla birlikte ahlaki olarak buna benzer nüfus tabanlı girişimlerin meslek tarafından yönlendirilecek olması açıkça doğrudur. Barondess acilen ele alınması gereken bazı sorunları vurgulamaktadır. Bu sorunlar arasında kalite konusunda geliştirilmiş ilgi, maliyet sınırlama vaadi, ötekileştirilenlerin ve yoksul kesimin sağlığı için yenilenmiş bir zorunluluk ve sigortasızların sorununu çözmek için aktif bir rol oynanması bulunmaktadır.

PROFESYONELLİĞİN ÖĞRETİLMESİ

Tıp eğitimi sürecinin, iyi bir hekimi tanımlayan bu özellikleri doğal olarak açıkladığı varsayımı modern tıba uygun gözükmemektedir. Bu inanışın söz konusu olduğu daha önceki dönemlerde, tıbbi profesyonellik tartışmaları daha çok öz düzenleme, teknik uzmanlık ve bilgi üzerinde odaklanmıştır. Bu yönelimin bir sonucu olarak seviye sınavları ve sürekliliği gibi mekanizmalar bu ihtiyaçlara cevap verebilmek için gelişim göstermiştir. Gerçekte bu yaklaşımlar, tıpta profesyonellik tartışmaları ile ilgili tıp eğitiminin artık ana konu olmadığı sonucuna ulaşmaları konusunda oldukça başarılı olmuşlardır. Profesyonellik üzerine olan ilgi ve profesyonelliğin nasıl öğretileceği hala aktif ilgi isteyen bir konudur.

Bu alanın öncüleri arasında olan Stern ve Papadakis önemli katkılarda bulunmuşlardır. Onların yapmış olduğu kavramsallaştırmada tıptaki profesyonellik eğitiminin üç asıl faaliyet alanı vardır; beklentileri belirleme, deneyim sağlama ve çıktıların değerlendirilmesi. Beklentileri belirleme ile ilgili önlük giydirme törenleri ve Hipokrat yemini törenleri gibi olaylar, tıp uygulamasında insancıl davranış ile ilgili beklentileri açığa vuran ve tıp fakülteleri tarafından kullanılan geleneksel ve yaygın metotlardır. Dahası, Mezunlara verilen Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi'nde (ACGME) eğitimde bulunanlar için söz konusu olan altı esas yeterliliğe profesyonelliğin son zamanlarda dahil edilmiş olması bu kavramları destekleyen diğer bir önemli gelişmedir.

Tıp müfredatına profesyonelliğin ve etiğin dahil edilmesi gibi faaliyetler, takım çalışmasını ve liderliği (profesyonellik ile ilgili olan özellikler) teşvik eden probleme dayalı öğrenmenin gelişmesi, daha geniş sosyal bilinç geliştiren toplum tabanlı ve uluslararası seçmeliler gibi deneyimlerin karışığıdır. Son olarak çıktıların değerlendirilmesi, hangi derslerin öğrenildiğini değerlendirmek için öğrencilerin ölçülme ihtiyacını ve bu derslerin öğrenilmesinin resmen vurgulanmasını gerektirmektedir. Profesyonelliğin ölçülmesi için kavramsal çerçeveler ve objektif

metodolojilerin gelişmesi şimdilerde çok ilgi çekmektedir ve akademik ortamlarda aktif olarak araştırılmaktadır.

Rol modellerin etkisi bu söylem içerisinde unutulmamalıdır. Bununla ilgili olarak tarih birçok ideal hekim örneği sunmuştur. Bu hekimler arasında modern zamanlarda Kanadalı Sir William Osler bulunmaktadır. Klinik araştırmalarıyla, ders kitapları ve geniş bibliyografyasıyla ve dört dörtlük bir klinisyen ve müşfik bir hekim olmasıyla halen daha günümüzün profesyonellik anlamında ideal ve örnek bir şahsiyettir. Bununla birlikte Baltimore'lu Cushing, Boston'lı Peabody ve Montreal'lı Penfield gibi diğer iz bırakan şahsiyetler de akla gelmektedir. Bizleri kendi profesyonelliğimiz sürecinde etkileyen bu ve bu gibi adlarla fazla duyulmamış birçokları da söz konusudur. Bu ilişkiler önemini korurken, rol model olma açıkça görüldüğü üzere yeterli değildir. Çünkü araştırmaların ortaya koyduğu üzere profesyonelliğin ilkelerini etkili bir şekilde ortaya koyabilmek için bunun gibi etkileşimler faaliyet üzerinde görülen ve takip eden yansımalarla birleştirilmelidir.

Sizler bu mesleği ticari bir iş olarak görmemekte ve meslekte görev aşkı ile bulunmaktasınız. Öyle bir görev aşkı ki bu sizin her zaman özveride bulunmanızı, fedakârlık yapmanızı, sevgi duymanızı ve sizin gibi insanlara karşı hassas olmanızı gerektirmektedir. Eğer ki bu mesleği ticari bir iş olarak düşünmeye başlarsanız, sizin insanlar üzerindeki etkininiz kaybolur ve hayatınızın gerçek ışığı söner.

*Sir William
Osler, 1907*

KAYNAKLAR

1. Mac Kenzie R (2007) HSSJ, 222-227.
2. Spencer EM (1977) Professional ethics. In: Fletcher JC, Lombardo PA, Marshal MF, Miller FG (eds) Introduction to clinical ethics, 2nd edn. University Publishing Group, Frederick, Maryland.
3. Freidson E (2001) Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge. The University of Chicago Press, Chicago, p 1001.
4. Barondess JA (2003) Medicine and professionalism. Arch Intern Med 163:145-149.

Konu 15

SAĞLIKLI YAŞAM DANIŞMANLIĞI

Sevgi ÖZCAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların, sağlık ve iyilik halini artırmada yaşam tarzının rolü konusunda bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlıklı yaşam davranışlarının önemini açıklayabilmeli,
- Temel sağlıklı yaşam davranışlarını sayabilmeli,
- Sağlıklı yaşam danışmanlığında sağlık profesyonellerinin rollerini açıklayabilmeli,
- Davranış değişikliğinin aşamalarını ve 5A kılavuzunun akışını sıralayabilmeli,
- Kendisinin sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirebilmeli.

ÖZET

Çalışmalar, sigara içmemek, günde beş porsiyon sebze ve/veya meyve tüketmek, stres yönetimine günde 10 dakika zaman ayırmak, ideal kiloyu korumak, haftada 150 dakika egzersiz yapmak gibi sağlıklı bir yaşam tarzının kronik hastalık ve ölüm oranlarında önemli düşüşler sağladığını göstermektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması, bireylerin bilgi, düşünce ve değer yargılarının değiştirilmesi ile mümkündür. Bu nedenle bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi konusunda bilgilendirilmeleri, gerekiyorsa davranış değişikliği için profesyonellere yönlendirilmeleri gerekmektedir.

Transteorik Model, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına (düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, eylem, sürdürme) uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur. Sağlıklı yaşam davranışlarını ele almada 5A (ask, advise, assess, asist, arrange) yöntemi, motivasyon düzeyi düşük olan hastalar için ise motivasyonel görüşme yönteminin kullanılması önerilmektedir.

GİRİŞ

Neden sağlıklı yaşam?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Çalışmalar, sağlıklı yaşam davranışlarının kronik hastalıklar ve tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarında önemli düşüşler sağladığını göstermektedir.

“Sağlıklı yaşam” denilince ne anlıyoruz?

Sağlıklı yaşam tarzı, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken

kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışlar, bireyin sağlıklı olmak, hastalıklardan korunmak ve iyilik halinin sürekliliğini sağlamak için yaptığı her türlü davranış olabilir.

Aile, toplum ve eğitim ile kazanılan, zamanla değişebilen bu davranışlar, kişinin iyi olan sağlık durumunun sürdürülmesini sağlayan, kendisi için doğru olduğuna karar verdiği ve kendisini gerçekleştirmesini sağlayan davranışlar olup; alkol, sigara gibi zararlı maddelerden kaçınma, yeterli dengeli beslenme, stres ile baş edebilme, düzenli egzersiz yapma, iletişim kurabilme, hijyenik önlemleri bilme ve uygulama, sağlık bilincine ve sorumluluğuna sahip olma gibi davranışları kapsamaktadır.

SAĞLIKLI YAŞAMIN ETKİLERİ

Dokuz temel koruma çalışmasında, gözlem sürecinin başında sağlıklı niteliklere sahip olan kişiler 4-20 yıl aralığında takip edilmiş ve sağlıklı bir yaşam tarzının tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarında büyük düşüşlere ve hastalığa özel sonuçlarda kayda değer azalmalara yol açtığı gösterilmiştir:

- Tüm nedenlere bağlı ölüm oranında %40-65,
- Koroner kalp hastalığı olaylarında %81-87,
- Tüm kalp ve damar hastalıklarında %67,
- İnme riskinde %50-71,
- Tip 2 diyabetin ilerleme riskinde %58-93,
- Kansere bağlı ölümlerde %36-60 düşüş gözlenmiştir.

Bu çalışmalar kısa ve öz bir şekilde “sağlıklı yaşam tarzı” kavramından ne anlamamız gerektiğini göstermektedir. Küçük farklılıklara rağmen sağlıklı bir yaşam tarzının nelerden oluştuğu konusunda önemli bir uzlaşmaya varılmıştır. Bunlar:

Önemli Noktalar

- Sağlıklı yaşam davranışları hem sağlığın korunmasında hem de hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli bir role sahiptir.
- Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptirler.
- Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusundaki bilgi, beceri, tutumlarını değerlendirmeleri ve bu konudaki donanımlarını arttırmaları önemlidir.

1. Sigara içmemek,
2. Günde 5 porsiyon meyve ve sebze tüketmek,
3. Günde 10 dakika stresi azaltmak için sessizlik, gevşeme ve meditasyon egzersizi yapmak,
4. Beden kitle indeksini 30 kg/m^2 'den aşağıda tutmak ve $18,5 \text{ kg/m}^2$ ye doğru getirmeye çalışmak
5. Haftada en az 150 dakika tempolu yürüyüşe eşdeğer egzersiz (günde 20 dakika) yapmak.

Uygulama 1. Kendimizi değerlendirelim

	Evet	Hayır
0 sigara		
5 porsiyon sebze ve/veya meyve		
10 dakika/gün stres yönetimi		
30'dan düşük beden kitle indeksi (kilo/boy ²)		
150 dakika haftalık egzersiz		

Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam danışmanlığındaki rolleri nelerdir?

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrenciler de geleceğin sağlık çalışanı adayı olmaları nedeniyle özel bir konuma ve öneme sahiptirler. Bu bağlamda tüm sağlık çalışanları ve adayları sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusundaki bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını değerlendirmeli; hem kendi sağlıkları hem hizmet verdikleri grubun sağlıkları açısından bu konudaki donanımlarını artırmalıdır.

Hekimlerin genel olarak hiçbir zaman hasta olmayacaklarına dair bir mit olsa da hekimler de insandır ve yapılan çalışmalar ne yazık ki hekimlerin kendi sağlıklarını ihmal ettiğini göstermektedir. Diğer yandan, hekimlerin verdikleri önerilere kendilerinin uymaması durumunda hastalarına verdikleri danışmanlığın etkin olmadığı yönünde sonuçlar da vardır.

Davranışlarımızı nasıl değiştireceğiz?

Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu göz önüne alınırsa ilk yapılması gereken konu hakkındaki bilgi ve beceri düzeyinin artırılmasıdır.

Davranış değişiminin aşamaları

Psikolog James Prochaska ve Carlo Diclemente (1982) tarafından geliştirilen "Transteorik Model" davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi

kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur. Modelde yer alan değişim aşamaları; bireyin niyet, tutum ve davranış değişikliğinin zamanını, aynı zamanda değişime olan ilgi ve motivasyonu da açıklar. Modelde davranış değişimi aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak ele alınır. Bu modelin 5 aşaması vardır:

1. Düşünme Öncesi Dönem : Bireyler gelecek 6 ay içinde davranışlarını değiştirmeye istekli değildir, problemin çok az farkındadırlar ya da tümüyle habersizdirler.

2. Düşünme Dönemi : Bireyler gelecek 6 ay içinde davranış değiştirmeyi düşünürler. Problemin farkındadırlar, başa çıkma yöntemlerini düşünürler, ancak eyleme geçemezler.

3. Hazırlık Dönemi : Bireyler bir sonraki ay içinde harekete geçmek niyetindedir.

4. Hareket/Eylem: Bireyler problemleri davranışlarını bir gün-altı ay arasında başarı ile değiştirmiş ise eylem aşamasında kabul edilir. Bireyler problemleri ile başa çıkabilmek için davranışlarını, deneyimlerini ya da çevrelerini değiştirmeyi denerler. Eylem aşaması aynı zamanda eski davranışa yeniden geri dönüşü (relaps) önlemek, kazanılan davranış pekiştirmek çabalarını gerektiren kritik bir aşamadır.

5. Sürdürme: Değişimin başladığı ilk 6 aydan sınırsız süreye kadar uzar. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır.

Uygulama 2. Hangi davranış için hangi aşamadasınız?

Hayır yanıtı verdiğiniz maddeler için değerlendiriniz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yapmıyorum ve düşünmüyorum (Düşünme öncesi) 2. Yapmıyorum ama düşünüyorum (Düşünme) 3. Yapmıyorum ama bir ay içinde yapmayı planlıyorum (Hazırlık) 4. Yapıyorum ama 6 aydan daha az bir süredir (Hareket/Eylem) 5. 6 aydan daha uzun bir süredir yapıyorum (Sürdürme)
1. 0 sigara	
2. 5 porsiyon sebze ve/veya meyve	
3. 10 dakika/gün stres yönetimi	
4. 30'dan düşük beden kitle indeksi	
5. 150 dakika haftalık egzersiz	
Değişim Evresi	Hekim Girişimi
Düşünme öncesi Yakın bir gelecekte (genellikle sonraki 6 ay içinde) herhangi bir davranış değişikliği hedeflemez.	Davranışın sağlığa etkileri hakkında gerçek durumlar bulun. Sonra hastaya bu konu hakkında ne düşündüğünü sorun. "..... ilgili neyi seviyorsunuz?/sevmiyorsunuz" "Ne kadar süre böyle devam etmeyi düşünüyorsunuz?" "Daha önce denediniz mi?" (eğer evetse) "Ne oldu?" "Ne olursa bırakma/başlama zamanı gelmiştir?"
Düşünme Sonraki 6 ay içinde değişimi hedefler. Değişimle birlikte gelen olumluluk ve olumsuzlukların farkındadır.	"Değişikliğin avantajları nelerdir?" "Değişikliğin dezavantajları nelerdir?" "Değişiklik sürecinde neler olabilir?" Eğer öneri gerekiyorsa bunu genelleyin: "Hastaların çoğu ....'yı faydalı buluyor."
Hazırlık Kısa bir süre içinde harekete geçmeyi hedefler. Bir planı bulunmaktadır.	Hastayla değişim için özel bir gün belirleyin. Eğer hasta bir tarih seçerse, "Bu özel günü nasıl seçtiniz?" diye sorun. "Hangi yöntemleri kullanmayı planlıyorsunuz? "Sizi tetikleyecek durumları öngörebiliyor musunuz?"
Eylem Son 6 ay içinde davranışında belirgin, özgün değişiklikler yapmıştır.	"Plan nasıl gidiyor?" "Beklemediğiniz bir şey oldu mu?" "Herhangi bir sapma, kaçamak?" (eğer evetse) "Bu deneyimden ne öğrendiniz?" "Plana geri nasıl döndünüz?" Hastanın çabalarını destekleyin ve övün.
Sürdürme Tekrarın önlenmesine çalışır, kendine güven artar.	Hastayı desteklemeyi ve övmeyi sürdürün. Hastaya aksaklıkların ve eski davranışa dönmelerin olağan olduğunu, ancak sorunlu davranışı tetikleyen beklenmedik durumlar hakkında bilgi sahibi olmak için yararlı olabileceğini hatırlatın. "Önceden tahmin etmediğiniz başka durumlar var mı" (eğer evetse) "Sizin için tetikleyici olan durum neyle ilgili?"

Bir başka yöntem ilk olarak sigara bıraktırma danışmanlığında kullanılan, sonraları hasta hekim görüşmesinde tüm sağlıklı yaşam davranışlarını ele almada önerilen 5 A'dır (Bakınız Sayfa 747; Sigara Bırakma Danışmanlığı).

5A kılavuzuna göre hasta hekim görüşmesinde akış

Ask: Sor	“Ne kadar sigara içiyorsunuz?” Bireyin kendi kendine doldurduğu anket uygulanabilir
Advise: Söyle/Öner	“Hekiminiz olarak, sigarayı bırakmanızı öneriyorum. Bu sağlığınız için yapabileceğiniz en önemli şeylerden biri.” Mesajınız açık ve net olsun. Davranışa devam ederse riskleri ve değişimin yararlarını kısaca açıklayın. Mesajınızı güçlendirmek için yazılı eğitim materyalleri verin.
Assess: Sorgula/ Değerlendir	“Önümüzdeki bir ay içinde sigarayı bırakmaya hazır mısınız? Bu değişimde size yardımcı olabilirim.”
Assist: Yardım et/ Destekle	“İlaç tedavisi/toplum kaynakları/eş/hekim/aile desteği yardımcı olabilir” Açık bir eylem planı geliştirin ve bunu yazılı hale getirerek bir kopyasını hastaya verin.
Arrange: İzle/ Düzenle	“Sizi iki hafta içinde tekrar görmek isterim. Gelecek hafta hemşiremiz planın nasıl gittiği konusunda görüşmek için sizi arayacak”

Hedef, bireyin hazır olma halini zaman içinde yavaş yavaş arttırmaktır. Motivasyon düzeyi düşük olan hastalar için motivasyonel görüşme yönteminin kullanılması gerekir (Bakınız Sayfa 363; Davranış Değişikliği).

Bazen kişinin algıladığı riskin değişmesine bağlı olarak hızlı değişiklikler olabilir. Bunun klasik örneği; kişide, aile üyesinde veya arkadaşında yaşam tarzı davranışının yol açtığı bir hastalık durumudur. Hamile olan kadınlar sigara bırakmaya daha eğilimlidirler, çünkü yeni endişeleri bebeklerinin karşılaşacağı risklerdir. Kalp krizi geçiren kişiler (ya da aynı yaştaki iş arkadaşı kalp krizi geçirenler) daha önceden hiçbir şekilde ilgilenmedikleri egzersiz ve beslenme değişikliklerini yaparlar. Bu olaylar, davranış değişikliği için bir fırsattır. Bu sırada uygulanacak en iyi yönetim yargılayıcı olmamak, hastanın yaptığı küçük değişimlerde hastanın kendini ödüllendirilmiş hissetmesini sağlamak, ileriki değişiklikler için cesaretlendirmektir.

KAYNAKLAR

1. Kopes-Kerr CP. Lifestyle Interventions and Behavior Change, Rake! Textbook of Family Medicine, 8th ed. Saunders, Philadelphia, 2011: 100-111.
2. McWhinney IR, Freeman T. Enhancement of Health and the Prevention Disease. Textbook of Family Medicine, 3rd ed. Oxford University Press, New York, 2009;193-216.
3. Searight HR. Realistic approaches to counseling in the office setting. American Family Physician 2009;79(4): 277-84.
4. Tyuzk K. Physician health: A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. BC Medical Journal 2012;54(8): 419-23.
5. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. JR Coll Physicians 2009;39(4):290-1.

Konu 16

SOSYAL SORUMLULUK PROJELERİ

Nazan KARAOĞLU

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı topluma yönelik, topluma dayalı ve toplum içinde tıp eğitimi süreçleri ile bağlantılı olarak hekimin topluma karşı sorumluluğunu ve mesleki pratiğine etkilerini kavramalarını sağlamaktır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sosyal sorumluluk kavramını tanımlayabilmeli,
- Sosyal sorumluluk projelerinin amaçlarını ve etkilerini sıralayabilmeli,
- Sosyal sorumluluk projelerinin topluma etkisini özetleyebilmeli,
- Sosyal sorumluluk projeleri için ulusal ve uluslar arası örnekleri tartışabilmeli.

ÖZET

Sosyal sorumluluk “kendi çıkarlarını olduğu kadar toplumun genel çıkarlarını da geliştirecek ve koruyacak eylemlerin yapılması” olarak tanımlanır. Son yıllarda tüm dünyada çok gündemde olan “sosyal sorumluluk projeleri” ülkemizde de özel ve devlet kurumlarında hızla yayılmaktadır. Önceki yıllarda şirket patronlarının hayırseverliği ile başlayan etkinlikler bugün proje çatısı altında toplanıp kurumsal bir anlayış kazanmış bireysel olmaktan çok tüm kurum çalışanlarını, öğrencilerini vb. kapsayan etkinlikler haline gelmiştir.

Hekimler meslekleri gereği toplumla sözleşme yapmıştır. Toplumla bütünleşmiş bir sağlık hizmeti vermek birinci basamak hekimliğinin temelidir ve “toplum yönelimli olma” Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün (WONCA) aile hekimliği için belirlediği altı çekirdek yeterlikten birisidir. Sosyal sorumluluk projeleri yapma yarışında üniversitelerin önemli bir yeri bulunmaktadır.

Sosyal sorumluluk projelerinin gençlere meslek edinmelerinin yanı sıra eğitim süresince ve sonrasında bireysel olarak topluma hizmet etme becerileri gibi artı değerler kattığı bilinmektedir. Sosyal sorumluluk etkinlikleri gençlerin kendini tanıyabilmelerini, hedeflerini belirleyerek becerilerini artırmalarını ve kazandıkları becerileri kendileri ve toplumun yararına kullanabilmelerini sağlamaktadır.

GİRİŞ

Dostoyevski “her insan, herkes karşısında, her şeyden sorumludur” der. Aslında bu söz insan olarak sorumluluklarımızın ifadesidir. Sorumluluk ”Kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi, sorum, mesuliyet” olarak tanımlanır. İnsan olarak sorumluluk alanımız tanımlanırken de kendimize ve topluma karşı sorumluluklarımızdan söz edilir. Sorumluluk “sorumluluk üçlüsü” denen üç temele oturur:

1. Sorumlu kişi,
2. Sorumluluk alanı (görev alanı, eylemler, tutumlar, karakter),
3. Önünde hesap vermek durumunda olunan mahkeme (adli bir mahkeme, vicdan, Tanrı gibi).

Son yıllarda özel kuruluşlar, şirketler ve devlet kurumlarına, okullara yayılması, medyada yer bulması nedeniyle sık sık “sosyal sorumluluk” sözüyle karşılaşırız. İlk zamanlarda genelde şirket patronlarının hayırseverliği ile başlayan bireysel gönüllülüğe dayalı uygulamalar olarak görülen, kültürümüzde yardımlaşma, hayırseverlik, iyilikseverlik olarak tanımlanan uygulamalar şirketlere kazandırdıkları ile öne çıkmaya başlayınca günümüzde neredeyse “sosyal sorumluluk” projesi olmayan şirket ya da kurum kalmamış gibi.

Bu aşamada “sosyal sorumluluk”u tanımlamak gerekirse “kendi çıkarlarını olduğu kadar toplumun genel çıkarlarını da geliştirecek ve koruyacak eylemlerin yapılması” olarak açıklanmaktadır. Sosyal sorumluluk projeleri de bu amaca yönelik etkinlikleri ifade eder. Sosyal sorumluluk projelerinde amaç toplumsal bazı sorunların çözülmesi, daha iyi yaşam koşullarının sağlanması ve geleceğe umutla bakabilecek bireylerin yetiştirilmesine katkıdır.

ÜNİVERSİTELER VE SOSYAL SORUMLULUK PROJELERİ

Sosyal sorumluluk projelerinde yarışan kurumlar içinde üniversiteler de yer almaktadır. Çünkü “üniversitelerin öğrencilerine mesleklerine ilişkin temel bilgileri vermenin yanında, içinde yaşadıkları topluma edindikleri bilgi ve birikim doğrultusunda ne tür katkılar yapabilecekleri ve/veya yapmaları gerektiğini de öğretmeleri gerekmektedir” inancı ve söylemleri giderek artmaktadır.

Sosyal Sorumlulukta Üniversiteler Neden Yer Almalı?

Çünkü artık bilinmektedir ki sosyal sorumluluk projeleri gençlerin bir meslek edinmesinin yanı sıra eğitim süresince ve mezun olduktan sonra bireysel olarak topluma

Önemli Noktalar

- Öğrenciler sosyal sorumluluk projelerine katılımı gelecekteki mesleklerinin toplumun yararını nasıl etkileyebileceğini, birey olarak kendilerinin topluma katkısını daha iyi anlayıp içselleştirebilir.
- Üniversiteler, öğrencilerinin sosyal sorumluluk projelerine destek verip katılımlarını teşvik ederek üniversiteye ve topluma aidiyet duygularını artırmakta, birey olabilmek, çözüm odaklı olma, problem çözüme, araştırarak öğrenme gibi becerilerini geliştirmektedir.
- Sosyal sorumluluk projeleri ile toplum da birlik ve beraberlik duygusu ile eksik yanlarını tamamlama, sorunlarına çözüm bulma şansı elde etmektedir.

hizmet etme becerilerini de geliştirme olanağı sağlamaktadır. Tam da yaşamı ve anlamını sorguladıkları bu yıllarda üniversitelerin öğrencilerini yaşamın anlamı arayışına yönelik eğitim hedeflerini destekler. Almanya’da üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada normal eğitim programına devam eden öğrencilerin sadece %31’i, toplumsal hizmet seminerlerine katılan öğrencilerin ise %74’ü uzmanlık alanına ilişkin kapsamlı bilgi edindiğini belirtmiştir. Eğitimi gördükleri alanın toplum yararına çalışmalara katılımı desteklenmesi hem eğitimin uygulama boyutunun öğrenciler tarafından daha iyi anlaşılmasını sağlamakta hem de toplum yararına çalışmalarda aktif rol aldıkları için topluma karşı bireysel sorumlulukları hakkında öğrencileri bilinçlendirmektedir. Üniversite kültürüne sosyal yeterliklerin kazandırılması ile gelecek nesil için işbirliği, dayanışma ve sorumluluk bilinci yaratılmaktadır.

Üniversiteler kurumsal sosyal sorumluluklarını:

1. Öğrencileri bu konuda eğiterek
2. Topluma katkı sağlayan projelerin önerilmesi ve uygulanmasını sağlayarak yerine getirmekteler.

Üniversitelerin öğrencilerini sosyal alanlarda beceri kazandırma, sosyal sorumluluk projelerine destek verme ve katılımlarının teşviğiyle;

- Öğrencilerinin, üniversiteye ve topluma aidiyet duygularını artırmayı,
- Farklı sosyal ortamlarda bulunmalarını sağlamayı,
- İçinde yaşadıkları topluma olumlu katkı yapma bilincini aşlamayı,
- Birey olabilme, çözüm odaklı olma, problem çözme, araştırarak öğrenme becerilerine sahip öğrenciler yetiştirmeyi,
- Öğrencilerinin otonomisi, işbirliği yapma becerisi olan özgüveni olan bireyler olmalarını sağlamayı,
- Üniversitenin kurumsal ikliminin iyileştirilmesi, sosyal çatışmaların ve sosyal tedirginliklerin önlenmeyi,
- Üniversitenin topluma yol gösterme ve çözüm üretme potansiyelini kullanmayı,
- Üniversitenin toplumla bütünleşmesini sağlamayı,
- Üniversitenin tanınırlığını artırmayı,
- Gerektiğinde toplumun üniversiteye sahip çıkmasını sağlamayı amaçlanmaktadır.

Tıp fakülteleri için neden sosyal sorumluluk? sorusuna verilecek ilk yanıt ise “hasta hekim ilişkisinin toplumsal bir sözleşme olduğu” ve hekimlerin birincil hedefinin toplumun iyiliğinin artırılmasına katkı olduğunu belirtmek olacaktır. Tıp Eğitimi programlarının “topluma yönelik”, “topluma dayalı” hatta giderek “toplum içinde” olması yaklaşımı benimsenmektedir. Hekimlerin hizmet verdikleri toplumla bütünleşmiş bir sağlık hizmeti vermesi özellikle birinci basamak hekimliğinde çok önemlidir. Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün (WONCA) aile hekimliği için belirlediği altı çekirdek yeterlikten birisi “Toplum Yönelimli Olma”dır. Aile Hekimliği eğitim programları içinde de sosyal alanlar ile ilgili eğitim hedeflerinin daha çok yer aldığı görülmektedir. Sosyal sorumluluk projeleri de önerilen konu başlıkları arasındadır.

Sosyal sorumluluk projelerinin bireysel olarak öğrenciler üzerindeki olumlu etkileri:

1. Sorumluluk bilincinin artması
2. Kendini değerli hissetme duygusu
3. Birey olarak etkili olma duygusu
4. Sosyal yeterliliklerin artması
5. Okulla daha kolay uzlaşma
6. Öğretmenler ve diğer bireylerle daha etkili iletişim kurma becerisi
7. Farklı sosyoekonomik özelliklere sahip ve farklı kökenden insanlara saygı gösterme becerisi kazanmaları olarak belirtilmektedir.

SOSYAL SORUMLULUK-SOSYAL HİZMET EĞİTİMİ ÖRNEKLERİ

Aslında sosyal hizmet alanında verilen eğitimler yeni değildir. “Sosyal Hizmet” okulları adı altında eğitim veren bu okullar diğer okulların sosyal sorumluluk projeleri için örnek oluşturmakta ve danışmanlık vermektedirler.

McGill University's School of Social Work eleştirel düşünme, toplumu geliştirme, savunma, politika üretme ve araştırma yapma konusunda Montreal, Canada ve tüm Dünya’da fark yaratacak profesyoneller yetiştirme amacıyla olduğunu deklare etmektedir.

Nottingham University Business School (İngiltere), International Centre for Corporate Social Responsibility (ICCSR) kurumsal sosyal sorumluluk alanında araştırmaları ve eğitim programını yürütmek amacıyla 2002 yılında kurulmuş, lisans ve yüksek lisans düzeyinde uzmanlık eğitimi veren bir okul. Okulun eğitim programları içinde Kurumsal Sosyal Sorumluluk yer almakta.

Washington University in St. Louis (A.B.D.), The George Warren Brown School of Social Work Kamu Sağlığı ve Sosyal Hizmet alanında yüksek lisans ve doktora eğitimleri vermekte. Web sitelerinde 1909 yılından beri “pozitif sosyal değişim” sağladıklarını ifade etmekte.

SOSYAL SORUMLULUK-SOSYAL HİZMET EĞİTİMİ AÇISINDAN TÜRKİYE’DE DURUM

Türkiye’de sosyal sorumluluk eğitimine ilişkin uygulamalar ilk ve ortaöğretim eğitim kurumlarında Milli Eğitim Bakanlığı’nın 2005 yılında yayınlamış olduğu “İlköğretim ve Orta Öğretim Kurumları Sosyal Etkinlikler Yönetmeliği” ile ders programlarına girmiştir.

Yönetmelikte sosyal etkinliklerle öğrencilere;

- a) İnsan haklarına ve demokrasi ilkelerine saygı duyabilme,
- b) Kendini tanıyabilme, bireysel hedeflerini belirleyebilme, yeteneklerini geliştirebilme, bunları kendisinin ve toplumun yararına kullanabilme,
- c) Çevreyi koruma bilinciyle hareket edebilme,

- d) Kendine ve çevresindekilere güven duyabilme,
- e) Planlı çalışma alışkanlığı edinebilme, serbest zamanlarını etkin ve verimli değerlendirebilme,
- f) Girişimci olabilme ve bunu başarı ile sürdürebilme, yeni durum ve ortamlara uyabilme,
- g) Savurganlığı önleme ve tutumlu olabilme,
- h) Bireysel farklılıklara saygılı olabilme; farklı görüş, düşünce, inanç, anlayış ve kültürel değerleri hoşgörü ile karşılayabilme,
- ı) Aldığı görevi istekle yapabilme, sorumluluk alabilme,
- j) Bireysel olarak veya başkalarıyla iş birliği içinde çevresindeki toplumsal sorunlarla ilgilenebilme ve bunların çözümüne katkı sağlayacak nitelikte projeler geliştirebilme ve uygulayabilme,
- k) Grupça yapılan görevleri tamamlamak için istekle çalışabilme ve gruba karşı sorumluluk duyabilme gibi tutum, davranış ve becerilerin kazandırılmasına çalışılacağı belirtilmektedir.

Yüksek Öğretim Kurulu’da (YÖK) 2006 yılında üniversitelerin eğitim fakültelerinin öğretim programlarını güncellemiş ve tüm eğitim fakültelerinde öğretmen yetiştirme programlarına “Topluma Hizmet Uygulamaları” adlı yeni bir ders konulmuştur. YÖK, “Eğitim Fakültelerinde Uygulanacak Yeni Programlar Hakkında Açıklama” yayınlamış ve bu açıklamada “Tüm programlar için zorunlu olan bir yarıyıllık bu derste, öğrenciler, toplumun güncel sorunlarını belirleme ve çözüm üretmeye yönelik projeler hazırlayacaklardır. Ayrıca, bu ders kapsamında; öğrencilerin, panel, konferans, kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinliklere izleyici, konuşmacı ya da düzenleyici olarak katılması özendirilecektir. Öğrencinin bu çalışmalardaki başarısı, “Topluma Hizmet Uygulamaları” dersi içinde değerlendirilecektir” diye belirtmiştir.

SOSYAL SORUMLULUK PROJELERİ AÇISINDAN TÜRKİYE’DEN ÖRNEKLER

Sabancı Üniversitesi: Toplumsal Duyarlılık Projeleri (CIP101), 1999 yılından bu yana Sabancı Üniversitesi eğitim programı dahilindeki tüm öğrencilerin almakla yükümlü olduğu bir derstir. Ayrıca “Sabancı Üniversitesi dışındaki üniversite öğrencilerinin de katılabileceği projeler düzenlediklerini”, “bireylerin yaşadıkları topluma karşı sorumluluklarını bir takım çalışması içerisinde ve aynı zamanda bireysel inisiyatiflerini de ele alarak gerçekleştirmelerini amaçladıkları”nı belirtmektedirler. 2000 yılından bu yana kurum “Güneş Günü” adını verdiği bir etkinlikle her yıl, Mayıs ayının son Pazar gününde yıl boyunca CIP101 kapsamında yapılan bütün projelerin bitişini uygulanan tüm projelere katılmış çocuk, yaşlı ve engellilerle birlikte kutlamaktadır.

Kadir Has Üniversitesi: Türkiye’de kurumsal sosyal sorumluluk (KSS) farkındalığının artması ve uygulamaların yaygınlaşması konusunda çalışmalar yürütmekte, Has kurumsal Sosyal Sorumluluk Akademisi bünyesinde KSS’nin tüm alanlarını kapsayacak

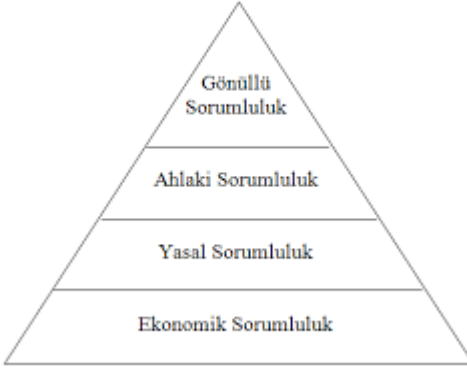
şekilde “Kurumsal Sosyal Sorumluluk Uygulamalarını Geliştirme Sertifika Programı” yürütmektedir.

Necmettin Erbakan Üniversitesi: Sosyal Sorumluluk Projelerine destek vermekte, diğer kurumlarla anlaşmalar yoluyla topluma katkı sağlamaya çalışmaktadır. Üniversite’de ortak zorunlu dersler kapsamı içinde sosyal alanlara yönelik eğitimler ve sosyal sorumluluk projeleri konu başlığı da yer almaktadır.

İŞLETMELER VE SOSYAL SORUMLULUK PROJELERİ

İşletmelerin içinde faaliyet gösterdiği toplumun mahalli, yerel, bölgesel, ulusal ve küresel ölçekte her birimi ile ilişki içinde olduğu topluma yönelik sosyal sorumluluklarının, toplumun içinde bulunduğu şartların düzeltilmesine ve iyileştirilmesine katkı sağlamak olduğu ifade edilmektedir.

Carroll (1991), da işletmeler bazında sosyal sorumluluğu ekonomik, yasal, etik ve hayırseverlik boyutları olmak üzere dört temel boyutta tanımlamaktadır. (Şekil 1.)



Şekil 1. Sosyal Sorumluluk Piramidi (Carroll 1991)

Engelliler ve engellilere yönelik istihdam, yaşlılara yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, madde bağımlılığının önlenmesi, şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalar, çevrenin korunması ve çevre bilincinin geliştirilmesine yönelik faaliyetler ve eğitime yönelik etkinlikler şirketlerin en çok katılım gerçekleştirdikleri sosyal sorumluluk projesi temalarıdır.

Örneğin; Bir iletişim şirketinin 2000 yılında başlattığı “Kardelenler Projesi” Türkiye genelinde, ailelerinin maddi yetersizliği nedeniyle öğrenimlerine devam edemeyen kız çocuklarına eğitim bursu verilmesini sağlamıştır. Şirket 2000 yılından itibaren proje dahilinde 100.000’in üzerinde burs verildiğini belirtmektedir.

Şirketler tüm dünyada yetersizlik, olanaksızlık adaletsizlik olan alanlarda sosyal sorumluluk projeleri oluşturmakta kendi çalışanlarının da aktif olarak bu projelere katılımlarını beklemektedirler.

Örneğin; Bir cep telefonu üreticisi firması tüm dünyadaki şartların iyileştirilmesini istediğini ve şirket olarak güç ve kaynaklarını çocuk ve ailelere aktardıklarını ifade etmekte. Bireysel olarak da tüm çalışanlarını bu gönüllü programlara katılmaya teşvik ettiklerini belirtmektedir.

Sosyal sorumluluk projelerinin topluma yararı;

- 1-Toplumsal birlik beraberlik duygusu oluşturma
- 2-Toplumda sosyal farkındalık ve bilinç gelişimi
- 3-Devletin kaynak ayıramadığı bazı alanlara kaynak ayrılması
- 4-Toplumun sağlık, eğitim, haklar gibi konularda bilinçlenmesi
- 5-Toplumun genel refah düzeyinin artması
- 6-Gelecek kaygısının azalması
- 7-Daha temiz, daha sağlıklı, daha yeşil ortamlara kavuşma
- 8-Olumlu kültürel kazanımlar şeklinde özetlenebilir.

SONUÇ

Görüldüğü gibi kişinin kendi sorumluluğundan başlayıp toplumsal sosyal sorumluluğa uzanan süreç sonunda evrensel insani bir başarı ile sonlanacaktır. Tüm toplumların yararlarını sarmaya, birbirlerinin farkında ve birbirine önem veren bireylerden, toplumdan elde ettiği kazancın bir kısmını yine topluma döndüren şirketlerden oluştuğu bir dünya hayal edin. Bu dünyada mutsuz, ümitsiz ve yalnız olmak sizce mümkün mü?

Son söz olarak Sartre'ın dediği gibi "Bir şey olmayı seçerken, onu bütün insanlar için teklif ediyor ve herkesi aynı yola davet ediyoruz. Bu durumda, kendimize karşı sorumlu olmakla bütün bir insanlığa karşı da sorumlu olmuş oluyoruz".

KAYNAKLAR

1. Saran M, Coşkun MG, İnal Zorel F, Aksoy Z. Üniversitelerde sosyal sorumluluk bilincinin geliştirilmesi: Ege Üniversitesi topluma hizmet uygulamaları dersi üzerine bir araştırma. Journal of Yasar University 2011;22(6):3732-47.
2. Koç E. Bilim ve teknoloji çağında insan olma sorumluluğu (etik bilinç). Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2013;17(2):1-13.
3. Turan S, Aktan D. Okul hayatında var olan ve olması düşünülen sosyal değerler. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2008;6(2):227-59.
4. Toker H, Tat M. Sosyal sorumluluk: kamu ve vakıf üniversiteleri öğrencilerinin sosyal sorumluluğa ilişkin bilgi düzeyleri ve algılarının ölçülmesi. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 2013;8(1):34-56.
5. Koçyiğit M. Sosyal sorumluluk projelerinin halkla ilişkilerin işlevselliği üzerine etkisi (örnek olay incelemesi) 084221011008 Yüksek Lisans Tezi.

6. Puschela K, Rojasa P, Erazob A, Thompsonc B, Lopeza J, Barrosa J. Social accountability of medical schools and academic primary care training in Latin America: principles but not practice. Family Practice 2014;31(4): 399–408.
7. Aile hekimliği Avrupa tanımı. World family doctors. Caring for people. Europe Wonca Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4 Nisan 2011 Editör Dr. Philip Evans
8. Set T, Aktürk Z, Ateş E, Avşar Ü, Taştan K. Mezuniyet öncesi aile hekimliği eğitimi: WONCA ve ÇEP çerçevesinde bir program önerisi. Euras J Fam Med 2015;4(1):7-16.
9. McGill University's School of Social Work. <https://www.mcgill.ca/socialwork/school-social-work> Erişim Tarihi:10.02.2016.
10. Nottingham Üniversitesi <http://www.nottingham.ac.uk/business/ICCSR> Erişim Tarihi:10.02.2016.
11. Washington University in St. Louis George Warren Brown School of Social Work <http://brownschool.wustl.edu/Pages/Home.aspx> Erişim Tarihi:10.02.2016.
12. Milli Eğitim Bakanlığı ilköğretim ve orta öğretim kurumları sosyal etkinlikler yönetmeliği Resmî Gazete 13.1.2005/25699. Tebliğler Dergisi Şubat 2005/2569 http://mevzuat.meb.gov.tr/html/25699_0.html Erişim Tarihi:10.02.2016.
13. Yüksek Öğretim Kurulu (2006). Eğitim Fakültelerinde uygulanacak yeni programlar hakkında açıklama programlar ve ders içerikleri. http://www.yok.gov.tr/egitim/ogretmen/yeni_programlar_ve_icerik.htm Erişim Tarihi:10.02.2016.
14. Sabancı Üniversitesi <http://cip.sabanciuniv.edu/tr/hakkimizda> Erişim Tarihi:10.02.2016.
15. Türkiye Kurumsal Sosyal Sorumluluk Derneği <http://kssd.org/faaliyetlerimiz/kurumsal-sosyal-sorumluluk-egitim-programlari> Erişim Tarihi:10.02.201
16. Necmettin Erbakan Üniversitesi <https://www.konya.edu.tr/haber/299/universitemiz-sosyal-sorumluluk-projekapsaminda-gorme-engelliler-spor-federasyonu-ile-protokol-imzaladi>. Erişim Tarihi:25.02.2016.
17. Öztürk MC, Torlak Ö, Tokgöz N, Ayman M, Özgen E. Kurumsal Sosyal Sorumluluk. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 3021 Açık öğretim Fakültesi Yayını No:1973. Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri Eskişehir, 2013.
18. Carrol AB. The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. Business Horizons 1991;34(4): 39-48.
19. Turkcell Şirketi <http://www.turkcell.com.tr/tr/hakkimizda/sosyal-sorumluluk/egitim/kardelenler> Erişim Tarihi:10.02.2016.
20. Samsung Engineering <http://www.samsungengineering.com/sustainability/corporate/project/suView> Erişim Tarihi:10.02.2016.

Konu 17

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Mustafa ÜNAL

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların aile hekimliği uygulamasında sağlığın geliştirilmesi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlığın geliştirilmesi kavramını açıklayabilmeli,
- Sağlığı geliştirici ve destekleyici kişisel becerileri geliştirmeli,
- Aile hekimliği ile sağlığın teşviki ilişkisini açıklayabilmeli,
- Sağlıklı kamu politikaları ve sağlığı geliştirme ilişkisini açıklayabilmeli,
- Sağlığı destekleyici çevre, okul, işyerleri kavramlarını açıklayabilmeli.

ÖZET

Sağlık, fiziksel ve ruhsal olarak tam iyilik halidir. Bunu sağlamak için yapılan her türlü faaliyet sağlığın geliştirilmesi olarak sayılabilir. Esas hedef bireylerin ve toplumların güçlendirilmesidir. Güç bu alandaki uzmanlarda değil birey ve toplumlarda olmalı, onların bu gücü kullanabilmelerinin önünü açmalı, onları yetkilendirmeli ve sorumluluk almalarını sağlamalıdır. Sağlığı geliştirmenin ana alanları; topluma güç ve sorumluluk verilmesi, sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışı, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, sektörler arası ortaklık ve işbirliği ile sağlığın geliştirilmesi kapasitesinin sağlanmasıdır.

Sağlığın geliştirilmesi kişi ve toplumların sağlık davranışlarını, sağlığı etkileyen iş ve yaşam koşullarını iyileştirmeyi hedefler. Genetik yapı, sosyoekonomik koşullar, kültür, eğitim, eşitlik, ulaşılabilirlik, ulusal refah, destekleyici toplum ve sağlıklı çevre sağlık üzerinde etkili faktörlerdir. Sağlığı koruma ve destekleme hastalıkların sağaltılmasından daha etkin bir girişimdir. Kişiler, toplumlar, politika yapıcılar, çevre düzenleyiciler kısaca her insan sağlığın geliştirilmesine ve desteklenmesine katkı sunabilir.

TANIMLAR

Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki: Bu konu çok tartışılmasına rağmen henüz üzerinde uzlaşmış bir tanım yoktur. DSÖ, insanların sağlıkları üzerinde kontrolleri artırmak ve sağlıklarını iyileştirme süreci olarak tanımlamıştır. Eğitim yoluyla ve gönüllülüğe dayalı olarak davranış değişikliği önerir. Kişi, grup, kurum, toplum ve ülke düzeyinde sağlık bilgisini, bilincini, becerilerini ve davranışlarını geliştirme stratejilerini ifade eder.

Sağlık: Popüler tanımıyla bedensel ve ruhsal tam iyilik halidir. Ancak bu tanım fazla iyimser bulunarak yerine zevk alma ve tatmin olma durumunu öne çıkaran tanımlar önerilmiştir.

Sağlık Eğitimi: Sağlık eğitimi kişilerin ve toplumların doğru bilgilendirilmeleri ile uygun inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değiştirmeleri ve geliştirmeleri faaliyetleridir.

Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerini sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir ve sağlık haklarını savunabilir halde olmaları sağlık okur-yazarlığıdır.

Sosyal Pazarlama: Pazarlama hedef kitleye ürünü kabul ettirmektir. Sağlıkta hedef kitleye çeşitli programlarla sağlığın teşviki konusunda fikir ve uygulamalar benimsenilmeye çalışılır. Daha çok resmi kurumlar ve kar amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşları tarafından kullanılır. Şişmanlığı önleme ve sağlıklı beslenme, tütüne karşı mücadele, tuz tüketimi sık karşılaştığımız sosyal pazarlama faaliyetleridir.

Medyada Savunuculuk: Bir tür kamu sağlığı lobi faaliyetidir. Sosyal, fiziksel ve politik ortamı sağlığın geliştirilmesi yönünde değiştirmeyi hedefler.

İnsanların bilgi ve deneyimleri arttıkça sağlık hakkındaki kanaatleri değişmekte ve gelişmektedir. Günümüz dünyasının öncelikli sorunları obezite, sedanter yaşam, kanser ve kronik hastalıklardır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ana hedefi hastalıkları, engellilikleri ve erken ölümleri engellemektir. Ancak sağlık durumu hastalık olmaması durumuna indirgenemez. Optimal sağlık hayattan zevk alma ve tatmin duygusunun sürdürülmesidir. Sağlığın geliştirilmesi kişilerin, ailelerin, toplumların ve ülkelerin sağlıklarını iyileştirir. Tüm insanların hayat kalitesini artırır.

Sağlığı geliştirme stratejilerinin kısa dönemde sağlıkla ilgili risk faktörlerinin azalması; orta dönemde pozitif sağlık davranışlarının geliştirilmesi, yaşam tarzı düzenlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin benimsenmesi ve sağlıklı çevre değişiklikleri; uzun dönemde ise hastalıkların azalması, yaşamın uzaması, yaşam kalitesinin artması hedefleri vardır.

SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ

- Gelir ve Sosyal Statü:** Sağladığı yaşam koşulları ve harekete geçme kapasitesidir.

Önemli Noktalar

- Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki,
- Hastalık, sakatlık ve erken ölümlerin engellenmesi,
- Dünyada ve Türkiye’de sağlığı geliştirme faaliyetleri,
- Aile hekimliği ve sağlığı geliştirme,
- Sosyal pazarlama,
- Sağlık okuryazarlığı.

- b. **Sosyal Destek Ağları:** Yardım ve destek alabilme ve alabileceğini bilme.
- c. **Eğitim:** Kişileri hayata ve topluma hazırlayan bilgi birikimi
- d. **İş ve Çalışma Koşulları:** İş güvencesi ve sağlığı teşvik edici çalışma ortamı.
- e. **Fiziksel Çevre:** Elverişli hava, su, gıda, barınma ve güvenlik.
- f. **Biyoloji ve Genetik Yapı:** Zamanla değişen fizyolojik, anatomik ve zihinsel kapasite.
- g. **Kişisel Sağlık Alışkanlıkları ve Başa Çıkma Becerileri:** Sağlığı teşvik etme, öz bakım, başa çıkma, sorun çözme becerileri
- h. **Sağlıklı Çocuk Gelişimi:** Prenatal dönemden başlayarak iyi bakım, bağışıklık, eğitim programları.
- i. **Politik irade, kişi ve toplum desteği:** Sağlığı desteklemelidir.

TARİHÇE

Her semptomun ayrı bir hastalık sanılıp tedavi edilmeye çalışıldığı dönemler mikropların keşfi ile son bulmuştur. Daha sonra hastalık ve yaşam tarzları, çevre koşulları, genetik ile ilişkiler anlaşıldıkça hastalık ve sağlık kavramı gelişerek değişmiştir. Sağlığın korunması hastalıkların tedavisinden daha kolay bir seçenektir. Sağlığın teşvikinin kilometre taşları şunlardır.

- a. **Lalonde Raporu 1974:** Dönemin Kanada Sağlık ve Refah Bakanı Marc Lalonde tarafından sağlığın geliştirilmesini sistemli bir şekilde ortaya koyan ilk belgedir. Hem kişilerin hem organizasyonların fiziksel ve ruhsal sağlığın geliştirilmesi için aktif rol ve sorumluluk almasını ister.
- b. **Birinci DSÖ Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı, Ottawa-Kanada 1986:** Kilit öneme sahip Ottawa sözleşmesinin 4 ögesi vardır; kişisel becerilerin geliştirilmesi, toplum eyleminin güçlendirilmesi, destekleyici ortamlar oluşturulması ve sağlıklı halk politikaları için lobi faaliyetleri yürütülmesi. Bireylerin güçlü kılınması ve böylece sağlıkları üzerinde kontrol ve denetimlerini artırarak sağlıklarını geliştirme sürecine aktif katılımları gerektiği vurgulanmıştır. Sağlığı geliştirme sadece sağlık sektörünün değil politik, ekonomik, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik alanlarda herkesin sorumluluk alması gereken bir alan olarak tanımlanmıştır. Sağlıkta eşitliğe vurgu yapar. Hükümetler, sağlık ve sosyal organizasyonlar arasında koordinasyon ister. Önemli bir vurgu da sivil toplum kuruluşlarının hükümetlerden ve uluslararası organizasyonlardan hesap sorabilmelerinin gerekliliğidir.
- c. **Dünya Sağlık Asamblesi 1998:** Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kanıt temelli bir yaklaşım benimsemeye çağırmıştır.

Bu konferanslar belli aralıklarla değişik temalarla yapılmakta ve hükümetler tarafından büyük itibar verilmektedir. Konu DSÖ'nün öncelikleri arasındadır. Türkiye'de Sağlığı Geliştirme Daire Başkanlığı, Temel Hizmetler Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak

2008'de kurulmuştur. Sağlığı geliştirme faaliyetleri dünya ile entegre biçimde sürdürülmektedir.

SAĞLIK EĞİTİMCİLİĞİ VE SAĞLIK GELİŞTİRİCİLİĞİ

Bir meslek gurubu olarak okul, üniversite, işyerleri, sağlık kuruluşları ve toplumda çalışırlar. Kişi ve toplum ihtiyacını gözden geçirirler. Sağlık eğitim programları planlar, geliştirir ve koordine ederler. Proje yazarlar kaynakları belirleyip bütçe talep ederler. Farklı kurumlar, toplumlar arasında işbirliğini teşvik ederler. Sosyal pazarlama ve medya kampanyaları yürütürler. Sağlık bağlantılı konuların savunmanlığını yaparlar. Çeşitli eğitim metotları kullanırlar. Görsel, işitsel, elektronik ve basılı materyal geliştirirler. Araştırma yaparlar, bilimsel makale yazarlar.

AİLE HEKİMLİĞİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Sağlığı geliştirme konusu doğası gereği sosyal ve fen bilimlerini içeren karmaşık bir yapıdır. Tıbbın izlediği randomize kontrollü çalışma gibi metodolojilerle her zaman uyuşmayabilirse de; sağlığın teşviki tıbbın ve aile hekimliğinin temel öğelerindedir. Birçok ülkede sağlık reformlarının ana amacı olmuştur. Sigara, alkol tüketimi, kötü diyet ve fiziksel aktivite azlığı gibi önde giden hastalık ve ölüm sebepleri aile hekimlerinin temel uğraş alanlarıdır. Türkiye'de obezite %30, sigara tüketimi yaklaşık %37 ve alkol tüketimi %18'dir. Toplumun fiziksel aktivite düzeyi düşük, ortalama 5 gr olması gereken günlük tuz tüketim miktarı 18 gramdır.

Hastalar sağlık teşviki konularını kendi doktorları ile tartışmayı tercih etmektedirler. Sağlığı geliştirme kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolleri ele almasının sağlanmasıdır. Aile hekimleri sağlıklı beslenme, evde güvenlik, düşmelerin önlenmesi, aile içi çatışmalar, egzersiz, sigara, madde bağımlılığı, konularında ziyaret sebebinden bağımsız olarak danışmanlık vermelidir. Bunun için yeterli eğitim almalı ve sağlığı teşvik aktiviteleri ödüllendirilmelidir. Ama bunu yeterince yaptıkları söylenemez. Çünkü iş yükleri artmaktadır. Bazı rutin aktivitelerin doktor dışı personel tarafından yerine getirilmesi uygulanan bir yöntemdir ve sonuç alınmaktadır. Aile hekimliklerinde istihdam edilecek kadrolar içerisinde bir sağlık geliştirici eleman tanımlanması çok yerinde bir karar olacaktır. Bu mevcut doktor–personel dışında bu eğitimi almış, projeler üretebilecek, kurumlar arası ilişkileri düzenleyebilecek bu alanda liderlik edebilecek özelleşmiş bir eleman olmalıdır.

TÜRKİYE'DE SAĞLIĞI GELİŞTİRME KONUSU VE FAALİYETLERİ

Türkiye'de sağlığın teşviki ve geliştirmesine Sağlık Bakanlığı öncülük etmektedir. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı'nın kuruluş amaçları şunlardır:

1. Kronik hastalıkları araştırmak bu hastalıklarla ilgili halkın bilinç düzeyini artırmak ve risk faktörleriyle mücadele etmek,
2. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek halkın sağlık düzeyini yükseltmek,

3. İnsanların sağlık konusunda bilinç düzeyini artırmak,
4. Sağlık açısından riskler belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemleri almak ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkları, işgücü kayıplarını ve sağlık harcamalarını azaltmak,
5. Toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek.

Bu amaçlar doğrultusunda stratejik eylem planları yapılmakta ve uygulanmaktadır. Bunlar arasında aile hekimliği uygulamasına geçiş, çocuklarda aşılama listesinin genişletilmesi, tütünle mücadele, obezite kampanyası, evde bakım hizmetleri, mobil hizmetler ve diğer destekler, tuz azaltılması kampanyaları, okul kantinlerinde sağlığı tehdit edici ürünlerin yasaklanması, kurumlarda sağlık-güvenlik sertifika eğitimlerinin zorunlu hale getirilmesi sayılabilir.

Sürekli çatışmaların yaşandığı bir bölgede olmamız ve savaş ve mülteciler gibi problemler ise sağlıkla ilgili öncelikleri zorlamaktadır.



Resim 1. Tokat Araştırma Hastanesi'nde ameliyata akülü arabayla giden çocuk

KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK

Tıp bilgileri ile sağlık hizmetlerine ulaşabilmek kolaylaşmıştır. Tıptaki gelişmeler kısa sürede herkesçe kullanılabilir hale gelmektedir. Küresel ölçekli sağlığı teşvik projeleri geliştirilebilmekte, yardım kuruluşları uzak bölgelere kısa sürede ulaşabilmektedir. Ancak toplumlar arasında eşitsizlik, yoksulluk, zengin-fakir arasındaki uçurum artmaktadır. Savaş, yoksulluk, terörizm ve gelir dağılımındaki adaletsizlikler kitleleri harekete zorlamakta ve mülteciler daha iyi yaşam koşulları hayaliyle istenmedikleri devletlerin kapısına dayanmaktadırlar. Herhangi bir yerde ortaya çıkan bir enfeksiyon kısa sürede tüm dünyayı tehdit edebilmekte, bir uyuşturucu geniş coğrafyalara

dağılabilmektedir. Batılı hayat tarzı ve süpermarket kültürü ile hazır gıdalara yönelim artmakta daha çok şeker, yağ ve tuz tüketen insanlar obezite, diyabet, hipertansiyon ve kalp damar hastalıklarına yakalanmaktadır. Küreselleşme sağlık turizmi gibi vasıtalarla sağlıkta ticarileşmeyi hızlandırmaktadır.

SAĞLIKLI ŞEHİRLER VE SAĞLIKLI TOPLUMLAR YAKLAŞIMI

Uluslararası Sağlıklı Şehirler girişimi tüm dünyada kökleşmiştir. Amacı sağlıklı şehirler yoluyla paylaşım ağı kurarak gelişim ve öğrenmeye katkıda bulunmaktır. Ana ilkeleri işbirliği ve katılımdır. Ana paydaşları belediyeler ve toplumdur. Belediye politikalarının sağlığı destekleyici ortamlar için düzenlenmesini savunur. Hava ve su kalitesi, ulaşım, eğitim, ekonomi, sosyal adaletin sağlanması, engelli politikaları, yoksullukla mücadele ve toplumu ilgilendiren her konu sağlığın geliştirilmesinin öznesi olabilir.

Sağlığı geliştirme ve destekleyici sağlık ortamları

Sağlık teşviki kişilerin sağlıkları üzerine bilgilendirilip sorumluluk almalarının sağlanmasıdır. Ancak sağlık sadece bireysel bir sorumluluk değildir. Sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicilerine gereken önem verilmezse sağlığı geliştirme çabaları yeterli sonuç vermeyecek ve hedeflere ulaşamayacaktır. Politik irade ve yasal düzenlemeler olmasaydı tütün kontrolü ya da emniyet kemeri kullanma gibi konularda bu kadar yol alınamayabilirdi. Yaşam ve çalışma koşulları olarak toplumda sağlıklı seçeneklerin artması ve erişimlerinin kolaylaşması önemlidir.

Sağlığı geliştirme kapsamında “isabetli tıp girişimi”

Teknolojik ve genetik gelişmeler baş döndürücü bir hızla gelişmekte ve hastalıkların genlerle ilişkileri daha iyi anlaşılabilir. Bu gelişmeler tıbbın kişiye özel gelişmesini teşvik etmektedir. Kişiyeye özel tıp tanımı hasta merkezli yaklaşıma uygundur. Her ne kadar bazı genlerin olması hastalığın ortaya çıkmasını kesinlikle göstermese de kişilere kendi sağlıkları konusunda kontrolü vermek amacı ile kullanılabilir. Diyabet geni taşıyan bir kişi diyabetten kendini etkili bir şekilde koruyabilir. Ancak bu her zaman bu kadar kolay değildir. Meme kanseri geni taşıdığını öğrenen genç bir kadın profilaktik mastektomi konusunda kolay karar veremeyebilir.

ABD’de isabetli tıp girişimi (precision medicine initiative) uygulanmaya başlamıştır. Bu girişimlerin amaçlarından birisi sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek olarak bildirilmiştir. Bu bağlamda bir milyon insan kohortu, hastalık ve sebepleri, kişiye özel tedaviler, tümör kohortları başlatılmıştır. Genetik profil çıkarma, her hastalığın genetik yapısını anlayabilme, yaşam tarzı ile hastalıkların ilişkisini ortaya koyma gibi daha pek çok amacı vardır.

Sağlık kuruluşlarında sağlığı geliştirme programları

Sağlığı geliştirme programlarında hekimler, sağlık eğitimcileri, hemşireler, tıbbi sosyal hizmet uzmanları ve yardımcı sağlık çalışanları yer almaktadır. Programlar sıklıkla hastalarda sağlığın teşviki, hasta güvenliği, çalışan sağlığı, işyeri güvenliği ve sosyal paylaşım programları olmaktadır. Hedef kitle kendi sağlığı ile ilgili kararlara daha fazla katılmaları için eğitilmekte ve teşvik edilmektedir.

Medyada sağlık sunumları

Medyada giderek artan oranda sağlık önerileri yer almaktadır. Bu öneriler çoğu zaman ticari amaçla yapıldığı için doğru yönlendirmeler değildir ve sağlığın teşviki amaçlarına ters sonuçlar verebilirler. Çabuk ve kolaycı çözümleri gerçek sağlık sorunlarının göz ardı edilmesine yol açabilir. Medyanın denetimi zor ikna kabiliyeti yüksek olduğundan sadece kişileri sorumlu tutmak doğru olmaz. Kamu sorumluluk almalı ve bireylere yol göstermelidir.

Okullar ve üniversitelerde sağlığı geliştirme

Sağlığı geliştirme o yaş gurubundaki tüm nüfusa erişim sağlayan okullarda çok önemlidir. Sağlık ve akademik başarı arasında doğrudan bir ilişki vardır. Sağlığı geliştirme faaliyet alanlarının başlıcaları sağlık eğitimi, güvenli ve sağlıklı okul ortamı, egzersiz, beslenme, danışmanlık servisleri, cinsellik eğitimi, boş zaman değerlendirmesi öğrencilerin moral ve ruhsal sağlık durumlarının iyileştirilmesi, aile ve toplum ilişkilerinin gözden geçirilmesi ve çalışanların sağlığının geliştirilmesidir. Öğrencilere güç ve sorumluluk vererek aktif katılımları sağlanmalıdır. Okul aktivite programları, ebeveynlerle yakın işbirliği, sağlıklı çevre ve örnek rol modeller gereklidir. Ülkemizde okul çocuklarına bisiklet dağıtılması gibi faaliyetler iyi birer örnektir.

Türkiye “Avrupa Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi”ne katılmıştır. Proje Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve DSÖ arasında işbirliği ile yürütölmekte ve öğrencilerin sağlık bilgilerini geliştirme, sağlıklı bir çevrede sağlıklı yaşam tarzlarının öğretilmesini hedeflemektedir.

Gençler sağlıklarını tehdit eden birçok risklerle karşı karşıyadır. Davranış kalıpları ve alışkanlıklar bu yaşlarda şekillenir. Yaralanmaların önlenmesi, madde kullanımı, sigara, alkol gibi riskli davranışları önleme ve tedavi, sağlığı geliştirme kapsamında ele alınmaktadır.

Ülkemizde okul servisçiliği bir sektör haline gelmiştir. Okul servislerinin bu denli yaygın kullanımının sağlık üzerindeki etkileri incelenmelidir. Pek çok aile yürüme ya da bisiklet sürme mesafesindeki okullar için servis kullanmaktadır. Bu sadece aileye ekonomik yük getirmez, öğrenciye tüm yaşamı boyunca hareketsiz yaşam alışkanlığı kazandırabilir.

Okullarda akademik başarıyı artırdığına inanılan besin takviyesi, vitaminler ve diğer bazı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan omega 3 gibi kanıtlarla desteklenen yaklaşımlar olduğu gibi uyarıcı maddeler içeren sağlığa zararlı maddeler de olabilmektedir. Burada öğrenci velilerine ve otoritelere büyük görevler düşmektedir.

İşyeri ortamında sağlığı geliştirme programları

Yetişkinlerin hayatlarının büyük bölümü işyerinde geçer. Bu durumda işyeri sağlığı geliştirme için uygun bir zemindir. İşyerinin alt yapısı, sosyal ortamı, işin ağırlığı, gürültü, işyerinde mobbing, kimyasal ajanlar, iş tehlikeleri, stres gibi pek çok etmen çalışan sağlığı üzerinde etkilidir. Çalışanların fiziksel faaliyet düzeyleri, tütüne maruziyet, alkol tüketimi, stres düzeyleri ve beslenme gibi özellikleri bilinmeli ve sağlığı geliştirme programları yapılmalıdır. İşyerleri uygun fiziksel ve psikolojik çalışma ortamı sunarak çalışanlarına gerekli sağlık ve güvenlik eğitimi verirse, uygun taramaları yaptırırsa, çalışanlar hem sağlıklarını korurlar hem daha verimli olurlar.

İşverenlerin konunun önemini anlamaları ve politikacıların gerekli yasal desteği vermeleri için lobi faaliyetleri yapılmalı çalışanlara bu konularda aktif katılım için güç ve yetki verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Green L.W. Prevention and Health Education in Clinical, School and Community Settings, In: Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine, 14 th Ed., Robert B. Wallace(Ed.), Appleton & Lange A Simon & Schuster Company, Stamford, Connecticut, 1998.
2. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları Sağlık Bakanlığı, Türkiye 2011.
3. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010. Ön çalışma raporu. http://www.google.com.tr/url?url=http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwi-0bzMwOvNAhUKuBQKHbG-BzkQFggXMAA&usg=AFOjCNFq3aWwDmbTZxjM8RpXsuhDjVYVwg. Erişim Tarihi: 12.01.2016.
4. ABD Beyaz Saray. <https://www.whitehouse.gov/precision-medicine>. Erişim Tarihi: 26.02.2016.
5. Rubin R. Precision Medicine: The Future or Simply Politics? JAMA. 2015;313(11):1089-91.
6. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara 2011.
7. Hutchison B, Woodward CA, Norman GR, Abelson J, Brown JA. Provision of preventive care to unannounced standardized patients. CMAJ 1998;158(2):185-93.
8. Weingarten S. Using practice guideline compendiums to provide better preventive care. Ann Intern Med 1999;130(5):454-8.
9. Fries JF, Koop CE, Beadle CE, Cooper PP, England MJ, Greaves RF, et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. N Engl J Med 1993;329(5):321-5.
10. Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Schor EL, Coakley E. The physician's role in health promotion revisited — a survey of primary care practitioners. N Engl J Med 1996;334(15):996-8.

EK 1

Aile hekimliği asistanlarına tavsiye edilen sağlığı geliştirme ve hastalık önleme müfredatı (AAFP–Amerikan Aile Hekimleri Akademisi)

Sunuş

Yapılandırılmış bir müfredat izlenmelidir. Asistanların bilgileri aile hekimliği merkezine gelen hastaların bakımı sırasında kazanılacaktır. Müfredatta sık görülen, kronik hastalıklar başta olmak üzere sonuç odaklı ve kanıta dayalı yaklaşımla yapılandırılmış dersler, konferanslar, dergi kulüpleri yer almalıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkları önleme aile hekimliğinin ana özellikleridir. Müfredat uygun sevk ve maliyet etkin bakımı da içerir.

Giriş

Sağlığın teşviki DSÖ tarafından insanların sağlıkları üzerinde kontrolü artırma olarak tanımlanır. İdeal sağlık sadece hastalık olmayışı değil aynı zamanda hayat zevki ve tatmini içeren dirilik halidir.

Hastalık önleme, hastanın risk profilinin çıkarılması ve uygun tarama yöntemlerini içerir. Hasta eğitimi ve gerektiğinde terapötik girişimler çok önemlidir. Hastaya uygulanan hastalık önleyici prensipler toplum çalışmalarından elde edilen kanıtlara dayanır. Tarama programları yaş, cinsiyet, aile hikâyesi ve yaşam tarzı risklerine dayanır. Bu programlar dinamik olmalı, yeni kanıtlar ve yerel toplum özelliklerine göre gözden geçirilmelidir.

Hasta merkezli aile hekimliği sağlığın teşviki ve hastalık önleme için uygun ortamdır. Aile hekimleri, hastanın ailesi ve toplumunu dikkate alarak tüm yaşamı boyunca devamlı, koordineli, kapsayıcı bakım vermek yolu ile sağlığın teşviki ve hastalık önlemede çok önemli bir rol üstlenmiş olur. Pozitif yaşam tarzı değişiklikleri önerir ve destekler.

Yeterlilikler

Eğitimleri sonunda aile hekimliği asistanları şunları yapabilmelidir:

- Toplum verileri ile klinik verileri birleştirerek toplum sağlığını iyileştirmek için kullanma ve toplumla ortaklık geliştirme,
- Hastalık yönetiminde, hastalık önlemede ve sağlığı teşvik etmede ailelere eğitim ve danışmanlık hizmetleri verme, kararlara onları ortak etme,
- Tüm yaş guruplarına uygun sağlığı geliştirme, tarama kılavuzlarını belirleme ve uyarlama,
- Dengeli hayat ve sağlık için kişisel, duygusal, fiziksel ve ruhsal temel prensipleri uygulama ve kliniğinde kullanma,
- Detaylı hikâye ve fizik muayene ile sağlığın davranışsal, sosyal ve genetik belirleyicilerini tanımlama ve bunları sağlığın teşviki ve hastalık önlemede kullanma,
- Kişilerin hastalık önleme ve sağlık teşviki girişimlerini takip eden ve gerektiğinde çağırın bir sistem kullanma,

- Aile hekimliği biriminde optimal sağlık hizmeti ve liderlik için entegrasyon sergileme,
- Kronik hastalık bakım planlarını başlatma ve izleme, sağlığı geliştirmek ve ikincil hastalık oluşmasını önlemek için hastaları ve ekibin diğer üyelerini bilgilendirme, kararlara ortak etme,
- Hastalar ve ailelerle hastalık nleme ve sağlığı geliştirme önündeki engelleri kaldırmak için ortaklık kurma, hasta, ailesi ve toplum özelliklerine göre tedavi planlama ve uygulama,
- Sağlık eşitsizliklerini, sağlığın sosyal belirleyicilerini ve bunların kişi ve aile sağlığına etkilerini tespit etme.

Tutumlar

Aile hekimliği asistanları şu tutumları sergileyebilmelidir:

- ✓ Sağlığın korunması ve hastalık ve yaralanmaları nleme için yaşa, cinsiyete uygun tarama ve aşılama, hasta- aile- toplum destek sistemleri ile işbirliği yapabilme,
- ✓ Sigara, alkol, madde kullanımı, aşırı yeme, hareketsiz yaşam gibi sağlığı etkileyen önemli konulara uygun yaklaşım gösterebilme,
- ✓ Davranış değişikliklerinin karmaşık yapısını anlama, her hastanın bu davranış değişikliğini anlayabilme ve uygulayabilme kapasitesini değerlendirebilme,
- ✓ Meslek hayatını geliştirecek kişi sel iyilik hali ve dengeli hayat tarzını benimseme, kişi sel, duygusal, fiziksel ve ruhsal iyilik halini gösterebilme,
- ✓ Mevcut temel halk sağlığı konu ve kaygılarını küresel, ulusal ve yerel düzeylerde takip ettiğini gösterebilme,
- ✓ Herkes için ulaşılabilir sağlık sistemini savunma isteğini gösterebilme,
- ✓ Hastanın inançlarını, değerlerini ve kültürel uygulamalarını dikkate alan bir yaklaşım sergileyebilme.

Bilgi

Aile hekimliği asistanı şu bilgileri uygulayabildiğini göstermelidir:

1. Korunmanın dört şidini bilmeli (birincil, ikincil, ncl ve dördüncül),
2. Güncel yaşa göre beslenme ve kilo kontrolü için diyet önerilerini bilmeli,
3. Kilo kontrolü, fitnes ve yaralanmaları nleme için egzersiz kılavuzlarını bilmeli,
4. İ algılar, dış stres faktörleri ve önemli hayat olaylarının psikososyal iyilik hali üzerinde etkilerini bilmeli,
5. Araba kullanırken, evde ve eğlenirken yaralanmaların önlenmesini bilmeli,

6. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gebelik planlanmasına yönelik güvenli cinsellik uygulamalarını bilmeli,
7. Aspirin, folik asit, güneş koruması, flor gibi kanıta dayalı ilaçlarla hastalık önlemeyi bilmeli,
8. Tüm yaş guruplarında aşılama ile hastalıkları önlemeyi bilmeli,
9. Sigara dumanı, çevre kirliliği, cıva gibi zehirli maddelere maruziyeti, hijyen, evde güvenlik ve mesleksi maruziyetler gibi kişisel sağlığı etkileyen çevre konularını bilmeli,
10. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü, sosyoekonomik durum, hayat tarzı, çevresel faktörler ve tıbbi durumlara göre risk değerlendirmesi yapmayı bilmeli,
11. Sensitivite, spesifite, prediktif değerler, taraf tutma (bias), güvenlik, maliyet ve prevalans gibi tarama seçim kriterlerini bilmeli,
12. Şu periyodik tarama kılavuzlarını bilmek: U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics (AAP), Center for Disease Control and Prevention (CDC) ve American Cancer Society (ACS).
13. Kişilere ve ailelere sağlıklı yaşam tarzları edinmek ve hastalıkları önlemek için sağlanan yerel ve ulusal kaynakları bilmeli,
14. Hastaların davranışları ve seçimleri üzerinde etkili psikolojik faktörleri, sağlık okur yazarlığını ve bunlara ilişkin paylaşımların hastalar üzerindeki etkilerini bilmeli,
15. Cesaretlendirici, davranış değiştirici iletişim tekniklerini bilmeli,
16. Komplikasyonları ve gidişi konusunda hastalara eğitim verebilmek için kronik hastalıkların doğal seyrini iyi bilmeli,
17. Aile sistemleri odaklı yaklaşımla destek, ilişki stresleri, eş şiddeti, bakıcı tükenmesi ve aile hayatındaki önemli geçişlerin sağlık ve mutluluk üzerindeki etkilerini bilmeli,
18. Kanıta dayalı olarak tıbbi literatürü değerlendiren kaynakları bilmeli,
19. Temel klinik ve önleyici tıp kılavuzlarını anlamalı ve bunları klinikte uygulamayı bilmeli.

Beceriler

Klinik ortamda asistanlar bağımsız olarak şunları yapabilmeli ya da sevk kararını verebilmeli:

1. Aile, aşılama, diyet, madde kullanımı, egzersiz, stres yönetimi, sosyoekonomik durum, sağlık okur-yazarlığı, meslek, eğlence, sağlık ve ruhsal inançlar, güvenlik uygulamalarını içeren öykü alma,
2. Fitnes durumu, vücut kitle indeksi ve kan basıncını değerlendirme,
3. Sağlıklı yaşam modeli sergileme,

4. Davranış değişikliği danışmanlığı, teşvik edici teknikler, egzersiz ve beslenme reçeteleri ile değişikliği teşvik etme,
5. Sağlığı teşvik için hatırlatıcı ve takip edici sistem kullanma,
6. Toplum kaynaklarını, yerel sağlık birimlerini harekete geçirme,
7. Risk değerlendirmesi, risk azaltılması, tarama, aşılama ve ilaçla koruma gibi önleyici bakıma sistematik bir şekilde yaklaşma,
8. Önleyici stratejileri güçlendirmek için kronik hastalıkların doğal seyrini açıklama,
9. Hastalık önleme ve sağlığı geliştirme için akıllı telefon ve internette kanıtla dayalı kılavuzlara erişme ve uygulama,
10. Aile ve ilişkilerin sağlığı teşvik edici ya da önleyici etkilerini değerlendirme,
11. Sağlığı geliştirme literatürünü kanıtla dayalı olarak yorumlama.

Uygulama

Bu müfredat tüm eğitim programına yayılmalıdır. Değişik öğrenme modelleri, konu anlatma, dergi toplantıları, küçük gurup tartışmaları, eğitici eşliğinde tartışmalar ve hasta başı kullanılabilir. İçerik belli olmalı ve sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri önermelidir. Referans materyalleri sağlanmalıdır.

Asistanlar diğer sağlık profesyonellerini görebilmeli ve ortak çalışabilmelidir. Eğitimci eşliğinde hastalara hayat tarzı ve mental sağlık danışmanlığı vermelidirler. Aile hekimliğinde sağlığın teşviki ve önleyici tıp hasta bakımının aktif bir parçası olmalıdır. Kayıt sistemleri bu aktiviteye uygun olmalıdır.

Asistanlık programında sağlığın teşviki ve hastalık önleme örneklerle öğretilmeli ve yapısal olarak uygulanmalıdır. Fakülte sağlıklı ve dengeli hayat tarzları üretmeli ve aileye, hastalara ve topluma göstermelidir. Asistanlık döneminde sosyal etkinlikler ve eğlence zamanları sağlık teması etrafında olmalıdır. Asistanlık programları toplumla çalışarak toplum liderleri ve uzmanları olmaya hazırlanmalıdır.

EK 2

Bill Edler'in hikâyesi:

Bill Edler, ABD de kistik fibroz ile doğduğunda herkes gibi hastanelerle iç içe kısılmış bir hayat sürmesi bekleniyordu. Bu hastalığa yakalananlar en iyi bakım koşullarında nadiren 40 ve 50'li yaşları görüyordu. Kistik fibroz akciğerlere ve sindirim sistemine zarar veren kalıtsal bir hastalıktır. Normal olarak insan vücudunda mukus, ter ve sindirim enzimleri içeren sıvılar ince ve akışkandır. Ama kistik fibrozda genetik bozukluk sonucu bu salgılar koyulaşır. Tüplerde ve geçiş bölgelerinde akışkanlığı artırmak yerine tıkaçıcı bir işlev görürler. Bu akciğer ve pankreas gibi organlarda çok yıkıcı sonuçlara neden olur. Devamlı öksürük, nefes darlığı, sık akciğer enfeksiyonları, pankreatit, diyabet ve infertilite yaşarlar. Ancak Bill için olaylar farklı gelişti. Kistik fibrozun nadir görülen bir mutasyonunu taşıyordu. İsbetli tıp uygulamaları kapsamında

Bill'e özgün ilaç geliştirildi. Bu ilaç Ivacaftordu. Hücreler arası klor geçirgenliğini önleyen proteini etkileyerek iyon geçişini kolaylaştırıyordu.

Bill bu ilaçtan o kadar fayda gördü ki tıp okumaya başladı. Amacı önleyici tıp konusunda çalışmak ve kendi gibi insanlara faydalı olmaktı. Artık torunları ile oynayabileceği günleri hayal edebiliyordu. Mucize ilacının tek kusuru ise yılda 300 bin dolara mal olması idi. Bu sırada ABD başkanı Obama isabetli tıp (precision medicine) adında yeni bir girişim başlatmak istiyordu. Bill bu girişimin bayraklarından biri olarak üne kavuştu.



Bill Tedler bir toplantıda deneyimlerini anlatıyor (Google image'den alınmıştır).

EK 3

Kanada'da sağlığı geliştirme faaliyetleri

Kanada'da, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi adına şu faaliyetler finanse edilmekte ve gerçekleştirilmektedir: sigara içme ve alkollü araç kullanmanın tehlikeleri hakkında farkındalığı artırmak için kitle iletişim araçları ile yapılan kampanyalar; okulda kapsamlı sağlık eğitim programları; kalp sağlığı, düşük doğum ağırlığı ve diğer koruyucu sağlık konularına toplumun dikkatini çekmeye yönelik çabalar; dezavantajlı annelerin ebeveynlik becerilerini güçlendirmek için toplumsal kalkınma projeleri; işyerlerinde yaşam stili konularının ve çevresel konuların değerlendirilmesi ve ele alınmasına yönelik çabalar; hizmet kesintilerine çözüm bulmak için iş birliğine yönelik çabalar; sigara içme ve diğer konulara ilişkin politika değişikliklerine yönelik lobi yapma; hekimler ve diğer sağlık personelinin koruyucu uygulamalarını güçlendirme çabaları.

Konu 18

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Nazlı ŞENSOY

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda öğrencilerin sağlık okuryazarlığı konusunda bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlık okuryazarlığının tanımını yapabilmeli,
- Sağlık okuryazarlığının sınıflandırmasını yapabilmeli,
- Sağlık okuryazarlığı düzey tespitinde kullanılan ölçme ve değerlendirme yöntemlerini bilmeli,
- Sağlık okuryazarlığının önemini açıklayabilmeli,
- Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması durumunda yaşanan sorunları açıklayabilmeli.

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, alınan hizmetleri kullanabilme yeteneğini, kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artmasını, kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını güçlendirir.

Sağlık okuryazarlığı, eğitim sistemi, sağlık sistemi ile kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşim içerisinde ve bu faktörler sağlık çıktı ve maliyetlerini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılacak çalışmalarda enformasyona erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi uygulama konularına önem ve öncelik verilmelidir.

GİRİŞ

UNESCO'nun tanımına göre okuryazarlık; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir. Toplumun geniş bir kitlesine hitap edebilmek, bilgisini ve gücünü geliştirerek hedeflerine ulaşması için bireye olanak veren olgudur. Okuryazarlık, sadece bilişsel yetenekleri değil, aynı zamanda sosyal yönleri de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Ancak okuryazar olmak sağlık okuryazarı olmak anlamına gelmemektedir. Sağlık okuryazarlığı (SOY) temel olarak sadece okuma yazma becerisi ile sınırlı olmayıp dinleme, konuşma ve kavramsal bilgiyi de içermektedir. Bireyin belirli beceri ve yeteneklere sahip olması, sağlık okuryazarlığının yeterliliğe ulaşması için gerekli görülmektedir.

Önemli Noktalar

- Bireyin yazılı bir metni okuyabilmesi, anlayabilmesi, karar verme sürecinde bilgisini kullanabilmesi ve iletişim kurabilmesi sağlık okuryazarlığının temel noktalarıdır.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme ajandasına gereksinim vardır.
- Sağlık okuryazarlığı, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için bir kültür oluşturma aracı olarak öngörülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında S.K. Simonds tarafından “Health Education as Social Policy” adlı kitapta kullanılmıştır. Literatürde sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok tanım yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanıma göre sağlık okuryazarlığı; “genel okur-yazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir”. Amerikan Tıp Derneği ise “sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliliğini, reçete, ilaç ve randevu kartlarını, sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuma, anlama yeterliliğini kapsayan becerilerin uyumlu birlikteliği” olarak tanımlamıştır. 2012 yılında, Sorensen ve arkadaşları o güne kadar yapılan tüm tanımları analiz ederek sağlık okuryazarlığını “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlamışlardır. Sağlık okuryazarlığı, farklı tanım ve bileşenlerden oluşmasına karşın bütün tanımlarda yazılı bir metnin okunması, anlaşılması, karar verme sürecinde bilginin kullanılması ve iletişim kurabilme becerisi ortak noktalarıdır.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SINIFLANDIRMASI

Nutbeam, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde eğitimin önemli olduğunu ve bu eğitimin sadece bireylerin bilgi birikimlerine, anlayışlarına ya da yaşam tarzlarının değiştirilmesine ilişkin bir yönlendirme olmaması gerektiği üzerinde durmuştur. Sağlık

eğitimi yolu ile sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerle ilgili farkındalığın da artacağını, bu faktörlerin değişmesi için kişisel ve toplumsal hareketlerin teşvik edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının her yaş grubu için farklı bir eğitim çalışması ile yükseltilebileceğini düşünerek sınıflandırmıştır. Nutbeam, sağlık okuryazarlığını bireylerin bilgiye erişme, anlama ve kullanma becerilerini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerine göre; temel/fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel olmak üzere üç düzeyli bir model geliştirmiştir:

Temel/Fonksiyonel SOY; bireyin sağlıkla ilgili temel okuma ve yazma becerilerini gösterir. Bu düzeyde bireylere sağlık riskleri hakkında gerçek bilgileri verirken, sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını, temel sağlık eğitim materyallerini okuyabilme yeteneğini vurgular.

İletişimsel SOY; gelişmiş okuryazarlık, sosyal beceriler ve bilişsel kazanımlara sahip anlamına gelmektedir. Bireyler sağlık aktivitelerine katılarak yararlanabilmekte ve değişen koşullarda sahip olduğu sağlık bilgilerini uygulayabilmektedir.

Eleştirel SOY; ileri düzeyde bilişsel kazanımlara ve sosyal becerilere sahip olmayı ve eleştirel düşünebilme becerilerini gerektirmektedir. Bu beceriler ile kişi sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilmekte, bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirebilmekte, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilmekte, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayıp yorumlayabilmektedir.

Nutbeam'ın sınıflandırmasında, farklı okuryazarlık düzeylerinde belirtilen özellikler arasındaki ayırım, gelişimsel mantık yaklaşımıyla üst basamakta daha fazla bağımsızlık ve kişisel yetkilendirmeyi ifade etmektedir. Düzeyler arasındaki ilerleme sadece eğitim yoluyla bilişsel gelişmeye bağlı değil, aynı zamanda farklı bilgilerle/mesajlarla karşılaşma pratiğine de dayalıdır.

Sağlık okuryazarlığına ilişkin bir diğer sınıflandırma, Zarcadoolas ve arkadaşlarının yaptığı daha geniş ve geliştirilmiş olan bir modeldir. Bu model temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört temel alandan oluşmaktadır:

Temel okuryazarlık; okuma, yazma, konuşma, sayma yeterliliğinin olmasıdır.

Bilimsel okuryazarlık; bilimsel süreçteki bazı durumların farkındalığını kapsayan teknoloji ve bilim ile ilgili beceriye sahip olmadır. Buna göre temel bilimsel kavramları bilme, karmaşık teknikleri kavrama becerisi ve teknolojiyi anlamasıdır.

Vatandaş okuryazarlığı; toplumsal konuların farkındalığı, eleştirel yaklaşım ve karar verme sürecine müdahil olma yeteneklerine dayalıdır.

Kültürel okuryazarlık; sağlık bilgisini yorumlamak ve uygulamak için kolektif inançlar, gelenekler, dünya görüşü ve toplumsal kimliğin farkına varma ve kullanma becerisini ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı olan bir kişi, sağlıkla ilgili kavramları ve edindikleri bilgilerini yeni karşılaştıkları durumlarda kullanabilmelidir. Sağlık, bilimsel bilgi ve kültürel inançları hakkında kamu ve özel yaşam alanlarında iletişim kurabilmeli, konuşmalara katılabilmelidir. Toplum içinde farklı din, ırk ve yaşam deneyimleri gibi kültürel yapıların olması bireylerin sağlık bilgisini ve davranışlarını etkilediğinden, kültüre duyarlı davranış ve öğrenmeler bu kapsamda

değerlendirilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için bir kültür oluşturma aracı olarak öngörülmektedir.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖLÇÜLMESİ

Sağlık okuryazarlığını ölçmenin en uygun yolu hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır. Bir bireyin sağlık okuryazarlığı seviyesini tespit etmek güçtür. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin tespitinde yüksek eğitilmiş kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğunu düşünmek yanlış bir hareket noktası olacaktır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin bireyin eğitim düzeyi ile doğrudan bir bağlantısı bulunmamaktadır. Düşük eğitim seviyesine sahip bireyler utanma, sessiz kalma, yardım talep etmekten çekinme gibi davranışlar sergileyerek sağlık okuryazarlık seviyelerinin ortaya çıkmasını istememektedirler.

Başlangıçta, soyut bir kavram gibi görünen sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Ancak ölçümün nasıl olması gerektiği ve ölçüm araçları ile ilgili farklı uygulamalar söz konusudur. Tıp Enstitüsü tarafından 2004 yılında yayımlanan "Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa son vermek için Yönerge (Health Literacy: Prescription to End Confusion)"de bu kavramla ilgili tüm ölçekler değerlendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan mevcut ölçekler dört ana başlıkta toplanmıştır:

1-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine): Sözcük dağarcığı alanını ölçen 66 maddelik sağlık ve tıbbi terimleri tanıma ve telaffuz testidir. Kavrama testi değildir.

2-Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA-The Test of Functional Health Literacy in Adults): Kavrama testidir. Ölçek iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireylere bilgi verilip bu bilgilere yönelik sorular sorulurken, ikinci bölümde, bireylerin tıbbi konularda verilen paragraflara uygun kelimeleri seçeneklerden seçmesi istenmektedir. TOFHLA ölçeğinin güçlü yönü, bireyin sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasının ölçülmesidir. Buna karşılık uygulama süresinin uzun olması ve okuma yeteneğine dayanması gibi kısıtlılıkları mevcuttur.

3-En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS-Newest Vital Sign Test): Altı sorudan oluşur ve bireyin bir besin etiketini okuma ve anlamasını ölçer. Hem hesap, hem okuma, hem de kavrama yönlerini ölçer. Matematiksel kavramları kullanabilen hastalara uygulanır.

4-Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi (HALS-Health Activities Literacy Scale): Kanada'da geliştirilmiş Ulusal Okuryazarlık Aktiviteleri Ölçeği'nden (NALS) esinlenerek sağlığa ilişkin okuryazarlığı ölçen bir araçtır. HALS sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve gerekli hizmetlere erişim şeklinde sağlıkla ilişkili beş alandan oluşmaktadır. Bu ölçek düz yazı, sayısal ve belge okuryazarlığını değerlendiren maddeleri içermektedir. Toplum düzeyinde sağlıkla ilgili okuma kapasitesini anlamak için potansiyel değerine rağmen, HALS'ın uzunluğu kullanımını zorlaştırmaktadır.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için, Sezer ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" Türkçe literatürde tek örnektir.

Sağlık okuryazarlığının çok boyutlu ve karmaşık yapısı göz önüne alındığında, sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan mevcut ölçme değerlendirme yöntemlerinin

yetersiz olduğu görülmektedir. Söz konusu testler çoğunlukla kelime tanıma ve telaffuz etme temeline dayandığından, bireylerin anlama düzeylerini ölçmede genellikle yetersiz kalmakta ve sağlık okuryazarlığının kültürel ve sosyal boyutlarının göz ardı edilmesine yol açabilmektedir.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Sağlık okuryazarlığının gelişmesi doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, alınan hizmetleri kullanabilme yeteneğini, kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artmasını destekler. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ile insanların yaşam kaliteleri, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmaları sağlanır ve sağlık hizmeti maliyeti azaltılabilir. Sağlık okuryazarlığı kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını güçlendirir. Sağlık okuryazarlığı, eğitim sistemi, sağlık sistemi ile kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşim içerisinde ve bu faktörler sağlık çıktı ve maliyetlerini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılması, sağlık hizmeti alanlar için karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan önemli bir öge olarak belirtilmektedir.

Yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireylerin sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde, kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetme ve sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik, sağlık bakım maliyetlerinde, tıbbi ve ilaç hatalarında ve mortalite oranlarında artma ve sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, bu bireylerin semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikme ve tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersizlik yaşadıkları, hastanede yatma yönünden daha büyük risk taşıdıkları ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, tedavilerini büyük ölçüde acil hizmetlerde sağladıkları belirtilmektedir. Fiziksel hastalık veya yetersizliğin algılanması olarak tanımlanan düşük sağlık durumunun, yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi ise yaşam kalitesini yükseltir, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilme düzeyini geliştirir, sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltır, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması hasta-doktor iletişimini de olumsuz etkiler. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar genellikle doktorlarıyla pasif iletişim tarzını benimsemekte, karar alma sürecine katılmamakta ve hekimleri ile etkileşimlerinin tedavileri için yararlı olmadığını belirtmektedirler.

Sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar pek çok ülkede yürütülmekte olup Avrupa Birliği politikaları içinde de yerini almıştır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan çalışmada genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, çalışmaya katılanların %12'sinin bu konuda yetersiz ve %35'ininde problemlü düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak sağlık bilgisinin yetersiz olması hastalanma riskinde artışa, tedavi yöntemlerini anlamada düşüş ve hastaneye yatma oranında artışa yol açmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin

koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı, kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu ve gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarında artışa neden olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşüklüğünün Kanada'da yılda 8 milyar dolar daha fazla sağlık harcamasına yol açtığı, bu miktarın Kanada'daki toplam sağlık harcamasının %4'üne karşılık geldiği bilinmektedir.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan bilimsel çalışmalar yeterli sayıda değildir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından 26 Aralık 2012 tarihinde "Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı" düzenlenmiştir. Tanrıöver ve arkadaşları tarafından 2009-2012 yılları arasında, 12 bölge 23 farklı ilde 4924 kişide, Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4'dür. Değerlendirme sonucunda, toplumun %24,5'nin yetersiz, %40,1'inin sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Yani, yaklaşık 35 milyon birey yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Bu çalışmada yaş, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak öne çıkmıştır. Ölmez ve arkadaşlarının devlet hastanesine başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığının düşük olmasına neden olan faktörler; yazılı sağlık bilgilerinin karmaşıklığı, eğitim düzeyi düşüklüğü ve yaşlı olan kişilerin okuma yeteneklerinin zayıf olması, doğrudan bilgi yerine davranış değişikliğini hedefleyen yönlendirmelerin yetersiz olmasıdır.

Bireylerin doğru sağlık kararları verebilmesi için yeterli bir sağlık okuryazarlığı (eleştirel) seviyesine ihtiyacı vardır. Bireylerin ve dolayısıyla toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için sağlık sektörü, eğitim sektörü, sivil toplum kuruluşları, akademik çevre, medya ve iletişim sektörü, iş dünyası gibi çok sektörlü bir yaklaşım gereklidir. Sağlık çalışanlarının, sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık düzeyi artırılmalıdır. Sağlık çalışanları ve bireyler arasındaki iletişim güçlendirilmelidir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının hasta ile daha iyi iletişim kurmak için hastayı dinlemesi, tüm süreçlerde hastayı anlayabileceği dilde bilgilendirmesi, hastaların çekinmeyecekleri bir ortam sağlanması, yazılı materyal ve mesajların hazırlanmasında hasta ile işbirliği yapılması, iletişimin hasta üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ile ilgili problemleri tespit etmeleri ve sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarla iletişim kurma yöntemlerini de bilmeleri gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri özellikle sosyal medya üzerinden tanıtım ve reklam yapan alternatif ve etkinliği tartışmalı yöntemlere karşı bireyleri uyarmalı ve güvenilir bilgi kaynaklarına (kamu kaynaklarına ya da mesleki derneklerin web sitelerine) yönlendirmelidir. Sağlıkla ilgili haberlerin kamu kurumları tarafından düzenlenmesi, kar amacı güden ve halkı yanlış yönlendiren kaynakların belirlenmesi ve kontrol edilmesi gerekir. İnternetin ve diğer iletişim teknolojilerinin sağlık sistemindeki rolünü dikkate alarak, sağlık bilgi sistemlerini geliştirenler ve sağlık hizmet sunucularının herkesin sağlık bilgisine eşit fırsatlarla ulaşma, anlama ve kullanmasını sağlamak üzere ortak yol haritaları çizmeleri gerekmektedir. Yaşam boyu öğrenme politikasının başarılı uygulandığı toplumlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bulunmaktadır. Ayrıca aralıklarla yapılan çalışmalarla toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülmek suretiyle bu yönde yapılan çalışmaların etkisi değerlendirilmelidir.

Aile hekimlerinin, bireylerin her türlü sağlık hizmeti alımı açısından, sıklıkla sağlık sistemine ilk giriş noktası olması izledikleri ailelerin sağlık bakım hizmetlerinin etkin kullanımı noktasında önemlidir. Uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim, sağlık bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmelerin bireylere sağlanması noktasında, aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı konusunda hem farkındalık, hem de yetkinlik sahibi olması son derece önemlidir. Aile hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirleyerek uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesinde katkı sağlamalıdır.

Sonuç olarak sağlığın geliştirilmesi için dinamik bir süreç olarak sağlık sisteminde kişilerin güçlendirilmesi, farklılaşan ve artan bilgi çokluğu içinde eleştirel bir biçimde anlamasını ve karar verebilmesini sağlamak için sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi gereklidir. Sağlık okuryazarlığı konusunda kapsamlı araştırmalar yapmak ve en uygun uygulama yöntemlerini bulmaya çalışmak, medyada dolaşıma giren sağlık enformasyonlarını kontrol etmek, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) 2008. The global literacy challenge, a profile of youth and adult literacy at the mid-point of the united nations literacy Decade 2003 –2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf>. Erişim Tarihi: 12.06.2016.
2. Mancusa M J. Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nursing and Health Sciences 2008;10:248-55.
3. Sezgin, D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 2013;3: 73-92.
4. WHO. Health Literacy. In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD, editors. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013.
5. Health Literacy, The Solid Facts. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. Erişim Tarihi:13.05.2016.
6. Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA 1999; 281(6):552-57.
7. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;25:12:80.
8. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF Prev Med Bull 2014;13(4):327-34.
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century. Health Promotion International, 2000;15(3):259-67.
10. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 67, 2008:72–2078.

11. Zarcadoolas, C, Pleasant A, Greer D.S. Understanding Health Literacy: An Expanded Model. Health Promotion International, 2005;20(2):195-200.
12. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl değerlendirilir? neden önemli? TJFM&PC, 2016;10(1):42-7.
13. Sezer A, Kadioğlu H, Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(3):165-73.
14. Ölmez EH, Barkan OB. Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 2015;4(8):121-27.
15. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States, The European Health Literacy Project, 2009-2012, Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012.
16. Tanrıs ÖM, Yıldırım HH, Demiray FN, Çakır B, Akalın E. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, 2014.
17. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turk J Public Health 2014;12(1):61-8.
18. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(2):67-77.

Konu 19

ERKEK SAĞLIĞI

M. Kürşat ŞAHİN, Füsun Artıran İĞDE

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların erkek sağlığı hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlık bakımında cinsiyet farklılıklarını tartışabilmeli,
- Birinci basamak sağlık bakım yönetiminde erkeğe spesifik tıbbi durumları yönetebilmeli,
- Hasta merkezli yaklaşımda erkek cinsiyete ait davranış paternlerine yönelik strateji geliştirebilmeli,
- Spesifik problem çözme becerileri kapsamında erkek cinsiyete ait sağlık davranış paternlerine yönelik strateji geliştirebilmeli,
- Erkeğe yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini uygulayabilmeli, sağlık danışmanlığı verebilmeli,
- Şu becerileri yapabilmeli: Penil ve testiküler muayene, dijital rektal muayene, inguinal herni muayenesi, foley kateter uygulaması, vazektomi danışmanlığı ve izlemi, alkol-madde kullanımı, CYBE korunma, egzersiz, sağlıklı beslenme gibi sağlığın geliştirilmesi konusunda danışmanlık, güvenli motorlu araç/bisiklet kullanımı konusunda danışmanlık, evlilik/aile danışmanlığı.

ÖZET

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi, 2013 yılında Türkiye geneli için toplamda 76,3 yıl, erkeklerde 73,7 yıl ve kadınlarda 79,4 yıldır (1). Erkeklerin doğdukları günden itibaren kadınlara göre yaklaşık beş yıl daha erken ölecekleri bellidir. Bu bölümde aile hekimliği açısından erkek sağlığından ve erkeklerde görülen hastalıkların aile hekimliği açısından yönetiminden bahsedilecektir.

GİRİŞ

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre doğuşta beklenen yaşam süresi, 2013 yılında Türkiye geneli için toplamda 76,3 yıl, erkeklerde 73,7 yıl ve kadınlarda 79,4 yıldır (1). Erkeklerin doğdukları günden itibaren kadınlara göre yaklaşık beş yıl daha erken ölecekleri bellidir. Erkekler kadınlardan farklı vücut özelliklerine sahip olsalar da genetik yapıları büyük oranda benzerdir. Y kromozomu erkek ile kadın arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Daha doğrusu Y kromozomu üzerindeki SRY geni bu farklılıklara neden olmaktadır. Bu gen sayesinde erkek üreme organları şekillenmekte ve hormon salgılanması etkilenmektedir. Erkek ve kadın arasındaki farklılıklar böylece başlamaktadır.

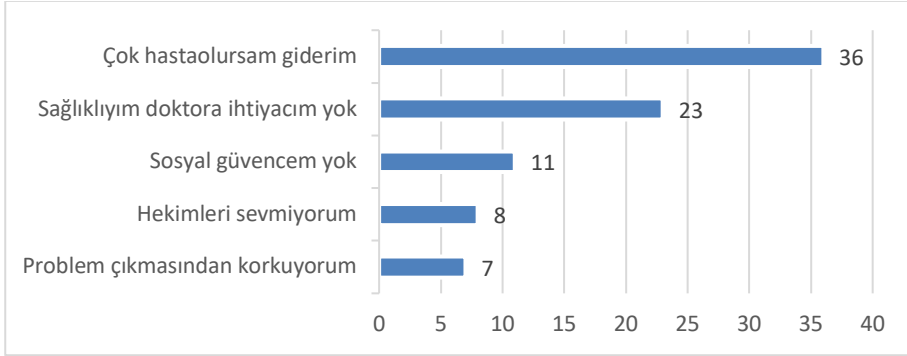
Önemli Noktalar

- Erkek sağlığını etkileyen bazı risk faktörleri vardır. Bu risk faktörlerinin rolünü anlamak, sağlığın geliştirilmesi için açık ve etkili bir strateji geliştirmenin anahtarıdır.
- Aile hekimliği erkek sağlığını geliştirmek ve erkeğe özgü sağlık sorunlarına çözümler bulmak için eşsiz bir yere sahiptir.

Genetik yapının dışında erkekler kadınlara göre sağlıklarıyla ilgili daha fazla risk alma eğilimindedirler. Aşırı alkol tüketimi, sigara kullanımı, kötü beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kazaların kadınlara göre yüksek oranlarda görülmesi bunun yansımalarıdır. Erkekler aile hekimlerine koruyucu sağlık hizmetleri için kadınlara göre daha düşük oranlarda başvurmaktadır. Yapılan bir araştırmada erkeklerin üçte birinin herhangi bir birinci basamak hekiminin olmadığı saptanmıştır. Hâlbuki bu oran kadınlarda beşte bir oranındadır (2).

Gelişmiş ülkelerin geneline bakıldığında, erkek sağlığına yönelik acil bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (3). Örneğin İngiltere'de erkeklerin tüm yaş gruplarında, kadınlara nazaran genç ölme olasılığı, kanser, kalp hastalığı, HIV virüsü ile deneyim yaşama olasılığı daha yüksek olup, buna rağmen kendi doktorlarını ziyaret sıklığı kadınlara göre çok daha azdır (4). Eski bir İngiliz üst düzey Sağlık Bakanlığı yetkilisi, erkeklerin sağlık konusundaki zayıf durumlarında geleneksel erkek yaşam tarzı ile ilişkili riskli davranışların önemli bir faktör olabileceğini kabul etmektedir (5).

Erkeklerin sağlık yardımı arama davranışı üzerindeki araştırma kanıtlarında önemli farklar bulunmaktadır. Erkeklerin sosyalleşmesiyle ortaya çıkan erkeksi ideolojiler, hastalıkla karşı karşıya kaldığında yardım arama davranışında erkek kararları üzerinde önemli bir etken olabilmektedir (6). Erkeklerin sağlık arama ile ilgili davranışları ile ilgili düşünceleri grafik 1'de yer almaktadır (7).



Grafik 1. Erkeklerin sağlık arama davranışı ile ilgili düşünceleri

Kötü yaşam tarzı ve önlenabilir risk faktörleri hala erkeklerin erken ölüm ve morbiditesinin önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Bu faktörlerle ilgili önlemlerin alınması ile erkek ölümlerin %50'sinden fazlasının önüne geçilebilir. Dünya genelinde risk faktörlerine göre ölüm oranlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir (8).

Tablo 1. Dünya genelinde risk faktörlerine göre mortalite oranlarının cinsiyete göre dağılımı

Risk Faktörleri	Cinsiyet					
	Hepsi		Erkekler		Kadınlar	
Nüfus (milyon)	6 437		3 244		3 193	
	(000)	%	(000)	%	(000)	%
Toplam Ölümler (tüm nedenler)	58 772	100	31 082	100	27 690	100
Çocukluk ve maternal yetersiz beslenme						
Düşük kilo	2 225	3,8	1 163	3,7	1 062	3,8
Demir eksikliği	273	0,5	55	0,2	217	0,8
Vitamin A yetersizliği	651	1,1	339	1,1	312	1,1
Çinko yetersizliği	433	0,7	226	0,7	208	0,7
Yetersiz emzirme	1 247	2,1	649	2,1	599	2,1
Diğer beslenme ile ilgili risk faktörleri ve fiziksel aktivite						
Yüksek kan basıncı	7 512	12,8	3 544	11,4	3 968	14,3
Yüksek kolesterol	2 625	4,5	1 371	4,4	1 255	4,5
Yüksek kan şekeri	3 387	5,8	1 675	5,4	1 712	6,2
Aşırı kilo ve obezite	2 825	4,8	1 319	4,2	1 506	5,4

Düşük meyve ve sebze tüketimi	1 674	2,8	898	2,9	777	2,8
Fiziksel hareketsizlik	3 129	5,5	1 567	5,0	1 651	6,0
Bağımlılık yapan maddeler						
Tütün kullanımı	5 110	8,7	3 578	11,5	1 532	5,5
Alkol kullanımı	2 252	3,8	1 942	6,2	310	1,1
Yasadışı madde kullanımı	245	0,4	192	0,6	53	0,2
Cinsel ve üreme sağlığı						
Korunmasız cinsel ilişki	2 335	4,0	1 033	3,3	1 321	4,8
Karşılanmamış kontrasepsiyon ihtiyacı	163	0,3	0	0	163	0,6
Çevresel riskler						
Güvensiz su, sanitasyon, hijyen	1 908	3,2	994	3,2	914	3,3
Kentsel dış ortam hava kirliliği	1 152	2,0	609	2,0	543	2,0
Katı yakıtların iç mekan dumanı	1 965	3,3	886	2,9	1 079	3,9
Kurşuna maruziyet	143	0,2	94	0,3	49	0,2
Küresel iklim değişikliği	141	0,2	73	0,2	68	0,2
Mesleki riskler						
Yaralanmalar için risk faktörleri	352	0,6	331	1,1	21	0,1
Karsinojenler	177	0,3	137	0,4	41	0,1
Havada asılı parçacıklar	457	0,8	352	1,1	105	0,4

Günümüzde dünyada her yıl yaklaşık 55 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Ölüm nedenleri ülkeler, coğrafyalar, kültürler ve ırklar arasında değişiklik gösterse de kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve kazalar ilk sıralarda yer almaktadır. Mortalite ve morbidite nedenlerini etkileyen faktörler arasında; çevresel ve genetik faktörler, yüksek kan basıncı, sigara kullanımı, alkol tüketimi, yüksek kan şekeri, yüksek kolesterol, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, aşırı kilo ve obezite, korunmasız cinsel ilişki, madde bağımlılığı yer almaktadır. Bu risk faktörlerinin rolünü anlamak, küresel sağlığın geliştirilmesi için açık ve etkili bir strateji geliştirmenin anahtarıdır (8). Sağlık profesyonellerinin aktif katılımıyla hazırlanmış kanıta dayalı öneriler içeren koruyucu sağlık önlemleriyle bu risk faktörleri erken dönemde engellenebilir. Erkek sağlığı açısından da önem verilmesi gereken temel konular bu başlıklardır.

Aile hekimliği, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı sunan aile

hekimleri bu istemi karşılamak için çok uygundur. Aile hekimi her bir hastasını yılda 3-4 kez görür. Türkiye’de aile hekimlerine kişi başı yıllık başvuru sayısının 5-7 arasında olduğu bildirilmektedir. Bundan dolayı aile hekimleri sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken tanısında önemli fırsatlar elde ederler. Aile hekimleri ikincil korumada hastalığı tespit etmekten, soruna yaklaşıma kadar tüm sürecin sorumluluğunu alabilir. Bu nedenle erkek sağlığı için birinci basamak kilit bir role sahiptir (9-11).

“Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” verilerine göre erkeklerin;

- %55’inin boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite düzeyi düşüktür.
- %43’ü sigara kullanmaktadır.
- %21’i yüksek kan basıncına sahiptir.
- %18’i obezdir (20 yaş üzeri).
- %13’ü bir günde beş ve üzeri porsiyon meyve-sebze tüketmektedir.
- %11’i yüksek LDL kolesterole sahiptir.
- %8’i bir günde beş ve üzeri standart alkol tüketmektedir.
- %7’si yüksek kan şekereğine sahiptir (12).

Erkek hasta başvurduğunda bu risk faktörleri çerçevesinde sağlığın kapsamlı olarak değerlendirilmesi uygun olacaktır. Hastanın detaylı öyküsü risk faktörlerini değerlendirme açısından son derece önemlidir. Risk faktörleri dışında hastanın merkeze alındığı bir bakışla diğer hastalıklara da biyopsikososyal yaklaşımla çözümler bulmak mümkün olacaktır. Kişiyi ait riskler belirlenerek tarama yaklaşımları ve danışmanlık planlanabilir (13).

ERKEK SAĞLIĞINDA KORUYUCU BAKIM

Tablo 2’de ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) öneri kategorileri görülmektedir (14).

Tablo 2. USPSTF öneri kategorileri

Düzye	Tanımlama	Uygulama için öneri
A	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın önemli olduğuna dair yüksek kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
B	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair yüksek kesinlik var. Ya da net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
C	USPSTF bu hizmetin profesyonelin kanaatine ve hastanın tercihlerine bağlı olarak hastanın bireysel özelliklerine göre seçici olarak sunulmasını ya da sağlanmasını öneriyor. Net yararın küçük olduğuna dair en azından orta derece kesinlik vardır.	Bireysel koşullara bağlı olarak seçilmiş hastalara bu hizmeti sunun ya da sağlayın.

D	USPSTF hizmetin sunulmasına karşı. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
I	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar-zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar-zarar dengesi belirlenmiyor.	USPSTF öneri açıklamasının klinik özellikler bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

Tablo 2 de sıralanan kanıtlar düzeyinde USPSTF erkeklere sağlıkla ilgili A ve B kanıt düzeyi önerileri tablo 3’de sıralanmıştır (15). erkeklere sağlıkla ilgili A ve B kanıt düzeyi önerileri tablo 3’de sıralanmıştır (15).

Tablo 3. USPSTF erkekler için A ve B kanıt düzeyi önerileri

1.	Abdominal aort anevrizması (AAA) taraması: Kanıt düzeyi B (Haziran 2014) Sigara içmiş olan 65-75 arası erkeklerin AAA açısından USG ile bir kez taranması önerilmektedir.
2.	Alkol kötüye kullanımı taraması ve danışmanlığı: Kanıt düzeyi B (Mayıs 2013) 18 yaş ve üstü bireylere alkol kötüye kullanımını taramayı önerir. Riskli ya da tehlikeli alkol kullanımı olan kişilere alkol kullanımını azaltmak için kısa davranışsal danışmanlık müdahalesinde bulunulmalıdır.
3.	Kan basıncı taraması: Kanıt düzeyi A (Ekim 2015) 18 yaş ve üzeri kişilerde yüksek kan basıncı için tarama önerilmektedir. Tedaviye başlamadan önce klinik dışında da kan basıncı yüksekliğinin doğrulanmasını önerilmektedir.
4.	Lipid bozuklukları taraması: Kanıt düzeyi A, B (Haziran 2008) ≥35 yaşındaki erkeklerin lipid bozuklukları açısından taranması şiddetle önerilmektedir. (A) 20-35 yaşları arasındaki erkeklerin koroner arter hastalığı riskine sahip iseler taranmalarını önerilmektedir. (B)
5.	Kolorektal kanser taraması: Kanıt düzeyi A (Ekim 2008) 50-75 yaşları arasında, gaitada gizli kan, sigmoidoskopi veya kolonoskopi ile kolorektal kanser taraması yapılmalıdır. Riskler ya da faydalar bu tarama yöntemlerinin göre değişmektedir.
6.	Depresyon taraması: Kanıt düzeyi B (Ocak-Şubat 2016) Doğru tanı konulup, etkili tedavisinin ve izleminin yapılabileceği durumlarda erişkinlerde depresyon taraması yapılması önerilmektedir (Ocak 2016). Doğru tanı konulup, etkili tedavisinin ve izleminin yapılabileceği durumlarda 12-18 yaş arası ergenlerde majör depresif bozukluğun taranması önerilmektedir (Şubat 2016). Birinci basamak hekimine, ruh sağlığı konusunda tanı ve tedavide yardımcı olabilecek sağlık profesyoneli bulunmadığı durumlarda rutin tarama önerilmemektedir. (C)
7.	Diyabet taraması: Kanıt düzeyi B (Ekim 2015) Kardiyovasküler risk değerlendirmesinin bir parçası olarak 40-70 yaş arasındaki aşırı kilolu veya obez kişilerin anormal kan şekeri açısından taranması önerilmektedir. Klinisyenler anormal kan şekere sahip kişilere sağlıklı bir diyet ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için yoğun davranışsal müdahaleleri sunmalı veya bunun için yönlendirmelidir.
8.	Kardiyovasküler risk faktörlerine sahip erişkinlerde kardiyovasküler hastalıkları önlemek için sağlıklı diyet ve fiziksel aktivite danışmanlığı: Kanıt düzeyi B (Ağustos 2014)

	Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için aşırı kilolu ya da obez ve ek kardiyovasküler risk faktörlerine sahip erişkinlere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite hakkında yoğun davranışsal danışmanlık müdahaleleri sunulmalı veya bunun için yönlendirilmelidir.
9.	Obezite taraması ve danışmanlık: Kanıt düzeyi B (Haziran 2012) Tüm hastalar obezite açısından taranmalıdır. Vücut kitle indeksi 30 ve üstü olan kişilere yoğun, çok bileşenli davranışsal danışmanlık sunulmalı veya bunun için yönlendirilmelidir.
10.	Tütün kullanımı danışmanlığı ve müdahaleleri: Kanıt düzeyi A (Eylül 2015) Tütün kullanımı tüm polikliniğe başvuranlara sorulmalıdır. Tütün kullanımını sonlandırması için tavsiyede bulunulmalıdır. Tütün kullanan kişilere davranışsal danışmanlık sağlanmalı ve tütün bırakırma için onaylı ilaçlar önerilmelidir.
11.	Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için aspirin: Kanıt düzeyi A (Mart 2009) Kardiyovasküler hastalıklardan korunmak için 45 ile 79 yaş arası kişilere miyokard enfarktüsünün azalmasının potansiyel yararı, gastrointestinal kanama artışının potansiyel zararına göre ağır bastığı için aspirin kullanımını önerilmektedir.
12.	Hepatit B taraması: Kanıt düzeyi B (Mayıs 2014) Enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde Hepatit B virüs enfeksiyonu için taramanın yapılması önerilmektedir.
13.	Hepatit C taraması: Kanıt düzeyi B (Haziran 2013) Enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde Hepatit C virüs enfeksiyonu için taramanın yapılması önerilmektedir.
14.	HIV taraması: Kanıt düzeyi A (Nisan 2013) HIV enfeksiyonu için 15-65 yaş arasındaki ergen ve yetişkinlerin taranması önerilmektedir. Artmış riski bulunan <15, >65 yaş kişiler de taranmalıdır.
15.	Akciğer kanseri taraması: Kanıt düzeyi B (Aralık 2013) 55-80 yaş arasındaki erişkinlerin, 30 paket yıl sigara içme öyküsü olan ve halen sigara içen veya sigarayı bırakması üzerinden 15 yıl geçmemiş olan kişilerin yıllık olarak düşük doz tomografi ile taranmasını önerilir.
16.	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar danışmanlığı: Kanıt düzeyi B (Eylül 2014) Cinsel olarak aktif tüm ergenler ve risk faktörleri olan tüm erişkinlere yüksek yoğunlukta davranışsal danışmanlık verilmelidir. Artmış risk; şu anda veya son bir yıl içinde cinsel yolla bulaşan hastalığı olanlar, birden çok cinsel eş olanlar.
17.	Cilt kanseri davranışsal danışmanlık: Kanıt düzeyi B (Mayıs 2012) Cilt kanseri riskini azaltmak için ultraviyole radyasyona maruz kalmayı minimize etmek hakkında açık tenli çocuk, ergen ve 10-24 yaş arası genç erişkinlere danışmanlık verilmelidir.
18.	Sifiliz taraması: Kanıt düzeyi A (Temmuz 2004) Sifiliz enfeksiyonu için artmış riske sahip bireylerin taranması kuvvetle önerilmektedir.
19.	Yaşlılarda düşmeyi önlemek için egzersiz ve fizik tedavi: Kanıt düzeyi B (Mayıs 2012) Artmış düşme riskine sahip toplum içinde yaşayan 65 yaş ve üstü kişilere düşme riskini azaltmak için egzersiz ve fizik tedavi önerilmektedir.
20.	Yaşlılarda düşmeyi önlemek için D vitamini desteği: Kanıt düzeyi B (Mayıs 2012) Artmış düşme riskine sahip toplum içinde yaşayan 65 yaş ve üstü kişilere düşme riskini azaltmak için D vitamini desteği önerilmektedir.

Yukarıdaki öneriler erkeklerin bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bunun dışında erkeğe özgü olan testis ve prostat kanserinin rutin taranması önerilmemektedir. Ama şikâyetleri olan kişinin detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir. Erkeğe özgü olan bazı hastalıklarla ilgili bilgiler bu kısımdan sonra yer alacaktır.

Sonuç olarak; erkekler kadınlarla karşılaştırdıklarında belirgin düzeyde düşük sağlık güvencesine sahip oldukları, kadınlara göre 1:2 oranında daha az koruyucu sağlık bakım hizmeti aldıkları, kadınlara göre madencilik, yangın söndürme, inşaat ve balıkçılık gibi çok daha tehlikeli meslekleri yaptıkları, toplumun erkekleri ve erkek çocukları sağlıklı

davranışlar yönünde teşvik etmediği, erkeklere özgü hastalıkların araştırılması için ayrılan fonların yetersizliği, erkeklerin, gençlik döneminde risk alma da dâhil olmak üzere daha az sağlıklı yaşam tarzlarının olması gibi birçok nedenden dolayı sağlık sistemi içinde farkında olunmaksızın ihmal edilmiş bir grup olarak değerlendirilmelidir. Sağlık çıktılarını iyileştirmek için uygulanan yetişkin sağlam erkek muayenesinde, tarama testlerini de içerecek şekilde optimal sağlık ve iyilik halinin sağlanması ve devamı için atılan adımların kanıtı dayalı olması gerekmektedir.

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ

Benign prostat hiperplazisi (BPH), yaşlanmayla çok yakından ilgili bir hastalıktır. Hayati tehdit etmemesine rağmen, alt üriner sistem semptomları hastanın yaşam kalitesini düşürür. Altmış beş yaş ve üstü erkelerin %30'u kadarında yaşam kalitesini bozan alt üriner sistem semptomları meydana gelebilir. Hafif alt üriner sistem semptomları 50 yaş ve üzeri erkeklerde çok yaygındır. Hafif semptomlar çok büyük sıkıntıya yol açmazken, orta ve ağır şiddetteki semptomlar son derece fazla rahatsızlığa yol açar ve günlük yaşam etkinliklerini gitgide daha çok zorlaştırır. Aynı semptomlar farklı sıkıntılara ve günlük yaşamda farklı güçlükler neden olabilir. Şikayetlerle, prostat büyüklüğü ve idrar akım hızı arasındaki korelasyon zayıftır. BPH, üriner sistem semptomları veya mesane çıkışında tıkanmaya neden oluyorsa klinik olarak önem arz eder (Tablo 4) (16).

Hastanın öyküsü, BPH ile uyumlu belirtileri ortaya koymak ve BPH'yi taklit eden diğer hastalıkları dışlamak için son derece önemlidir. Kişiye prostat sorunları veya başka ürolojik hastalık öyküsü olup olmadığı sorulmalıdır. Üretra, mesane travması ve cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü sorgulanmalıdır. Erektile disfonksiyon öyküsü hem tanı hem de tedavi için önemlidir. Hastayı değerlendirirken semptom skoru, PSA ölçümü, kreatinin, idrar tetkiki, rektal muayene, miksiyon günlükleri faydalı olacaktır. İleri değerlendirme için hasta sevk edilmelidir.

Genellikle üriner semptomlar için Uluslararası Prostat Semptom Skorunun (I-PSS) kullanımı önerilir (Tablo 5). Bu skor, semptomların şiddetini değerlendirir. Skor üç kategori olarak tanımlanmış ve eğer skor 0-7 arası ise gözleyerek bekleme, 8-19 arası ise ilaçla tedavi, 20 ve üzerinde ise prostatektomi yapılmasını önermektedir. Ameliyat öncesi I-PSS'si ≥ 17 ise o erkeğin şikayetlerinde önemli azalma olma şansı yüksektir (17).

Tablo 4. Alt üriner sistem belirtilerinde ayırıcı tanı

BPH	Prostat kanseri	Prostatit	Mesane tümörü veya taş	Nörojenik mesane	Üretrit	Üretra darlığı
İritatif: sık idrara çıkma, akıntı, noktür, Sıkıya tip inkontinans	Genellikle beliri yok	Enfeksiyöz: ateş, titrene	Gözle görülür, hematurî	İdrar kaçırma, damlanma, dolü mesane hissinin kaybolması, sık idrar/akıntı, az bütümlü miksiyon	İritatif: dışarı, sık idrara çıkma, sıkama	Üretra travması veya enstrümantasyon öyküsü, sık ürineri geçirme öyküsü
Obstrüktif: akında azalma, idrara çıkamada duraklama, miksiyon güçlüğü, kesik miksiyon, idrar sonucunda damlanma, miksiyonun uzun sürmesi, tam boşaltılmama	Obstrüktif miksiyonda zorlanma Diğer: erektil disfonksiyon, sırt ve kas/çay ağrısı	Diğer: dışarı, pelvis veya perine ağrısı	İritatif: sık idrara çıkma, sıkama dışarı (tümör veya taş ile birlikte İYE) Diğer: yan ağrısı (taş)	Diğer: pansesizi, hissizlik, güç kaybı gibi nörolojik semptomlar	Diğer: penisten akıntı, korunmasız ensele ilişki öyküsü	Obstrüktif: zayıf idrar akımı, miksiyon güçlüğü İritatif: sık idrara çıkma, sıkama, dışarı, idrar kaçırma
İYE öyküsü olabilir (serade kalan idrar yüzünden)	Prostata sertleşme, nöbdi veya asimetri	İYE öyküsü	İYE öyküsü	Azaltıcı afanter tonusu	İdrar tekkinde lökosit	Görüntüleme çalışmalarında darlık gözlenmesi
Mikroskopik hematurî	PSA yüksekliği	Hissas ve yumuşak prostat	Gözle görülür veya mikroskopik hematurî	Yürüyüş bozukluğu	Genere veya klamidyaya kültür pozitifliği	İdrar veya semende kan
Prostata büyüme, üstük kavamı		İdrar tekkinde lökosit	İdrar sitolojisinde anormallik (mesane kanseri)	Alt ekstremitelerde nöromusküler anormallik		İşeme sonrası kalın rezidü artışı
İşeme sonrası alan rezidü artışı			Görüntüleme taş gözlenmesi			

PSA: prostat spesifik antijen, İYE: idrar yolu enfeksiyonu

Tablo 5. Uluslararası Prostat Semptom Skoru

Son bir ay içerisinde		Hiçbir zaman	5 defada 1	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan çok	Hemen her zaman
1.	İdrar yaptıktan sonra idrar torbanızın tam boşalmadığı hissine kapıldınız mı?	0	1	2	3	4	5
2.	İdrar yaptıktan sonraki iki saat içinde tekrar idrar hissi duyduunuz mu?	0	1	2	3	4	5
3.	İdrar yaparken kesilip tekrar başlama oldu mu?	0	1	2	3	4	5
4.	İdrarınızı tutmakta zorlandığınız oldu mu?	0	1	2	3	4	5
5.	İdrar akımında zayıflama hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5
6.	İdrara başlarken ıstırma ya da zorlanma oldu mu?	0	1	2	3	4	5
7.	Gece kaç defa idrar hissi ile uyanıp tuvalete gitmeniz gerekiyor?	0	1	2	3	4	5
Toplam skor							

Olası BPH'lı bir erkek değerlendirilirken üretra darlığı, mesane boynu kontraktürü, mesane taşı veya prostat kanseri gibi alt üriner sistemin diğer obstrüktif hastalıkları üzerinde de durulmalıdır. Önceden üretral enstrümasyon, üretrit veya travma öyküsü varsa üretra darlığı veya mesane boynu kontraktürü dışlanmalıdır. Hematüri ve ağrı sıklıkla mesane taşları ile ilişkilidir. Rektal muayenede anormallik veya yükselmiş PSA ile prostat kanseri saptanabilir. BPH'nın irritatif semptomlarını taklit edebilen bir üriner sistem enfeksiyonu idrar tahlili ve kültürüyle kolayca ayırt edilebilir. Üriner sistem enfeksiyonu ayrıca BPH'nın bir komplikasyonu da olabilir. İrritatif yakınmalar ayrıca karsinoma in situ olmak üzere mesane karsinomuyla ilişkili olmasına rağmen idrar tahlili genellikle hematürinin kanıtını gösterir. Ayrıca nörojenik mesane hastalığı olanlar BPH'nın belirti ve bulgularının çoğuna sahip olmalarına rağmen nörolojik hastalık, inme, diyabet ve sırt travması öyküsü de mevcut olabilir. Ek olarak muayenede azalmış perineal veya bulbokavernöz reflekste değişiklikleri gösterebilir. Bağırsak fonksiyonlarındaki değişiklikler de (konstipasyon) nörolojik kaynaklı durumlar için uyarıcı olmalıdır.

Hastalar değerlendirildikten sonra, BPH için çeşitli tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmelidir. Hayat tarzı değişiklikleri önerilerinde bulunulmalıdır. Tedavi seçeneklerinin göreceli etkinliği ve yan etkilerine göre karar verebilmeleri için hastalar bu sürece katılmalı ve hekimle ortaklaşa karar vermelidir. Hastaların aklındaki en büyük soru işareti olan prostat kanseri ile ilgili kaygılar bilgilendirme yapılarak giderilmelidir. Özel tedavi önerileri belli hasta gruplarında önerilebilir. Semptom skoru hafif olanlara sadece dikkatli gözlem tavsiye edilebilir. Medikal tedavide alfa blokerler, 5 alfa redüktaz inhibitörleri, kombinasyon tedavileri tercih edilebilir. Refrakter üriner retansiyon, BPH nedenli tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, tekrarlayan makroskopik

hematüri, mesane taşları, böbrek yetmezliği veya büyük mesane divertikülü durumunda cerrahi müdahale gerekir.

PROSTAT KANSERİ

Prostat kanseri (PK), prostat bezindeki hücre çoğalması ve nihayetinde hücre harabiyeti arasındaki dengenin bozulması ve prostat bezinin hacim olarak büyümesidir. PK, erkek üreme sisteminin önemli bir parçası olan prostatta tümöral özellik kazanan hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalmasıyla görülen malign değişikliklerdir ve ileri yaş erkeklerde görülen en sık organ kanserlerinden birisidir. PK, günümüzde sıklığı giderek artan, tanı ve tedavisindeki yeni gelişmelerle birlikte lokalize olarak yakalandığında kür sağlanabilen bir hastalıktır. PK insidansında prostat spesifik antijeninin (PSA) kullanılmaya başlanmasıyla ciddi bir artış oluşmuştur. PSA testinin yaygın kullanımıyla lokal hastalık insidansında artma görülürken, metastatik hastalık insidansı azalmıştır. PK en sık görülen altıncı kanser türü olup akciğer kanserinden sonra kansere bağlı ölüm vakaları sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır (18).

Hastalığın ilerlemesinde genetik, endokrin, çevresel ve beslenme ile ilgili etkiler rol oynayabilmektedir. Küçük hacimli kanserlerin metastatik formlara doğru düzensiz bir biçimde ilerlemesi söz konusu olabilir. PK genellikle yavaş bir ilerleyişe sahip bir kanser türü olmakla birlikte, tümör lokal olarak büyüme ve daha sonra prostat kapsülünü aşarak çevre dokulara yayılmaktadır. Lenfatik metastaz geliştikten sonra kemiklere, özellikle de kafatası, femur ve pelvise yayılım gösterir. Kan yolu ile yayılımda ise akciğer ve karaciğere metastaz yapar. Kanser üretraya, periprostatik dokulara, mesaneye ve seminal veziküllere yayılma eğilimindedir. Seminal veziküllere yayılım kötü bir prognozu gösterir ve hastaların %50'sinde uzak metastazlar gelişir.

PK, Asya ve Kuzey Afrika ülkelerinde, Avrupa ve ABD'ye göre insidans ve mortalite oranları bakımından düşüktür. ABD'de insidans oranı Çin'e göre 80 kat, mortalite oranı 16 kat daha fazladır. ABD'de Afrika kökenli Amerikalı erkekler, PK açısından genetik bir yatkınlık nedeniyle en yüksek insidansa sahiptir. PK ülkemizde erkeklerde kanser tanısı ve kanserle ilgili ölümlerde ikinci en sık nedendir ve görülme sıklığı 100.000'de 24,3'tür. Türkiye ile ilgili Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin 2002 yılında hazırlanmış olduğu verilerine göre, PK erkekler arasında en çok ortaya çıkan kanser türü olarak % 5,5 ile altıncı sırada bulunmaktadır (19,20,21).

PK'nın başlamasında ve ilerlemesinde etkili olan özel sebepler kesin olarak bilinmemesine rağmen genetik faktörlerin ve çevresel etmenlerin kanserin gelişiminde önemli ölçüde rol oynadığı düşünülmektedir.

Yaş: Yaş en önemli risk faktörüdür. PK riski 85 yaşında %0,5-20 arasında değişmektedir. PK genellikle 40 yaş ve üzeri erkeklerde ortaya çıkan bir hastalık olup, yeni tanı vakaların % 75'inden fazlası 65 yaş ve üzerinde yer almaktadır. 50 yaş ve altı erkeklerde PK tanı oranı %1'in altındadır.

Diyet: PK risk faktörleri arasında diyet ve içeriği giderek önem kazanmaktadır. Hayvansal yağlardan zengin bir diyet kullanılması nedeniyle erkeklerde kan kolesterol artmasına bağlı PK gelişimine sebep olduğu düşünülmektedir. PK'nin yağ içeriği yüksek gıdaların çok fazla tüketildiği toplumlarda daha sık, soya ve benzeri ürünleri sık

kullanan toplumlarda ise daha az ortaya çıktığı gözlenmiştir. Ayrıca selenyum, E vitamini, özellikle domateste bulunan antioksidan bir madde olan likopen ve yeşil çay tüketilen toplumlarda PK'ye yakalanma riskinin azaldığı öne sürülmüştür.

Genetik: PK'lerin %10'u ailesel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Genetik geçişin önemli olduğu kabul edilmekle birlikte ailelerindeki diğer erkek bireylerinde PK olan erkeklerde PK riskinin arttığı, ayrıca PK'nin görülme olgusunun daha düşük yaşlara inmesi sonucu ailenin diğer erkek üyelerinde PK'ye yakalanma olasılığının da arttığı gözlemlenmiştir. Aile üyelerinden birinci derece yakını bireylerin birinde PK görülme olgusunda risk iki kat, aile bireylerinde iki kişiden fazla kişide PK olgusu olan kişilerde ise PK görülme ihtimali 9 kat daha fazla görülmektedir.

Endokrinolojik: PK gelişiminde rol oynayan hormonlar testosteron, östrojenler, insülin, leptin, insülin benzeri büyüme faktörü olarak sayılabilir. PK'nin ortaya çıkış sebebi tam olarak bilinmemekle beraber, cinsiyet hormonlarının bunda etkili olduğu belirtilmektedir. Günümüzde elde edilen bilgiler doğrultusunda testosteron hormonunun prostat bezindeki hücrelerde aşırı uyarılması sonucunda kansere yol açabileceği söylenmekte, fakat tek etkenin bu hormon olmadığı düşünülmektedir.

Irksal faktörler: PK insidansı en yüksek Amerikalı siyah ırkta görülür. Bu insanlarda yaşam boyu PK gelişme oranı %9,8 civarındadır. Amerikalı beyaz erkeklerde bu oran hafifçe düşük olup %8'dir. Çin ve Japonya'da PK insidansı dünya geneline göre en düşük orandadır. Etnik farklılığa göre ortaya çıkan prostat kanser insidansındaki farkın nedeni açıklanamamıştır. Ancak beslenme, endokrinolojik ve genetik faktörler etkisinden kaynaklanan farkı açıklayabilir.

Diğer faktörler: PK'nin gelişmesinde bakteriyel ve viral ajanların etiyolojik rolü olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca kimyasal maddelerden kadmiyumlu maddelerle çalışılırken kadmiyum buharının solunması sonucunda PK'ne sebep olduğu bildirilmiştir.

PK, biyolojik karakteristiği sebebiyle yavaş hızda ilerleyen bir hastalık olduğundan çoğu zaman geç klinik belirti verebilmektedir. İlerleyen dönemlerde hastalık belirtileri gözlenmeye başlanmaktadır. PK'de her bir klinik evrenin belirtisi farklı olmaktadır. Prostat kanserlerinin çoğu PSA düzeyinin yükselmesi ve rektal muayenede saptanan bir nodül sayesinde keşfedilmektedir. Bazı olgularda ise, prostat büyümesi nedeniyle çıkartılan dokunun patolojik incelemesinde, kanser rastlantısal olarak fark edilmektedir. Lokal olarak PK nadiren semptom verir. Daha yaygın olarak hastalık, mesane obstrüksiyonu, akut idrar retansiyonu, hematüri veya inkontinans belirtileriyle kendini gösterebilmektedir. Lokalize hastalığı olan erkeklerde hastalık asemptomatik olabilir veya BPH benzeri alt üriner sistem semptomlarıyla seyredebilir. Bölgesel hastalığı olanlarda hematüri sık görülür. Kemik metastazlı hastalar da sıklıkla asemptomatiktir. Metastatik hastalık varlığında ise kemik ağrısı, alt ekstremitede ödem, patolojik kırık, anemi, kilo kaybı ve nadiren spinal kord basısı bulguları izlenebilir. Hastaların çoğunluğunda zor idrar yapma şikâyeti bulunmaktadır. İleri evre prostat kanserlerinin belirtileri büyüyen prostat bezinin üretrada yaptığı darlıktan kaynaklanmaktadır. PK'nin sık görülen belirtileri:

- Sık idrara çıkma (özellikle gece)

- İdrar yapmaya başlamada gecikme ve idrar yapmanın bitiminde idrarın damla damla akmaya devam etmesi
- Hiç idrar yapamama
- Zayıf, ince veya kesik kesik idrar yapma
- İdrar yaparken yanma veya ağrı
- Üriner veya fekal inkontinans
- Cinsel ilişkide ağırlı ejakülasyon
- Erektile disfonksiyon
- Seminal vezikül invazyonuna bağılı hematosperm
- Tümörün üretraya ya da mesane boynuna ilerlemesi nedeniyle irritatif ve obstrüktif semptomların görülmesi ve hematüri
- Lenf metastazı sonucunda gelişen lenfatik ve venöz obstrüksiyon ile alt ekstremitelerde ödem
- Alt ekstremitelerde lenfadenopatilere bağılı lenfödem veya derin ven trombozu
- Glob vezikale (üriner retansiyon)
- Spinal kord basısı ve buna bağılı alt ekstremitelerde parestezi veya güçsüzlük
- Kemik metastazları sonucunda kemik ağrıları, patolojik kırıklar
- Metastatik hastalıkta iştahsızlık ve kilo kaybı,
- Spinal basının seviyesine göre zayıflık ya da spastisite, supraklavikular lenfadenopati tespit edilebilir (22,23).

PK'de ilk belirti, bazen tümörün uzak organlara yayılması ile ilgili olarak, bel, bacak ve karın alt bölgesinin alt kısımlarında halsizlik, kilo kaybı ve ağrı olabilmektedir. Bazen de hastalarda, PK dokusunun her iki böbrekten çıkan üreterleri tıkanması sonucu böbrek yetmezliği ve buna bağılı belirtiler olabilir.

PK erken dönemlerde tanı alırsa ve uygun tedavi şekli seçilirse hastalığın iyileşme şansı yüksektir. Kanserli hücreye henüz kapsül dışına yayılmadan müdahale edilirse yok edilmesi mümkündür. PK tanısı için günümüzde, rektal muayene (PRM), PSA, Transrektal Ultrasonografi (TRUS) en çok kullanılan yöntemlerdir. PK'yi saptamak için, PRM ve serum PSA ölçümü ilk sırada yapılacak incelemelerden en yararlı olanlardır. PK sıklıkla rutin fizik muayene sırasında yapılan rektal muayenede tespit edilmektedir. Tek başına PSA kullanılarak yapılan tarama çalışmalarında taranan kişilerin %5' inde PK tanısı konabilirken, tek başına PRM ile bu oran %2 seviyesinde kalmaktadır.

PRM, PK tanı yöntemlerinden bilinen en eski yöntemdir. PRM'de prostatın düzensiz ve sert olarak ele gelmesi PK'yi düşündürür. PK olma ihtimalinden dolayı, PRM sonucu patoloji belirlenen erkeklerden serum PSA düzeyinin önemi olmaksızın biyopsi alınması gerekir. PRM'nin kişiye özgü bir değerlendirme olması nedeniyle tek başına

tanı yöntemi olarak kullanılamaz. Ancak TRUS ve PSA ile birlikte kullanıldığı durumlarda güvenilirlik artar. PRM'de prostatın sert olması en önemli bulgudur. Tuşe bulguları; sert ve ayrı bir nodul, glandın tümüyle sert olması, glandın asimetrik olması, prostat sınırının belirsiz olması, vesikula seminalislerin sert, büyük ve fikse olması şeklindedir.

PSA, tümör için en önemli belirteçtir, ancak spesifite ve sensitivite açısından zayıftır. PSA prostat hücrelerinin sitoplazmalarında salgılanan bir glikoproteindir. PSA'nın fizyolojik olarak görevi seminal plazmanın sıvılaştırılmasını sağlamaktır. PSA seruma göre prostat sıvısında bir milyon kat daha fazla yoğunlukta bulunmaktadır. Kansere spesifik değil, organa spesifiktir. Normal değeri genç yetişkinlerde 0-4 ng/ml arasındadır. PSA düzeylerinin takibi ve PSA değerindeki değişimler klinisyene ne zaman biyopsi yapılması gerektiği ve daha da önemlisi tedavinin kişiselleştirilmesi açısından yardımcı olabilecektir. PK olmadan da yaşa bağlı olarak PSA yükselmektedir. Bunun nedeni bezin doğal olarak büyümesidir. PSA, PK için çok yüksek pozitif prediktif değere sahip olmasına rağmen, PSA testi benign ve malign tümörleri ayırtmadığı için PK taramalarında PRM yapılmadan PSA testi tek başına kullanılmamaktadır. Hastalığın kesin tanısı için diğer yöntemlerle birlikte kullanılır.

Yaşla birlikte prostat dokusunun artması ile beraber volüm artışı meydana geldiği için PSA'nın standart referans aralığı yanlış sonuçlara sebep olabilmektedir. PK'de, kandaki PSA düzeyi çoğunlukla yükselir. Fakat bu değer, malign olmayan prostat adenomlarında ve prostat veya mesane enfeksiyonlarında da yüksektir. Tümör belirleyicileri arasında benzersiz bir yapıya sahip olan PSA, kapsül dışına penetrasyon olup olmadığına bakılmaksızın, her bir gram intrakapsüler kanser için genelde ortalama 3,5 ng/ml yükselir. BPH' de ise PSA yükselmesi transizyonel zonun boyutu ile orantılıdır. Bir gram BPH'nin PSA'yı yaklaşık olarak 0,3 ng/ml yükselttiği düşünülmektedir. PSA'yı yükselten nedenler şu şekilde özetlenebilir:

1. Ejakülasyon: Erkeklerde 50-80 yaşları arasında ejakülasyon durumundan sonraki bir saat içerisinde PSA yaklaşık olarak %40 artmaktadır. PSA testi yapılmadan en az iki saat önce seksüel aktiviteden kaçınılmalıdır.
2. Benign prostat hiperplazisi
3. Prostatit
4. Kanser (PSA normal prostat hücrelerinde olduğu gibi kanserli hücrelerde de üretilmektedir)
5. Üretral girişimler
6. İki ay-2 haftalık süre içerisinde prostat bezine yapılan bazı müdahaleler (prostat masajı, biyopsi, TUR-P, TUIP) PSA seviyesinde yükselmeye yol açabilmektedir.

PSA düzeyi prostat kanserlerinde değişkenlikler göstermektedir. Bu değişkenlikler organlar arası farklılaşmadan kaynaklanmaktadır. Farklılaşmamış kanser dokusunda PSA üretimi az iken, iyi farklılaşmış kanser dokularında PSA üretiminin daha fazla olduğu görülür.

Tedavi seçeneklerinin göreceli etkinliği ve yan etkilerine göre karar verebilmeleri için hastalar bu sürece katılmalı ve hekimle ortaklaşa karar vermelidir. Cerrahi, radyoterapi, endokrin tedavi gibi seçeneklerden hastaya uygun olan tedavi ilgili uzmanlık alanı tarafından hastaya sunulur. Beklenen yaşam süresi, tedavinin yan etkileri, yaşam kalitesi, kanserin tipi gibi konular detaylıca değerlendirilmelidir.

EREKTİL DİSFONKSİYON

Erektile disfonksiyon (ED), girişimlerin %75'inden fazlasında cinsel ilişkiye girebilecek kadar ereksiyonu sağlayamamak veya sürdürmemek olarak tanımlanmaktadır. Kırk yaşlarındaki erkeklerin %40'ında herhangi bir derecede cinsel işlev bozukluğu bulunmakta ve her 10 yılda bu oran %10 artmaktadır. Erkeklerin %35'inde ortadan ağır dereceye kadar ED bulunmaktadır (16).

ED ile bağlantılı birçok değiştirilebilir risk faktörü bulunmaktadır. Sigara içme, hareketsiz yaşam, obezite ED ile ilişkilidir. Diyabet ve çeşitli ilaçların da bu konuda olumsuz etkileri söz konusudur. ED nedenleri incelendiğinde multifaktöriyel olduğu görülmektedir. Normal erektil fizyolojinin vasküler, nörolojik, hormonal ya da psikolojik komponentlerinin herhangi bir noktasındaki sıkıntı ED ile sonuçlanmaktadır. ED olgularının yaklaşık %70'i vasküler nedenlidir. İkinci en sık neden ise psikolojik nedenlerden depresyondur. Diğer taraftan ED'yi tedavi etmek için kullanılacak ilaçların bir çoğu da yine ED'ye neden olmaktadır. Bu nedenle tedavinin iyi seçilmesi son derece önemlidir. En sık kullanılan ED sınıflaması ED'nin organik, psikojenik ve karma etyolojilerini kapsamaktadır.

1. Psikojenik: yaygın görülen, koşullara bağlı, psikolojik sıkıntı veya uyumla ilişkili
2. Organik: nörojenik, endokrinolojik, arteriyojenik, kavernozaal, ilaç ilişkili
3. Karma (organik/psikojenik): en sık görülen tiptir (24).

Cinsel işlev bozukluklarının sadece yaşlı popülasyona sınırlı olmadığını unutmamak gerekir. Zira yapılan bir çalışmada 18-59 yaş arasında oran %31 bulunmuştur. Bu grup için risk faktörleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar, stres, maddi durumla ilgili sıkıntılar, evli olmama, çocuklukta istismar olarak belirtilebilir. Bu nedenle ED tanısında medikal ve cinsel öykü son derece önemlidir (16).

Medikal öykü: Hastanın ED yakınmasında rol oynayabilecek faktörlerin ortaya çıkarılması adına önemli bir yöntemdir. ED'nin patofizyolojisine yönelik değerlendirme yapmak uygun olacaktır.

Cinsel öykü: Hem hasta hem de mümkünse partnerinin cinsel öyküsü alınmalıdır. Erektile disfonksiyonun doğasını tanımlamaya yardımcı olmak ve diğer cinsel disfonksiyon formlarından ayırmak için hastanın ve partnerinin ED'ü algılayışı, ED'un başlangıç biçimi, yaygınlığı, sabah ve akşam ereksiyonlarının olup olmadığı, varsa ereksiyonların sıklığı ve süresi, cinsel doyuma erişilip erişilemediği gibi konularda bilgi edinmek gerekir.

Fizik muayene: Nedensel veya katkıda bulunan faktörlerin ortaya çıkarılmasında yardımcı olabilir. Fizik muayenede genel bir sistemik inceleme yanında detaylı bir nörolojik muayene (perianal duyu, anal sfinkter tonusu, bulbokavernöz refleksi), ikincil

seks karakterleri, femoral ve alt ekstremitte nabızları ve genital özellikler (peyronie hastalığı, hipogonadizm) incelenmelidir.

Psikososyal değerlendirme: Hastanın ED yakınmasıyla bağlantılı olup, psikolojik konsültasyon ve/veya tedavi gerektirebilecek psikososyal faktörlerin belirlenmesi amacıyla başlangıçtaki taramanın bir parçası olarak yapılmalıdır. Bu başlık altında ele alınması gereken konular performans anksiyetesi, hasta-partner ilişkisinin doğası, kullanılan cinsel birleşme teknikleri, motivasyonları ve tedaviyle ilgili beklentilerdir.

Tanısal testler ve anketler: Cinsel fonksiyonların, en iyi şekilde hastanın kendi kendisini soru formlarıyla değerlendirmesinin uygun olduğu görüşü giderek daha geniş kabul görmektedir. Hastanın kendi başına uyguladığı bir anket olan Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi (International Index of Erectile Function-IIIEF) (Tablo 9) bunun sonucunda geliştirilmiş ve yapılan çalışmalarda değişik kültür ve dil topluluklarında geçerli olduğu ve psikometrik özellikleri tam olarak yansıttığı gösterilmiştir (25).

Tablo 9. Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi

Sorular:	1	2	3	4	5
1. Sertleşme sağlama ve sürdürme konusunda kendinize olan güveniniz hangi düzeydeydi?	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek
2. Cinsel uyarı ile sertleşme sağladığınızda, bu sertleşme ne sıklıkla içeriye (vajene /hazneye) girmek için yeteriydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman
3. Cinsel birleşme öncesinde sağladığınız sertleşmeyi içeriye (vajene/ hazneye) girdikten sonra ne sıklıkta sürdürebildiniz?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman
4. Cinsel birleşme sırasında, sertliği ilişkinin sonuna kadar sürdürmekte ne derece zorlandınız	Aşırı zorlandım	Çok zorlandım	Zorlandım	Biraz zorlandım	Hiç zorlanmadım
5. Cinsel birleşme girişimleriniz, sizce ne sıklıkta tatmin ediciydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman
Toplam Skor:					
	Skor		Kategori		
Şiddetli	5-7		1		
Orta	8-11		2		
Hafif-orta	12-16		3		
Hafif	17-21		4		
ED yok	22-25		5		
	ED kategorisi				

ED ön tanısı ile değerlendirilen hastalarda, tam idrar tahlili, tam kan sayımı, kreatinin, açlık kan şekeri veya HbA1C, karaciğer fonksiyon testleri, serum lipid profili ve serum testosteron seviyesine bakılması önerilmektedir. Bu değerlendirmelerin sonucunda daha özel tanı testlerine gereksinim olup olmadığı, ayrıca hastanın ileri araştırma tetkikleri isteyip istememesine göre tedavi seçenekleri belirlenir. Noninvaziv (daha az oranda girişim gerektiren yöntemler) tedavi seçenekleriyle ilgilenen ya da ED'nin özgün nedenini bilmek istemeyen hastalarda yukarıda tanımlanan standart tanısallı çalışmalar yeterli olabilir. İnvaziv tedavi yöntemlerini seçen veya ED'nin gerçek nedenini bilmek isteyen hastalar için daha kapsamlı tanı testleri yapılabilir.

ED mevcut tedavi seçenekleriyle tedavi edilebilir; ancak tam kürün mümkün olmayabileceği bir hastalıktır. Bu durumun istisnaları; psikojenik ED, post-travmatik arteriyojenik ED ve hipogonadizm/hiperprolaktinemi gibi hastalıklardır. Tedavi hasta ve eş memnuniyetini, hedefe yönelik yeterli etkiyi ve güvenliği sağlamalıdır. ED tedavisinde basamaklı tedavi modeli önerilmektedir. Birinci basamak oral farmakoterapi ve vakum ereksiyon cihazları, ikinci basamak intraüretral ve intrakavernozal ajan tedavileri ve üçüncü basamak ise penis protez implantasyonundan oluşmaktadır (26).

PRIAPİZM

Cinsel uyarıyla ya da cinsel uyarı olmaksızın dört saat ve üzeri ereksiyon halinin olmasıdır. Genellikle nedeni bilinmemektedir. Nedeni bilinmeyen çoğu hastalık gibi birçok hastalıkla ilişkili bulunmuştur. Bunlar hematolojik hastalıklar, kazalar, kanserler, çeşitli ilaçlar, metabolik ve nörolojik birçok hastalıktır (Tablo 10). İskemik, non iskemik ve tekrarlayıcı olmak üzere üç çeşidi vardır. Vakaların %90-95'i iskemik yapıda olup ağrılıdır ve acil müdahale gerektirir, aksi takdirde ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Non iskemik tipte ağrı yoktur, genellikle kronik hastalıklar veya arteriyel sorunlar vardır. Acil müdahale gerektirmez. Tekrarlayıcı tipte olan genellikle orak hücre anemisine sahip hastalarda görülür. Genellikle ataklar halinde non iskemik olarak ortaya çıksa da bazen iskemik tipte de olabilmekte ve acil müdahale gerektiren durumlar görülebilmektedir (22,23).

Tablo 10. Priapizmin etyolojisi

• Alfa-adrenerjik reseptör antagonistleri	Prazosin, terazosin, doxazosin, tamsulosin
• Antikoagülanlar	Heparin, warfarin
• Psikiyatrik ilaçlar	Trazodone, bupropion, fluoksetine, sertraline, lithium, clozapine, risperidone, olanzapine, chlorpromazine, thioridazine, phenothiazinler, hydroxyzine
• Anfihipertansifler	Hydralazine, guanethidine, propranolol
• Uyuşturucu maddeler	Alkol, kokain, marijuana
• Genitüriner nedenler	Travma (pelvik travma, penis fraktür vs), perineal, arteriovenöz veya arteriovenöz bypass cerrahisi, üriner retansiyon
• Hematolojik hastalıklar	Orak hücre anemisi, lösemi, multipl miyelom, hemodiyaliz, G6PD eksikliği
• Hormonlar	Gonadotropin-releasing hormon (hipogonadizm), testosteron
• Enfeksiyöz nedenler (toksinler)	Akrep ısırığı, örümcek ısırığı, kuduz, sıtma
• Metabolik nedenler	Amiloidoz, Fabry Hastalığı, Gut
• Neoplastik hastalıklar	Prostat, üretra, testis, mesane, rektum, akciğer, böbrek
• Nörojenik nedenler	Sifiliz, spinal kord yaralanması, kauda equina kompresyonu, otonom nöropati, lumbal disk herniasyonu, spinal stenoz, serebral vasküler yaralanma, beyin tümörü, spinal anestezi
• Vazosaktif erektil ajanlar	Papaverin, Fentolamin, Prostaglandin E1, fosfodiesteraz 5 inhibitörleri

Düşük akımlı priapizmde, dört saatten uzun süren ereksiyon acil tedavi endikasyonudur. Yüksek akımlı priapizmde tedavi endikasyonu ise öncelikle ereksiyonun takibine göre hekim ve hastanın ortaklaşa vereceği kararla olacaktır. Öncelikle priapizme sebep olacak kan hastalıkları ve kanser gibi sistemik patolojilere yönelik genel tedbirler alındıktan sonra, düşük akımlı priapizm tanısı konmuş hastalarda basamak tedavisi uygulanmaktadır. Bir kompartman sendromu olan düşük akımlı priapizmin ilk basamak tedavisi intrakavernozal (penisteki ereksiyonu sağlayan doku) tedavilerdir. İntrakavernozal tedavide amaç, peniste ereksiyonu sağlayan dokulardan kan aspire ederek (irrigasyon ile birlikte veya ayrı) ereksiyonu sonlandıracak ilaç enjeksiyonudur. Düşük akımlı priapizmde oral tedavi endikasyonu yoktur. Yüksek akımlı priapizmde kavernoza aspirasyon ve/veya enjeksiyon tedavisinin yeri yoktur. Başlangıç tedavisi hastanın takibidir. Yüksek akımlı priapizm acil tedavi gerektirmemekte ve kendiliğinden sonlanabilmektedir. Bu dönemde travmaya maruz kalınan bölge ve pelvik bölgeye buz veya kompres uygulanabilmektedir. Priapizmde tedavinin tam etkin olarak kabul edilmesi için detümesansın en az 24 saat sürmesi gereklidir (27).

ERKEK İNFERTİLİTESİ

İnfertiliteyi tanımlarken, normal insan üremesindeki verimsizliğin bilinmesi çok önemlidir. Normal çiftlerde yapılan gebelik çalışmaları korunmasız ilişkilerde %60-

75'inin 6 ay içinde, %90'nın da bir yılda gebe kalacağını göstermiştir. Buna dayanarak infertilitenin klasik tanımı da; düzenli, korunmasız ilişkilere rağmen 12 ay içinde gebelik görülmemesi halidir. Az sayıda normal çift bir ile 2 yıl arasında gebe kalacağı için, Dünya Sağlık Örgütü infertilite tanımında 24 aylık korunmasız ilişkinin tercih edilmesini önermektedir. İnfertilite sıklığı %15-20 arasında olarak bildirilmektedir (23).

Diğer tıbbi değerlendirmelere göre infertilite değerlendirilmesi, detaylı tıbbi öykü, sistemlerin gözden geçirilmesi, nedene yönelik fizik muayene ve temel laboratuvar testlerini içermektedir. Yardımcı üreme teknikleri oldukça maliyetli olduğundan detaylı değerlendirme ile nedeni saptamaya çalışmak daha doğru olmaktadır.

Ayrıntılı bir tıbbi hikaye çok çeşitli nedenlerin ortaya konması için eşsiz bir yere sahiptir. Spermatogenez 64 günde tamamlanmaktadır ve epididimlerden geçiş 5-10 gün sürmektedir. Bu nedenle eğer sperm değerlendirmesi yapılacaksa üç aylık dönemde kullanılan ilaçlar, maruziyetler ve hastalıkların bilinmesi son derece önemlidir. Üreme hikâyesinden primer, sekonder infertilite ayrımı yapılmalıdır. Primer infertilitede hiç gebelik oluşmamışken, sekonder infertilitede en az bir kez gebelik oluşmuştur. Cinsel ilişki zamanlaması ve sıklığı sorgulanmalı, ovulasyon döneminde iki gün aralıklarla cinsel ilişkide bulunması önerilmelidir. Çok sık ilişki durumunda epididimde yeterli sperm bulunmaması, çok seyrek ilişki durumunda ise ovulasyon zamanını kaçırma söz konusudur. İlk muayenede ereksiyon ve ejakülasyon fonksiyonlarının değerlendirilmesi yapılmalıdır. Lubrikan kullanımı sorgulanmalı ve olası olumsuz etkilerinden bahsedilmelidir. İnmemiş testis, testis torsiyonu, puberte sonrası kabakulak orşiti ve travma öyküsü sorgulanmalıdır. Geçirilmiş cerrahi müdahalelerin infertilite ile ilişkili olabileceği unutulmamalıdır. Puberteye giriş yaşı sorgulanmalı, geç puberte durumunda Kallman sendromu, erken puberte durumunda konjenital adrenal hiperplazi ayrırcı tanıda düşünülmalıdır (22,23).

Sistemik hastalıklar değişik mekanizmalarla fertilitiyi etkileyebilir. Diyabet, spinal kord travmaları ve multipl skleroz hem ejakülasyon hem de ereksiyon fonksiyonlarını bozabilir. Hipo/hipertroidi hem steroid hormon metabolizmasını etkileyerek hem de sperm kalitesini etkileyerek subfertiliteye neden olabilir. Genel olarak neoplazmlar, endokrinolojik bozukluklar, beslenme bozukluğu, ateşle birlikte seyreden metabolizmada artış ve immünolojik faktörler nedeniyle spermatogenez belirgin şekilde bozulabilir. Hodgkin hastalığı ve testiküler germ hücreli tümörler gonadotoksik etkiye sahiptir. Kemoterapi ve radyoterapiyi içeren kanser tedavileri germ hücreleri üstüne toksik etkiler gösterebilmektedir.

İlaçlar, uyarıcı madde alımı, çevresel ve mesleğe ait ajanlara maruz kalma tıbbi öyküde değerlendirilmesi gereken diğer başlıklardandır. İlaçlar gonadotoksik olabildikleri gibi, hipotalamo-hipofizer aksı bozarak ya da libidoyu baskılayarak etkiler gösterebilmektedir. Nitrofurantoin, eritromisin, tetrasiklin, gentamisin gonadotoksik etkiyle spironolakton, ketakonazol ve simetidın androjen yapımını inhibe ederek, sulfosalazin sperm motilite ve sayısını etkileyerek, tamsulosin gibi alfa blokerler retrograd ejakülasyona neden olarak, finasterid ve dutasterid gibi 5 alfa redüktaz inhibitörleri semen volümünü azaltıp, ereksiyon ve ejakülasyon fonksiyonlarını bozarak, SSRI, MAO inhibitörü, lityum gibi psikiyatrik ilaçlar aksı baskılayarak etki ederler. Dışarıdan alınan testosteron ve steroidler spermatogenezini bozabilir. Kokain, marihuana, sigara ve uzun süreli alkol kullanımının spermler üzerine olumsuz etkileri vardır.

Fizik muayene azalmış vücut kıllanması, temporal kelliğin olmaması, jinekomasti veya önükoid yapı gibi bulgular, virilizasyonun yeterli olmadığını ve androjen eksikliğine dair ipuçları sunabilir. Puberte döneminde androjen düzeylerinin düşük olması epifiz plaklarının geç kapanması ile orantısız şekilde uzun ekstemiterlerle kendini gösterebilir. Tiroid palpasyonu hiper/hipotiroidi de görülen nodüllerin saptanması için faydalı olabilir. Batın muayenesinde hepatomegali saptanması seks steroid mekanizmasını bozan hepatik disfonksiyonu saptamak için yardımcı olabilir. Skrotum, testis, epididim, penis, prepisyum, spermatik kordların, vas deferenslerin ve venöz yapıların dikkatli incelenmesi birçok tanının dışlanmasında yardımcı olacaktır. Detaylı öykü ve fizik muayene sonrası temel semen analizinden çeşitli laboratuvar incelemelerine, radyolojik görüntülemelere kadar geniş bir yelpazede değerlendirme yapma gereken durumlarda hastaların ilgili merkezlere sevk uygun olacaktır.

ORŞİT

Tanım olarak, orşit bir testis inflamasyonudur, bu terim inflamasyonun objektif kanıtı olmadan testise lokalize testiküler ağrıyı tarif etmek için kullanılmaktadır. Akut orşit testiste akut inflamasyonla ilişkili olarak ani ağrı ve testis şişmesini gösterir. Kronik orşit genellikle testiste şişme olmaksızın 6 haftadan fazla süren inflamasyon ve ağrıyı içerir (23). Etiyolojiye dayanan bir sınıflama yaparsak;

1. Akut bakteriyel orşit
 - a. Üriner sistem enfeksiyonuna sekonder, cinsel yolla bulaşan hastalığa sekonder
2. Nonbakteriyel enfeksiyöz orşit
 - a. Viral, fungal, parazitik, riketsial
3. Nonenfeksiyöz orşit
 - a. İdiopatik, travmatik, otoimmün
4. Kronik orşit, kronik orşialji olarak sıralanabilir.

Tek başına orşit nispeten nadir bir durumdur ve genelde viral kökenlidir. Çoğu orşit olgusu, özellikle bakteriyel olarak, aynı taraf epididimitin lokal yayılmasına ikincil olarak görülür ve epididim-orşit olarak adlandırılır. Genellikle idrar yolu enfeksiyonları erkek çocuklarda ve yaşlı erkeklerde altta yatan nedendir. Sıklıkla cinsel aktif genç erkeklerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar sorumludur. Gerçek non enfeksiyöz orşit sıklıkla idiyopatiktir ya da travma ile ilişkilidir, bununla birlikte otoimmün hastalıklar nadiren sorumlu tutulmuştur. Kronik orşiti kronik orşialjiden klinik olarak ayırt etmek zor olabilir.

Bakteriyel orşit genellikle epididimle ilişkilidir ve bu nedenle ona (E. coli ve pseudomonas) üriner patojenler neden olur. Daha az yaygın olarak stafilokok, streptokok türleri sorumludur. En yaygın cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan sorumlu mikroorganizmalar neisseria gonorrhoea, clamidya trachomatis ve treponema pallidumdur. Ksantoganülatöz orşit genellikle proteus ve E. coli ile bağlantılıdır ve testisin orşiektomi ile tedavi edilen son derece nadir inflamatuvar destrüktif lezyonudur.

Mikobakteriyel enfeksiyonlar, tüberküloz ve Basillus calmette guerin terapisi orşite neden olabilir. Viral orşitin en yaygın nedeni kabakulaktır, ama enfeksiyöz mononükleozis de sorumlu tutulmuştur. Zaman zaman fungal enfeksiyonlardan candidiasis, aspergilosis, histoplasmosis, coccidiomycosis, blastomycosis ve actinomycosis testis tutulumu ile orşite neden olabilir.

Akut enfeksiyöz orşitle başvuran hastalarda, öykü yakın zamanda başlayan testis ağrısı ve sıklıkla buna eşlik eden abdominal sıkıntı, bulantı ve kusmayla vardır. Bu semptomlar erkek çocuklarda ve genç erkeklerde parotit semptomları, erkek çocuk ve yaşlı erkeklerde idrar yolu enfeksiyonu ya da cinsel aktif erkeklerde cinsel yolla bulaşan hastalıkların ardından gelebilir. Genellikle tek taraflı olmasına rağmen, bazen viral enfeksiyonlarda çift taraflı olabilir. Fizik muayenede toksik bir görünüm ve ateş görülür. Tutulmuş olan taraf skrotumun derisi eritematoz, ödematoz ve testis palpasyona karşı oldukça hassastır ya da translüminasyon olan hidroselle ilişkilidir. Akut non enfeksiyöz orşitte klinik tablo benzer olmakla birlikte toksik görünüm ve ateş yoktur. Kronik orşitte ve orşialjide daha önceden testis ağrısı atakları öyküsü olabilir. Bunlar genellikle akut bakteriyel orşit, travma ve diğer nedenlere sekonderdir. Hastadaki kronik testiküler ağrı günlük fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini etkileyebilir. Muayenede hasta toksik görünmez ve ateşi yoktur. Skrotumda genelde eritematoz görünüm yoktur ama testis palpasyonla her zaman hassastır. Eğer tanı öykü, fizik muayene ve basit testlerle mümkün değilse, hasta ileri tetkikler için sevk edilmeli ve testis torsiyonu açısından dikkatli olunmalıdır.

Tedavinin genel prensipleri; yatak istirahati, skrotal destek, hidrasyon, antipiretikler, antiinflamatuvar ajanlar ve analjezik uygulamalarıdır. Antibiyotik terapisi enfeksiyöz orşitte uygulanmalıdır. Kabakulak orşitine özel antiviral ajanlar yoktur, destekleyici önlemler alınmalıdır. Kültürde spesifik ajan tespit edilemezse ampirik olarak florokinolonlar verilebilir. Çoğu hasta kolayca ayaktan tedavi edilebilir. Testiküler torsiyondan şüphelenilmedikçe cerrahi müdahale nadiren gerekir. Kronik orşit ve orşialjide destekleyici tedaviler verilir. Genellikle bu durumun kendiliğinden düzeldiğine inanılmaktadır ancak yıllar sürebilmektedir (22,23).

EPİDİDİMİT

Epididimit epididimis inflamasyonunu tanımlamada kullanılır. Akut epididimit epididimiste akut inflamasyonla birlikte ani şişme ve ağrının görülmesidir. Kronik epididimit epididimiste genellikle şişme olmadan (ama uzun süreli vakalarda endürasyon olabilir) 6 haftadan uzun süren ağrı ve inflamasyonun olması anlamına gelir. İnflamasyon lokalize epididimal ağrının bir çok vakasında klinik olarak aşikar değildir. Etyolojiye yönelik bir sınıflama yaparsak;

1. Akut bakterial epididimit
 - a. Üriner trakt enfeksiyonuna sekonder, cinsel yolla bulaşan hastalığa sekonder
2. Nonbakterial enfeksiyöz epididimit
 - a. Viral, fungal, parazitik
3. Nonenfeksiyöz epididimit

- a. İdiopatik, travmatik, otoimmün, amidaronla stimüle, bilinen bir sendromla bağlantılı (Örnek: Behçet Hastalığı gibi)

4. Kronik epididimit, kronik epididimalji olarak sıralanabilir.

Akut epididimit genellikle infeksiyonun mesane, üretra ya da prostattan ejakülatuar kanallar ve vas deferens aracılığı ile epididimise yayılmasının sonucudur. Süreç epididimis kuyruğunda başlar ve sonra yapının gövdesinden başına doğru yayılır. Bebekler ve erkek çocuklarda, epididimit genellikle idrar yolu enfeksiyonu ya da genitoüriner konjenital anomaliye bağlıdır, hatta sünnet derisinin varlığına bile bağlı olabilmektedir. Yaşlı erkeklerde, BPH ve ona bağlı staz, idrar yolu enfeksiyonu ve kateterizasyon epididimitin en yaygın nedenidir. Bakteriye prostatit ya da seminal vezikülit her yaşta postpubertal erkeklerde epididimal enfeksiyonla birlikte bulunur. Otuz beş yaş altı cinsel aktif erkeklerde, epididimite sıklıkla cinsel yolla bulaşan hastalıklar neden olmaktadır. Akut epididimit vakalarının çoğunda testiste sürece dahil olmaktadır ve bu nedenle epididim-orşit olarak adlandırılmaktadır. Kronik epididimit yetersiz tedavi edilen akut epididimit, tekrarlayan epididimit, Behçet hastalığı gibi başka hastalıklara sekonder ya da amidaron tedavisi gibi farklı nedenlere bağlı olabilir. Çocuklarda ve yaşlı grupta en sık görülen etken patojenler bakteriyüriye yol açan koliform organizmalardır. Otuz beş yaş altı cinsel aktif erkeklerde, epididimitin en sık nedeni N. gonorrhoeae ve C. trochomatis'tir. Anal ilişkiye giren homoseksüel erkeklerde E. coli ve H. influenza en yaygın patojenlerdir. Hem tüberküloz hem de Basillus-Calmette-Guerin gibi mikobakteriler epididimitisle ilişkilidir. Orşitte olduğu gibi fungal, mikoplazmal ve parazitik mikroorganizmalar da epididimisten sorumludur. Nadiren brusellanın bir komplikasyonu olarak görülebilmektedir.

Epididimitin klinik bulguları genellikle orşitinkilerle uyumaktadır. Fizik muayenede epididimiste hassasiyet vardır. Spermatik kord genellikle hassas ve şiştir. Başlangıçta sadece epididimisin kuyruğu hassasken; süratle enflamasyon epididimisin geri kalanına yayılır ve şişmiş olan epididimis testisten ayırt edilemez hale gelir. Kronik epididimit ve epididimalji klinik olarak birbirinden ayırt edilemeyebilir. Hastaların uzun süredir devam eden epididimise lokalize ağrısı vardır ve bu yaşam kalitelerini genellikle bozmaktadır.

Tedavinin genel prensipleri; yatak istirahati, skrotal destek, hidrasyon, antipiretikler, antiinflatuvar ajanlar ve analjezik uygulamalarıdır. Antibiyotik terapisi enfeksiyöz epididimite uygulanmalıdır. Otuz beş yaş altı erkekte seftriakson ya da doksisisiklin ve 35 yaş üstü erkekte levofloksasin ve ofloksasin kullanılabilir. Kronik epididimite etken özellikle C. trochomatis ise 4-6 haftalık antibiyotik tedavisi uygun olabilir. Sadece tüm yöntemler çare olmadığında cerrahiye (epididimektomi) başvurulmaktadır (22,23).

VARİKOSEL

Varikosel, testisin venlerinde meydana gelen bir hastalıktır. Çocukluk döneminde yaklaşık %1 oranında görülürken, adolesan dönemde %11 oranında görülmektedir. Yaşla birlikte sıklığı artan varikoselin yetişkin erkeklerde oranı %30-40 arasındadır. Genellikle anatomik nedenlerden dolayı sol tarafta daha sık saptanmaktadır. Ani gelişen varikosel varlığında hemen akla kanserler gelmelidir (23).

Varikoselin patofizyolojisiyle ilgili tartışmalar sürmekte olup, ısı artışı ve staza bağlı durumlar ağırlıklı mekanizmalardır. Varikosel infertilitenin sık nedenlerinden biri olup,

infertilite nedeniyle başvuran hastaların öyküsünde, fizik muayenesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Varikoselin tanısı genellikle fizik muayene ile konulabilmektedir. Hastanın ayakta iken ıkınması istenerek (Valsalva manevrası) venöz yapıların belirginleşmesi sağlanır ve kolayca tanı konabilir. Birinci derece ıkınma ile ortaya çıkarken, üçüncü derece varikosel sadece inspeksiyonla kendini gösterir. Fizik muayene ile şüphe uyandıran tüm hastaların ileri incelemeler için sevki uygun olacaktır. Varikosel tedavisinin en önemli amacı fertilitiyi korumak veya sağlamaktır. Bu nedenle ideal varikoselektomi yöntemi testis fonksiyonunu optimal korumalı, varikoseli tedavi etmeli ve komplikasyonları en az düzeyde olmalıdır (28).

KRİPTORŞİDİZM (İNMEMİŞ TESTİS)

İnmemiş testis, çocuklarda sık karşılaşılan yaygın bozukluklardan biridir ve hakkında kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. Buna rağmen, bu hastalığın sebepleri ve sonuçları ile ilgili kesin bilgiler yoktur. Tanı ve tedavi için kullanılan kılavuzların kanıtları da yetersizdir. Miadında doğmuş erkek yenidoğanların %1-4'ünde, prematüre erkek yenidoğanların ise %45'inde meydana gelen en yaygın doğumsal bozukluklardan biridir. Bu bozukluk 390'dan fazla sendromun bir bileşenidir. Vakaların çoğu izoledir. Nonsendromik kriptorşidizmin sendromik kriptorşidizme oranı 6:1'den daha büyüktür. İzole kriptorşidizmin patogenezi büyük ölçüde bilinmemektedir, ancak muhtemelen hem genetik hem de çevresel risk faktörlerini içeren multifaktöriyel bir yapıdadır. Testisleri skrotum içinde olmayan hastaların tanımlanmasında farklı terminolojiler kullanılmaktadır.

Normal skrotal pozisyon, midskrotumdaki veya altındaki testisin orta noktasının pozisyonu olarak tanımlanmaktadır. "Yüksek skrotal testisler" çoğu hekim tarafından her zaman inmemiş olarak değerlendirilmemesine rağmen, bazı çalışmalarda böyle tanımlandığı da olmuştur. Bu muhtemelen, skrotal orta noktanın ve inmemiş "gliding" testislerin- ki bunlar stabil değildir- üstünde bulunan stabil inmiş testisleri içeren heterojen bir gruptur. *İnmemiş testis*, bir veya iki testisin birden normal skrotal pozisyonda olmaması olup değerlendirilirken *kriptorşid testis* ya da *nonpalpable testis* olarak ifade edilir. Nonpalpable testislerin çoğu *vanishing* kaybolmuştur; başlangıçta var olup, sonradan kaybolma sebepleri vasküler olaylar veya torsiyondur, tek taraflı (*monorşidi*) veya nadiren iki taraflı (*anorşidi*) olabilir. *Agenezi*, hiç mevcut olmamış ve dolayısıyla ipsilateral müler kanalı persistansı ile ilişkili olan bir testisi ifade eder. *Konjenital kriptorşidizm*, doğumda ekstraskrotal olan testisleri ifade eder ve *tekrarlayan kriptorşidizm* ile testislerin doğumdan sonra nonskrotal bir pozisyona dönmesiyle meydana gelir. *Testiküler çıkış* veya *edinilmiş kriptorşidizm* terimleri, kriptorşid testislerin inguinal operasyon olmadan bir önceki muayenede skrotal olarak belgelendiği durumlarda kullanılır. *İkincil kriptorşidizm* inguinal herni tedavisinden sonra supraskrotal olan testisleri ifade ederken, *testis retraksiyonu* orşiopeksi komplikasyonu olarak supraskrotal testisleri belirtir. İnguinal herni tedavisinden sonra testiküler malpozisyon ya postoperatif skarlaşma ya da primer yanlış iniş sebebiyle meydana gelir. *Retraktil testisler*, skrotumdan kolayca geri çekilen fakat elle stabil bir skrotal pozisyona yerleştirilebilen ve orada en azından geçici olarak kalabilen skrotal testislerdir. Önemli derecede rekraktil yapıda olan testisler, yani stabil bir skrotal pozisyonda nadiren kalabilen ve/veya üst skrotumda hareketsiz olarak yerleştirilebilen testisler tamamen inmemiş olabilir veya olmayabilir (22,23).

Yenidoğan muayenesinde önemli olan gonad muayenesi ile şüphelenilen durumlar, ek fizik muayene bulguları da varsa ileri tetkik ve tedavi amacıyla sevk edilmelidir. Ambigus genitale, testis torsiyonu, inguinal herni akılda tutulmalıdır. Fertilite, kanser ve psikolojik problemler gibi gelecekteki oluşabilecek sorunlarla ilgili ailelere bilgi verilmelidir. Bu durumun önemini ailenin kavraması sağlanmalıdır (29).

TESTİS TORSİYONU

Testis torsiyonu ya da testisin kendi etrafında dönmesi acil girişim gerektiren bir durumdur. Sıklıkla genç erkeklerde görülür ve müdahale edilmediği zaman testis kaybına kadar giden ürolojik acil durumlardan biridir. Testis ve tüm eklerinde 25 yaşına kadar torsiyon görülme sıklığı 1/160 iken, sadece testis için bu oran 1/4000'dir. Doğum da dahil olmak üzere her yaş grubunda görülebilmesine rağmen; özellikle ergenlik öncesi dönem ve ilk bir yaşta pik yapar. En sık görüldüğü yaş grubu (olguların % 65'i) ergenlik dönemi ve 13 yaştır. Genellikle sol taraftaki testiste görülürken, olguların %2'sinde iki taraflıdır.

Torsiyonların %10' u yenidoğan döneminde gelişmektedir. Bu dönemde torsiyonun nedeni olarak testisin torbaya inişindeki sorunlar (inmemiş testis gibi) ve testisle skrotum arasındaki bağdaki problemler sorumlu tutulmaktadır. Kesin olarak torsiyon tanısı konulan olguların yaklaşık %25'inde, daha önce en az bir kez oluşmuş ve kendiliğinden geçirilmiş skrotumda ağrı hikayesi mevcuttur. Testis torsiyonunun en önemli bulgularından biri o taraf testiste ani ve şiddetli ağrı olmasıdır. Hastaların %25'inde mide bulantısı eşlik edebilir. Özellikle ergenlik döneminde olanlar, şikâyetlerini ailelerine bildirmekte zorlandığı için doktora geç başvurma söz konusu olabilir.

Tamamı fizik muayene önem taşımaktadır. Erken dönemde torsiyon olan taraf testiste kordon refleksi kaybolabilir. Ciltte hafif şişlik, kızarıklık, testis zarları arasında ani sıvı toplanması ve torbanın cilt renginde koyulaşma gözlemlenebilir. Özellikle o taraf testis el yardımıyla yukarıya doğru kaldırılarak vücuda yaklaştırıldığında, ağrının şiddetinin artması testis torsiyonu lehine bir bulgudur. Gecikmiş hastalarda testis dokusu öldüğü için ağrı azalabilir. Testis torsiyonu, torbada ağrı yapan diğer hastalıklarla (iltihap, sıvı toplanması, fitik, varikosel, kanser, travma gibi) karışabilir.

Testis torsiyonu ürolojik acil bir durumdur ve gecikmeden müdahale gerekir. Gecikildiğinde ya da doktora geç başvurulması halinde o taraf testisin çıkarılması ve hatta infertilite ile sonuçlanabilir. Oluşabilecek testis hasarı torsiyonun süresi ve derecesiyle yakından ilişkilidir. Torsiyon derecesi 360 derecenin üzerinde ve süresi de 24 saatten fazlaysa ciddi testis küçülmesi ve testis kaybıyla sonuçlanmaktadır. İlk 4-6 saatte müdahale edilirse testis fonksiyonlarının korunma şansı oldukça iyidir (30).

SPERMATOSEL VE HİDROSEL

Spermatosel; testis dışı kistlerin epididim denilen sperm taşıyıcı kanalda yerleşim gösteren bir tipidir. Kistler benignidir; sıklıkla testisin devamındaki epididim başında yerleşmiştir ve yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Erişkinlerde yapılan skrotal ultrasonografilerde %30'lara varan oranda saptanabilmektedir.

Hidrosetel, testis etrafındaki tunika vajinalisin tabakaları arasındaki sıvı miktarının artması olarak tanımlanabilir. Bu aralıkta bulunan sıvı sürekli sekresyon ve emilim

halinde olup, mevcut dengenin bozulması hidrosel olarak karşımıza çıkmaktadır. Hidrosel sıklığı yaklaşık %1 oranındadır. Testis ve eklerinin torsiyonu, enfeksiyonu ya da kanserlerine sekonder oluşabildiği gibi inguinal bölgeyle ilgili yapılan operasyonlar sonrasında oluşabilmektedir. Çoğu olgu idiyopattir.

Ele gelen kitle, kozmetik görünüm bozukluğu ve ağrı gibi yakınmalara yol açacak derecede büyüyen özellikteyse cerrahi müdahale için sevki uygun olacaktır. Çocuklarda inguinal herni eşlik etmesi durumunda cerrahi müdahale gerekebilir.

HİPOSPADİAS VE EPİSPADİAS

Üç yüz doğumda bir gerçekleşen hipospadias, üretra measının olması gereken yerde olmaması, penisin normal olması gereken şeklinin bozulması ve prepişyum bozuklukları ile karakterizedir. İdrar deliğinin olması gereken yerden uzaklığı arttıkça hastalığın ciddiyeti artmaktadır. Pek çok faktör sorumlu tutulsa da kesin neden bilinmeyen multifaktöriyel bir durumdur.

Epispadias oldukça nadir görülen bir doğumsal anomali olup, üretra dış measının penis dorsoline açılmasıdır. Yenidoğan erkek çocuklarda 1/120.000 oranında görülür. Erkek kız oranı yaklaşık 5:1'dir. Epispadias erkeklerde üretranın açılma yerine göre sınıflandırılır

Erkek çocuğun yenidoğan döneminde yapılan fizik muayenesinde gonadların muayenesinin bir parçası olan penisin, prepişyumun değerlendirilmesi esnasında rahatlıkla tanısı konabilir. Bu nedenle dikkatle muayene sonrasında ileride olabilecek işeme sorunları, cinsel ilişki sorunları, psikolojik sorunları, infertilite ve çeşitli sendromların ya da hastalıkların bir parçası olabilmesi nedeniyle ileri merkeze sevk edilmesi gerekmektedir.

Cerrahi müdahale ile hastaların fistülsüz olarak, penis ucuna yakın yerden rahatça idrarını yapabilmesi, cinsel temasa engel teşkil edebilecek penis eğriliğinin düzeltilmesi ve kozmetik yönden tatminkar görünümde bir penise sahip olması amaçlanır.

PREPİŞYUM (SÜNNET DERİSİ) HASTALIKLARI VE SİRKUMSİZYON (SÜNNET)

Sünnet derisi (prepişyum), yumuşak durumdaki glansı saran iki yüzlü bir oluşumdur. İç yüzü mukoza ve dış yüzü penis derisinden oluşur. Bu iki yüzey uça prepişyal halkada birleşir.

Gebeliğin 4. ayında glans ile prepişyum arasında tek bir epitel tabakası vardır ve iki tabaka olarak yarıklanmaya başlar. Yenidoğan bebeklerde genellikle tamamlanmamış bu yarıklanma, çocukluk çağı boyunca devam eder. Epitelin keratinizasyonu, penisin büyümesi, prepişyum mukozası ile glans arasına epitel döküntülerinin birikmesi ve ereksiyonlar sünnet derisinin glanstan ayrılmasına yardım eder. Sünnet derisi glans üzerinden geriye retrakte edilebilir. Yaşla birlikte kendiliğinden düzelen prepişyal halkanın dar olması da sünnet derisinin geri itilmesini önleyebilir. Sünnet derisi 0-6 aylık çocukların yaklaşık %84'ünde, iki yaşındakilerin %40 ve 11-15 yaşındakilerin yaklaşık %9'unda retrakte edilemeyebilir. Doğuşta çocukların sadece %4'ünde sünnet derisi geri itilebilirken, sünnetsiz çocukların altıncı ayda %15, bir yaşında %50 ve üç yaşında % 80-90'ında prepişyum geri itilebilir.

Sünnet derisi ile glans arasındaki epitelin dökülmesi beyaz peynirimsi veya smegma benzeri madde birikimine yol açar. Bu birikinti genellikle semptomsuzdur. Sünnet derisi ve glansının en sık görülen dört patolojisi;

1. **Fimozis**, prepisyum halkasının darlığına veya prepisyum stenozuna bağlı olarak sünnet derisinin retrakte edilememesi halidir. Tam nedeni bilinmeyen fimozis, sünnet derisinin zorla retraksiyonu sonucu oluşan travmaya, dermatitlere ve balanopostitlere bağlı gelişebilir. Fimozis kliniğe miksiyon güçlüğü, miksiyon sırasında prepisyumun şişmesi, ereksiyonda ağrı ve rekürren enfeksiyonlar şeklinde yansımaktadır. Fimozisin tedavisi konservatif yöntemlerle veya cerrahi olarak yapılır. Tedavide steroidli topikal ajanlar kullanılabilir veya cerrahi olarak sünnet yapılabilir.
2. **Parafimozis**, retrakte edilen prepisyum koronanın proksimalinde kalır ve glansın dolaşımı bozulur. Glans ödemlenir ve siyanoze olur. Hastanın ağrısı vardır ve acil müdahale gerektirir.
3. **Balanit**, glansın inflamasyonunu tanımlamaktadır. Prepisyumun inflamasyonuna ise postit adı verilir. Balanopostit ise glans ve prepisyumun her ikisinin inflamasyonudur. Kötü lokal hijyen önemli predispozan faktördür. Balanopostit okul öncesi çocuklarda %4 oranında görülür ve 2-5 yaşları arasında görülme sıklığı daha sıktır. Glans, koronal sulkus ve prepisyumun eritemi, prepisyum orifisinden pürülan akıntı klinik bulgularıdır. Bu bulguların olmadığı durumlarda sünnet derisinin amonyum dermatiti, alerji veya mekanik iritasyonu akla gelmelidir. Bazı olgularda dizüri gibi idrar yapma güçlüğü olabilir. Enfeksiyon proksimale uzanarak Fournier gangrenine yol açabilir. Rekürren enfeksiyon fimozise yol açabilir ve fimozis de enfeksiyonun yinelenmesine yol açar. Bu durumda sünnet seçilecek tedavi yöntemidir.
4. **Balanitis Xerotica Obliterans (BXO)**, kaynağı bilinmeyen liken sklerozis ve atrofikus olarak da adlandırılan bir cilt hastalığıdır. Kural olarak çocuklarda nadir olmasına rağmen fimozis nedeniyle sünnet olan çocukların %15'inde saptanabilir. İncelmiş ve fibrotik sünnet derisi, prepisyum halkasının beyazımsı sklerozu, glans üzerinde beyazımsı plaklar tipik klinik bulgularıdır. BXO bazı olgularda üretral meatusu da tutar. Okul çocuklarında sekonder fimozisin en önemli nedenidir. Tedavisi için sünnet önerilir. Sünnetten sonra glanstaki lezyonlar geriler. Kalıcı glandüler lezyonlar steroid kremlerle tedavi edilir. Süregen lezyonlardan genital liken sklerozis ve atrofikus premalign olarak kabul edildiği için biyopsi gereklidir.

Sünnet, prepisyumun eksizyonudur ve çocukluk çağında olasılıkla en sık uygulanan cerrahi girişimdir. Sünnetin tarihi antik çağlara kadar gitmektedir. Günümüzde sünnet tedavi amaçlı, hastalıkları önlemek için ve geleneksel nedenlere bağlı yapılır.

Sünnet için kesin tıbbi endikasyonlar fimozis, parafimozis, tekrarlayan balanit ve BXO'dur. Sünnet bazı hastalıklardan yaşam boyu koruma sağlayabilir. Bazıları tartışmalı da olsa bu hastalıklar arasında üriner sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, penis ve serviks kanseri bulunmaktadır.

Sünnet için kontrendikasyonlar azdır. Stabil olmayan hasta veya prematür yenidoğanlara sünnet uygulanmamalıdır. Cerrahi düzeltmelerinde sünnet derisi

kullanılacağından hipospadiyas, epispadiyas, megalouretra ve kordi varlığında sünnet uygulanmamalıdır. Ailesel kanama hastalığı öyküsü olanlara hematolojik değerlendirme yapılmalıdır. Yenidoğanlar hariç hemofili, sünnet için kontrendikasyon oluşturmaz. Hemofili ve diğer pıhtılaşma bozukluğu olanlarda eksik pıhtılaşma faktörlerinin infüzyonu ve cerrahi sırasında lokal fibrin yapıştırıcılar kullanarak sünnet güvenle uygulanabilir.

Sünnet genellikle ergenlik çağı öncesi yapılmaktadır. Son zamanlarda yenidoğan (ilk 2 haftalık) bebekler cerrahi işlemin kolaylığı, bebekte yara iyileşmesinin hızlı olması, sünnet sonrası bakımın kolaylığı ve psikolojik travma oluşturmaması nedeniyle en ideal yaş olarak kabul edilmektedir. Her yaşta sünnet yapılabilir. Kimlik gelişiminin sürmesi, ben merkezietçi ve uyumsuz olmaları nedeniyle 2-5 yaş arası çocuklarda, zorunlu olmadıkça sünnet yapılmamalı veya yapılacaksa genel anestezi altında uygulanmalıdır (31).

VAZEKTOMİ (GÖNÜLLÜ STERİLİZASYON)

Vazektomi, erkeklerde bütün dünyada yaygınlaşarak uygulanan en etkili, güvenilir ve kalıcı kontrasepsiyon yöntemidir. Vazektomi, kadınlarda uygulanan tüp ligasyonundan daha ucuz, daha kolay ve istenmeyen etkileri daha az bir yöntem olmasına rağmen erkeklerin gönüllü cerrahi sterilizasyonu kadınlara oranla daha az tercih etmelerinin en önemli nedeni bu işlemlerle “erkekliklerini kaybedecekleri” yolundaki yanlış inançlarıdır. Vazektomide testislerden çıkan sperm ileti yollarının her iki kasık bölgesi altında kesilerek bağlanmasıyla spermlerin ejakülate karışmalarının engellenmesi amaçlanmaktadır.

Vazektomi “ayaktan hasta” koşullarında lokal anestezi ile güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilen nispeten basit bir girişimdir. Vazektomi yapılacak kişi operasyon masasına sırtüstü yatırılıp, genital bölgesine cerrahi alan temizliği yapıldıktan sonra ince bir iğne ile sağ ve sol kasık bölgesinin alt kısmında testislerden gelen spermleri taşıyan tüplerin üzerindeki cilt ve cilt altına lidokain injekte edilerek lokal anestezi yapılır. Sağda ve solda yaklaşık birer cm’lik cilt ve cilt altı kesiler ile girilip her iki vaz deferens kesilerek bağlanır. Bu kesme işlemi sırasında vaz deferenslerin kesilen her iki ucu arasındaki küçük bir kısım da çıkartılabilir. Kanama kontrol edildikten sonra cilt altı ve cilt kesileri de emilebilen ipliklerle dikilir. Bu işlem sağlıklı ve sollu olarak toplam ortalama 30 dakika içinde tamamlanır. Vazektomi sonrası 2-3 gün istirahat ve bir hafta sonra kontrol gereklidir. Normal koşullarda antibiyotik kullanımına gerek yoktur.

Vazektomiden sonra yaklaşık üç ay süreyle cinsel ilişkiler esnasında doğum kontrolü için başka bir yöntemle korunulması önerilir. Üç ay sonra veya en az 20 ejakülasyondan sonra yapılacak semen analizinde hiç sperm görülmezse vazektomi işlemi başarılı kabul edilir. Kontrol semen analizinde sperm görülürse işlem tekrarlanmalıdır. Kısa bir vaz segmentinin çıkarıldığı vazektomilerde başarısızlık 1/1000’den azdır.

Vazektomilerde görülen önemli yan etki oranı %2’dir. Bunlardan en çok rastlanan komplikasyonlar; hematoma, enfeksiyon ve sperm granülozudur. Kesilen vaz deferensin testiküler ucundan sperm kaçacağı olursa antijenik yapıdaki spermlere karşı sperm granülozumu oluşur. Sperm granülozumu genellikle belli bir yakınlığa neden olmaz. Vazektomiye bağlı ölüm oranı literatürde 1/300.000 olarak bildirilmektedir (32).

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu (2014), Hayat Tabloları, 2013. Haber Bülteni. Sayı:18522. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18522> Erişim tarihi: 08.04.2016
2. Heidelbaugh JJ, Tortorello M. The adult well male examination. Am Fam Physician. 2012;85(10):964-71.
3. Baker P. (2002) The European men's health forum. Men's Health Journal 1(2), 43.
4. Department of Health (2002) England and Wales Data. <http://www.doh.gov.uk>; National Statistics StatBase. <http://www.statistics.gov.uk>.
5. Department of Health (1993) On the State of the Public Health: The Annual Report of the Chief Medical Officer of the Department of Health for the year 1992. HMSO, London.
6. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. J Adv Nurs. 2005; 49(6):616-23.
7. Executive Summary Report – Men's Health Study. Erişim Adresi: <http://www.aafp.org/dam/AAFP> Erişim tarihi: 08.04.2016.
8. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, 2009. Erişim Adresi: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1 Erişim tarihi: 08.04.2016.
9. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. p. 6.
10. McWhinney IR, Freeman T eds. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, Çeviri Editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Pres; 2012. p. 193- 216.
11. Üstü Y, Uğurlu M, Kasım İ, Eğici MT. Sağlıkta dönüşüm projesi sonrasında sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2012;4(2):48- 53.
12. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı yayını no: 909, Ankara, 2013. Erişim Adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim Tarihi: 08.04.2016.
13. Dikici MF, Şahin MK. Periyodik Sağlık Muayenesinde Risk Değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2013;4(5):29-36.
14. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. Erişim Adresi: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm> Erişim tarihi: 08.04.2016.
15. Recommendations. U.S. Preventive Services Task Force. Erişim Adresi: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/> Erişim tarihi: 08.04.2016.
16. Buccolo LS, Viera AJ. Bölüm 30. Erkeğin Sağlık Sorunları. Palanduz A ve ark. Editör. Aile Hekimliğinin Esasları. 6. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi, 2015. s. 361-74.
17. Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et. al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol. 1992;148(5):1549-57.
18. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010;127:2893–917.
19. Aydın, S., & Boz, M. Y. (2015). Rapid changes in the incidence of urinary system cancers in Turkey. Turkish Journal of Urology, 2015;41(4), 215-20.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014.

21. Kimura T. East meets West: ethnic differences in prostate cancer epidemiology between East Asians and Caucasians. Chinese Journal of Cancer. 2012;31(9):421-29.
22. McAninch JW, Lue TF. eds. Smith and Tanagho's General Urology, 18e. New York, NY: McGraw-Hill; 2013.
23. Wein, Alan J., et al. Campbell-Walsh Urology: Expert Consult Premium Edition: Enhanced Online Features and Print, 4-Volume Set. Elsevier Health Sciences, 2011.
24. Anafarta K. Erektıl Disfonksiyon. Anafarta K Ed.Temel Üroloji, 2. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 1998.
25. Turunç, T, et al. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Versiyonunun (İuf-5) Türkçe Geçerlilik Çalışmasının Değerlendirilmesi. Turkish J Urology 2007;33:45-9.
26. Erihan B, Koyuncu H. Erkeklerde Sertleşme Sorunları ve Güncel Tedaviler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015;6(2):66-75.
27. Priapizm. Türk Androloji Derneği. Erişim Adresi: <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/242014102841-19.pdf> Erişim Tarihi: 11.04.2016.
28. Varikosel. Türk Androloji Derneği. Erişim Adresi: <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/24201410821-2.pdf> Erişim Tarihi: 11.04.2016.
29. Kriptorşidizm (inmemiş testis). Androloji Derneği. Erişim Adresi: <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/24201410125-5.pdf>. Erişim Tarihi: 11.04.2016.
30. Testis torsiyonu. Androloji Derneği. Erişim Adresi: <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/242014101335-6.pdf> Erişim Tarihi: 11.04.2016.
31. Prepişyum (sünnet derisi) hastalıkları ve sirkumsizyon (sünnet). Türk Androloji Derneği. Erişim Adresi: <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/24201410635-1.pdf>. Erişim Tarihi: 11.04.2016.
32. Vazektomi (gönüllü sterilizasyon). Türk Androloji Derneği. Erişim Adresi: <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/242014101621-9.pdf> Erişim Tarihi: 11.04.2016.

Konu 20

MOBBİNG

Fatma Gökşin CİHAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların mobbing kavramı hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Mobbing ve yerine kullanılan terimleri tanımlayabilmeli,
- Mobbing tanı kriterlerini sayabilmeli,
- Mobbing önleme ve başa çıkma yöntemlerini açıklayabilmeli,
- Mobbing ile ilgili hukuki konuların farkında olmalı.

ÖZET

Mobbing, çalışanlara üstleri, asları veya eşit düzeydeki çalışanlar tarafından yönlendirilen, düşmanca tutumları ve davranışlar, sistematik biçimde uygulanan her türlü yıldırma, kötü muamele, tehdit, şiddet, aşağılama, sindirme, bastırma ve dışlama sürecidir. Türkçe karşılık olarak “işyerinde psikolojik şiddet”, “işyerinde psikolojik taciz”, “işyerinde manevi taciz”, “duygusal şiddet”, “yıldırma”, “bezdiri” gibi kavramlar kullanılmaktadır. Mobbing sadece kişiye değil ailesine, çevresine, topluma, kurumlara ve ülke ekonomisine de olumsuz etkileri olan bir işyeri hastalığıdır.

GİRİŞ

Mobbing; İngilizce “mob” kökünden gelmekte olup, “mob” sözcüğü, aşırı şiddetle ilişkili ve yasal olmayan şiddet uygulayan kalabalık, çete anlamındadır. Sözcük Latince “mobile vulgus”dan türemiştir. Mobbing, 1980’li yılların başlarından bu yana Dünya’da giderek genişleyen bir biçimde tanımlanmakta ve yasalara geçirilmektedir. Mobbing, işyerlerinde fiziksel veya cinsel taciz gibi diğer taciz türlerine oranla sık ortaya çıkması nedeniyle iş hayatını ve çalışanları daha yüksek oranda olumsuz etkileyen bir durumdur. Sadece kişiye değil ailesine, çevresine, topluma, kurumlara ve ülke ekonomisine de olumsuz etkileri olan bir işyeri hastalığıdır.

Önemli Noktalar

- Mobbing düşünce, inanç, etnik, cinsiyet ayrımcılığı, kıskançlık, haset duyma gibi her türden duygu ve faktörün öne çıkabileceği bir psikolojik terördür.
- Kişiye yöneltilen bir veya birkaç haksız davranış mobbing değildir; özel olarak hedef alınmış bir kişinin, bilinçli ve sistematik biçimde kötü davranış ve sözlerle maruz kalması gerekir.
- Sadece kişiye değil ailesine, çevresine, topluma, kurumlara ve ülke ekonomisine de olumsuz etkileri olan bir işyeri hastalığıdır.

TANIMLAR

Mobbing (işyerinde psikolojik şiddet, yıldırma) işverenin veya çalışanlardan bir ya da birkaç kişinin, hedef olarak seçilmiş bir kişiye karşı sistematik ve ısrarlı bir biçimde, yıldırıcı, kişinin özgüvenini sarsıcı, aşağılayıcı, dışlayıcı, yok sayıcı, haksız söz ve/veya davranışlar uygulamasıdır. Çalışanlara üstleri, astları veya eşit düzeydeki çalışanlar tarafından yönlendirilen, düşmanca tutumları ve davranışları içeren, sistematik biçimde uygulanan her türlü yıldırma, kötü muamele, tehdit, şiddet, aşağılama, sindirme, bastırma ve dışlama süreci olarak tanımlanmaktadır. Leymann mobbingi düşünce, inanç, etnik, cinsiyet ayrımcılığı, kıskançlık, haset duyma gibi her türden duygu ve faktörün öne çıkabileceği bir psikolojik terör olarak tanımlamıştır. Norveçli Einarsen ve Skogstand 1996’da mobbing kavramına, işyerinde yavaş yavaş gelişen sistematik, sürekli ve kasıtlı psikolojik korkutma ve yıldırma eylemleri tanımı getirdiler. Kişiye yöneltilen bir veya birkaç haksız davranış mobbing değildir; özel olarak hedef alınmış bir kişinin, bilinçli ve sistematik biçimde kötü davranış ve sözlerle maruz kalması gerekir.

Ters Mobbing (Reverse Mobbing), bir astın veya grup olarak astların kendilerine yapılan mobbing, kişisel anlaşmazlıklar veya politik oyunlar sonucunda işten ayrılmak yerine üstlerine kasıtlı olarak psikolojik tacizde bulunarak, üstün hiyerarşik pozisyonunu bozmayı hedeflediği bir yıldırma eylemidir. Ters mobbing en sık astın üste; sabote etme, talimatlara uymama, kasti yanlış işlem yapma, asılsız söylentiler çıkarma ve bilgi saklama gibi davranışlar göstermesi şeklinde görülür.

Mobbing literatüre yeni giren bir kavram olduğu için, Türkçe karşılığı konusunda henüz bir netlik bulunmamaktadır. Türkçe karşılık olarak “**işyerinde psikolojik şiddet**”, “**işyerinde psikolojik taciz**”, “**işyerinde manevi taciz**”, “**duygusal şiddet**”, “**yıldırma**” gibi kavramlar kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu tarafından işyerinde psikolojik taciz olgusu, “**bezdiri**” olarak tanımlanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Mobbing kelimesinin Türkçe karşılıkları

İş yerinde psikolojik taciz
İş yerinde psikolojik yıldırma
İşyerinde yıldırma
Duygusal taciz
Psikolojik terör
İşyeri zorbalığı
Yıldırma
İş yerinde psikolojik şiddet
Bezdirme

ABD ve Avrupa'daki kaynaklarda psikolojik yıldırma, okul ortamında gerçekleşiyorsa “**bullying**”, iş yerinde gerçekleşiyorsa “**mobbing**” olarak adlandırılmaktadır. Bullying kavramı, daha güçlü bir kişi ya da grup tarafından, daha zayıf kişi veya gruplara karşı her ortamda uygulanan ve sürekliliği olan psikolojik veya fiziksel baskı anlamına gelmektedir. Mobbingden farklı olarak, psikolojik saldırının yanı sıra fiziksel saldırı ve tehdit de içermektedir.

Psikolojik bir sorundan kaynaklanan yeni bir işyeri hastalığı olarak da kabul edilebilecek mobbing, başlangıçta işyerinde var olan rekabetten kaynaklanan psikolojik baskılarla ortaya çıktığı düşünülür, ancak varlığı ve boyutunun önemi daha önce fark edilmeyen ve özellikle istifa ederek işyerlerinden ayrılan çalışanlar arasında sık görülen bir olgudur. 1998 ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) Raporu'na göre 1996 yılında Avrupa Birliği'nin 15 üye ülkesinde gerçekleştirilen 15800 görüşmenin sonuçları; bir önceki yıl içinde çalışanların, %4'ünün (6 milyon çalışan) fiziksel şiddete, %2'sinin (3 milyon çalışan) cinsel tacize ve %8'inin (12 milyon çalışan) mobbinge maruz kaldığını doğrulamıştır.

Mobbing, işyerlerinde fiziksel veya cinsel taciz gibi diğer taciz türlerine oranla sık ortaya çıkması nedeniyle iş hayatını ve çalışanları daha yüksek oranda olumsuz etkileyen bir durumdur. Kamu kurum ve kuruluşları ile özel sektör işyerlerinde gerçekleşen psikolojik taciz, çalışanların itibarını ve onurunu zedelemekte, verimliliğini azaltmakta ve sağlığını kaybetmesine neden olarak çalışma hayatını olumsuz etkilemektedir.

MOBBING SÜRECİNİN AŞAMALARI

Leymann'a göre mobbing süreci beş aşamadan oluşur:

1- Anlaşmazlık aşaması: Kritik bir olay sonucu, bir anlaşmazlık oluşur. Henüz mobbing değildir, olay tatlıya bağlanabilir veya mobbing davranışına dönüşebilir.

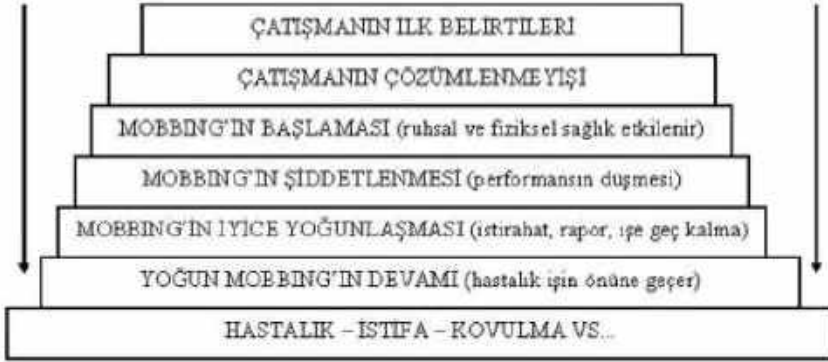
2- Saldırancılık aşaması: Olay tatlıya bağlanamamıştır. Bu aşamada, psikolojik saldırılar başlamıştır.

3- Kurumsal güç aşaması: Mobbing uygulayan kişi yönetimi işin içine dahil etmeye çalışır. Yönetim, mobbing uygulayan kişinin yönlendirmesiyle durumu yanlış yargılayarak söz konusu olayda işin içine girer ve kurban örgütlü ve kurumsal bir güçle baş etmek zorunda bırakılır.

4- Tanımlanma aşaması: Bu aşamada kurban; “beceriksiz”, “asi”, “zor”, “öteki”, “muhalif”, “işten anlamayan” veya “psikolojik sorunlu” biri olarak artık tanımlanmıştır. Yönetimin yanlış yargısı ve taraflı tutumu sonucu söz konusu negatif döngü hızlanır.

5- İşine son verilme aşaması: Bu aşamada zorunlu istifa, işten kovulma veya yer değiştirmeye zorlama vardır. Bu olayın sarsıntısı ile travma sonrası stres bozukluğunu tetiklenir. Kovulmadan sonra, duygusal çöküş ve onu izleyen psikosomatik hastalıklar devam eder. Bu aşamada mağdur, mobbingin etkisini sadece işyerinde değil, özel yaşamında da yaşamaya başlar (Tablo 2).

Tablo 2: Çatışma ile Psikolojik Yıldırma (Mobbing) Etkileşimli Süreci



Kaynak: Çobanoğlu (2005)

Mobbingin nedenleri mobbing uygulayan kişilerin ve kurbanların kişilik özellikleri ile işyeri şartlarına bağlıdır. Leymann'a göre mobbing uygulayan kişiler:

1. Aşırı denetleyici
2. Kişileri grup kuralını kabul etmeye zorlayan
3. Daima güçlü olma isteği içinde ve iktidar açlığı içinde olan
4. Kötü niyetli ve hileli eylemlere başvurmaktan çekinmeyen
5. Düşmanlıktan hoşlanan
6. Can sıkıntısı içinde zevk arayışı

Error! Use the Home tab to apply Heading 2; Title to the text that you

7. Önyargıları pekiştiren
8. Psikolojik taciz uygulayanın kötü kişiliği ve patron olarak bunu hak olarak görmesi, şişirilmiş benmerkezcilik, narsist kişilik, çocukluk travmaları olan kişilerdir. Kurbanların özellikleri Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3. İş yeri psikolojik saldırı mağdurlarının ortak özellikleri

-
1. İşini çok iyi, hatta mükemmel yapan,
 2. İlişkileri olumlu ve çevresindekilerle sevilen,
 3. Çalışma ilkeleri ve değerleri sağlam, bunlardan ödün vermeyen,
 4. Dürüst, güvenilir, çalıştığı örgütte sadık,
 5. Bağımsız ve yaratıcı,
 6. Zorbanın yeteneklerinden üstün özelliklere sahip olan
 7. Bazen de işyerinde sessiz, iletişim kuramayan işçiler
-

Heinz Leymann, saldırgan veya saldırganların kurban veya kurbanlara yönelttiği 45 davranış gözlemiş olup bunları 5 farklı kategoride sınıflandırmıştır. Her bir kategori, kurbanı karşı yöneltilen farklı bir saldırı tarzını ifade etmektedir.

Birinci kategori: İletişime yönelik saldırılar

- Amir, kurbanın kendini ifade etme olanağını sınırlar;
- Kurban, konuşmaya başladığında daima sözü kesilir;
- Çalışma arkadaşları, kurbanın kendini ifade etme olanağını sınırlarlar;
- Kurban azarlanır veya küçümsenir;
- Kurbanın yaptığı işler sürekli eleştirilir;
- Kurbanın özel yaşantısı sürekli eleştirilir;
- Kurban, sessiz veya tehdit edici telefonlar alır;
- Sözlü tehditlere maruz kalır;
- Yazılı tehditler alır;
- Uzaklaştırıcı bakışlar ve davranışlar yönelterek kurbanla temas reddedilir;
- Dolaylı imalarda bulunularak kurbanla temas reddedilir.

İkinci kategori: Sosyal ilişkilere saldırılar

- Kurbanla konuşulmaz;
- Kurbanı herhangi bir söz yönetilmez;
- Çalışma arkadaşlarında uzakta bir ofiste çalışmak zorunda bırakılır;

- Çalışma arkadaşlarının kendisiyle konuşmaları yasaklanır;
- Sanki o yokmuş gibi davranılır.

Üçüncü kategori: Sosyal konuma saldırılar

- Arkasından konuşulur;
- Kurbanla ilgili çeşitli dedikodular yayılır;
- Gülünç duruma düşürülür;
- Kurbanın akıl hastası olduğuna dair kuşku yaratılır;
- Psikiyatriste gidip muayene olması için ikna etmeye çalışılır;
- Fiziksel engelinden ötürü alay edilir;
- Kurbanla alay etme amaçlı yürüyüşü veya konuşması taklit edilir;
- Politik veya dini inançlarına saldırılır;
- Özel yaşamıyla alay edilir;
- Milliyetiyle alay edilir;
- Onurunu zedeleyici işler yapmak zorunda bırakılır;
- Yaptığı iş, yanlış ve yaralayıcı bir tarzda yargılanır;
- Aldığı kararlardan şüphe edilir;
- Kurbanla karşı küfür veya aşağılayıcı sözler sarf edilir;
- Kurbanla karşı sözlü ve/veya imalı cinsel talepler yöneltilir.

Dördüncü kategori: Mesleki ve özel yaşamın niteliğine yönelik saldırılar

- Kurbanla iş verilmemeye başlanır;
- İşini artık yaratıcı anlamda yapamaması için her türlü çalışma faaliyeti engellenir;
- Kurbanla anlamsız işler verilir;
- Uzmanlık alanının çok altında işler verilir;
- Kurbanla aşağılayıcı işler verilir;
- Kurbanın beceriksizliğini ortaya koymak amacıyla kendisine, yeteneklerinin çok üstünde görevler verilir.

Beşinci kategori: Sağlığa yönelik saldırılar

- Kurban sağlığına zararlı işlerde çalışmak zorunda bırakılır;
- Kurban, fiziksel şiddetle tehdit edilir;
- Kurbanla ders vermek amacıyla ufak bir şiddet (tokat veya itme gibi) hareketinde bulunulabilir;
- Daha ağır fiziksel şiddete maruz kalmasına çalışılır;

- Kurbanı zarara sokmak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunulabilir;
- Evine veya işyerine zarar verilebilir;
- Kurbanı cinsel tacizde bulunulabilir.

Her mobbing olgusunda bu davranışsal belirtilerin hepsinin bulunması şart değildir. Ancak bu davranışların kasıtlı ve sürekli olarak tekrarlanması, mobbingin ortaya çıkmasına ve sonuç olarak bireyin iş yaşamından uzaklaşmasına neden olur. Bu listede bulunan davranışların herhangi biri, bir birey için problem oluştururken, bir başka birey için hiçbir sorun oluşturmayabilir. Eğer bir kişi bu davranışlardan rahatsız olduğunu ve zarar gördüğünü düşünürse davranış, problem niteliğini alır ve mobbing davranışı haline gelir.

TANI KRİTERLERİ

Mobbing tanısını koyabilmek için bu süreçte kişinin sağlığını, üretkenliğini, verimini etkileyecek şekilde doğrudan ya da dolaylı olarak saldırı yapılması gerekir. Ne kadar sürdüğü ve ne sıklıkta yapıldığının değerlendirilmesi de çok önemlidir. Mobbing davranışlarının en az altı ay süre ile haftada en az bir kez gerçekleştirilmiş olması gerekir. Mobbing sürecinin uzunluğu ile mobbingin neden olduğu zarar paralel olarak artış gösterir. Mobbinge maruz kalma sıklığı her gün ise kurbanların %50'den fazlasında tedavi gerektiren hasara yol açmaktadır. Ayda birkaç kez gerçekleşen mobbing ise kurbanların %30'unda zarara neden olmaktadır. Psikolojik şiddet uygulayan kişinin niyetine bakmaksızın gerçekleştirdiği eylemin mağdurun üzerinde bıraktığı etkiler, etkilerin mağdura zarar verip vermediği, eyleme devam edilmesi konusundaki ısrarlı davranışı da hukuki açıdan önemli unsurlardır.

ICD-10 ve DSM-IV'de işle ilgili olarak özellikle belirtilmeyen ancak, stresle ilişkilendirilen iki duruma işaret edilmektedir: İlki travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve diğeri uyum bozukluğudur. Bu hastalıklarda tarif edilen stresin şiddeti ve yoğunluğu farklıdır.

MOBBİNGİN MAĞDUR ÜZERİNE ETKİLERİ

Mobbing'in Fizyolojik Belirtileri

Mobbing varlığına çalışan bireylerde (kurbanlarda) gözlenen belirtiler:

- Beyinle ilgili: Sıkıntı, panik atak, depresyon, yarım baş ağrısı, baş dönmesi, hafıza kaybı, dikkati toplayamama ve uykusuzluk.
- Deriyle ilgili: Kaşınma, kızarma, pullanma veya döküntü gibi deri hastalıkları.
- Gözlerle ilgili: Ansızın göz kararması, görmede bulanıklık.
- Boyun ve sırtla ilgili: Boyun kaslarında ve sırtta ağrı.
- Kalple ilgili: Hızlı ve düzensiz çarpıntılar, kalp krizi.
- Eklemle ilgili: Titreme, terleme, bacaklarda halsizlik hissetme, kas ağrıları.
- Sindirim sistemiyle ilgili: Yanma, ekşime, hazım zorluğu gibi mide rahatsızlıkları, ülser.

- Solunum sistemiyle ilgili: Nefessiz kalma, nefes alamama gibi solunum sorunları.
- Bağıışıklık sistemiyle ilgili: Organizmanın savunma yapılarında zayıflama.

Mobbing sonucu yukardaki fizyolojik belirtilere ek olarak bireyin her alanda kendine olan güvenini kaybettiği; bunun etkilerini de ailesinde, sosyal ilişkilerinde ve iş çevresinde yaşamaya başladığı görülür. Birey şaşkınlaşır, beceriksizleşir, korkmaya, utanmaya ve çekinmeye başlar. Bu durum sadece iş ortamında değil, kişiler arası ilişkilerde de devam eder. Mobbing insanın mesleki bütünlük ve benlik duygusunu zedeler, kişinin kendine yönelik kuşkusunu artırır, paranoyaya ve kafa karışıklığına neden olur, kurban kendine güven duygusunu yitirir, kendisini yalıtabilir, huzursuzluk, korku, utanç, öfke ve endişe duyguları yaşar. Hatta şiddet ve tacizin çok yoğun yaşandığı durumlarda mobbing mağdurunda intihar düşünceleri bile ortaya çıkabilmektedir.

MOBBİNGİN İŞYERİNE OLAN ETKİLERİ

Mobbing, tabandan tavana kadar örgütün bütününe etkiler ve adı konulamayan birçok huzursuzluğun, çatışmanın ve karmaşanın oluşumuna yol açar. Yöneticilerin liderlik davranışı, örgütte rol belirsizliği, sosyal iklimin yetersizliği gibi faktörler mobbing nedeni olan örgütsel faktörlerdir. Önceleri bir veya birkaç kişinin, birine düşmanlığı biçiminde gelişen örgütsel mobbing sonucunda mağdur yaşadığı psikolojik yıldırma davranışlarını örgüt dışında anlattığı takdirde örgüt imajı zedelenecek, örgüt içinde ise takım ruhu bozulacak, çalışanların örgüte duydukları güven azalacaktır. Yıldırmanın kuruma psikolojik maliyeti, çalışanlar arasında çatışma, örgüt kültüründe değişim, olumsuz örgüt iklimi, saygı kurallarının bozulması ve yaratıcılığın engellenmesi olarak görülmektedir. Yıldırma sadakati kaldırıp güvensizlik oluşturmaktadır. Örgütteki profesyonel iş ve başarı, çalışanın isteği ve çabası ile sağlanmaktadır, çalışan bunu istemedikçe kurum başarısı sağlanamayacaktır.

İş doyumunun düşüklüğü sebebiyle bireylerde oluşan işe karşı isteksizlik yaratıcılığı kısıtlar. İşyerinde yaşanan mobbing sonucunda çalışanların dikkati, kurumun amaçlarından ve kendi görevlerinin taşıdığı önemden uzaklaşır. Sadece mobbinge maruz kalanlar değil, süreç içerisindeki olaylara tanık olan çalışanlar da, bir gün kendilerinin de mobbinge maruz kalacaklarını düşünerek kuruma olan güvenlerini yitirirler. Gelişen olayların doğal sonucu olarak kuruma bağlılık ve işe bağlılık tutumlarında önemli ölçüde bir düşüş yaşanır. Çalışanlar arasındaki uyum bozulurken, tam bir güvensizlik ortamı oluşur. İş atmosferi bozulur. Huzursuzluk ve çatışmalardan kaçınmak, daha iyi çalışma atmosferi sunan kurumlara/şirketlere geçmek için arayışlar başlar. İyi elemanlar yoğun bir şekilde işten ayrılırlar, beyin göçü başlar, işgücü devri çok yükselir. Yetişmiş elemanların ayrılmaları ile şirketteki bilgi ve tecrübe birikimi erir. Mobbing nedeniyle oluşan karmaşa ve huzursuzluklar kurumun imajına yansır ve zarar verir.

TOPLUM VE ÜLKE EKONOMİSİNE OLAN ETKİLERİ

İşyeri şiddeti çalışanlar arası ilişkilerde, işyerlerinde ve tüm iş çevrelerinde önemli ve sıklıkla uzun dönemli bozulmalara neden olmaktadır. İşyeri şiddetinin doğrudan maliyeti çalışanların katıldığı iş kaybı ve güvenlik boyutunda iken, dolaylı maliyeti işveren ve toplumun katlanmak zorunda kaldığı düşük verim ve üretim, ürün kalitesinde düşme, firma imaj kaybı ve müşteri sayısında düşmedir.

Devletlerde işyeri şiddetinin çalışanlara toplam maliyeti 1992 yılında dört milyar dolardan fazladır. British Columbia Workers Compensation Board'a göre Kanada'da işyeri şiddeti ile ilgili kanunun yürürlüğe girmesiyle 1985'den itibaren hastane çalışanları tarafından açılan ücret kaybı davaları %88 artış göstermiştir. Almanya'da psikolojik şiddetin 1000 çalışanlı bir girişime direkt maliyeti 112.000\$ bunun yanında dolaylı maliyeti ise 56.000\$ olarak hesaplanmıştır.

Gözlemlenen diğer maliyetler:

- Mağdurun sağlık problemleri nedeniyle yapılan sağlık harcamalarının artması,
- Sigorta masraflarında artış,
- İşsizlik,
- Nitelikler ve yeteneklerin altında çalıştırılmadan doğan vergi kayıpları,
- Devletin sağladığı yardım programlarına yönelen talebin çoğalması
- Erken emeklilik oranının artması,
- İşyerlerinde uygulanan psikolojik taciz sonucunda mesleki yeterliliğini yitirmiş, psikolojik yönden tükenmiş, sağlıksız bireylerin boştaki gezdiği bir toplum,
- Mağdurun kaba ve şiddet kullanan bir birey haline gelmesi sonucunda boşanmış ve parçalanmış ailelerin bulunduğu toplum,
- Mutsuz bireyler ve ailelerin yer aldığı ve çalışma barışının bulunmadığı bir iş yaşamıdır.

HUKUKİ BOYUT

4857 sayılı İş Kanunu'nun 77. maddesinin birinci fıkrası hükmü uyarınca, işverenler, işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliğinin sağlanması için gerekli olan her türlü tedbiri almak ve bu tedbirlere ilişkin araç ve gereçleri eksiksiz olarak bulundurmaları zorundadırlar. Aynı maddenin ikinci fıkrasına göre ise, işyerinde alınan işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlemek; işçileri, mesleki riskler, bu risklere karşı alınacak önlemler ve haiz oldukları hak ve sorumluluklar konusunda bilgilendirmek ve işçilere işçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimi vermek de işverenlerin bu kapsamdaki sorumlulukları arasındadır. İşverenin işçi sağlığı ve iş güvenliğini sağlama yükümlülüğü, psikolojik tacizi önleme yükümlülüğünü de içermektedir. Aynı kanunun 5. maddesinde, işverenin işçilere karşı eşit davranma yükümlülüğü, oldukça geniş bir biçimde düzenlenmiştir.

MOBBİNGLE BAŞA ÇIKMAK

Mobbinge karşı, bireysel ve işyeri bazında bazı önlemler almak mümkündür.

1. **Bireysel mücadele önerileri:** Kişi işyerlerinde psikolojik tacize maruz kaldığını düşünüyorsa, öncelikli olarak içinde bulunduğu durumu sağlıklı bir şekilde değerlendirmelidir,
 - Çatışmadan kaçınmalı ve sakin olmalı
 - Psikolojik taciz eğer üst yönetim kadrosu tarafından gerçekleştirilmiyorsa konuyu üst yönetime uygun bir şekilde iletmeli
 - Psikolojik tacize uğradığını kanıtlayacak yazışma, not, mesaj, e-posta gibi bilgi ve belgeleri saklamalı
 - Yaşanılan sürece şahit olan/çalışma arkadaşları ile görüşmeli
 - Bu önlemler sonuç vermiyorsa, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın İletişim Merkezi Alo 170'i arayarak, işyerlerinde psikolojik taciz konusunda uzman psikologlardan veya ayrıca tıbbi ve hukuki destek almalı, sorunu işyerinde çözemediği takdirde konuyu yargıya taşımalıdır.
2. **Kurumsal mücadele önerileri:** İşyerlerinde psikolojik tacizle mücadele yöntemleri kuruma göre farklılık gösterir. İşyerleri, mobbing unsurlarının ortaya çıkması halinde, konu hakkında bilgi sahibi olmalı ve kurumsal yapıları kamuoyundaki itibarları ve marka değerlerini zarara uğratmamak için, bu tür uygulamalara karşı koruma altına alınmalıdır. Psikolojik tacizin işyerlerinde yaşanmaması ve/veya önlenmesi için:
 - İşyerleri, psikolojik tacizi önleyici politikalar geliştirmeli
 - İşçilere ve yöneticilere yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarını yapılmalı
 - İşyerinde psikolojik tacize teşebbüs eden kişiler için disiplin cezaları ve rehabilitasyon önlemleri alınmalı
 - Psikolojik taciz şikâyetleri dikkate alınarak adil çözüm yolları geliştirilmeli ve bu yöndeki iddiaların araştırılması ve soruşturulmasında "gizliliğin korunmasına" özel hassasiyet gösterilmelidir.

Psikolojik tacizin önlenmesi, gerek iş sağlığı ve güvenliği, gerekse çalışma barışının geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Bu doğrultuda, çalışanların psikolojik tacizden korunması amacıyla aşağıdaki Başbakanlık genelgesi yayınlanmıştır (38). Buna göre; işverenlerin çalışanların tacize maruz kalmamaları için gerekli bütün önlemleri almaları, tüm çalışanlar psikolojik taciz olarak değerlendirilebilecek her türlü eylem ve davranışlardan uzak durmaları belirtilmiş olup çeşitli önlemler sıralanmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak, işyerinde psikolojik taciz çok önemli ve acil olarak çözüm bulunması gereken, sadece kişiye değil ailesine, çevresine, topluma, kurumlara ve ülke

ekonomisine de olumsuz etkileri olan bir işyeri hastalığıdır. Soruna ilişkin farkındalığın sağlanması mücadelede en önemli unsurdur. Yaşanan durum ve sürecin adının konması, önlemlerin alınması, gerekli kanun ve yasaların oluşturulması, doğru bilgilendirilmenin sağlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Polat O, Pakiş I. Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz. ACU Sağlık Bil Derg 2012;3:211-7.
2. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplace. Violence Vict 1990;5:119-26.
3. Einarsen S, Skogstad A. Bullying at Work: Epidemiological Findings in Public and Private Organizations. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5(2):185-201.
4. Uysal HT, Yavuz K. Unseen Face of Mobbing in Organizations: Reverse Mobbing. Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2013;8(8);2171.
5. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu. Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Yayınları No:6, Nisan 2011.
6. Leymann H. The Mobbing Encyclopaedia, Some Historical Notes: Research and the Term Mobbing <http://www.leymann.se/English/11120E.HTM>. Erişim Tarihi 29.06.2016.
7. D Lewis. Voices in the Social Construction of Bullying at Work: Exploring Multiple Realities in Further and Higher Education. International Journal Management and Decision Making 2003;4(1):65-81.
8. Tınaz P, Ergin H, Bayram F. Çalışma Psikolojisi ve Hukuki Boyutlarıyla İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) 1.baskı, Beta Basım İstanbul 2008:11-28.
9. İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi. 27879 sayı ve 19.03.2011 tarihli Başbakanlık Genelgesi, Resmi Gazete.
10. Özkul B, Çarıkçı İK. Mobbing ve Türk Hukuku Açısından Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2010;(15):481-99.
11. Karaaahmet E. İki Olgu Sunumu Eşliğinde İşyerinde Yıldırmanın Psikiyatrik Yansımalarının Gözden Geçirilmesi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:388-91.
12. Leymann H, Gustafsson A. Mobbing at Work and The Development Of Post-Traumatic Stress Disorders. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5(2):251-75.
13. Leymann H. The Content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5(2):165-84.
14. Fox S, Stallworth LE. Racial/ethnic bullying: exploring links between bullying and racism in the US workplace. J Vocat Behav 2004;59:291-309.
15. Leymann H. The Content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5(2):165-84.
16. Tetik S. Mobbing Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2010;12(18):81-9.
17. Çobanoğlu ř. İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. Timaş Yayınları, 2005, İstanbul.

18. Zapf D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work, International Journal of Manpower 1999:20(1-2);70-85.
19. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Third edition. International Labour Office, 2006, Geneva.
20. ÇSGB İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu, Nisan 2011, Ankara.
21. Psikolojik Taciz (Mobbing) ile Mücadelede İşletme Rehberi, TİSK Yayınları, Yayın No: 321, 2.baskı Temmuz 2012.

BÖLÜM 2: AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMELLERİ 2

Konu 21

GENOGRAMLAR-1

İsmail Hamdi KARA

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders bir sunum ve ödevden oluşmaktadır. Katılımcıların bu ders sonunda gen haritası hakkında bilgi sahibi olmaları ve bir genogram çizebilmeleri amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Genogramı tanımlayabilmeli,
- Genogram bileşenlerini sayabilmeli,
- Uygulama endikasyonlarını sayabilmeli,
- Aile çemberini açıklayabilmeli,
- Kendi ailesinin genogramını çizebilmeli.

ÖZET

Genogram ailesel soy, aile ağacı, genolojik tablo olarak da adlandırılır. Genogram için standart şekil, sembol ve kodlar geliştirilmiştir. Böylece hekimlerin ortak bir genogram dili ile tıpkı bir EKG'nin değerlendirilmesinde olduğu gibi basit şekilde genogram oluşturabilmesi ve okuyabilmesi hedeflenmiştir.

Genogramlarda en az üç kuşak aile bireyleri grafik olarak gösterilir. Genogram bireylerin mesleklerini, yaşlarını, geçirmiş oldukları önemli hastalıkları, kaybettikleri aile bireylerini gösterdiği kadar çatışmalı ilişkilerini, aile üyelerine yakınlıklarını da gösterir. Genograma dair aile hekimliği topluluğunda PubMed taramasında ilk makale örneklerine 1980'li yıllarda rastlanmaktadır.

Günümüzde birçok elektronik genogram programı da kullanıma sunulmuştur. Genogramlar günümüzde tıp, psikiyatri, psikoloji, sosyal çalışma, genetik araştırma ve eğitim gibi çok çeşitli alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır.

TANIMLAR

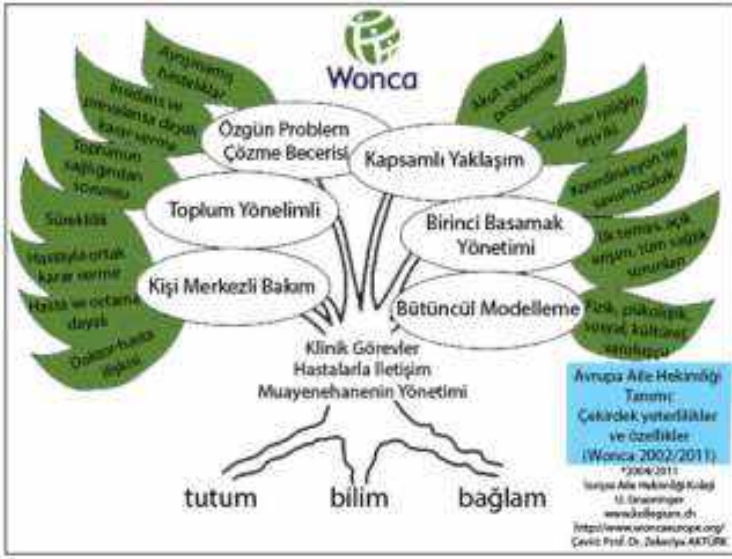
Genogram ailesel soy, aile ağacı, pedigri, genolojik tablo (McGoldrick-Gerson çalışması, Lapidus Şematik Çalışması veya Aile Diyagramı) olarak da adlandırılır (1-3). ***Aile genogramı, aile hakkında, biyo-psiko-sosyal, etno kültürel ve spiritüel bilgiler sağlayan, adeta ailenin portresini çizen bir araçtır.***

Önemli Noktalar

- Aile genogramı, aile hakkında, biyo-psiko-sosyal, etno-kültürel ve spiritüel bilgiler sağlayan, adeta ailenin portresini çizen bir araçtır.

Ailenin genetik alt yapısını ve şimdiki üyelerin bundan ne kadar ve nasıl etkilendiğini gösterir. Genogram için standart şekil, sembol ve kodlar geliştirilmiştir (Şekil 1), böylece hekimlerin ortak bir genogram dili ile tıpkı bir EKG'nin değerlendirilmesinde olduğu gibi basit şekilde genogram oluşturabilmesi ve okuyabilmesi hedeflenmiştir. Günümüzde bir çok elektronik genogram programı da kullanıma sunulmuştur. Burada “genogram” (gen haritası) kavramı, aile hekiminin pratik uygulamasında önemli bir oluşum olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaları yalnız bir birey olarak görüp, onları ailelerinden bağımsız olarak değerlendirmekle, sağlıklı bir tıbbi yargıya varmak mümkün değildir. Aile hekimlerinin hastalarının problemlerini tam anlamıyla çözebilmeleri, onların “aile” kavramının önemini anlamalarına ve hastalık konusundaki deneyimlerinin artmasına bağlıdır (3-6).

Genograma dair aile hekimliği topluluğunda ilk makale örneklerine 1980'li yıllarda rastlanmaktadır (PubMed: *genogram; family medicine*) (1). Genogramı, klinik uygulamalar için ilk kez geliştiren ve popüler hale getirenlerin ise 1985 yılında basılan “*Genograms: Assessment and Intervention*” isimli kitabı ile McGoldrick ve Gerson olduğu öne sürülmektedir. Genogramlar günümüzde tıp, psikiyatri, psikoloji, sosyal çalışma, genetik araştırma ve eğitim gibi çok çeşitli alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bazı pratisyen hekimler ve aile terapileri veren uzmanlar aile dinamiklerini açıklayabilmek ve kendi kişisel hasta kayıtlarını tutabilmek için genogramları güncel pratiklerinde kullanmaktadırlar (7, 8).



Şekil 1. Wonca Avrupa aile hekimliği tanımları

GENOGRAM NASIL ÇİZİLİR?

Genogramlarda en az üç kuşak aile bireyleri grafik olarak gösterilir. Genogram bireylerin mesleklerini, yaşlarını, geçmiş oldukları önemli hastalıkları, kaybettikleri aile bireylerini gösterdiği kadar çatışmalı ilişkilerini, aile üyelerine yakınlıklarını da gösterir (Şekil 2). Genogram görsel olarak farklı kuşaklarda devam eden gelen kalıpları ortaya çıkarır. Örneğin ailede ki bayanların bir kaç kuşaktır çok güçlü olduğu, ailede madde bağımlılıklarının sık görüldüğü gibi. **Genogram aile bireylerinden muayene sırasında var olanlarının verdiği bilgilerle ortaya konduğu için, belirli temel konularda mutabık kalırsa da farklı bakış açılarının olacağı mutlaktır.** Aile sistemleri terapisi uygulayan terapistlerin hizmetine son yıllarda genogram çizim programları sunulmuştur. Bu programları çizmek aslında daha uzun vakit alır, ama daha düzenli bir çizim sağlarlar. (12). Bu programlardan bazıları "[Genome Analytics Software](#)", "[iGenogram for iPad](#)", "[A Database of Genetic Analysis Software](#)" ve [genopro](#) vb. sayılabilir (7,12)



Şekil 2. Aile sistemleri terapisi genogram tekniğinde kullanılan ilişki sembolleri

Klinikte kullanım

- Klinisyenin kullanacağı teknik; basit şekilde rahat yorumlanabilecek ve yarar sağlayacak nitelikte olmalıdır. Temel amaç bir göz atımıyla bile gerekli bilgilerin çoğuna rahatça ulaşmak olduğundan, aile hikayesi basit ve anlaşılır olmalıdır. Kompleks bir genogram, ancak buna değeceğine inanıldığı zaman oluşturulmalıdır.
- Bir genogram, en az üç neslin tüm bireylerini, doğum ve ölüm tarihleri, evlenme ve boşanma tarihleri ile beraber içermelidir. Ayrıca, ölüm nedeni, iş, evlilik/ilişki durumu ve buna ait hikaye, aşırı yakın, çatışmalı veya uzak ilişkiler de bulunur.
- Aile bireyleri, ilk doğandan başlayarak soldan sağa doğru sıralanır. Her nesil tek bir hat üzerinde şekillendirilir. Aile sıralanırken kocanın simgesi sola yazılır.
- Aile isimleri her ana aile ünitesi altında olacak şekilde yazılır. Bireylerin adı, yaşı ya da doğum tarihleri belirtilerek sağ üst tarafa tarih atılır.
- Viziteye direk başvuran kişinin tıbbi bir problemi, kronik bir hastalığı gibi bir durumu olabilir. Bu tip bir kişinin varlığından dolayı genogram oluşturuldu ise; bu hastanın yanına bir ok işareti, çift kare (erkek hasta) veya çift daire (kadın hasta) konarak “*indeks hasta*” adı verilir.
- Genogram, ailenin hastalık üzerindeki etkisinin ve bireylerin hastalıklarının anlaşılmasını sağlayacak, en az 6 anahtar mesajı vermelidir:
 1. Ailenin yapısını,
 2. Aile yaşam döngüsünün evrelerini,
 3. Ailede kuşaklar boyu iletilerek tekrarlanan kalıpları (Örnek: hastalıkları, fonksiyonel durumları, somatizasyon vb.) (Şekil 3),
 4. Yaşam deneyimlerini, akut ve kronik stres durumlarını,
 5. Aile ilişkilerine ait kalıpları (Örnek: ebeveyn-çocuk üçgenleri, çatışmaları ve örüntüleri) (Şekil 3),
 6. Aile dengeleri ve dengesizlikleri (Örnek: aşırı fonksiyonel/fonksiyonsuz bireyler, aşırı kullanılan/az kullanılan medikal kaynaklar) (3,13-16).

Genogram Endikasyonları

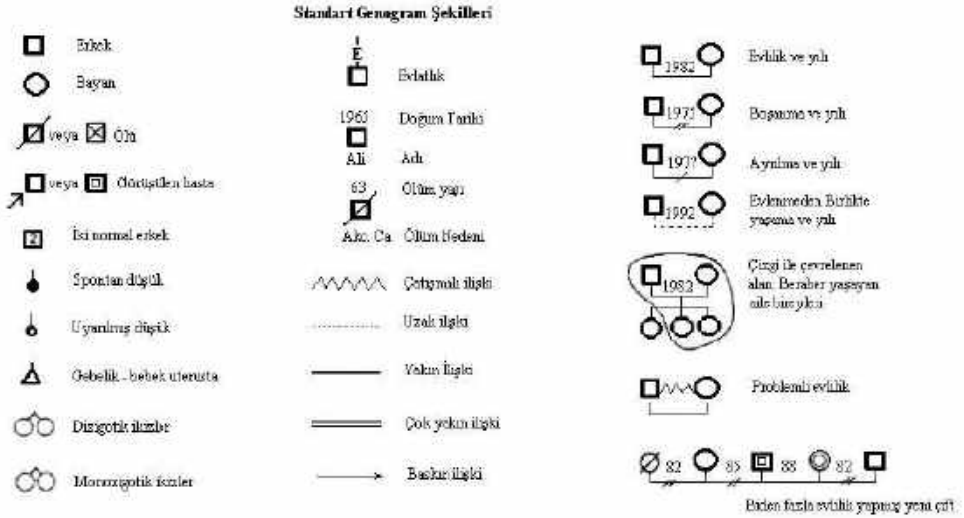
Genogramların özellikle aşağıdaki durumlarda kullanılması önerilmektedir:

- Tekrarlayan tıbbi sorunlar
- Kalıtsal hastalıklar
- Uyumsuz hastalar
- Somatize edilen sorunlar (baş ağrısı, karın ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı vs.)
- Psikosomatik hastalar (anoreksi, obezite, astım, diyabet vs.)
- Aile ilişkileri ve sorunları (bölünme, ayrılma vs.)
- Alkol ve madde kötüye kullanımı (3).

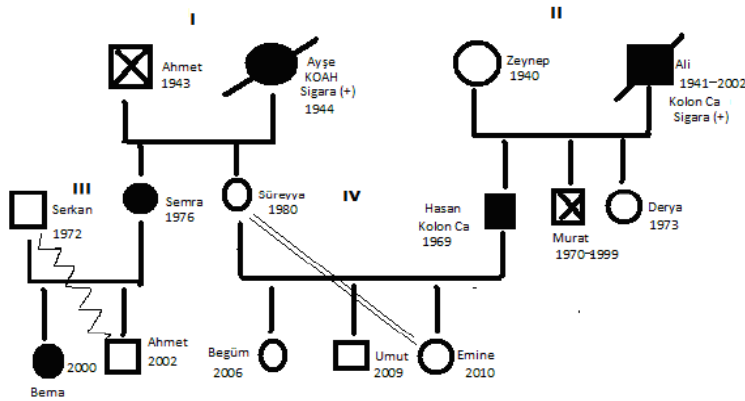
Klinik uygulamalarda genogram çiziminin faydaları:

- Birçok hasta, aile hekiminin kendisini ve sosyal ilişkilerini anlamak için gösterdiği çabadan memnun olmakta, hasta memnuniyetini ve uyumunu arttırmaktadır.
- Genogram tekniği ile aile bireyleri arasında ki ilişkiler, aile üyelerinin davranış biçimleri açıkça görülür. Birçok kişinin genogramında daha önce fark etmediği şeylerin farkına varılmaktadır. Görsel olarak aile yapısı tanınmış olur.
- Unutulan ya da anamnezde atlanan bir çok şey sistematik genogram çiziminde ortaya çıkarılabilir.
- Böylelikle hekimin hastalarının bireysel ve ailesel özelliklerini tanıma süreçleri hızlanır ve özellikle periyodik muayenede risklerin belirlenmesi ve ayırıcı tanı kolaylaşır.
- Evlilik terapisi uygulamalarında yapılan genogramlarda her iki eşinde aileleri birlikte çizilir. Genogram üzerinden aileler arasındaki kültür farklılıkları, bunun eşler için ne anlama geldiği tartışılabilir.
- Genogram çizimi aile hekimliği derslerinde ve stajlarında eğitim sırasında mutlaka öğrencilere anlatılmalı ve çizim teknik eğitimi verilmelidir. Öğrenciler kendi ailelerini ve ilişkilerini ortaya koyan genogram çizer ve diğer arkadaşlarıyla birlikte üzerinde çalışarak içgörü kazanabilirler.
- Genogram **grup çalışmalarında da kullanılabilir**. Grup üyelerinden birisi ortaya gelerek -ya da küçük gruplar içinde- diğerlerine genogramını gösterir. Bu aşamada eğitimci diğer grup üyelerinden yorumlarını, kendi iç dünyalarında uyandırdıklarını ya da genogram üzerinde ne gibi kaynaklar gördüklerini sorabilir (1-3,12).
- Genogram özel sağlık problemlerinin kalıtsal risklerini grafiksel olarak gösterdiği gibi, tarama, tanı ve tedaviye yönelik stratejiler sağlar. Ayrıca hekimin, ailenin durumunu çok hızlı değerlendirmesini sağlar.
- Diğer sağlık görevlilerinin (hemşire, doktor) hastayı daha rahat anlamalarını sağlar. Risk faktörlerinin (DM, obezite, KVH) diğer parametrelerle (hiperkolesterolemi) karşılaştırılmasını sağlar. Yüksek risk altındaki hastaların **erken** belirlenmesinde rol oynar (Örnek: meme kanserinin sık olduğu bir ailede mamografi önerilmesi gibi).
- Hayat tarzının değiştirilmesini, riskli hastaya daha fazla eğitim verilmesini sağlar (koroner arter hastalığı ve akciğer kanseri olan bireyde sigaranın bırakılması vb.).
- Model hastalar üzerinde standart semboller kullanılarak yapılan çalışmalarda aile hekimlerinin görüşme sırasında ortalama 16 dakikada gerekli sembolleri %83 oranında kayıt altına alabildiği belirlenmiştir. Yine standart genogram modelleri kullanılarak yapılan çalışmada, hekimlerin ailenin üç nesline dair 25

soruya %91-96 oranında doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Sonuç olarak genogramların, aile bireylerine ait kayıtların sembollerle kolayca kaydedilmesini ve hekimlere kayıt tutma konusunda yararlar sağlayabileceği görülmektedir (1-3).



Şekil 3. Genogramda kullanılan standart şekiller ve bunların kullanımı



Şekil 4. Genogram üç nesil içermelidir. III numaralı ailede Serkan ile oğlu Ahmet arasında çatışmalı ilişki; IV numaralı ailede ise anne Süreyya ile kızı Emine arasında yakın ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Genogramda I numaralı aileden Ayşe'nin ölüm tarihi verilmediği için ya bilinmiyor ya da eksik bırakılmıştır. Genogram şemasında I ve III no'lu ailelerde sadece X geni ile geçen ve Ayşe'den aktarılan bir hastalık olduğu

anlaşılmaktadır. II numaralı ailenin çocuklarından Murat doğum tarihi 1970, ölüm tarihi 1999 olarak verilmiş; fakat ölüm nedeni belirtilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Jolly W, Froom J, Rosen MG. The genogram. J Fam Pract. 1980;10(2):251-5.
2. Butler J. The Family Diagram and Genogram: Comparisons and Contrasts. American Journal of Family Therapy. 2008;36(3):169-80.
3. Kara İH, Özçakır A. Aile Ağacı (Genogram). Aile Hekimliği Uygulamaları, Bölüm 2. Editörler: Kara İH, Bozdemir N. Birinci Basamak Hekiminin Tanı ve Tedavi Kitabı. Adana: Nobel Kitabevi, 2010:95-7.
4. Curriculum Overview: Genogram of Medicine. UBC Department of Family Practice, 2000, <http://www.familypractice.ubc.ca/residency/currovergom.htm>. Erişim Tarihi: 27.06.2016.
5. McGoldrick M, Gerson R. Genograms in Family Assessment. In: Genograms: Assessment and Intervention New York: W.W. Norton, 1985.
6. Like BC, Rogers J, McGoldrick M. Reading and interpreting genograms: A systematic approach. J Fam Prac 1988;26(4):407-12.
7. Wikipedia, the free encyclopedia. <https://en.wikipedia.org/wiki/Genogram>. Erişim Tarihi:27.06.2016.
8. Rakel RE. The Family Genogram. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. Sixth edition. Philadelphia: Saunders Com, 2002:19-30.
9. Ulusal ÇEP-2014 çekirdek eğitim programı (ÇEP) yeterlilikleri. <http://www.tipdek.org/pdf/ulusalcep2014.pdf>. Erişim Tarihi: 27.06.2016.
10. Wonca Avrupa Aile Hekimliği Tanımları. <http://www.woncaeuropa.org/gp-definitions>. Erişim Tarihi: 27.06.2016.
11. Set T, Aktürk A, Ateş E, Avşar Ü, Taştan K. Mezuniyet Öncesi Aile Hekimliği Eğitimi: WONCA ve ÇEP Çerçevesinde Bir Program Önerisi. Euras J Fam Med 2015;4(1):7-16.
12. Aydın FT. <http://psikoterapi.info.tr/aile-sistemleri-terapisi/>. Erişim Tarihi: 27.06.2016.
13. Crouch MA, Davis, T. Using the Genogram (Family Tree) Clinically. In MA Crouch, L. Roberts (Eds.). The Family in Medical Practice: A family Systems Primer. New York: Springer-Verlag, 1986:174-92.
14. Dopson CC, Harper MB. Unresolved grief in the family. Am Fam Physician 1983;27:207-11.
15. Aktürk Z. Aile genogramı (sunum). Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği ders notları, 2005, www.ailehekimligi.trakya.edu.tr. Erişim Tarihi: 27.06.2016.
16. Özçakır A. Aile genogramı. Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Ders Notları, <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/ders3.html>. Erişim Tarihi: 27.06.2016.

Konu 22

AİLE HEKİMLİĞİNDE MORBİDİTE PATERNLERİ

Yaşar KOŞAR

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda öğrencilerin toplumsal sağlık ölçütleri içinde önemli bir yeri olan “Aile hekimliğinde morbidite paternleri” ile ilgili olarak bilgi edinmeleri amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- “Morbidite, morbidite ölçütleri, morbidite paternleri” kavramlarını açıklayabilmeli,
- Aile hekimliği pratiğinde “morbidite paterni” kavramının önemini açıklayabilmeli,
- Morbidite paterni kavramının aile hekimliğinin diğer uzmanlık dalları açısından neden farklı olduğunu açıklayabilmeli,
- Aile hekimliği pratiğinde sık görülen hastalıkları sayabilmeli,
- Aile hekimliği uzmanlığının sağlık hizmetlerindeki önemini açıklayabilmeli.

ÖZET

Topluma ait hastalık ve sağlıkla ilgili problemlerin ortaya konması, bu doğrultuda sağlık politikalarının, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici çalışmaların planlaması ve uygulanması, sağlıklı bir toplum ve gelecek açısından önem arz etmektedir. Toplumun sağlık hizmetleri bağlamındaki ihtiyaç ve gereksinimlerinin ortaya konmasında en etkili yöntemlerden birisi morbidite paternlerinin belirlenmesidir. Morbidite paternleri toplumdan topluma değişiklik gösterebilmekte olup, her ülkenin kendi sağlık durumunu objektif olarak değerlendirmesi ve uygun tedbirler alması sağlıklı ve kaliteli bir yaşam standardı için gereklidir.

Sağlık sistemine ilk giriş noktasını oluşturan, ayırım gözetmeden sağlık ile ilgili tüm konularda bireye özgü ve toplum yönelimli çalışmalarda bulunan aile hekimleri, hastalıklar açısından akut ve kronik ayrımı yapmamakta, insidans ve prevalans verilerinden de faydalanarak karar oluşturma sürecini yönetmektedir. Aile hekimlerinin kendi içinde bulunduğu toplumun morbidite paternlerine göre günlük pratiğine yön vermesi, esasen toplumun sağlığını daha iyiye götürmek ve geliştirmek için gerekli temel faktörlerden birisidir. Bu şekilde bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine ulaşımı daha kolaylıkla sağlanabilecektir.

Bu yazıda morbidite, morbidite paternleri ve ilgili diğer kavramlar aile hekimliği bakış açısıyla değerlendirilmiş, birey ve toplum sağlığı açısından önemi ve gerekliliği çeşitli örneklerle tartışılmıştır.

GİRİŞ

Morbidite Latince hasta, sağlıklı anlamına gelen morbidus kelimesinden köken almakta olup, tıp literatüründe herhangi bir sebebe bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklı durum, sakatlık, kötü sağlık durumunu ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu terim teorik olarak fizyolojik veya psikolojik olarak iyi olma halinden, sübjektif veya objektif bir kopuş, bozulma durumunu tariflemektedir (1,3). Uygulamaya bakıldığında morbidite kavramı hastalıkları, sakatlıkları, yaralanmaları kapsamakta olup araştırmacılar tarafından hastalık ve sekellerinin insidans ve prevalans hızlarının değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Morbidite paterni kavramı ise belirli bir zaman aralığında, belirli bir popülasyonun hastalık, sakatlık ve benzeri daha çok sağlıkla ilgili faktörler açısından toplumun içinde bulunduğu seviyeyi veya durumu ortaya koyan bir tanımlamadır (3-6).

MORBİDİTE - NÜFUS İLİŞKİSİ

Morbidite kavramı toplumdaki hastalıkların ve sakatlıkların tipleri ve seviyeleri konularında da bilgiler sunmaktadır. Özellikle nüfus istatistikleri konusundaki çalışmalar için hastalıkların statik ve dinamik temellerini ortaya koymakta ve bu parametrelerin mortalite ile ilişkisini ve yansımalarını da açıklayabilmektedir. Statik açıdan bakıldığında hastalık profilleri ve bunların dağılım durumları ile ilgili bilgiler verilirken, dinamik açıdan değerlendirmelerde nüfus değişimleri (nüfusun büyüklüğü, kompozisyonu ve dağılımı gibi konular) ile morbidite paternleri arasındaki bağlantılara odaklanılmaktadır. Ulusal ve yerel nüfusta meydana gelen değişimler, o topluma ait morbidite paternlerinin de değişmesine sebep olabilmektedir (3-5).

Morbidite paternleri nüfus ilişkisine örnek olarak özellikle gelişmiş toplumlarda tıp alanında sağlanan ilerlemelerin etkisiyle beklenen yaşam süresi artmış, toplum yaşlanmış ve morbidite paternleri de değişime uğramıştır. Bir dönemler kızamık, kızamıkçık gibi enfeksiyöz patolojilere bağlı yaygın ve baskın olarak görülen akut hastalıklar yerini kanser, kalp damar hastalıkları, obezite gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bırakmıştır (3-6).

Türkiye'de 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam popülasyon içindeki oranı; 1990'lı yıllara kadar %5'in altında seyrederken; 2000'li yıllardan itibaren %5'in üzerine çıkarak

Önemli Noktalar

- Morbidite paternleri bir toplumun hastalık, sakatlık ve benzeri sağlıkla ilişkili faktörler açısından içinde bulunduğu durumu ortaya koyar ve sağlık politikaları açısından analiz imkanı sağlar.
- Tıp ve mühendislik alanında sağlanan gelişmelerin etkisiyle beklenen yaşam süresi artmış, toplum yaşlanmış ve morbidite paternleri de değişime uğramıştır.
- Prevalans ve insidans hızları en yararlı morbidite ölçütleri arasında yer almaktadır
- Düşük prevalans hekimliği bağlamında; bazı hastalıklar ilgili uzmanlık dallarında yüksek prevalansta görülürken, aile hekimliği pratiğinde toplumdaki sıklıklarına daha yakın olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında birinci basamak yönelimli aile hekimliği gerçek prevalans hekimliği yüzdelerine daha yakın olarak hizmet vermektedir.
- Yapılan bazı çalışmalarda birinci basamak hekim sayısındaki belirli bir artışın mortalite seviyelerinde belirli oranlarda düşüşle ilişkili olduğu ve bu yararın birinci basamak hekiminin aile hekimi olduğu durumlarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

önemli bir değişiklik göstermiştir. Doğurganlıktaki azalma ile beraber yaşlı popülasyonun toplam nüfustaki oranı gittikçe yükselmektedir. İç göçteki hıza bağlı olarak özellikle kırsal bölgelerde yaşlılık yüzdelerinde daha hızlı bir artış görülmektedir. 2015 yılında %8,2 olan 65 yaş ve üstü nüfus yüzdesinin 2050 yılında %17,6'ya çıkacağı öngörülmektedir. 2008-2015 yılları arası çalışma dönemi dışındaki nüfus (0-14 ve 65 yaş ve üstü) ve çalışma dönemi nüfusu (15-64 yaş) oranlarını gösteren veriler Tablo 1'de sunulmuştur (7-9).

Tablo 1. Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 2008-2015

Yıl	Yaş grubu	Toplam %	Erkek %	Kadın %
2008	0-14	26,3	26,9	25,7
	15-64	66,9	67,2	66,6
	65 +	6,8	6,0	7,7
2010	0-14	25,6	26,2	25,0
	15-64	67,2	67,5	66,8
	65 +	7,2	6,3	8,2
2012	0-14	24,9	25,5	24,4
	15-64	67,6	68,0	67,1
	65 +	7,5	6,5	8,5
2015	0-14	24,0	24,5	23,4
	15-64	67,8	68,3	67,3
	65 +	8,2	7,2	9,3

Kaynak: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları, 2008-2015

MORBİDİTE ÖLÇÜTLERİ

Toplum sağlığı açısından ihtiyaçların doğru bir şekilde tespit edilmesi, sağlık hizmeti sunumlarının toplumun morbidite paternlerine uygun olarak planlanması ve önceliklerin belirlenmesi konusunda morbidite ölçütleri ile önemli bir veri kaynağı sağlanmaktadır. Çeşitli morbidite analizleri için birçok ölçüt tipi bulunmakla birlikte en kullanışlı olanlar arasında prevalans ve insidans hızları bulunmaktadır. İnsidans bir toplumda belirli bir sürede görülen bir hastalık veya duruma ait yeni olgu sayısını ifade etmektedir. Prevalans ise belirli zamanda bir toplumdaki bir hastalık veya durumun bulunduğu olguların tamamının sayısını ifade etmektedir (3,10).

Prevalans ve insidans sayıları hız şeklinde tanımlandığında daha faydalı olmaktadır. Hız, vaka sayılarının risk altında bulunan popülasyondaki birey sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Buna göre prevalans hızı bir toplumdaki belirli bir dönemde bulunan tüm vakaların risk altındaki nüfus sayısına bölümü şeklinde tanımlanır. İnsidans hızı ise

bir toplumda belirli bir dönemde ortaya çıkan yeni vaka sayısının risk altındaki nüfus sayısına bölümü şeklinde tanımlanmaktadır. Kronik ve uzun seyirli hastalıklarda prevalans hızı daha uygun bir ölçüt iken; insidans çoğunlukla akut ve kısa seyirli hastalıklar için uygun bir ölçüttür. İnsidans hızı ve hastalığa maruziyet süresi prevalans hızını da etkilemektedir. Prevalans hızının düşük seyrettiği durumlarda kabaca insidans hızı ile ortalama hastalık süresinin çarpımı prevalans hızını verebilmektedir (10,11,12).

Farklı hastalık gruplarında prevalans ile insidans arasındaki ilişkiler de farklı olabilmektedir. Diyabet örneğini ele alırsak, bu kronik hastalıkta prevalans yüksek, insidans ise prevalansa göre daha düşük seyretmektedir. Diğer taraftan soğuk algınlığı gibi daha kısa süreli ve olguların daha çabuk iyileşebildiği durumlarda insidans yüksek prevalans düşük seyredebilmektedir. Prevalans hızını arttıran faktörler arasında; *hastalık döneminin uzun olması, tanı olanaklarının artması ve bildirim sistemlerinin daha etkin çalışması sonucu vakaların daha etkin tespiti, sağlıklı bireylerin başka bir topluma göçü, hasta bireylerin topluma dışarıdan yerleşmesi, tedaviye bağlı tam kür sağlanmadan hastalık süresinin uzaması* gibi durumlar sayılabilir. Bir hastalığın veya sağlıkla ilgili problemin ciddiyetini ortaya koyan bir diğer ölçüt de olgu-fatalite hızıdır. Bir toplumda belirli bir süre içinde incelenen hastalığa bağlı ölenlerin sayısının yine aynı süre içerisindeki hastalığa yakalanan kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir. Olgu-fatalite hızı düşük olan hastalıklarda mortaliteden ziyade morbidite verileri daha çok fayda sağlayabilmektedir (3,10,11).

MORBİDİTE PATERNLERİ

Toplumların morbidite paternleri klinisyenler, sağlık yöneticileri, epidemiyologlar gibi bir çok araştırmacı için merak ve çalışma alanı konusu olmuştur. Bir toplumun morbidite paternlerini ortaya koymak ve yorumlamak için hedef popülasyona ait morbidite trendlerinin bilinmesi önemlidir (3,10). Aşağıda ülkemiz ve dünyada aile hekimliği pratiğinde görülen morbidite trendleri ile ilgili örnekler verilerek konunun daha iyi kavranması hedeflenmiştir.

Tıp alanındaki ilerlemeler sonucunda özellikle gelişmiş ülkelerde akut enfeksiyöz patolojilere bağlı ölümlerin azalması ve tedavi kürlerinin artması sonucunda kronik hastalıklar, gelişimsel bozukluklar, kanserler, davranışsal bozukluklar gibi sağlık sorunları daha çok hekimlerin karşısına çıkan problemler halini almıştır (4,5,10).

Aile hekimliği pratiğinde hasta yakınmaları diğer uzmanlık dallarına oranla oldukça farklılıklar gösterebilmektedir. Genel olarak bakıldığında solunum yolu şikayetleri ve ilgili enfeksiyon hastalıkları aile hekimliği polikliniklerinde yüksek insidans hızları ile görülebilmektedir. Diğer taraftan kronik hastalıklar açısından hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları, depresyon, diyabet, romatolojik problemler gibi süregen sorunlar da aile hekimlerinin sıklıkla karşılaştıkları hastalıklar arasındadır. Diğer uzmanlık dallarını morbidite paternleri açısından kendi içerisinde analiz edecek olursak aile hekimliği ile olan farklılıklar daha net olarak anlaşılacaktır. Düşük prevalans hekimliği bağlamında; bazı hastalıklar ilgili uzmanlık dallarında yüksek prevalansta görülürken, aile hekimliği pratiğinde toplumdaki sıklıklarına daha yakın olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında birinci basamak yönelimli aile hekimliği gerçek prevalans hekimliği yüzdelerine daha yakın çalışmaktadır (4,5,12). Birinci basamakta çalışan hekimlere

majör hastalık kategorilerine göre başvuru durumunu gösteren Amerikan Ulusal Ayaktan Sağlık Hizmetleri Araştırması Tablo 2' de verilmiştir (5,13). Türkiye'de hane halkları üzerinde yapılan ve kurumsal alanlardaki popülasyonun kapsam dışı tutulduğu 2014 yılı Ağustos- Ekim dönemine ait 15 yaş üstü bireylerde en sık görülen hastalık ve sağlık sorunları ile ilgili araştırma sonuçları Tablo 3'de sunulmuştur (14,15).

Tablo 2. Birinci basamakta çalışan hekimlere majör hastalık kategorilerine göre başvuru durumu yüzdeleri

Major Hastalık Kategorileri (ICD-9-CM**'ye göre)	Yüzdeler
Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar	2,8
Neoplazmlar	4,1
Endokrin, beslenme ve metabolik ve immün hastalıklar	5,9
Mental hastalıklar	4,9
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	8,9
Dolaşım sistemi hastalıkları	8,5
Solunum sistemi hastalıkları	11,5
Sindirim sistemi hastalıkları	3
Genitoüriner sistem hastalıkları	4,4
Deri ve subkutan doku hastalıkları	4,6
Kas iskelet ve bağ dokusu hastalıkları	8,4
Semptom, belirti ve rahatsızlık durumları	6,3
Yaralanma ve zehirlenme	4,7
Ek sınıflamalar	18,6
Tüm diğer tanılar**	2,7
Bilinmeyen***	0,9

* *Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, Dokuzuncu Basım, Kliniğe Uyarlanmış*

** *Kan ve kan yapıcı organlar, gebelik ve komplikasyonları, doğum ve puerperium, konjenital anomaliler, perinatal dönemde ortaya çıkan çeşitli sorunlar, kodlanamayan tüm girişler*

*** *Boş tanuları da içerir*

Tablo 3. On beş yaş üstü bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı, 2014

Hastalık/sağlık sorunu	Toplam	Erkek	Kadın
Bel bölgesi problemleri (bel ağrısı, bel fıtığı, diğer bel defektleri)	33	26,5	39,3
Boyun bölgesi problemleri (boyun ağrısı, boyun fıtığı, diğer boyun defektleri)	21,3	14	28,5
Hipertansiyon	16,1	11,2	20,9
Alerji (alerjik rinit, dermatit, yiyecek vb. alerjisi) (alerjik astım hariç)	12,1	8,9	15,3
Depresyon	11	7,4	14,5
Diyabet	9	6,8	11,1
Koronar kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm)	8,5	7,4	9,5
Alzheimer	8,2	6,2	9,8
Artrit	8	5,4	10,6
Astım (alerjik astım dahil)	7,9	5,2	10,5
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (Kronik bronşit, amfizem)	7,7	6,3	9,1
İdrar kaçırma, idrarı tutamama	7,5	4,8	10,2
Böbrek problemleri	7,5	6,2	8,7
Kalp krizi	2	2,1	1,9
Karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği	1,6	1,4	1,8
İnme-felç (beyin kanaması, serebral tromboz)	0,8	0,9	0,8

Tablo 4. 0-6 yaş grubundaki çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalıkların cinsiyet ve yıllara göre dağılımı

Hastalık	2010			2012			2014		
	Kız	Erkek	Top.	Kız	Erkek	Top.	Kız	Erkek	Top.
Üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsillit, orta kulak iltihabı vb.)	31,0	32,2	31,6	27,0	28,2	27,6	40,9	42,8	41,9
İshal	23,9	27,1	25,5	26,1	29,7	27,9	32,7	33,7	33,2

Bulaşıcı hastalıklar (suçiçeği, kabakulak vb.)	9,3	10,0	9,6	11,5	11,9	11,7	9,4	6,2	7,8
Kansızlık (demir eksikliği anemisi vb.)	9,1	9,6	9,4	9,0	9,4	9,2	10,3	11,4	10,8
Ağız ve diş sağlığı sorunları	7,4	8,2	7,8	8,8	8,6	8,7	9,1	9,6	9,3
Alt solunum yolu enfeksiyonu (zatürre vb.)	6,6	8,6	7,6	5,9	6,3	6,1	10,1	10,1	10,1
İdrar yolu enfeksiyonu	7,1	4,6	5,9	6,8	3,3	5,0	6,1	3,2	4,6
Cilt hastalıkları	2,7	3,2	3,0	2,8	4,0	3,4	4,7	5,9	5,3
D vitamini eksikliğine bağlı kemik bozuklukları (raşitizm)	2,1	2,0	2,0	1,5	2,0	1,7	2,0	2,5	2,3

Fiziksel büyüme ve gelişimsel değişiklikleri ile diğer yaş grubundaki bireylerden farklı olarak ele alınması gereken önemli bir popülasyonu çocuklar oluşturmaktadır. Aile hekimi çocukların sağlık kontrollerinin değerlendirildiği süreç boyunca fiziksel ve gelişimsel değişikliklerin normal aralıklarına vakıf olmalıdır. Çocuğun ailesi ve sosyal çevresi bağlamında, aile merkezli pediyatrik bakım desteğinin verilmesi konusunda aile hekimi önemli bir şansa sahiptir. Çocukluk çağı morbidite ve mortalite paternlerine bakacak olursak gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklar, malign hastalıklar, kistik fibrozis, pediyatrik ve yenidoğan yoğun bakım gibi durumlar ön sıralardaki problemleri oluştururken, gelişmekte olan ülkelerde çocuk ve infant mortalite hızının yüksekliği, enfeksiyonlar, malnütrisyon durumları, sanitasyon, temiz su ve besin hijyeni yetersizlikleri önde gelen sağlık sorunları arasında görülmektedir (4). Türkiye’de 0-6 yaş grubu çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalıkların cinsiyet ve yıllara göre dağılımı Tablo 4’te verilmiştir (17).

Morbidite paternleri temelde önlenabilir başlıca hastalık sebeplerini ortaya koymaktadır. Toplumlar önlenabilir sağlık sorunlarından etkilenmektedir. Mortalite dataları ölümcül durumlar ile ilgili belirli bir düzeyde sınırlı bir bilgi sunmaktadır. Morbidite verileri ise hastalık yükünün diğer önemli bir yönünü sergilerken genellikle mortalite eğilimlerinin sebeplerinin açıklanmasında fayda sağlar (3,10,15). Ülkemize özgü en sık görülen mortalite sebepleri Tablo 5’te verilmiştir (18).

Aile hekimliği ve birinci basamak perspektifinden bakıldığında, yapılan araştırmalar, bir ülkedeki birinci basamak hizmetlerinde artışın sağlanmasıyla, sağlık maliyetlerinde ve mortalite seviyelerinde düşüş elde edildiğini göstermektedir (19).

Sağlık göstergelerine etki eden başlıca etkenlerin araştırıldığı ABD’nin 50 eyaletini kapsayan bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin fazla olduğu bölgelerde mortalite seviyelerinin azaldığı, fakat buna oranla branşlaşmanın daha yüksek olduğu bölgelerde

sağlık verilerinde kötüleşme görüldüğü ortaya konulmuştur. Diğer taraftan aynı çalışmada birinci basamak hekim sayısında %20'lik bir artışın mortalite seviyelerinde %5'lik bir düşüşle ilişkili olduğu ve bu yararın birinci basamak hekiminin aile hekimi olduğu durumlarda daha yüksek olduğu görülmüştür (19).

Tablo 5. Türkiye'deki ölüm nedenlerinin dağılımı

	2014, %	2015, %
Dolaşım sistemi hastalıkları	40,0	40,3
İyi ve kötü huylu tümörler	20,4	20,0
Solunum sistemi hastalıkları	10,6	11,1
Endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar	5,1	5,0
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	4,3	4,9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	5,3	4,5
Diğer (enfeksiyon ve paraziter hastalıklar, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.)	14,4	14,2

Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir

Sigara kullanımı dünya çapında önlenemez başlıca morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. DSÖ verilerine göre yılda yaklaşık 5 milyon ölüm sigara tüketimine bağlı olarak oluşmakta ve 2030 tarihine kadar bu rakamın 8 milyon seviyelerine çıkması beklenmektedir. Ülkemizde tütün mamullerine karşı mücadele 4207 sayılı yasa çerçevesinde daha da güçlü olarak sürdürülmektedir (15). Her hekimin sigara kullanıcılarına bırakmayı tavsiye etmesinin, bağımlıların yaklaşık %2,5'inde sigaranın başarılı bir şekilde bırakılmasında fayda sağladığı gösterilmiştir. Sigaranın bırakılmasında toplum odaklı birincil bakım açısından hekimlerin anahtar bir rolü bulunmaktadır. Aile hekimleri tütün bağımlılığını sık müdahaleler ile araya girilmesi gereken bir kronik hastalık olarak değerlendirmelidir (4). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 ve 2012 verileri Tablo 6'da sunulmuştur (20).

Tablo 6. 15 yaş üstü bireylerin tütün ve tütün mamulü kullanma oranı

Tütün kullanma durumu					
Her Gün		Ara Sıra		Şu anda kullanmıyor / Hiç kullanmamış	
2008	2012	2008	2012	2008	2012

Toplam	27,4	23,8	3,9	3,3	68,7	72,9
Erkek	43,8	37,3	4,1	4,1	52,1	58,5
Kadın	11,6	10,7	3,6	2,4	84,8	86,8
Kent	28,9	25,7	4,1	3,3	67,0	70,9
Erkek	43,9	38,9	3,9	4,1	52,2	56,9
Kadın	14,5	13,0	4,2	2,6	81,3	84,4
Kır	23,9	18,9	3,3	3,1	72,8	77,9
Erkek	43,6	33,3	4,5	4,2	51,9	62,5
Kadın	5,0	4,7	2,2	2,0	92,8	93,2

Not: Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

SONUÇ

Toplumların hastalık, sakatlık ve sağlıkla ilgili düzeylerinin ortaya konulması, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında önemli faktörler arasındadır. Esasen aile hekimliğindeki morbidite paternleri toplumun sağlık göstergelerinin önemli bir bölümünü yansıtmakta ve alınması gereken önlemler açısından bir rehber görevi yapmaktadır. Sağlık sorunlarını içinde bulunduğu toplumun insidans ve prevalans değerlerini de göz önüne alarak günlük pratiğini şekillendiren aile hekimleri temel yeterlikleri gereği akut ve kronik hastalık ayırımı yapmadan bireyleri sağlık ile ilgili ihtiyaç duydukları tüm konularda desteklemektedir. Bu gibi özellikleriyle aile hekimliği toplumun sağlığını daha ileri seviyelere çıkarabilecek morbidite ve mortalite seviyelerinde azalmaya neden olabilecek donanımda bir disiplindir. Bu gibi açık nedenlerden ötürü sağlık politikalarının şekillenmesi kapsamında, sağlık sisteminin merkezinde ağırlıklı olarak yer verilmesi gereken yapı aile hekimliği uzmanlığı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dorland W. Dorland's Illustrated Medical Dictionary³²: Dorland's Illustrated Medical Dictionary. Elsevier Health Sciences, 2011. p.1180-1181.
2. Porta M. (ed.). A dictionary of epidemiology. Oxford University Press, 2014.
3. Pol LG., Thomas RK. The demography of health and health care. Springer Science & Business Media, 2000.p.177-213.
4. Rakel RE, Rakel D. Textbook of family medicine. Elsevier Health Sciences, 2011.p.25-101.
5. Mcwhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. Oxford University Press, 2009.p.1-248.
6. Singleton JK. Primary Care: An Interprofessional Perspective. Springer Publishing Company, 2014.p.1-62.

7. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, Genel Nüfus Sayımları – ADNKS. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1588. Erişim Tarihi: 22.06.2016.
8. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No DPT, 2007, 2741.
9. Günsoy G., & Tekeli, S. (2015). Nüfusun Yaşlanması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Analiz. Amme İdaresi Dergisi, 48(1).
10. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology. World Health Organization, 2006.
11. Katz DL., et al. Jekel's Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine. Elsevier Health Sciences, 2013.p.16-31.
12. Avrupa WONCA (2005). Aile hekimliği Avrupa tanımı Türkçe çevrisi. Basak O. Saatçi E.(Eds). Türkiye aile hekimliği uzmanlık derneği yayınları no: 4. 2011.
13. Cherry DK, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2005 summary. Adv Data. 2007;29:(387):1-39.
14. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 15 yaş ve üstü bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2376. Erişim Tarihi: 22.06.2016.
15. Ünal, B., et al. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2013.
16. Lissauer T, Clayden G (ed.). Illustrated Textbook of Paediatrics: With student consult Online Access. Elsevier Health Sciences, 2011.p.1-11.
17. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 0-6 yaş grubundaki çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalıkların cinsiyete göre dağılımı. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2374. Erişim Tarihi: 22.06.2016.
18. Türkiye’de ölüm nedenlerinin dağılımı. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>. Erişim Tarihi: 11.07.2016.
19. Starfield B, Shi L, Grover A, et al: The effects of specialist supply on populations’ health: assessing the evidence. Health Aff (Millwood) 2005; 24.
20. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Bireylerin tütün ve tütün mamulü kullanma oranı, 2008, 2012. http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=13142&tb_id=. Erişim Tarihi: 22.06.2016.

Konu 23

ORTAMA UYGUN SAĞLIK HİZMETİ

Tanju YILMAZER

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı; öğrencilerin aile hekimliği sağlık hizmeti sunumu ilkeleri içinde yer alan ve son yıllarda önem kazanan “Ortama Uygun Sağlık Hizmeti” konusunda bilgi sahibi olmaları ve hizmet sırasında bu konunun önemini kavramalarının sağlanmasıdır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Ortama uygun sağlık hizmetinin aile hekimliği içindeki yerini açıklayabilmeli,
- Ortama uygun sağlık hizmeti uygulaması sırasındaki yaklaşım sıralamasını tartışabilmeli,
- Ortamla ilgili hataların hasta takibi ve hastalık yönetimindeki önemini açıklayabilmeli,
- Ortama ilişkin sorunlar konusunda ipuçlarını tanıyabilmeli.

ÖZET

Aile hekimliğinin temel yeterlilikleri ve özelliklerinin üç alan üzerinde gerçekleşmesi gerekir. Bunlar, klinik görevler, hastalarla iletişim, aile hekimliği uygulama merkezinin (muayenehane) yönetimidir. Çekirdek yeterliklerin uygulanmasında ise bağlamsal, tutumsal ve bilimsel üç özellik temel kabul edilmelidir.

Aile hekimliğinde etkili bir klinik uygulamada ve karar verme sürecinde hastanın mevcut yakınmaları dışında koşullarının ve bireysel ihtiyaçlarının da ele alınması gerektiği bilinmektedir.

Ortama bağlı hatalar (contextual error) ise hastanın çevresi, davranış şekli, ekonomik durumu veya bakım ve sosyal destek sistemlerinin ele alınmaması durumunda yaşanır. Sağlığı geliştirecek, tedaviyi ve rehabilitasyonu kolaylaştıracak hizmet şekillerinde ortam ve bağlama dikkat edilmesi konusu ön plana çıkmaktadır.

GİRİŞ

Klinik bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği'nin kendine özgü bir kanıt temeli ve klinik uygulaması vardır. WONCA'nın (Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Kolejlere, Akademileri ve Dernekleri Birliği, kısa isimlendirmeye "Dünya Aile Hekimleri Örgütü") tanımına göre; aile hekimi herkese kapsamlı bakım sağlama sorumluluğunu taşımaktadır. Yine aynı tanıma göre; aile hekimliğinin temel yeterlilikleri ve özelliklerinin üç alan üzerinde gerçekleşmesi gerekir. Bu alanlar klinik görevler, hastalarla iletişim ve aile hekimliği uygulama merkezinin (muayenehane) yönetimidir (Şekil 1).

Önemli Noktalar

- Ortama dayalı/bağlamsal yaklaşımın önemi
- Ortama bağlı tıbbi hatalar
- Bağlamsal hata ipuçları

Çekirdek yeterliklerin uygulanmasında üç özellik ise temel kabul edilmelidir; bağlamsal, tutumsal ve bilimsel (Şekil 1).



Şekil 1. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek yeterlilikler ve özellikler

Görüldüğü gibi çekirdek yeterliliklerin uygulanmasında temel kabul edilen kavramlardan birisi; "bağlamsallık"tır. Bu terim aile hekimliği uygulaması sırasında

kişi, aile, toplum ve kültürleri arasında bağlantısal ilişkiler kurmayı içermektedir. Bağlamsallık dendiğinde kastedilen ise; “Ortama Uygun Bir Sağlık Hizmeti”dir.

Donnelly'nin; kanıta dayalı tıp uygulamalarının öncüsü kabul edilen David Sacket'in 1996 tarihli makalesinden aktardığı şekliyle; “İyi hekimler hem bireysel tıbbi deneyimlerini hem de mevcut olan en iyi kanıtları kullanırlar. Ancak tek başına ikisi de yeterli olmaz. Kinik deneyim olmadan yapılan tıbbi uygulamalar bir anlamda kanıtların baskısı altında ezilirler. Bunun yanında mükemmel düzeyde denebilecek kanıtlar bile her hasta için uygulanamaz ya da hatta uygunsuz bile olabilir.”

Tam tersinin gerçekleştiği durumda ise; mevcut kanıtlardan yararlanmazsak, tıbbi uygulamamız ideolojilerin ya da hastanın ortam ve tarzı ile hiç uygun olmayan bazı yan uygulamaların baskısında kalmış olur. Kanıtlar ve iyi bir tıbbi değerlendirme ile birlikte olan hastanın sağlıkla ilgili inanç ve davranışları etkili bir tedavinin tarifinin önemli parçalarındandır (1).

Ortama uygun bir sağlık modelinde;

- Hastanın tanımlanmasına yardımcı olunmalı,
 - o Hangi ortam faktörlerinin araştırılacağı,
 - o Hangi sırayla ele alınacağı belirtilmeli.
- Semptomların hastanın yaşamındaki yeri araştırılmalı,
- Hekimin buradaki rolü açıklanmalı,
- Hekimin bu rolü ve hastanın ortamı ile uyumlu bir tedavi modeli geliştirilmelidir.

Ortam değerlendirilirken bir kaç hiyerarşik sınıflama ele alınabilir: Üst ortam ve alt ortam gibi.

Üst ortam; aile, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek, yapılan iş, boş zamanlarda yapılanlar ve sosyal destekleri kapsar.

Alt ortamda ise; toplum ve aile desteği, kültür, ekonomi, sağlık sistemi, sosyal hikaye, coğrafya, ekosistem ele alınabilir.

Etkili bir klinik uygulamanın yalnızca hastalığa bir tedavi düzenlemek olmayıp, hastanın koşullarının ve bireysel ihtiyaçlarının da ele alınması gerektiği genel anlamda kabul görmeye birlikte, bunun uygulanıp uygulanmadığının değerlendirmesi çoğunlukla yapılmamaktadır. Örneğin herhangi bir hastalık için uygun olan bir tedavi düzenlenmekle birlikte; hastanın parası olmadığı için ilacı alamaması, ilacı düzgün şekilde uygulayacak becerisinin olmaması ya da gece vardiyasında çalıştığı için tedaviyi uygulayamamasının sonuçları çok fazla değerlendirilmez (2).

Hasta güvenliği açısından uygun olmayan bakım planları “tıbbi hata” olarak isimlendirilir. Geniş tanımlama olarak tıbbi hata; klinisyenlerin karar verme aşamasında yaptıkları hatalar olup, tanısal hataları ve bununla birlikte ortama bağlı hataları (contextual error) da içerir. Hastanın çevresi, davranış şekli, ekonomik durumu veya bakım ve sosyal destek sistemlerinin ele alınmaması durumunda yaşanır (3).

Bunun yanında; sağlık ve bakım açısından bu tür ortamsal faktörleri ele almanın da ne gibi yararlar getirdiğinin değerlendirmesi için de yöntemler belirlenmemiştir (2).

Günümüzde hastanın öyküsüne hastadan elde edilen verilerden çok daha az önem gösterilmektedir. Bilgisayar çıktıları, biyokimya paneli, görüntüleme teknikleri ve ekokardiyogram gibi hasta verilerinden aynı anda sınırlı sayıda bilgiye dikkatimizi verebiliriz. Eğer dikkatimiz bir monitöre odaklanmış durumdaysa, hastayı dikkatle dinliyor olmamız olası değildir. Kökenlerine bağlı kalan aile hekimliği uygulaması sırasında ve nüfusun göreceli olarak sabit olduğu bir birimde, hekim ve hastalar aynı toplumun üyeleri olup, uzun süreli ilişki geliştirebilirler. Bu da aile hekiminin zamanı ekonomik olarak kullanmasının nedenini açıklar. Başka bir deyişle, ilişkileri yapılandırmak için harcanan zaman, sorun epizodları sırasında tasarruf edilebilir (4).

Tanıda olduğu gibi tedavide de başarılı olmak için hekim doğru bağlamı ele almak zorundadır. Sorun hasta-hekim ilişkisinde ya da kişinin hayatının organizasyonunda olduğunda sadece belirtiler düzeyinde tedavi yapmak yalnızca düşük kırıklığına yol açar (4).

BAĞLAMA İLİŞKİN İPUÇLARI

Aşağıdaki ipuçları hekimi klinik- patolojik bağlamdan çok kişisel ya da kişiler arası bir bağlamda sorun olduğu anlamında uyarmalıdır:

- Küçük rahatsızlıklarla sık başvurular.
- Aynı belirtilerle ya da birden fazla yakınmayla sık başvuru
- Uzun süredir var olan bir belirtiyile ilk kez başvuru
- Değişiklik göstermiyor gibi görünen bir kronik hastalıkta hasta tarafından yapılan başvuru
- Hastanın sıkıntısı ile belirtilerin görece olarak daha hafif yapıda seyretmesi arasındaki tutarsızlık
- Bir rahatsızlık, yaralanma ya da ameliyattan beklenen zamanda iyileşmenin olmayışı
- Kısa bir dönemden daha uzun süreyle hastayı tatmin etmek için güvence verilemeyeşi
- Küçük sorunları olan bir çocuğun ebeveyninin sık ziyaretleri (ebeveyndeki rahatsızlığın belirtisi olarak çocuk)
- Bir akrabayla birlikte gelen bir erişkin hasta
- Dile getirilen sorunun akla uygun gelmemesi (4).

Ortama bağlı değerlendirmeyi ve hataları içeren bazı örnekler olarak şunları verebiliriz:

- 43 yaşında erkek hasta, nefes darlığı ve öksürükten şikayetçi, kendisine yüksek maliyeti olan inhale kortikosteroid tedavisi veriliyor. Hasta işini kaybetmiş olduğundan sosyal güvencesi yok ve ilaçlarını satın alamadığından tedavi almıyor.
- 47 yaşında kadın hasta, kalça çıkığı nedeniyle operasyon planlanıyor ancak evde müsküler distrofi nedeniyle tamamen kendisine bağımlı olan erişkin

çağına ulaşmış çocuğı konusunda hiç bir sorgulama yapılmadığından hasta ve çocuğı zor durumda kalıyor.

- 72 yaşında erkek hasta, kilo kaybından şikayetçi. Yapılan tetkiklerinde bir problem saptanmıyor, kendisine proteinden yüksek diyet öneriliyor. Hasta mali durumunun kötü olması ve yalnız yaşıyor olması nedeniyle diyete uyamıyor.

Aile hekimliğı uygulamaları arasındaki koruyucu sağık hizmetlerinde ve sağıklı yaşam tarzının benimsetilmesinde de kişinin ortamı ve çevresi dikkate alınmalıdır. Çünkü sağıklı yaşam davranışının bir yaşam biçimi olarak belirlenmesi, aynı sosyal çevrede yaşayan farklı kültürdeki kişilerde anlamlı farklar göstermektedir.

Sonuç olarak; günümüzde sağık ve hastalık konusundaki uygulamaların kültürel boyutu önem kazanmakta ve sağılığı geliştirecek, tedaviyi ve rehabilitasyonu kolaylaştıracak hizmet şekillerinde ortam ve bağlama dikkat edilmesi konusu ön plana çıkmaktadır (5).

KAYNAKLAR

1. Donnely GF, et al. Evidence –based practice and Contextual Care. Holistic Nursing Practice 2014,28 (3):159.
2. Weiner SJ, et al. Contextual errors in Medical Decision Making: Overlooked and Understudied. Acad Med 2016;91 (5):657-62.
3. Weiner SJ, et al. Contextual errors and failures in individualizing patient care: A multicenter Study. Annals of Internal Medicine 2010;153:69-75.
4. McWhinney IR, Freeman T. Bağlam ve Kültür, in Aile Hekimliğı. Güldal D, ed. Türkçe Birinci Baskı. Medikal Akademi ve Yayıncılık 2012: 121-5.
5. Baltaş Z. Kültür ve Hastalık, in Sağık Psikolojisi Halk Sağılığında Davranış Bilimleri. Baltaş Z, ed. Birinci Baskı, Remzi Kitabevi 2000: 80.

Konu 24

KAPSAMLI SAĞLIK BAKIMI

Coşkun ÖZTEKİN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı katılımcılara aile hekimliğinde kapsamlı bakımın yeri hakkında bilgi vermektir.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kapsamlı bakımın tanımını yapabilmeli,
- Kapsamlı bakımı aile hekimliğinde çekirdek yeterlilikler arasından tanıyabilmeli,
- Kapsamlı bakımın hangi durumları kapsadığını açıklayabilmeli,
- Kapsamlı bakımın destekleyici psikoterapi ile ilişkisini kurabilmeli,
- Kapsamlı bakımın tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ile ilişkisini kurabilmeli.

ÖZET

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi'ne göre kapsamlı bakım; bir hastanın çoklu fiziksel ve emosyonel sağlık problemlerini, aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir süre içinde, eşzamanlı olarak önleme ve yönetmedir. Aile hekimleri hastalarının içinde buldukları yaşam olayları ve aile ilişkisi içerisinde hastalarının hem fiziksel hem de psikolojik; hem akut hem de kronik şikayetleri ile ilgilenirler. Bu anlamda kapsamlı bakım; gebe bakımından çocuk izlemine; tamamlayıcı ve alternatif tedavilerden destekleyici psikoterapilere kadar çok farklı konuları içerir. Böylesi bir kapsamlı bakım hizmetini verebilmeleri için aile hekimlerinin bazı yeterliliklere de sahip olmaları gerekir. Kapsamlı bakım, aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden biridir. Aile hekimlerinin etkin bir kapsamlı bakım hizmeti vermeleri, sağlıkta bakım maliyetlerini ve hastaneye yatışları da azaltabilir.

GİRİŞ

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP) kapsamlı bakımı; “sürekli kapsamlı bakım hizmet uygulaması, bir hastanın çoklu fiziksel ve emosyonel sağlık problemlerini; aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir süre içinde, eşzamanlı olarak önleme ve yönetmedir.” şeklinde tanımlamaktadır (1).

O halde aile hekimleri hastalarının hem fiziksel hem de psikolojik problemlerini; hem akut hem de kronik problemlerini göz önüne almalıdır. Bunu yaparken, hastaları içinde buldukları yaşam olayları ve aile ilişkileri içinde değerlendirmelidir. Kapsamlı aile bakımı için hastanın aile kayıtları tutulmalıdır. Hatta olabildiğince tüm aile üyelerinin aynı doktora kaydı sağlanmalıdır. Aile yönelimli yaklaşım uygulanmalıdır. Bu şekilde yaklaşım bize hastalarımızı bir insan olarak tanımamız için fırsat verir. Günümüzde birçok yerde hıza dayalı olan iletişimin yerine insan insana kurulacak iletişimler hem karşılıklı doyumunu hem de karşılıklı memnuniyeti sağlama açısından önemlidir (2). Aile hekimlerinin ayrıca başarılı bir uygulama yapabilmek için hizmet verilen nüfusu tanıması ve özelliklerini bilmesi gerekir.

Kapsamlı bakım, birinci basamak hekimliğinin ana fonksiyonel özelliklerinden birisidir. Grumbach, süreklilik (continuity), kapsamlı bakım (comprehensive care), koordinasyon (coordination) ve ilk temas bakımının (first contact care) birinci basamak hekimliğinin dört ana fonksiyonel özelliklerini oluşturduğunu vurgulamıştır. Diğer bazı dallar da bu dört özellikten bazılarını sahip olmayı gerektirebilir. Örneğin bir acil uzmanı, hastası için ilk temas noktası olabilir. Ya da bir psikoterapist için süreklilik söz konusudur (3).

Aile hekimliği, bireylere ve ailelere hastalığı olup olmadığına ya da şikayetlerinin içeriğine bakmaksızın sürekli kapsamlı bakım sağlayan bir uzmanlıktır. Aile hekimleri kapsamlı bakımı, yakın ve güvenilir bir ilişki ortamında sağlayan ilk temas noktalarıdır. Gerçek anlamda bir kapsamlı bakım geniş bir hizmet sunumunu içerir. Bu anlamda aile hekimleri akut enfeksiyonlar, kas-iskelet sistemine ait burkulma gibi durumlar, yabancı cisim çıkarılması, gebe bakımı, çocuk izlemi gibi birçok konuda bireylere ve ailelere destek verirler (4). Kapsamlı bakım ile aile hekimleri, akut ve kronik hastalıkları aynı anda yönetmeli, hem koruyucu hem de tedavi edici özelliğe sahip olmalıdır.

Tamamlayıcı ve Alternatif tedaviler (TAT) de kapsamlı bakım içindedir. Günümüzde TAT üzerine ilginin giderek arttığı bir konu olmuştur. İntegratif tıp ise geleneksel tıp ile TAT'ı birleştirir. TAT genel olarak beş kısma ayrılabilir: Biyolojik temelli tedaviler (diyet, bitkiler, vitaminler), manüplatif ve beden temelli metotlar (masaj, osteopati, şiropraksi), zihin-beden tıbbı (yoga, spiritüalite, gevşeme), alternatif medikal sistemler (homeopati, naturopati, ayurveda), enerji terapileri (reiki, çigong, mıknatis). Görüldüğü gibi TAT uygulama alanı geniş bir konudur. Aile hekimleri, hastalarına uyguladıkları TAT yöntemlerini sormalıdırlar. Hastalarının bu konular hakkında anlattıklarını istekle dinlemelidirler. Bu konuda iletişimci ve işbirlikçi olmalıdırlar. Hastaların tanısını koyup seçenekleri araştırmalı ve açıklamalıdırlar. Bu yöntemler yaygın olarak kullanıldığından

Önemli Noktalar

- Aile hekimleri hastalarının akut-kronik, fiziksel-psikolojik her tür şikayetleri ile ilgilenirler.
- Kapsamlı bakım için bazı yeterlilikler söz konusudur.
- Kapsamlı bakım, aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden biridir.
- Kapsamlı bakım etkin uygulanabilirse, sağlık giderleri ve hastaneye yatışlar azalabilir.

yok saymak uygun değildir (5). Dolayısıyla kapsamlı bakım içinde TAT'ın yeri de göz ardı edilemez.

Destekleyici psikoterapiler aile hekimliğinde kullanılabilir faydalı yöntemlerdir. Hastaların iç motivasyonları, başarıları ve öz-yeterliliklerini artırmak için kullanılan 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), motivasyonel görüşme, çözüm-odaklı kısa terapi, bilişsel davranışçı terapi, öyküsel terapi gibi teknikler vardır. Hastalara değişim döngülerinde buldukları yere göre bu yöntemler uygulanır (6). Dünyada yüksek prevalansta görülen bir hastalık olan depresyonda psikoterapilerin aile hekimlerince kullanımı da efektif bulunmuştur (7).

Aile hekimlerinin böylesine kapsamlı bir hizmeti vermesi için gerekli bazı yeterlilikler söz konusudur. Bunlar; kültürel yeterlilik, iletişim ve bireylerarası etkileşim becerisi, koruyucu hekimlik yeterliliği, sistem düşüncesinde yeterlilik, sürekli mesleki gelişim yeterliliği, sağlık ekibini organize ve koordine edebilme yeterliliği, nadir problemleri tanıyabilme yeterliliği, toplumda sık görülen akut, kronik ve davranışsal problemleri tedavi edebilme yeterliliği ve toplum ihtiyaçlarını değerlendirme yeterliliği şeklindedir (8).

Sık görülen hastalıklara bakım verebilme yeterliliği aile hekimliğinde önemlidir. Bazı yazarlar aile hekimini toplumda sık görülen problemleri yönetmede uzman olan hekim olarak da tanımlamıştır. Hizmet verilen bölgede yaygın olarak görülen hastalıkların bakımını verebilme yeteneği olan kapsamlı bakım, ilgili bölgede yaygın görülen ve yaygın görülmeyen hastalıkların listelerini ve tanımlanmasını gerektirir. Hastaların başvuru şikayetlerine göre listelenmesi için medikal kayıtlara başvurulabilir. Medikal kayıtlardan ayrıca hastaya ait sigara kullanma durumu, sahip olduğu akut ve kronik diğer hastalıklar gibi diğer problemlerine de ulaşılabilir ve bunlardan da ayrı listeler oluşturulabilir. Ayrıca başvuran hastaların kırsal bölgede mi ya da kentsel bölgede mi yaşadığı bilinmelidir. Göçmen durumunda olan hastalar ayrı bir grubu oluşturur. Hastaların kültürel farklılıkları onlarla iletişimi belirlemede önemlidir. Ya da bunun dışında hastanın bağlı olduğu sigorta kurumuna göre veya bağlı olduğu aile sağlığı merkezi dışında hastane aciline başvuru nedenlerine göre de listeler oluşturulabilir. Görüldüğü gibi aile hekimlerinin hizmet verdikleri bölgede yaygın görülen ve görülmeyen hastalıkları tanımlamaları ve listelendirmeleri kompleks ve zor bir iştir (8, 9).

Aile hekimleri, koruyucu hekimlik yeterliliğine de sahip olmalıdır. Koruyucu hekimlik hizmeti verirken de kendilerini güncellemelidirler. Bu hizmeti verirken içinde bulunduğu toplumu göz önüne almalıdır. Örneğin tarama testlerini kimlere ne zaman uygulayacağını bilmelidir. Ayrıca bu konularda hastaları bilgilendirmeli ve hastaları kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaya motive etmelidir. Hastaların her başvurusunda sistematik tarzda iyilik ve sağlık durumu yeniden sorgulanmalıdır. Bunun için; yaş, kilo, boy, kan basıncı, egzersiz yapma durumu, beslenmesi, yaşamındaki değişiklikler, sigara ve alkol kullanma durumu, uyku düzeni, iş doyumu sorgulanabilir. Aile hekimlerinin koruyucu hekimlik kapsamında hizmet vermesi gereken yeterlilikler içinde şunlar sayılabilir: bağışıklama, kontrasepsiyon yöntemleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, sağlıklı beslenme ve diyet önerileri, egzersiz önerileri, prenatal bakım, kazalardan korunma, kanser taramaları, tütün

kontrolü, alkol hakkında öneriler, postmenapozal hormon kullanımı, yara iyileşmesi ve sütür bakımı (8).

Aile hekimliğinin diğer klinik disiplinlerden farkı; hastaların zihinsel ve bedensel durumlarını birlikte değerlendirmektir. Bu anlamda diğer klinik disiplinlerden bazıları (cerrahi, iç hastalıkları gibi) bedensel problemlerle ilgilenirken bazıları ise (psikiyatri, çocuk psikiyatrisi gibi) zihinsel problemlerle ilgilenirler. Oysa aile hekimleri; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırt etmeden bireylerin her türlü sağlık problemleri ile ilgilenirler. Hastalarının her türlü problemi aile hekimlerinin ilgi alanındadır. McWhinney; bir aile hekiminin “üzgünüm ama hastalığınız benim alanımla ilgili değil” sözünü asla söyleyemeyeceğini belirtmiştir. Elbette hastalarını ileri tetkik ve tedavi için sevk edebilirler, ama bu durumda da bakımın devamından ve koordinasyondan sorumludurlar (10).

O yüzden böylesine önemli bir anlamı olan kapsamlı bakım terimi, aynı zamanda aile hekimlerinin sahip olması gereken 6 çekirdek yeterlilikten biri olarak karşımıza çıkmaktadır (11).

Aile hekimliğinde kapsamlı bakım hizmetinin etkin verilebilmesi çok önemlidir. Bunun için aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında asistanların ayrıntılı yeterlilik haritaları çıkarılması ve gereksinimleri karşılayacak eğitim içerikleriyle eğitim ortamları sağlanması gereklidir (12).

Aile hekimlerinin kapsamlı bakımı etkin kullanmaları, sağlıkta bakım maliyetlerinin ve hastaneye yatışların azalması ile ilgilidir (13). O halde birinci basamak için böylesine önemli bir konu olan kapsamlı bakım önemsenmeli, etkinliğini artıracak tutumlar üzerinde çalışılmalıdır. Aile hekimliğinde etkin bir kapsamlı bakım ile hastalar hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını bildikleri ortamda daha kolayca çözüme şansına kavuşurken aynı zamanda iş gücü kaybı da azalır ve iyi bir sağlık hizmeti daha az masrafla sağlanmış olunur.

KAYNAKLAR

1. Comprehensive Care, Definition. <http://www.aafp.org/about/policies/all/care-definition/>. Erişim Tarihi: 05.02.2016.
2. McDaniel S, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family-oriented primary care. 2005.
3. Grumbach K. To be or not to be comprehensive. The Annals of Family Medicine. 2015;13(3):204-5.
4. Rakel R. Family Physician. In: Rakel R, Rakel D, editors. Textbook of Family Medicine: Elsevier; 2016. p. 3-16.
5. Guerrero P. Integrative medicine. In: Rakel R, Rakel D, editors. Textbook of Family Medicine: Elsevier; 2016. p. 126-40.
6. Raddock M, Martukovich R, Berko E, Reyes CD, Werner JJ. 7 Tools to help patients adopt healthier behaviors: here's how to use the 5 As, the FRAMES protocol, and 5 other techniques to encourage patients to address issues such as diet, exercise, smoking, and substance use. Journal of Family Practice. 2015;64(2):97-103.
7. Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rücker G, Jamil S, Meissner K, et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. The Annals of Family Medicine. 2015;13(1):56-68.

8. Saultz JW. Textbook of Family Medicine: Companion Handbook: McGraw-Hill Professional Publishing; 2000.
9. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. Patient education and counseling. 2006;64(1):21-34.
10. McWhinney I, Freeman T. Principles of Family Medicine. In: McWhinney I, Freeman T, editors. Textbook of Family Medicine. 3 ed. Newyork: Oxford University Press; 2009. p. 13-29.
11. Gorpelioglu S. Aile Hekimliginde Tanımlar, Kavramlar ve Türkiye'ye Özgü Durumlar. In: Bozdemir N, Kara IH, editors. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. 1 ed. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. p. 2-9.
12. Akturk Z, Acemoglu H. Aile Hekimliginde Kapsamlı Bakım Yeterliliği ve Değerlendirilmesi. Eurasian Journal of Family medicine. 2012;1(1):23-8.
13. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Phillips RL. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. The Annals of Family Medicine. 2015;13(3):206-13.

Konu 25

SÜREKLİ SAĞLIK BAKIMI

Haluk MERGEN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı, derse katılan öğrencilere sürekli sağlık bakımı hakkında bilgi vermektir.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sürekliliğin tanımını yapabilmeli,
- Sürekliliğin temel özellikleri açıklayabilmeli,
- Sürekliliğin 5 boyutunu sayabilmeli,
- Sürekli sağlık hizmetinin üç temel özelliğini anlayabilmeli.

ÖZET

Süreklilik kesintisizlik demektir. Sağlık hizmetinde süreklilik toplumdaki bireyler için önemlidir. Bireyin sağlığının takibinin aynı hekim tarafından yapıldığını gösterir. Dolayısıyla hastanın hekime olan inancını artırır, güven duygusunu sağlar. Böylece hastalığın gidişatında olumlu bir etkiye neden olur.

Sürekli sağlık hizmetinin üç temel özelliği vardır: 1) sağlık bakımının hastalığın sadece bir dönemine ait olmaması, 2) bireyin sağlıklıken gereken koruyucu hizmetlerin sağlanması ve 3) kişinin tüm yaşamı boyunca aynı hekim tarafından gözlenmesidir.

Sürekli bakımın 5 boyutu vardır: 1) hizmet sunucusunun sürekliliği (ulaşılabilirlik), 2) zamansal (kronolojik) süreklilik, 3) coğrafi (yerleşimsel) süreklilik, 4) kayıtların (bilginin) sürekliliği, 5) disiplinler arası süreklilik.

Tanı koymak için gerekli zamanın sağlanması, tanının doğruluğunun denetlenmesi, hasta-hekim ilişkisinin sağlanması sürekliliğin yararlarındandır.

GİRİŞ

Sağlıkta süreklilik önemli bir konudur. Her seferinde başka bir hekimin hastayı görmesi, her seferinde tekrar tanı koyma uğraşı, zaman kaybı, gereksiz tetkik ve sevk işleminin yapılacağı anlamına gelir. Her seferinde başka biri tarafından bakılmak da hastanın yaşayacağı olumsuz duygular arasındadır. Hastanın hekimle olan ilişkisinin azalması ve güven duygusunun zedelenmesine neden olur. Hasta ile hekim arasındaki diyalogun bozulması hastanın gidişatını iyi etkilemez, gereksiz hastane ve acil servislere başvuruyu artırarak sağlık maliyetlerinin ve reçete hekimliğinin daha da artmasına sebep olur.

Önemli Noktalar

- Aile hekimlerinin hastalara aynı yerde, kendi takibinde, bilgiye kesintisiz ulaşımın sağlandığı bir ortamda, disiplinler arası sürekliliği sağlayarak hizmet vermesi beklenir.

AİLE HEKİMLİĞİNDE HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ

Türk Dil Kurumu Büyük Sözlük'te; süreklilik, kesintisiz olarak sürüp gitme durumu olarak belirtilmektedir. Tıbbi bakımda süreklilik, bireye tüm yaşamı boyunca kesintisiz bir sağlık hizmetinin yine aynı sağlık personeli tarafından sağlık hizmeti verilmesi anlamını içermektedir.

Aile hekimliği; hastalarını yaş, cinsiyet, rahatsızlık ayırt etmeksizin doğumdan (bazen doğum öncesinden) ölüme veya daha sonrasına kadar izleyen, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlayan bir tıp disiplini. Sürekli sağlık bakımı, ideal anlamda hastanın aynı hekim tarafından takip edilmesi demektir. Hasta ile ilgili daha fazla bilgi edinilir ve hasta ile hekim arasında güven ortamı oluşturulur. Daha fazla bilgi ve güven, hizmetin kalitesini artırır, acile ve hastaneye başvuruyu azaltır. Birey ve hekim arasındaki bu ilişki uzun süreli (longitudinal) bir ilişkidir. Sürekli bakım, zamansal süreklilik ve kişisel süreklilik olarak iki kapsamda incelenebilir. Aile hekimleri, hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek sağlık bakımının sürekliliğini sağlamakla sorumludur. Hasta ile ilgili tıbbi kayıtlar sağlık hizmetinin sürekliliğini ifade eder. Tıbbi kayıtlar hastanın tıbbi geçmişini göstermekle kalmaz, hekimin uyguladığı tıbbi yaklaşımı da içerir.

Sürekli sağlık hizmetinin 3 temel özelliği bulunmaktadır. Bunlar:

- 1) Sağlık bakımının hastalığın sadece bir dönemine ait olmaması,
- 2) Bireyin sağlıklı olduğu evrelerde gereken koruyucu hizmetlerin sağlanması,
- 3) Kişinin tüm yaşamı boyunca gözlenmesidir.

Sürekli bakımın 5 boyutu vardır:

- 1) Hizmet sunucusunun sürekliliği (ulaşılabilirlik),
- 2) Zamansal (kronolojik) süreklilik,
- 3) Coğrafi (yerleşimsel) süreklilik,
- 4) Kayıtların (bilginin) sürekliliği,

5) Disiplinler arası süreklilik.

Ayrıca Hennen'e göre: "ilişkiler boyutu" (hizmeti alanla sunan arasındaki ilişki) ve "değişmezlik boyutu" (hastanın yaşadığı ortamın sürekliliği) mevcuttur, buna Fleming tarafından "bakım sunan ekibin sürekliliği" de eklenebilir.

1) Hizmet sunucusunun sürekliliği; bireyin her başvurusunda aynı sağlık ekibi tarafından değerlendirilmesidir. Hasta ile hekim arasında ilişkinin oluşturulması zaman alır. Bu ilişkide hastanın yardımcı sağlık personeliyle oluşan ilişkisi de önem arz etmektedir. Zaman zaman hekim veya sağlık ekibi değişebilir ancak sağlık sistemi geçici veya kalıcı olarak bir sağlık ekibi sağlayacaktır ve bireyin hizmete ulaşmasında bir kesilme olmayacaktır. Ancak aynı ekip tarafından sağlanan hizmetin hastalığın iyileşmesine daha fazla katkıda bulunduğu gözlenmiştir.

2) Zamanda süreklilik, aile hekiminin bireyi tüm yaşamı boyunca takip etmesi anlamına gelir. Bu süreç, doğum öncesinden ölüm ve sonrasına kadar uzanmaktadır. Diğer tıp dallarında böyle uzun bir izlem süreci, kronik hastalıkların takibi dışında pek gözlenmez. Akut hastalıkların iyileşmesiyle de hasta-hekim ilişkisi bitebilmektedir. Aile hekimliğinde ise hastalıkların değerlendirilmesi organa yönelik olmayıp hasta merkezli olduğu için sürekli yaklaşımlar esastır.

3) Coğrafi (yerleşimsel) süreklilik, hekimin yakında ve ulaşılabilir olduğu anlamına gelir. Aile hekimliğinin temel özelliklerinden birisi hekimin ilk tıbbi temas noktası olduğudur. Bu tıbbi temas ise hastanın yakınında ve hep aynı yerde olmalıdır. Böylece ulaşılabilirlik mümkün olur.

4) Kayıtların (bilginin) sürekliliği, hekimin hastanın daha önceki hastalıklarını ve daha önceki başvurularına eksiksiz olarak ulaşabilmesi demektir. Hastanın öyküsü, geçirdiği hastalıklar, epizodlar, girişimler, aşular ve yapılan sevkler kayıtlarda mevcuttur. Tüm bu bilgilerin saklanması gerekir. Hastayı muayene eden herhangi bir basamaktaki hekimin tüm bu bilgiye doğru ve eksiksiz olarak ulaşabilme imkanı olmalıdır. Böyle bir sistemin bulunması, kaliteli sağlık bakımını da ek olarak getirecek, hasta ve hekim memnuniyetini ve güven duygusunu artıracaktır.

5) Disiplinler arası süreklilik, özellikle multimorbiditesi olan hastalarda diğer disiplinlerle bakımın koordinasyonunu ifade eder. Aile hekimi yalnızca bir hastalık veya organa bakmaz. Hastanın yaşadığı tıbbi, sosyal ve ailesel sorunlarının tümünün yönetiminde yer alır. Sağlık hizmetinin entegre ve koordine olması; koruyucu hizmetler, rehabilite edici işlemler ve sevk işlemlerinin yapılmasını içerir. Birinci basamakta yapılması mümkün olmayan işlemler için diğer dallardan konsültasyon hizmeti alınması veya sevk işlemi yapılması gerekebilir.

Sürekli sağlık bakımının aile hekimlerine olan yararları; zamanın daha verimli kullanılması, tanı koymak için yeterli zamanın sağlanması, tanının doğruluğunu değerlendirme imkanı olması, sorunların içeriğinin tam olarak anlaşılmasına olanak vermesi, zamanın tanıya yardımcı olarak kullanılması, gereksiz tetkik ve harcamanın azalmasını sağlamaktadır. Sürekli bakım sayesinde hasta-hekim arasında daha iyi bir ilişkinin ve güvenin sağlanması, kronik hastalıkların düzenli olarak takibinin yapılması, tedavinin kesintiye uğramaması ve sağlık hizmetinin kalitesinin artması sağlanabilir.

Ülkemizde aile hekimliği sisteminin başlamasıyla aile hekimliği birimlerinde hastaların elektronik ortamda tıbbi kayıtlarının tutulması sağlanmıştır. Hastanın ilk kaydından son kaydına kadar; öykü, fizik muayene, aşı, konsültasyon ve sevk bilgileri kayıtlı tutulmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin de başlaması sağlık bakımın sürekliliğine katkıda bulunmaktadır. Ancak hekimin yer değiştirmesi durumunda henüz hastaların eski bilgilerine ulaşım tamamlanamamıştır. İkinci ve üçüncü basamak hastanelerden aile hekimlerinin kayıtlarına da ulaşılmamaktadır. Sistemlerin birbirlerini görmesi henüz sağlanamamıştır.

SONUÇ

Sağlık bakımında süreklilik esastır. Süreklilik sayesinde tanı koymada zamanın daha değerli kullanılması, hasta-hekim ilişkisinde güven sağlanması, gereksiz tetkik ve tedavilerin engellenmesi, kronik hastaların daha iyi takibi sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sürekli Bakım: Aile Hekimliği Uygulamasında Ne Yapıyoruz, Neler Yapmalıyız?. Başak O. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2003;7(3):122-30.
2. Sürekli Sağlık Bakımı. Doç. Dr. Yasemin Çayır. http://aile.atauni.edu.tr/ogrenciler/dersnotu/2012_2013/SurekliSaglikBakimi.pptx. Erişim Tarihi: 27.02.2016.
3. Avrupa WONCA (2005). Aile hekimliği Avrupa tanımı Türkçe çevrisi. Basak O. Saatçi E.(Eds). TAHUD yayınları, 2011.
4. National framework for continuing-care –England. 2010, Londra.
5. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük. www.tdk.gov.tr Erişim Tarihi: 27.02.2016.

Konu 26

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KOORDİNASYONU

Esra Meltem KOÇ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu konu sonunda katılımcıların tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem basamakları dahil olmak üzere hasta ve hastalık sürecini etik ve maliyet etkin olarak planlama ve yönetme konusunda bilgi sahibi olması amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Koruyucu sağlık hizmetlerini açıklayabilmeli,
- Tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetlerini açıklayabilmeli,
- Rehabilitasyon hizmetlerini açıklayabilmeli,
- Tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem basamakları dahil olmak üzere hasta ve hastalık sürecini planlayabilmeli ve yönetebilmeli.

ÖZET

DSÖ tarafından 1948 yılında yapılan tanımlamada sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. DSÖ’ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkes için gerekli olan sağlık hizmetini en yüksek kalitede verecek şekilde planlanmalıdır. Sağlık sistemi etkili, toplum tarafından kabul görmüş ve uygun maliyette olmalıdır. Temel amacı kişileri hastalıklardan korumak olan sağlık hizmetlerinin ikincil amacı her türlü çabaya rağmen hasta olmuş bireylerin tedavisinin sağlanması, üçüncül amacı ise her türlü çabaya rağmen hasta olmuş ve tam olarak tedavi edilememiş bireylerin, sakatların başkalarına bağımlı olmadan kendi başlarına yaşamlarını idame edebileceği şekilde rehabilite edilmesidir.

Ülkemizde 2003 yılında hayata geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan önemli uygulamalardan birisi de aile hekimliği sistemidir. Aile sağlığı merkezleri, aile hekimliği sisteminin temel birimi olmasının yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu en önemli basamaktır. Aile hekimleri ise karışık sağlık sistemleri içerisinde hastaların sağlık bakımının sürdürülmesi için hastalara rehberlik etmektedirler.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1948 yılında yapılan tanımlamada sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu tanımlama bazı yönlerden eleştirilmektedir. Beden ve ruhen iyilik halini anlamak mümkün iken; sosyal yönden iyilik halinin kesin bir tanımlamasını yapmak güçtür (1,2).

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, bireylerin ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavilerinin sağlanması, tam olarak iyileşemeyerek sakat kalanların, beden ve ruhen yetenekleri azalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşamaları için rehabilite edilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için yapılan çalışmalara sağlık hizmeti denir (3,4).

Eskiden, herhangi bir şikayetinin olmaması bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelirken günümüzde bireyi hastalıklardan korumak, hasta olmamasını sağlamak bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelmektedir (1).

DSÖ'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkes için gerekli olan sağlık hizmetini en yüksek kalitede verecek şekilde planlanmalıdır. Sunulan sağlık sistemi etkili, toplum tarafından kabul görmüş ve uygun maliyette olmalıdır (5).

DSÖ'nün 2008 Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sistemlerinin olması gerektiği gibi çalışmadığı, temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile değişen dünyanın ihtiyaçlarına daha iyi ve daha hızlı cevap veren bir sağlık sistemi oluşturulabileceğine dikkat çekilmiştir. Ayrıca toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap veren hizmetlerin ulaşılabilir olmasının önemi vurgulanmıştır. Yani, sağlık ihtiyaçlarına odaklı, kapsamlı, devamlı ve bireysel bakımın sunulduğu sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönündeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir (6).

DSÖ'nün 62. Dünya Sağlık Asamblesinde üye ülkelere 2008 raporu temel alınarak, birinci basamak prensipleri ve değerleri doğrultusunda sağlık sistemlerini güçlendirmeleri çağrısında bulunulmuştur (7).

Birincil amacı kişileri hastalıklardan korumak olan sağlık hizmetlerinin ikincil amacı her türlü çabaya rağmen hasta olmuş bireylerin tedavisinin sağlanması; üçüncül amacı ise her türlü çabaya rağmen hasta olmuş ve tam olarak tedavi edilememiş bireylerin, sakatların başkalarına bağımlı olmadan kendi başlarına yaşamlarını idame edebileceği şekilde rehabilite edilmesidir (3).

Bu amaçlardan hareketle, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak ve içeriği hakkında bilgi vermek amacıyla; sağlık hizmetleri; 1)

Önemli Noktalar

- Aile hekimi, kişilere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlar.
- Aile hekimi; tanı, tedavi ve takip sürecinde hastasının yanında yer alır ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde ona kılavuzluk ederek hastasına sunulan sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar.

koruyucu sağlık hizmetleri, 2) tedavi edici sağlık hizmetleri ve 3) rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana başlıkta incelenir ve tanımlanır (1).

1) Koruyucu Sağlık Hizmetleri; Bireyleri hastalıktan, yaralanmalardan, sakatlıklardan ve erken ölümlerden korumak için verilen sağlık hizmetleridir. Hastalık oluşmadan önce bireyi ve toplumu hastalıktan korumak için yapılan tüm çalışmalar koruyucu sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilir (1). Hastalık bireyin bulunduğu hastalık dönemine göre üç grupta ele alınır:

a) Birincil (primer) koruma: Hastalık başlamadan önce önlem olarak hastalığın görülmesini önlemektir. Örneğin; sigara içmeyen bir kişiye sigaranın zararlarının anlatılması birincil korumadır (1,3).

b) İkincil (sekonder) koruma: Hastalığın semptomlarının ortaya çıkmadığı veya hafif olduğu dönemlerde tanı konularak tedavinin başlanmasıdır. Örneğin; yenidoğanlarda yapılan kalça USG ile gelişimsel kalça displazisinin taranması ikincil korumadır (1,3).

c) Üçüncül (tersiyer) koruma: Hastalığın belirti ve bulguları ortaya çıktıktan sonra tedavinin en iyi şekilde yapılması, hastalığa bağlı oluşan sekel/sakatlıkların rehabilite edilmesidir. Hastaları, mümkün olan en iyi şekilde hastalığın kötü sonuçlarından korumayı amaçlar (3).

İlk kez 1986 yılında bir aile hekimi olan Marc Jamouille tarafından üretilen bir kavram ise “dördüncül koruma”dır (8). Dördüncül koruma kavramı “fazla miktarda ilaç kullanımı için risk altındaki hastaların belirlenmesi, hastaları yeni bir medikal girişimden korumayı ve sadece etik olarak kabul edilebilir müdahaleleri önermeyi kabul eden tedbirler” olarak tanımlanır. Başka bir deyişle, “tıbbi müdahalelerden kaynaklanan zararlardan korunma, zararların azaltılması ve hafifletilmesi için yapılan faaliyetler dizisi”dir (9). Kısaca hastayı hekimlerin yapabileceği hatalardan korumak amaçlanmakta diyebiliriz (10).

Hastalanmaya neden olabilecek faktörler kişisel ve çevresel olarak iki grupta değerlendirildiği için hastalıklardan korunmak için verilecek koruyucu sağlık hizmetleri de bu yaklaşıma göre iki grupta ele alınır (1,3):

a) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

Kişileri ve toplumu hastalık etkenlerine karşı korumayı, hastalanmaları durumunda ise, en erken dönemde tanı konulmasını sağlayarak uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan sağlık hizmetleri bu grup altında ele alınır (1). Bu tür hizmetler bireylere doğrudan ulaştırılır.

1-Bağışıklama: Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele etmenin en etkili yollarından birisi de öncelikle bireylerin tek tek aşılınması ile toplumda bu hastalığa karşı %90-95 bağışıklığın sağlanmasıdır (3).

2-İlaçla koruma (kemoproflaksi): Aşısı olmayan hastalıklar ile mücadelede risk altındaki bireylerin ilaç ile korunması (kemoproflaksi) mümkündür. Meningokoksik menenjit tanısı almış hastanın kardeşine rifampisin verilmesi kemoproflaksiye örnek olarak verilebilir (3).

3-Erken tanı: Hastalıkların tanıları ne kadar erken dönemde konulursa tedavileri de o kadar kolay ve başarılı olur. Ülkemizde de erken tanı için birinci basamakta kanser taramaları (meme, kolon, serviks) yapılmaktadır (3).

4-Sağlık eğitimi: DSÖ sağlık eğitimini " kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırarak" olarak tanımlamaktadır. Sağlık eğitiminin amacı, sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmaları ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliği oluşturmalarını sağlamaktır (11). Bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu benimsemeleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi sağlanabilir (3).

5-İyi Beslenme: Yetersiz ve dengesiz beslenme pek çok hastalığın ortaya çıkması için kolaylaştırıcı bir faktör olabilir. Bu nedenle, kişilerin beslenmelerinin iyileştirilmesi onları hastalıklardan ve komplikasyonlarından koruyabilir (3).

6-Aile planlaması: Günümüze kadar yapılan araştırmalarda çok ve sık doğum yapan kadınlarda ve çocuklarında sağlık problemlerinin sıkça görüldüğü tespit edilmiştir. Bu annelerde, implantasyon bozuklukları, prematüre doğumlar, atoniler, demir eksikliği anemisi, genital sistem enfeksiyonları; çocuklarda prematürel, anomaliler, malnütrisyon, enfeksiyonlara daha sık rastlanmaktadır (3).

b) Çevreye yönelik koruyucu hizmetler: Bireyin çevresindeki sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörlerin yok edilmesi veya gerekli düzenlemelerin yapılması ile bireylerin etkilenmemesini sağlayarak kişilerin sağlığını koruyan sağlık hizmetlerini içerir. Bu hizmetlerin yürütülmesinde sağlık personelinin yardımlarının yanı sıra mühendislik hizmetleri ve diğer sektörler ile işbirliği oldukça önemlidir (1,3).

2) Tedavi edici (iyileştirici) Sağlık Hizmetleri: Hastalanan bireylerin tekrar sağlığına kavuşması için yapılan tedavi edici hizmetleri kapsar (1,3). Üç basamakta ele alınır.

a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların evde ve ayakta yataksız sağlık kuruluşlarında aldıkları tedavi hizmetleridir. Ülkemizdeki birinci basamak tedavi hizmetleri aile sağlığı merkezleri (ASM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP), verem savaş dispanserleri, işyeri tabipliklerinde verilmektedir. Birinci basamakta tedavi edilemeyenler ikinci basamağa sevk edilirler (1,3).

b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların hastanelerde yatırılarak tedavi edilmesidir. Ülkemizde ikinci basamak tedavi hizmetleri 50-100 yataklı, 3-4 uzman hekimin çalıştığı veya tam teşekküllü hastanelerdir (3).

c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Özel bir yaş grubuna, belli bir gruba veya hastalığa hizmet veren, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı ve en geniş imkanlara sahip yataklı sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerdir (1,3). Ülkemizde üçüncü basamak tedavi hizmetleri özel dal (onkoloji hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, çocuk hastaneleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri) veya eğitim hastanelerinde verilmektedir (1-3). Ancak bu hastaneler ikinci basamak tedavi hizmetlerini de yürütmektedirler (2).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmasının amacı bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin olması gerektiğini vurgulamaktır (3). Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini birarada sunan birinci basamak tedavi kuruluşları, kişilerin yaşadıkları yerlere en yakın kuruluşlardır ve hastanelerin önünde birer filtre görevi görmektedirler. Yapılan araştırmalar ile birinci basamağa başvuran hastaların %90' ının tanı ve tedavisinin bu sağlık kuruluşlarında tamamlandığı, yalnızca %6-8'inin bir üst basamağa sevk edilmesi gerektiği gösterilmiştir. Ancak, ülkemizde henüz hasta sevk sistemi verimli bir şekilde uygulanamamaktadır. Bu nedenle ikinci ve üçüncü basamakta verilen sağlık hizmetleri verimli bir şekilde sürdürülememektedir. Bu hasta sevk sisteminin düzenli ve verimli işleyebilmesi hastanelerde görev yapan hekimlere ve yöneticilerin bu konuya gerekli önemi vermesi ile mümkün olabilir (2).

3) Rehabilitasyon Hizmetleri: Bedenen veya ruhen sakat kalmış olan bireylerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmeleri için yapılan tüm sağlık hizmetleridir. İki çeşit rehabilitasyon hizmeti vardır:

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Hastalık veya kaza sonrasında oluşan bedensel sakatlıkların mümkün olduğunca düzeltilmesidir (2,3). Fizik tedavi vb tıbbi yöntemlerle organın yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen fonksiyonunu kaybetmiş organın yerine ortez-protez takılmak suretiyle organın işlevinin yeniden kazandırılması gibi hizmetler rehabilitasyon (esenlendirme) hizmetleri olarak değerlendirilir. Bu hizmetler sağlık sektörü ve sağlık çalışanları tarafından yürütülmektedir (1).

b) Sosyal (mesleki, toplumsal) Rehabilitasyon: Fiziksel veya psikolojik sakatlıkları nedeniyle bireylerin ailelerine ve topluma yük olmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri için iş bulunması; daha önce sağlıklı ve çalışır durumda olan bir bireyin engelli hale gelmesi durumunda kendisine yapabileceği bir iş verilmesi/işinin değiştirilmesi ve hiç çalışamayacak durumda olan veya o hale gelen kişilerin bir kurumda bakılması toplumsal rehabilitasyon hizmetleridir (1,3). Bu tür hizmetler toplumsal/sosyal hizmetler kurum ve personeli tarafından yürütülmektedir (1).

Ülkemizde 2003 yılında hayata geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan önemli uygulamalardan birisi de aile hekimliği sistemidir. ASM'leri, aile hekimliği sisteminin temel birimi olmasının yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu en önemli basamaktır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekimi, ASM'yi yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini ve kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde yürütmekle yükümlüdür. Yönetmelikten anlaşılacağı gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan bu uygulamada ASM'ler birer işletme olarak değerlendirilmektedir (12,13).

“Sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi” olarak bilinen yönetim, işleri insanlar aracılığıyla sistemlerin kurallarına uygun olarak yapma sanattır. Yönetimin süreçleri sağlık hizmetlerinin yönetiminde de geçerlidir. Bu süreçler (fonksiyonlar); planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon (eşgüdüm) denetimdir. Yönetim, bir girdinin (hasta veya takip edilen sağlıklı birey, aşı yapılan çocuk) alıp bir değer ekleyerek (takip, tedavi, aşı vb) müşterisi için bir çıktı (sağlığına kavuşturma, yaşam kalitesini artırma, hastalıktan koruma) ortaya koyan etkinlikler bütünü olan süreci etkin bir biçimde idare edebilme sanattır (3,14).

YÖNETİMİN İLKELERİ

Yönetimin başlıca ilkeleri şunlardır:

1-Amacı belirleme: Ulaşılmak istenen amacın tanımlanması ilk ve temel ilkedir. Amaçlar ne kadar iyi belirlenirse hizmetin verimliliği o derece yüksek olur.

2-Deneyimden yararlanma: Belirlenen hedefe tam olarak ulaşamadığı durumlarda yönetimin bunun nedenlerini belirlemesi ve düzeltmek için gerekli önlemleri alması gerekir. Bu işlem yöneticiye deneyim kazandırmış olur; böylece yönetim benzer olaylarla tekrar karşılaşmamak için gerekli önlemleri önceden alabilir. Buna da “deneyimle öğrenme” denir.

3-İş bölümü: İşlerin ekip üyelerinin bilgi, beceri ve donanımlarına uygun olarak paylaştırılması önemli bir noktadır.

4-Kaynak bulma: İnsan gücü, araç-gereç ve para en önemli kaynaklar arasında yer almaktadır. Az insan gücünün uygun iş bölümü ve daha ucuz maliyetli bir yöntem kullanılarak en iyi verimin sağlanması önemli bir noktadır.

5-İşlerin birleştirilmesi: Amaca ulaşmak için hizmet, geliştirme ve destekleme çalışmalarının bir arada yürütülmesi gereklidir.

6-İşe uygun yapılaşma: Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için uygun yer ve zamanda uygun kararların en uygun kişi tarafından verilmesi gerekir.

7-Yetki devri: Bir kararı alma ve bir işi yapma yetkisine sahip kişinin gerektiği zaman bu kararı bir başkasına vermesine yetki devri denir.

8-Seçicilik: Yönetici hem bir konu ile ilgili bilgi toplarken hem de bir konu ile ilgili karar verirken seçici olmalıdır.

9-Hızlı karar: Bir sorun ile karşılaşıldığında olaya en yakın sorumlu kişi yerinde ve zamanında karar vermelidir. Bu ilkeyi yetki devri ilkesi ile birlikte değerlendirmek gerekir (3).

YÖNETİMİN İŞLEVLERİ

Yönetimin başlıca üç işlevi vardır:

1-Planlama: İlk ve en kritik aşamadır. Bu aşamada önemli olan toplumun ihtiyaçları arasında öncelikli olanları belirleyip, mümkün olan en yüksek hizmet verimliliğine ulaşmaktır.

2-Uygulama: Uygulama aşaması da planlama kadar önemlidir. Uygulanmayan planlar teorik olarak kalır ve hiçbir işe yaramazlar.

3-Değerlendirme: Bir plan uygulama aşamasında veya tamamlandıktan sonra değerlendirilebilir; bunun amacı planda ön görülen hedeflerin elde edilip edilmediği, hedeflere ulaşamadıysa bunların nedenlerinin belirlenip gereken düzenlemelerin yapılmasıdır (3).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KOORDİNASYONU VE AİLE HEKİMLİĞİ

Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturan aile hekimliği, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Hastaların istek ve gereksinimleri doğrultusunda oldukça geniş etkinliklerde bulunur. Böylece aile hekimliği disiplininin birey ve toplum sorunlarının yönetiminde kullanılması için pek çok imkan sağlar (15).

Aile hekimliği disiplininin temel özelliklerinden birisi de sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlamasıdır. Bunu kişilere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar (15).

Yönetim sürecinin de basamaklarından biri olan eşgüdüm (koordinasyon) sağlama nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyet etkili olmasına ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlamasına ilişkin temel bir özelliktir. Farklı hizmet sunucularının sentezi, bilginin uygun dağıtımı ve verilen tedavilerin düzenlenmesi eşgüdüm biriminin varlığına bağlıdır. Ancak aile hekimi bu görevleri çalıştığı sağlık sisteminin izin verdiği ölçüde yerine getirebilir. Hastanın tanı, tedavi ve takip süreçlerinde yer alan tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip çalışması sağlanması verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırır. Diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle temas süreci aile hekimi tarafından yönetilirse, ikinci basamaktaki yüksek teknoloji hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde ulaşmaları sağlanır. Aile hekimliği disiplinin temel özelliklerinden birisi olan savunmanlık ile aile hekimi gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastalarını korur ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk eder (15).

SONUÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlıklı ilk temas noktasıdır ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde merkezi konumda bulunmaktadır. Birinci basamağın da temelini oluşturan aile hekimliği sistemleri pekçok ülkede kişilerin çeşitli nedenlerle başvurduğu, başvuruların büyük kısmının tedavisinin yapıldığı gerekli durumlarda ikinci ve üçüncü basamağa sevk edildiği ve sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olan koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu kilit noktadır. Disiplinin temel özelliklerine göre aile hekimi tanı, tedavi ve takip sürecinde hastasının yanında yer alır ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde ona kılavuzluk ederek hastasına sunulan sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar.

KAYNAKLAR

1. Akdur R. Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumunu (genişletilmiş ve güncellenmiş ikinci baskı), ATAUM Araştırma Dizisi No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 2006.
2. Öztekin Z. Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Bozdemir N., Kara İ.H.(Editör). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi.Nobel Tıp Kitapevi. Adana, 2010;47-56.

3. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi. Güler Ç, Akın L.(Editör) Hacettepe Halk Sağlığı Temel Bilgiler.Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2013, III. Cilt: 1480-512.
4. Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003. Lokman Hekim Journal, 2012;2 (1): 21-30.
5. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011 T.C Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık 2012. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453> Erişim Tarihi: 20.06.2016.
6. Akman M. Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(2):70-8.
7. Rakel RE. Principles of Family Medicine. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Medicine. 8 ed. Philadelphia: Saunders; 2011:3-16.
8. Wagner H. Quaternary prevention and the challenges to develop a good practice: Comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization”. Int J Health Policy Manag. 2015;4(8):557–558.
9. Pandve HT. Quaternary prevention: Need of the hour. J Family Med Prim Care. 2014;3:309-10.
10. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı. TJFM&PC, 2016;10(1):34-41.
11. Gökkoca FZU. Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001;10(10):371-4.
12. Çalık BT, Kaptanoğlu AY, İşçi E, Zengin O. Aile Sağlığı Merkezinin Yönetim Sürecinde Aile Hekimi ve Sağlık Yöneticisinin Rolü. Smyrna Tıp Dergisi 2013;1:24-7.
13. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>. Erişim Tarihi: 23.06.2016.
14. Ünlüoğlu İ.,Kaptanoğlu Y.A., Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. TAHEV (Türkiye Aile Hekimliği Vakfı). Akademi Yayınevi. İstanbul.
15. Başak O, Saatçi E. Aile hekimliği avrupa tanımları. WONCA Avrupa 2005 basımı Türkçe çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları 4, 2011.

Konu 27

SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞIM

Necmi ARSLAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların aile hekimliğinin sağlık hizmeti sunum prensiplerinden sağlık hizmetlerine ulaşım hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlık hizmetine ulaşımın ve sağlık birimine ulaşımın farkını açıklayabilmeli,
- Hangi tip hizmetlere ulaşılabilirliğini sayabilmeli,
- Hizmete ulaşım standartlarını sayabilmeli,
- Sağlık hizmetine ulaşım engellerini sayabilmeli.

ÖZET

Sağlık hizmetlerine ulaşım bireyin en temel haklarından birisidir. Ülkeler vatandaşlarına sağlık hizmetinin sunumunu yaparken belli standartlara göre yapması gerekir.

Sağlık tesislerini hem coğrafi hem de fiziksel olarak halkın ulaşabileceği yerlere yapmalıdır. Hizmet sunumunun maliyetini de devletin ister kendi sigorta sistemini kurarak, ister özel sigorta sistemleriyle destekleyerek en düşük maliyetle bütün vatandaşlarının kullanımına sunması gerekmektedir.

Hizmet sunumunu ve karar verme sürecini etkileyen çeşitli nedenler vardır. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşımı engelleyen çeşitli faktörler mevcuttur.

GİRİŞ

Sağlık hizmeti alma her insanın doğal hakkıdır. Bu haklar uluslararası platformlarda yapılan görüşmelerle karara bağlanmıştır. 1946'da yayınlanan DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Anayasası'nda "mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir." ve 1978 Alma Ata Bildirgesi'nde "Konferans, sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, tam bir bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olan sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve sağlığın mümkün olan en yüksek düzeyde tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal amaç olduğunu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarının gerektiği gerçeğini önemle vurgular." ifade edilmiş ve tüm dünyada kabul görmüştür (1,2).

Önemli Noktalar

- Sağlık hizmeti alma insan olmanın bir gereğidir.
- Sağlık sistemleri maliyet etkin birinci basamağın etkin olduğu şekilde şekillenmelidir.
- Sağlık hizmeti alma ile sağlık hizmetine ulaşma aynı şey değildir.
- Birinci basamakta verilmesi gereken asgari sağlık hizmetleri vardır.

Sağlık hizmetlerine ulaşım her vatandaşın doğal hakkıdır. Vatandaşların en iyi şekilde sağlık hizmeti alabilmesi için 2008'de DSÖ'nün yayınladığı raporda; 2015 hedefleri arasında ücretsiz sağlık finansman modellerinin ve sağlık fonlarının %15'inin birinci basamakta kullanılması suretiyle birinci basamağın daha etkin kullanılması ve sağlık taleplerinin hastalıktan çok hasta eksenli ve tüm toplumun beklentilerine cevap verecek şekilde sağlanması beklenmektedir şeklinde sonuca varılmıştır.

Bunu sağlayabilmek için dört başlık oluşturulmuştur:

1. Kapsamlı ulaşım: Sağlıkta eşitlik ve sosyal adaleti sağlayan, dışlanmalara (dışlanmaya yol açan en önemli neden cepten ödemeler) son veren reformlar.
2. Hizmet sunumu: Sağlık sistemlerini birinci basamak odaklı olarak yeniden organize eden ve insanı merkeze alan bir sağlık sistemini hedefleyen reformlar. Bu bağlamda birinci basamak tek başına bırakılmış bir sağlık kurumu veya birinci basamak sağlık çalışanının sahada izole olması kabul edilemez.
3. Toplumsal politika: Halk sağlığı etkinliklerini birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegre ederek daha sağlıklı bir toplum oluşturmayı hedefleyen reformlar.
4. Liderlik: Bugünkü sağlık sistemlerinin ihtiyaç duyduğu katılımcı, müzakereye açık ve kapsayıcı liderlik modelini destekleyen ve sağlık otoritelerinin daha güvenilir olmasını amaçlayan reformlar.

Merkezinde insan olan bu yaklaşım tarzı sağlık ihtiyaçlarına odaklı, kişisel ilişkilerin devamlılık gösterdiği, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmet sunumunu gerektirir (3,4).

Sağlık hizmetlerine ulaşımı **sağlık hizmeti alma** ve **sağlık merkezlerine ulaşım** olarak iki ana başlıkta ele alabiliriz.

- Sağlık hizmeti alma (access to health): Kişisel sağlık durumunu en kısa zamanda en iyi seviyeye çıkarma olarak tanımlanır (5).

- Sağlık merkezlerine ulaşma (access to care): Gerekğinde sağlık hizmetlerine ulaşma olarak ifade edilir.

Ulaşım 5 başlık altında incelenebilir:

1. Koruyucu hizmetlere ulaşım
2. Kronik sorunların bakımı
3. Birinci basamak hizmetlerine ulaşım
4. Acil hizmetlere ulaşım
5. Hastane bakımına ulaşım

Birinci basamak hizmetlerine ulaşım

Birinci basamak hizmetlerine ulaşım deyince ilk aklımıza gelen aile sağlığı merkezleri ve aile hekimleridir. Aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan temel unsurlar, aile hekimliğinin temel özellikleri olarak adlandırılır. Bunlardan yalnızca coğrafi anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunması kolay ulaşılabilir olma özelliğini tanımlar (6).

Uluslararası anlaşmalar gereği, ülkeler sağlık hizmeti sunumunda, **erişilebilirlik** ve **saygı duyma** çerçevesinde hareket ederler.

Erişilebilirlik terimi ise sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve servislerinin ayrımcılık yapılmadan herkesin erişimine açık olması şeklindedir. Erişilebilirlik ilkesinin dört alt kategorisi vardır.

1. Ayrımcılık yapmama: Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri herkesin, özellikle de genel nüfusun en korunmasız ya da dışına itilmiş kesimlerine hem hukuken hem de fiilen açık olmalıdır.
2. Fiziksel erişilebilirlik: Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri bütün toplumun, özellikle de etnik azınlıklar, kadınlar, çocuklar, ergenler, yaşlılar, engelliler ve HIV/AIDS'li kişiler gibi genel nüfusun en savunmasız ya da dışına itilmiş kesimlerinin güvenli biçimde fiziksel erişimine açık olmalıdır.
3. Ekonomik erişilebilirlik (bütçeye uygunluk, ödenebilirlik, karşılanabilirlik): Sağlık kuruluşlarından, malzemelerinden ve hizmetlerinden yararlanmanın ücreti herkesin ekonomik olarak karşılayabileceği düzeyde olmalıdır.
4. Bilgiye erişilebilirlik: Sağlıkla ilgili konularda bilgi ve fikir isteme, alma, açıklama haklarını içerir.

Saygı duyma ilkesi ise devletin kendi uygulamalarıyla vatandaşlarının sağlık hakkını ihlal etmemesi demektir. Bu sorumluluk devletin mahkumlar, azınlıklar, mülteciler de dahil olmak üzere herkesin eşit sağlık hizmeti almasını engellememesini; cinsel sağlık eğitimi ve bilgisi de dahil olmak üzere sağlıkla ilişkili doğru bilgileri sansürlemekten, elinde tutmaktan ya da yanlış yorumlamaktan kaçınmasını gerektirir (7).

Bütün sağlık personelleri gibi aile hekimleri de sağlık hizmeti sunarken bu perspektife göre hareket ederler. Aile hekimleri sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluştururlar. Ayrıca aile hekimleri, temel özelliklerinden olan bireysel, bütüncül,

topluma dayalı ve sürekli sağlık hizmeti sunarak yükümlü olduğu kişilere hizmet verirler (6).

Aile hekiminin sunması gereken sağlık hizmetlerinden bazıları şunlardır:

- a) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer. Ayrıca yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller.
- b) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.
- c) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir.
- d) Periyodik sağlık muayenesi yapar.
- e) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar.
- f) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.
- g) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar.
- h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ve sağlık kayıtlarını tutar.
- i) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar.
- j) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler (8).

Her ülkenin kendi standartları ve hizmet farklılıkları olmakla beraber bu hizmetler verilirken bu hizmetlerin yapımı için belli standartlar vardır (9). Bunlar:

- 1) Rutin sorunlar için dört hafta içerisinde hizmet alabilme,
- 2) Acil sorunlar için 24 saat içerisinde hizmet alabilme,
- 3) 24 saat boyunca telefonla sağlık danışmanlığı alabilme,
- 4) Rehberlere uygun standart koruyucu hizmet alabilme,
- 5) Ulusal öneriler doğrultusunda aşı hizmeti alabilme,
- 6) Acil olmayan sorunlarda dört hafta içerisinde konsültasyon,
- 7) Acil sorunlar için 24 saat içerisinde konsültasyon.

Yine insanlar sağlık problemlerinin cözümü için bir sağlık merkezine başvururken, bu kararında çeşitli etkenler etkili olur. Bu karar toplumdan topluma, kişiden kişiye ve zamana göre değişebilmektedir. Bunlar:

- a) Sorunun ciddiyeti
- b) Sorunun endişe/korku oluşturma derecesi
- c) Aile otoritesinin görüşü
- d) Kendisi veya ailesinin sorunla ilgili tecrübesi
- e) Sağlığa ulaşmada karşılaşılan güçlükler
- f) İş ya da okula gitmemenin ekonomik sonuçları
- g) Birey veya ailenin bakımda sürekliliğe verdiği değer
- h) Sağlık hizmetleriyle ilgili tecrübeler
- i) Sağlık hizmetinin maliyeti

SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞIMDAKİ YETERSİZLİKLER

Ulaşımındaki yetersizlikler önce bireyleri sonrada toplumu etkiler. Bu nedenle sağlık hizmetleri erişimine bütüncül bakmak gerekir (10).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerine ulaşımındaki yetersizlikle ilgili Dünya Çalışma Raporu 2000'de "Son dönemde tıp biliminde ve sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen önemli ilerlemelere rağmen, zenginlerle yoksullar arasındaki sağlık açığı sürmektedir. Nüfus arttıkça, eşitsizlikler de artmaktadır. Bugün, küreselleşmenin zenginlik getiren sonuçlarına karşın, yoksullar yeterli sağlık hizmetlerine ulaşamamanın, artan maliyetlerin ve giderek ölüm ve hastalıkların yükünü omuzlarında taşımaktadır" diyerek konunun önemine vurgu yapılmaktadır (11). Yine bir başka çalışmada yerleşim yerinin birinci basamak sağlık merkezine uzaklığının buradan yararlanmayı azalttığı gösterilmiştir (12).

Sağlık güvencesinin olması, ailenin gelir düzeyinin yüksek olması aile reisinin işi ve kadının evde söz sahibi olmasının sağlık hizmetlerine erişimi olumlu yönde etkilediği öne sürülmüştür (13,14).

Sağlık hizmetlerine erişimi geniş olarak ele alırsak sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, kullanabilme, kabul edilebilirlik gibi noktaları da eklersek erişimi etkileyen birçok faktör ortaya çıkmaktadır. Bunları bireysel ve toplumsal olarak iki grupta toplayabiliriz (15).

A) Bireysel

- a) Cinsiyet
- b) Yaş
- c) Öğrenim düzeyi
- d) Etnik köken

- e) Dil farklılığı
- f) Din farklılığı
- g) Kültür farklılığı
- h) Gelir düzeyi
- i) Çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri
- j) Yerli veya göçmen olmak
- k) Sağlık güvencesi
- l) Hizmet hakkında bilgi sahibi olunması
- m) Özel gruplar (bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar)
- n) Engelli olmak

B) Toplumsal

- a) Kırsal ve kentsel alanda olma
- b) Sosyal sınıfların varlığı
- c) Mevzuatların yeterliliği
- d) Sağlık kurumunun varlığı
- e) Sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı
- f) Hizmetin var olması
- g) Hizmetin yeterli olması (niceliği), halkın taleplerine yanıt verme durumu
- h) Hizmetin niteliği
- i) Hizmetin sürekliliği
- j) Hizmetin merkezîyetçi olma durumu
- k) Hizmetin ücretli olması
- l) Basamaklı sevk sisteminin olup olmaması
- m) Coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri
- n) Coğrafi bölgesel farklılıklar
- o) Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı
- p) Ülkenin başlıca sağlık sorunları

SONUÇ

Sonuç olarak birinci basamak sağlık hizmetleri, merkezinde insan olan yaklaşım tarzı, sağlık ihtiyaçlarına odaklı, kişisel ilişkilerin devamlılık gösterdiği, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmet sunumunu gerektirir. Dolayısıyla birinci basamak, doğumdan ölüme

kadar toplum içindeki her bireyin sağlığından sorumludur. Birinci basmakta sunulan sağlık hizmeti herkes için ulaşılabilir olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Health & Human Rights Publication Series Issue No:1. Geneve: World Health Organization.
2. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Erişim Tarihi: 29.06.2016.
3. WHO The world health report 2008: Primary health care now more than ever. ISBN 978 92 4 156373. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Erişim Tarihi: 29.06.2016.
4. Van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. Lancet. 2008;13;372(9642):871-2.
5. Institute of Medicine, Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. Access to health care in America. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
6. Ünalan P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri : Aile Hekimliği birinci aşama uyum eğitimi kurs notları 2014:5-11.
7. Nygren-Krug H (2002). 25 Questions and answers on health and human rights.
8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği: Resmi Gazete Tarih ve Sayısı: 25.01.2013, 28539. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm>. Erişim Tarihi: 29.06.2016.
9. Saultz JW. Textbook of Family Medicine. McGraw Hill 2000.
10. Hayran O. Küreselleşme ve sağlık. Yeni Türkiye Dergisi 2001;40,1111.
11. Dünya Çalışma Raporu 2000. Değişen dünyamızda gelir ve sosyal güvenlik. Uluslararası Çalışma Ofisi. Cenevre 2000.
12. Hayran O, Nuhoğlu A, Inan A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen etkenler. Toplum ve Hekim 1988;46.17-21.
13. Serifhan M, Pınar M, İnci A, Yildirim O, Yucetas A, Eser E. Muradiye sağlık ocağı bölgesi gebe ve 0-24 aylık bebek-çocuk annelerinin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve hizmetlerden memnuniyetinin değerlendirilmesi. II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Manisa 2004:41.
14. Nesanir N, Duzalir H, Goktolga G, Ekin F, Ersin SC, Eser E. Sosyoekonomik düzey göstergelerinin hane bireylerinin, sağlık düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği üzerine etkisi. II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Manisa 2004:7.
15. Öner Kurt. Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? Birinci Baskı, Ekim 2007, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Konu 28

HASTAYI GÜÇLENDİRME (ORTAK KARAR VERME)

Murat Tekin, Ayşegül ULUDAĞ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların hastayla ortak karar verme konusunda bilgi sahibi olmaları ve önemini savunmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hastayı güçlendirmenin tanımını tartışabilmeli,
- Aile hekimliğinde hastayı güçlendirmenin yerini tartışabilmeli,
- Hastayla ortak karar vermeye neden gerek olduğunu açıklayabilmeli,
- Hastaların güçsüzlüğünün nedenlerini açıklayabilmeli.

ÖZET

Son yıllarda hastayı güçlendirme ve ortak karar verme kavramı üzerinde daha çok durulan bir konu haline geldi. Bireyin kendisi ile ilgili karar sürecinde yer almasının sağlanması anlamına gelen hastayı güçlendirme kavramı hasta haklarını koruyan ve kaliteli sağlık hizmeti oluşmasına katkı sağlayan bir durumdur. Aile Hekimliği tıp disiplinin çekirdek yeterliliklerinden olan “Kişi Merkezli Bakım”ın önemli parçası olan hastayı güçlendirme ve ortak karar verme kavramı üzerinde daha çok durmalı ve önemsemeliyiz.

GİRİŞ

Klasik sağlık anlayışında hastanın hastalığı hakkında tüm kararların doktor tarafından verildiği, hastanın tanı ve tedavi sürecinde söz hakkının olmadığı, doktor ne derse yapmak zorunda olduğu bir rolü vardı. Modern sağlık sistemi ile hasta hekim iletişimi ön plana çıktı. Hastayla ortak karar verme hastayı güçlendirme kavramı da üzerinde daha çok durulmaya başlanan bir konu haline geldi. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gerçekleştirilen 1978 yılında ki Alma Ata Bildirgesinde şu ifadeler vardı: "İnsanların sağlık planlanması ve uygulanmasında bireysel ve toplu katılma hakkı ve görevi vardır". Avrupa Birliği 2006 yılında sağlık sistemlerinde hasta katılımının yaygın bir çalışma prensibi olduğunu deklare etti. 2015 yılında Brüksel’de yapılan Hasta Güçlendirme Konferansı’nda politikacıların, hastaların ve sağlık çalışanlarının farklı yönler çekilebilecek “hastayı güçlendirme” tanımı yapmalarının farklı sonuçlar oluşturabileceği görüşüne yer verildi.

Önemli Noktalar

- “Güçlendirme” hasta haklarını koruyan bir süreçtir.
- Koruyucu hekimlik uygulamalarının etkili olabilmesi için güçlü bireylere ihtiyaç vardır.
- Bireyin güçlenme sürecine etki eden en önemli unsurlar; psikolojik, duygusal, fiziksel ve tinsel alanda yaşanan değişimleri, aile ilişkileri, toplumsal alan ile sağlık alanı ilişkileridir.

Kişinin, davranışlarının bir sonucu etkilemeyeceği algısı, olaylar veya durumlar üzerinde kontrol eksikliği algısı ya da kişinin olaylar veya durumlar karşısında kendini güçlü hissetmediği durumu güçsüzlük diye tarif edilir. Birey içinde bulunduğu durumda kendi ile ilgili karar sürecinde rol oynamıyorsa kendini güçsüz hisseder.

Güçlendirme modeli kavramı üzerinde halen tartışılan ve gelişimine devam eden bir kavramdır. Bu model ile hastaların kendi ile ilgili sürece etkin katılımları sağlanarak üzerlerine daha fazla sorumluluk almaları ve bu deneyimler ile kendilerini daha iyi hissetmeleri amaçlanmaktadır. Herkesin kendi sağlık bakımı hakkında kendi seçimlerini yapma hakkı vardır. Bu model hastanın haklarını da koruyan bir süreçtir. Hastaya verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artmasını sağlar.

Hastalar; kendi kararlarını uygulamak için yeterli kaynağa ulaşabilip bilgilendikten sonra durumlarına uygun rasyonel kararlar alabiliyorlarsa ve verdikleri kararın etkinliğini değerlendirmek için yeterli deneyimleri varsa güçlendirilmiş olurlar.

Hastanın güçlendirilmesi süreci bireyin sağlıklı olduğu ve sağlıklı durumu devam ettirmek istediği zamandan başlar, ölüm anına kadar devam eder. Koruyucu hekimlik uygulamalarının etkili olabilmesi için güçlü bireylere ihtiyaç vardır. Bunun yanında kronik hastalıklar gibi uzun süreli bakım gerektiren durumlarda hastanın güçlendirilmesi ile yaşam kontrollerini kendi kendilerine yapabilmeleri amaçlanmaktadır. Bu durumdaki hastaların bireysel ihtiyaçları, karşılaşılabilecek semptomları nasıl tanıyacağı nasıl yöneteceği, akut atak durumlarında ya da hastalık kötüleştiğinde üstesinden gelme yolları, ilaç ve tedavinin etkin kullanımı, yaşam düzenini durumuna göre düzenli hale getirebilmesi, sosyal ilişkileri ve iş hayatının düzenlenmesi, boş vakitlerini değerlendirmesi, içinde bulunduğu durumun getirebileceği psikolojik etkilerin üstesinden gelebilme stratejileri geliştirebilmesi ve benzer sorunları yaşayan hastaların bu sorunlarıyla baş etme yollarını öğrenmeleri ile güçlendirilmeleri sağlanabilir.

Hastayı güçlendirme sürecinin en önemli parçası hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimidir. Sağlıklı ve etkin bir iletişim kurulmasıyla başlar. Sağlık çalışanının yetkinliği ve iletişim becerileri (etkin dinleme, empati yapabilme, paylaşımcılık gibi) önemli olduğu kadar güçlendirilecek bireyin öz farkındalığı, sağlık okuryazarlığı, sorunlarla başa çıkabilme yetenekleri ve algı düzeyi de önemlidir. Bireyin güçlenme sürecine etki eden en önemli unsurlar; psikolojik, duygusal, fiziksel ve tinsel alanda yaşanan değişimleri, aile ilişkileri, toplumsal alan ile sağlık alanı ilişkileridir.

Günümüzde sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma internet sayesinde çok kolay olmasına rağmen doğru bilgiyi seçebilme var olan bilgi kirliliği nedeniyle zordur. Bireylerin sağlık alanında çeşitli kaynaklardan elde ettikleri bilgiyi doğrulatmaları için onları yargılamadan dinleyecek ve güvencikleri bir sağlık danışmanına ihtiyaçları vardır. Yargılanma hissi bireyde paylaşımı zorlaştırabilir. Bu da hastayla ortak karar verme ve hastanın güçlendirilmesi sürecine zarar verir.

Bireyle görüşme esnasında sorunu tanımlamak için kapalı uçlu, hedefe yönelik sorular önemli olabilir fakat bireyi anlamak, duygu ve düşüncelerini idrak edebilmek ve bu duygu ve düşüncelere önem verildiği gösterilerek bireyin değerli olduğunu hissettirmek için açık uçlu sorular sormak gerekir. Bireye sağlık sonuçları ve bunların ne anlama geldiği dikkatlice anlatılmalıdır. Bireyin anlatılandan ne anladığı, konu hakkında duyguları, düşünceleri ve kaygıları dikkatle dinlenmelidir. Her insanın hastalık kavramından ve hastalıktan farklı anlamlar çıkarabileceği ve farklı kaygılar taşıyabileceği unutulmaması gereken bir özelliğidir. Bunların çözülmesi hastayı güçlendirme sürecini olumlu etkileyecektir.

Hastayı güçlendirme sürecinde dikkat edilmesi gereken bir diğer husus da sağlık çalışanının kendi önyargılarından ve kendi çözüm yollarından uzak durabilmesidir. Tıbbi gerçekler göz önünde tutulmak kaydıyla sağlıkçının değil bireyin dünyası göz önüne alınarak, bireyin kaygıları gözetilerek çözüm yolları üretilebilmelidir.

Güçlendirilmiş hastaların sürdürülebilir sağlık sistemlerinin oluşturulması ve devamında aktif rol oynayabileceklerinin ifade edildiği Avrupa Hasta Forumu'nda 2015 yılında başlatılan kampanya ile hastalar şu beş madde ile kendilerini ifade ettiler:

1)*Education (Eğitim)*: Uygun eğitim ve bilgilendirme araçları varlığında sağlığımız hakkında bilinçli kararlar verebiliriz.

2)*Expertise (Uzmanlık)*: Her gün durumumuzla ilgili kendi yönetimimizi yaptığımız için sağlık sistemlerinin tasarımı ve reformunda önemli bir yere sahibiz.

3)*Equality (Eşitlik)*: Sağlığımız ile ilgili kararları sağlık profesyonelleri ile eşit ortaklık çerçevesinde alabiliriz.

4)*Experience (Deneyim)*: Deneyimlerimiz ve kolektif sesimizle hasta organizasyonlarının bir parçasıyız.

5)*Engagement (Katılım)*: Yeni tedaviler ve daha etkili sağlık hizmeti için ortak araştırma tasarımlarına ve toplumun daha geniş bir kesiminin katılımına ihtiyacımız var.

Sağlık sistemlerinde kantitenin ölçüt olduğu yerlerde hastaya ayrılan zaman azalmakta bu da hastanın güçlendirilmesi sürecini olumsuz etkilemektedir. Sağlık sistemi içinde

bireyin haklarını bilmesi hastayı güçlendirdiği gibi haklarını savunabilmesine zemin hazırlar.

Klasik sağlık anlayışında güç dengesi hekimden yanadır. Çünkü hekimin bu konuda eğitimi vardır. Bilgi, beceri ve uzmanlık sahibidir. Profesyondur ve otoritesi vardır. Birey hastalığı, rahatsızlığı nedeniyle kendini yaralı olarak hissettiği için sağlıklı olduğu zamanlardaki hali olmayabilir. Bu hastalık ya da rahatsızlık nedeniyle bazı korku ve endişeler taşıyor olabilir. Tıbbi bilgisinin olmaması, durum hakkında belirsizliğin oluşturduğu bilinmezlik, sağlık sisteminin işleyişinden habersizlik ve yabancı bir ortamda bulunma duygusu da eklenince kendini iyice güçsüz hissedebilir.

Hastaların güçlendirilmesi sağlık çalışanını da güçlendirir. Hastaların deneyimlerini paylaşmaları önemli bir öğrenme yöntemidir. Hastayı güçlendirebilmek için daha çok bilgi ihtiyacı dolayısıyla daha çok öğrenmeyi gerektirir. Bu sürecin önemli unsuru iletişim sayesinde uzlaşma kültürü de gelişecektir. Hasta ile sağlık çalışanı arasında kurulan güven önemli bir unsurdur.

Hastayı güçlendirirken;

- ✓ Bireysel duygu, düşünce ve deneyimlerinin önemli olduğunun farkına varmalarını sağlayın.
- ✓ Hastalara sağlık sonuçlarını ve bunun ne anlama geldiğini anlatın.
- ✓ Hastalıkları hakkında düşünce ve fikirlerini keşfedebilmeleri için hastaları teşvik edin.
- ✓ Kendi önyargılarımızı ve muhtemel çözüm yollarını bir kenara koyun.
- ✓ Hastalık ile ilgili endişelerini ortaya çıkarabilecek açık uçlu sorular sorun ve görüşme sırasında bu endişeler hakkında konuşun.
- ✓ Teşvik eden vücut dili kullanarak hastayı aktif dinleyin.
- ✓ Hastanın görüşme boyunca kendilerini ifade edebilecek konulara odaklanmalarını sağlayın.
- ✓ Hastalarınızın problem ve endişelerine kendi çözümlerinizi veya tavsiyelerinizi vermekten kaçının.

SONUÇ

Teknolojinin gelişim ile tıpta yaşanan gelişmeler ve sağlık alanında bilgi birikiminin devasa hale gelmesi kaçınılmaz olarak spesifik bir alana yönelmeyi gerektirmiştir. Bu yönelim hastalıkları daha derinlemesine inceleme ve daha etkili tedavi yolları aranmasına katkı sağlamıştır. Ancak bu hastalık yönelimli yaklaşım insanın aynı zamanda sosyal bir varlık olduğu, değerleri, inançları, korkuları, amaçları ve tercihleri olduğu gerçeğini kaçırabilmektedir. Bu nedenle hastaya bütüncül yaklaşma prensibi unutulmamalı, hastanın güçlendirilmesine ve ortak karar vermeye daha çok yer verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bieber PL, Swenson LL. The 'Power' within empowerment: You. *Am. Nurs.* 1999;31(6):5.
2. Stevenson C, Leamy M, Barker P. The philosophy of empowerment, *Mental Health Nursing* 2000;20(9):8-12.
3. Trudi D, Jill R. Empowerment in today's NHS. *Journal of Diabetes Nursing* 2011;15:6.
4. Stewart P. Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? *Patient Education and Counseling* 2010;79:173-7.
5. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Iwells-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review) *The Cochrane Library* 2014, Issue 1.
6. Laura E. Santurri. Patient Empowerment: Improving the Outcomes of Chronic Diseases Through Self-Management Education. *The MPHP 439 Online Text Book Case Western Reserve University*, Spring 2006.
7. Kathryn AW. Empowering the Pain Patient to Make Treatment Decisions. *Home Health Care Management & Practice* 2003;15(3):198-202.
8. Conference Report. Empowered Patients are an Asset to Society. 20-21 May 2015 Thon EU Hotel, Brussels 28/06/2015.
9. Inger H, Marta R. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling* 2010;79:167-72.
10. Magee M, Relationship-Based Health Care in the US, UK, Canada, Germany, S. Africa, and Japan. *World Medical Association, Finland.* 2003.
11. Légaré F, Stacey D, Brière N, Desroches S, Dumont S., et al. A conceptual framework for interprofessional shared decision making in home care: Protocol for a feasibility study. *BMC Health Services Research* 2011;11:23.
12. Quentin WS, Richard L. Street J, Robert JV, Fordis M. Differing Levels of Clinical Evidence: Exploring Communication Challenges in Shared Decision Making. *Medical Care Research and Review.* 2013;70(1):3-13.

Konu 29

HASTA UYUMU

Ayşe PALANDUZ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların hasta uyumu ve önemi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hasta uyumunu tanımlayabilmeli,
- Uyumsuzluğa yol açan faktörleri sayabilmeli,
- Hasta uyumunda hekim hasta iletişiminin önemini vurgulamalı,
- Uyumsuzluğun sonuçlarını açıklayabilmeli,
- Uyumun nasıl denetlenebileceğini söyleyebilmeli,
- Hasta uyumunu arttıracak yöntemleri açıklayabilmeli.

ÖZET

Hasta uyumu tedavi başarısının koşullarından biridir ve hasta güvenliğini ilgilendiren bir konudur. Uyumu etkileyen çok sayıda faktör vardır. Hastayı uyum yönünden değerlendirmek, uyumsuzluğa yol açabilecek durumları öngörmek, bunları ortadan kaldırmak ve uyumu arttıracak önlemleri almak, böylece sağlıkta en iyi sonuca ulaşmak hekimin görevidir. Hastanın tedavi kararlarına ortak edilmesi, hasta ile iletişime önem verilmesi hasta uyumunun artırılmasında çok önemli bir yere sahiptir.

TANIM

Günümüzde tıbbın ve ilaç endüstrisinin kaydettiği bütün gelişmelere rağmen tedavi başarısının en önemli dayanağı hastanın tedaviye gösterdiği uyumdur. Uyumsuzluğun boyutları ve sonuçları anlaşıldıkça konuya verilen önem de artmaktadır. Hekim doğru tanı koyup uygun tedaviyi başlasa bile önemli olan hastanın bu tedaviyi gerektiği şekilde uygulayıp uygulamadığıdır. Aslında hasta uyumu kavramı yalnız ilaç tedavisi ile ilişkili değildir, tıbbi tedaviye ilişkin bütün davranışları kapsar. Kişisel hijyen, diyet, aktivite, zararlı alışkanlıklar kısaca yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili tüm önerileri uygulamak ve kontrollere gelmek de ilaç tedavisine uyum kadar önemlidir.

Önemli Noktalar

- Uyumsuzluk tedavi başarısının önündeki önemli bir engeldir.
- Tedavi uyumsuzluğunun yaşam kalitesi ve sağlık ekonomisi üzerinde olumsuz etkileri vardır.
- Hekim hasta iletişiminin uyumsuzluğu önlemek, fark etmek ve gidermekte etkisi büyüktür.

Hasta merkezli yaklaşımda hekimin rolü hastayı durumu ve tedavisi konusunda aydınlatmaktır. Hasta, hekim tarafından yönlendirilse de son kararı verecek kişidir. Bu karar verildikten sonra ne ölçüde uygulandığı ise hasta uyumunu yansıtır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2003 yılında yayınlanan raporunda hasta uyumu şu şekilde tanımlanmıştır: “kişinin ilaç kullanımı, diyet ve/veya yaşam tarzı değişikliklerine dair davranışlarının, kendisine sağlık hizmeti sunan kişinin ‘üzerinde uzlaştıkları’ önerileriyle ne kadar örtüştüğüdür.”

Hastaların uyumla ilgili davranışları çok değişken olabilir. Tedaviye tam veya büyük oranda uyum gösterebilecekleri gibi kısmen veya tamamen uyumsuz olabilirler. Uyumsuzlukları bir veya daha fazla ilaç dozunu unutarak atlamak, unutkanlık dışı bir nedenle istemsiz olarak bir veya daha fazla ilaç dozunu alamamak, kasten doz atlamak veya tedaviyi tamamen bırakmak şeklinde ortaya çıkabilir. Tedavi sürecinde bu davranışları değişkenlik gösterebilir.

UYUMSUZLUĞUN NEDENLERİ

Uyumsuzluğa yol açan ve önemi kişiden kişiye değişebilen çok sayıda faktör vardır:

I. *Sosyal, Kültürel ve Ekonomik Faktörler:* İnançlar, gelenekler kişinin tedaviyi kabullenmesi ve uygulamasına etki eder. Ailesi ve arkadaşlarından aldığı sosyal destek, gelir kaynakları, sağlık hizmetlerine erişim (kırsal kesim, ulaşım vs.) uyumu arttırabilir veya azaltabilir. Hastalık veya tedaviye ilişkin bilgi kirliliği de hekimin farkında olmaması ve yeterince aydınlatmaması halinde uyumun önünde engel olabilir.

II. *Sağlık Sistemine İlişkin Faktörler:* Kolay randevu alabilme, hekimin kolay ulaşılabilir mesafede olması, sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma, muayene ve ilaç bedellerinin karşılanması gibi sağlık hizmetine erişimi kolaylaştıran durumlar uyumu arttırır.

III. *Sağlık Ekibine Ait Faktörler:* Sağlık ekibinde yer alan kişilerin öncelikle uyumsuzluk gerçeğinin farkında olmaları gerekir. Bunu iletişim becerileri izler. Hasta hekim ilişkisinde iletişimin rolü çok büyüktür. Hastasına saygılı, güler yüzlü, göz teması kuran, dinlemeyi bilen, soru sormaya cesaretlendiren, yargılayıcı olmayan bir hekim

hastanın üzerindeki olumlu etkileriyle tedavi uyumunu da artırır. Bu süreçte eğitime zaman ayırmak, pekiştirmek, izlemde gözetimi sürdürmek önemlidir.

IV. Hastaya Ait Faktörler: Hastanın yaşı, zekası, eğitim düzeyi, talimatı anlama derecesi, uyum davranışını büyük ölçüde etkiler. Umursamazlık, unutkanlık, çekingenlik (soru soramama), yaşantıdaki çeşitli güçlükler, düşük gelir düzeyi uyumu engelleyebilir. Ayrıca hastalığa ait algıları (hastalığım ciddi değil, hastalığım tedavisiz de iyileşebilir, artık iyileştim vs.) ile tedaviye ait algı ve kaygıları (yararı az/yok, bağımlılık yapıyor, istenmeyen etkileri var, çok uzadı vs.) uyumsuzluğa neden olabilir. Tedaviyi test etme isteği ile veya bırakırsam ne olur sorusuna cevap aramak üzere kısa ya da uzun süreli ara verebilirler.

V. Hastalığa Ait Faktörler: Hastanın birden fazla hastalığa sahip olması (komorbidite), hastalığın ağırlığı, hastalığın yol açtığı engeller (el becerilerinin kaybı, görme bozukluğu, hareket kısıtlılığı, ellerde titreme gibi istenmeyen hareketler, unutkanlık vs.) uyumu olumsuz yönde etkiler.

VI. Tedaviye Ait Faktörler: Uyulması güç (fazla ilaç sayısı, sık doz aralığı, uyku saatlerine denk gelen ilaç dozu vs.) ve karmaşık tedavi planı (haftanın belirli günlerinde kullanım, değişken doz vs.) uzun tedavi süresi, tedavinin istenmeyen etkileri uyumu güçleştirir. Tedaviden beklenen etki geç ortaya çıkıyorsa veya koruyucu ilaç tedavilerinde olduğu gibi tedavinin etkisi hissedilmiyorsa hasta uyumsuzluk gösterebilir.

UYUMSUZLUĞUN BOYUTLARI

Tıbbi tedaviye uyumla ilgili 569 çalışmanın ele alındığı bir meta-analizde ortalama uyumsuzluk oranı %24,8 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada uyumun HIV (+) hastalarda, artirit, gastrointestinal hastalıklar ve kanserde en yüksek, akciğer hastalıkları, diyabet ve uyku bozukluklarında en düşük olduğu belirlenmiştir. DSÖ'nün bir raporunda uzun süreli tedavilerde uyumun %10 civarında olduğu, batıyla karşılaştırıldığında gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha da düştüğü ileri sürülmüştür. Uyum oranlarının akut durumlarda daha yüksek olduğu ve kronik hastalıklarda özellikle tedavinin altıncı ayından sonra düştüğü bildirilmiştir.

UYUMSUZLUĞUN SONUÇLARI

Tedavi uyumsuzluğunun sonuçları öncelikle hastanın kendi üzerinde görülür. Tedavi başarısızlığı, hastalığın alevlenmesi, komplikasyonların gelişmesi veya ölümler sonuçlanabilir. Hekime başvuruda, hastaneye yatışlarda artışa neden olabilir. Sağlık harcamaları artar, birey ve ülke bağlamında maliyet yükselir.

UYUMUN DENETLENMESİ

Hastanın tedaviyi planlandığı şekilde uygulayıp uygulamadığı önemli bir klinik sorundur ve pek çok klinik araştırmaya konu olmuştur. Bu amaçla farklı yöntemler kullanılabilir:

- **Hastaya sormak:** Hastaya "ilaçlarını kullandın mı?", "diyete uydun mu?", "egzersiz yaptın mı?", "sigara içtin mi?" diye sormak en kolay yoldur. Ancak hastanın bu konudaki ifadesi her zaman güvenilir değildir. Önceden hazırlanmış

çizelgelerle ilaç günlüğü tutulması hem uyum durumunu ortaya koymak, hem de uyumu teşvik etmek açısından olumludur.

- *Klinik gidiş:* Hastanın klinik gidişi tedavi uyumu konusunda ipucu verebilir: Tansiyonu düştü mü? Kilo verdi mi? Belirti ve bulgularda gerileme var mı? Laboratuvar incelemelerinin sonucunda olumlu düzelmeler var mı? Ancak klinik gidişe etki eden birden fazla faktör olabilir ve tedavi uyumu bunlardan yalnız biridir. Uyumsuzluğun klinik tablodaki etki oranı değişken olabilir.
- *Doktorun izlenimi:* Doktor izlediği hastanın tedavi uyumu hakkında az çok fikir sahibi olabilir. Ancak bu fikrin geçerliliği doktorun bilgisi, deneyimi ve iletişim becerileri ile sınırlıdır.
- *İlaç tüketiminin izlenmesi:* İlaç kutularının kontrolü ya da eczaneden ilaç alım raporlarının değerlendirilmesi tamamen güvenilir olmasa da tedavi uyumu açısından yol gösterici olabilir.
- *Kan ve idrar testleri:* İlacın veya metabolitinin herhangi bir vücut sıvısında belirli bir düzeyde tespiti hastanın önceki dozu aldığıının göstergesi olarak kabul edilir. Ancak bu invaziv, pahalı ve kolay olmayan bir yöntemdir. Hasta tarafından kabul edilmeyebilir. Bu yöntem hastanın test öncesi sınırlı bir zaman dilimindeki uyumunu gösterir; tüm tedavi süreci açısından anlamlı değildir. Randevu gününün yaklaşması hastaya ilaç almayı hatırlatacağı gibi, doktoru yanıltmayı düşünen bir hasta yalnız test öncesi ilaç alarak uyumlu gibi görülebilir. Ayrıca ilaç düzeyine etki eden başka faktörler de olabilir.
- *Tedavi Uyum Ölçekleri:* Hastanın tedavi uyumunu yansıtan geçerlilik ve güvenilirlikleri test edilmiş uyum ölçekleri mevcuttur. Ancak bunlar da hasta tarafından yanlış yönlendirilebilir.

Bütün bu yöntemlerin olumlu ve olumsuz özellikleri vardır. Uyumsuzluğu saptamak için hasta ile iyi iletişim kurmak ve onu dinlemekten daha iyi bir yol yoktur!

UYUMU ARTIRACAK ÖNLEMLER

Uyumu artırmanın ilk şartı hastayı hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirmek, onun tedavi kararlarına katılmasını sağlamaktır. Hastaya zaman ayırmak, onu dinlemek ve anlamak muhtemel uyumsuzluk kaynaklarının öngörülmesine ve hastanın uyumla ilgili sorunlarını rahatça paylaşmasına yardımcı olur. Basit ve kolay uygulanabilir, hastanın yaşam tarzına uygun tedavi şeması (az sayıda ilaç, düşük ve az sayıda ilaç dozu, kısa tedavi süresi) ve ilacın istenmeyen etkilerinin olmaması uyumu destekler. Bunun dışında hatırlatıcıların kullanılması (dijital alarmlar, listeler), ilaç saklama kutuları uyumu artırmaya yardımcı olur. Teknoloji aracılı girişimler (hatırlatma alarmlı ilaç kutuları, mobil iletişim mesajları, tele-sağlık uygulamaları vs.) özellikle genç hastalarda katılımı artırır. Bu süreçte yaşlı ve engelli hastalar için aile desteğinin rolü büyüktür.

SONUÇ

Hasta uyumu tedavi başarısında doğru tanı konulması ve uygun tedavi seçimi kadar önemlidir. Bu amaçla öncelikle hastanın tedavi kararlarına katılımının sağlanması,

tedavi süreci boyunca uyumun değerlendirilmesi, önündeki engellerin kaldırılması ve uyumu arttıracak önlemlerin alınması gerekir. Bu süreçte hasta ile kurulan iyi iletişim başarının anahtarıdır.

KAYNAKLAR

1. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26(5):331-42.
2. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 20;11:CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
3. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*. 2002;288(22):2868-79.
4. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11:CD000011.
5. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007;7:55.
6. Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO Report, Geneva, 2003.
7. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42:200-9.
8. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
9. Hahn SR. Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. *Ophthalmology* 2009;116:S37-S42.
10. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001;54:S57-S60.
11. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol*. 2004;19(4):357-362.
12. Harmon G, Lefante J, Krousel-Wood M. Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. *Curr Opin Cardiol*. 2006;21(4):310-315.
13. Broadwater-Hollifield C, Madsen TE, Porucznik CA, Sundwall DN, Youngquist ST, Vlasic K, Gren LH. Predictors of patient adherence to follow-up recommendations after an ED visit. *Am J Emerg Med*. 2015;33(10):1368-73.
14. Lin H, Wu X. Intervention strategies for improving patient adherence to follow-up in the era of mobile information technology: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;6;9(8):e104266.
15. Mistry N, Keepanasseril A, Wilczynski NL, Nieuwlaat R, Ravall M, Haynes RB. Patient Adherence Review Team. Technology-mediated interventions for enhancing medication adherence. *J Am Med Inform Assoc*. 2015;22(e1):e177-93.

Konu 30

EV KAZALARI

P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların ev kazalarının tanımı, nedenleri ve ev kazalarında aile hekimliği yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kazanın tanımını yapabilmeli,
- Ev kazalarına neden olan faktörleri açıklayabilmeli,
- Ev kazası tiplerini sayabilmeli,
- Ev kazalarının neden olabileceği sağlık sorunlarının farkına varabilmeli,
- Ev kazalarına yaklaşım çeşitleri ve yöntemlerini sayabilmeli,
- Ev kazalarından korunmanın yolları ve evde alınabilecek tedbirleri açıklayabilmelidirler.

ÖZET

Kazalar yaygınlıkları ve önlenilme potansiyellerine rağmen diğer hastalıklardan daha az dikkate alınmaktadırlar, ancak sağlığa ve ekonomiye getirdikleri yük çok fazladır.

Ev kazaları, ev içi ve çevresinde meydana gelen kazalardır. Evlerin koşulları, yaşayan kişilerin özellikleri ile kaza görülme durumu arasında kuvvetli ilişki vardır. Ev kazalarına en çok maruz kalanlar 0-14 yaş grubu ile 65 yaş üstü kişilerdir. Ev kazası çeşitleri, yanma ve haşlanmalar, zehirlenmeler, boğulmalar, yabancı cisim aspirasyonları, düşmeler, kesici-delici alet yaralanmaları, ısırıklar ve elektrik çarpmalarıdır.

Ev kazalarını önlemede çocuğun gelişimi, yaşlının sağlık durumu, ebeveynlerin farkındalık ve bilgi düzeyleri, evin ortamı göz önünde bulundurulmalıdır. Önleme politikaları geliştirmek, farkındalığı arttırmak, eğitimler vermek ve kazalar hakkında bilgilendirme yapmak hayati önem arz etmektedir.

GİRİŞ

Kazalar, ne zaman, nerede, nasıl meydana geleceği bilinmeyen, önceden planlanmamış ve öngörülmemiş, beklenmedik bir anda oluşan yaralanma, can ve mal kayıplarına yol açan kötü olaylardır (1,2). Yanlış davranış ve ihmaller ya da nedenlerin sonucunda oluştuklarından alınabilecek tedbirlerle önlenmeleri mümkündür (2). Ancak çok ciddi sonuçlara neden olanları kayıt altına alındığından gerçek sıklığını saptamak oldukça güçtür.

Erken ve önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelen kazalar, ölümlerle sonuçlanmasalar bile insan hayatında ciddi değişiklikler yaratacak sakatlanmalara ve kronik durumlara yol açtıklarından dolayı önemli bir sağlık sorunudur (3,4). Ne yazık ki yaygınlıkları ve önlenebilir potansiyellerine rağmen diğer hastalıklardan daha az dikkate alınmaktadırlar (3). Her bir ölümcül kazaya karşı hastanede yatış gerektiren 45 yaralanma, acilde ayaktan tedavi gerektiren 1300 vaka ve aile hekimleri tarafından veya evlerde müdahalesi yapılan 2500 olgu olduğu tespit edilmiştir (5). Dünya çapında kazaların epidemi yapacak oranlara ulaştığı görülmektedir (6).

Önemli Noktalar

- Kazalar erken ve önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelir.
- Tüm kazaların %45'i evlerde meydana gelmektedir.
- Ev kazalarına en çok maruz kalanlar 0-14 yaş grubu ile 65 yaş üstü kişilerdir.
- Mutfak, en sık kaza geçirilen ev bölümüdür.

KAZALAR

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC-Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre ABD'de kazalar nedeni ile her yıl 31 milyon kişi hastane acillerine başvurmakta, 130 bin kişi hayatını kaybetmekte; ölüm nedenleri arasında kazalar, kalp-damar hastalıkları ve kanserlerden sonra dördüncü sırada yer almaktadır (7). Avrupa'da ölüm nedenleri arasında kazalar üçüncü sıradadırlar (3). Türkiye'de yaralanma ve zehirlenmeler, TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2015 yılı ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları, kanserler ve solunum sistemi hastalıklarından sonra dördüncü sıradadır (8).

Kazaların %45'inin evlerde, %30'unun halka açık yerlerde, %14'ünün iş yerlerinde ve %10'unun ise yollarda meydana geldiği belirtilmektedir (5). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ev kazalarının tüm kazaların %18-25'ini oluşturduğu bildirilmiştir (5,9). Ev kazaları, ev içi ve çevresinde meydana gelen kazalardır (3,9). Evlerin koşulları ile kaza görülme durumu arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Evlerin, müstakil villa, apartman, çiftlik evi, karavan gibi özel alanlar ve ilave yapıları ile bahçe, patika, merdiven, asansör, lobi, koridor, giriş gibi bağlantıları mevcuttur. Son yıllarda trafik kazalarını önlemek için harcanan çabalar ve yasal düzenlemeler sonucunda trafik kazalarından ölüm ve yaralanmalar belirgin şekilde azaltılmış olmasına rağmen ev kazalarından ölümler giderek artış göstermektedir. Ancak Türkiye de dahil pek çok ülkede yaralanmalardan ölümler kaydedilirken meydana geldiği yer belirtilmediğinden gerçek rakamları bilmek zordur (3,4).

İngiltere'de her yıl 2.7 milyon kişi ev kazaları nedeni ile tedavi görmekte, 4000'den fazlası yaşamını yitirmekte, ülkeye maliyeti 45.63 milyar £ olmaktadır (10). Bu kişilerin

yaklaşık iki milyonu 15 yaş altındaki çocuklardır, yine bunların yarısı da 5 yaşından daha küçüktür (11). Maliyet, ekonomi kaybı, yaralanmayı önlemenin değeri, medikal, sosyal güvence ve diğer destek servislerinin toplam maliyetinden oluşmakta; uzun dönemdeki bakımı içermemektedir (10).

Ev kazalarına en çok maruz kalanlar 0-14 yaş grubu ile 65 yaş üstü kişilerdir (4,12-14). Çocuklardan erkekler, yaşlılardansa kadınlar daha fazla tehlike altındadır (6,11). Beş yaş altı çocuklarla 75 yaş üstü yaşlılara bu konuda özellikle dikkat etmek, koruyucu önlemleri arttırmak gerekir (3,4,11,15).

Ev kazası çeşitleri:

- Yanma ve haşlanmalar,
- Zehirlenmeler,
- Boğulmalar,
- Yabancı cisim aspirasyonları,
- Düşmeler,
- Kesici-delici alet yaralanmaları,
- Isırıklar,
- Elektrik çarpmalarıdır (12).

Düşmeler genellikle en sık meydana gelen ev kazalarıdır (3,4). Düşme riski yaşla artış gösterir ve özellikle yaşlılarda giderek artan bir sağlık sorunudur. Yaşlı kişinin bağımsız hareket edememesine bile neden olabilir. Ayrıca bebekler ve 5 yaş altındaki çocuklarda da ölümcül olmayan kazaların çoğunluğunu düşmeler oluştururlar. Altmış beş yaş üstündekilerde ve özellikle kadınlarda düşme ciddi olmasa da osteoporozdan dolayı kırık riski fazla olmaktadır (4,6). Yine yaşlılarda kuvvet ve denge kaybı, yürüme sorunları, kas gücü ve koordinasyon yetersizliği, görmenin ve işitmenin azalması, zihinsel hastalıklar, yetersiz diyet, ilaç yan etkileri (dehidratasyon, sedasyon gibi) düşme riskini arttıran faktörlerdir (4,9). Daha sonra yaşlılarda düşme korkusu gelişmekte, bu da hareketlerini kısıtlamalarına ve yaşam kalitelerinde azalmaya neden olarak düşmeye zemin hazırlamaktadır. Tekrarlayan düşmeler de mortalite ve hastaneye yatış riskini arttırmaktadır. Önlenebilecek her bir kalça kırığı ile 10,170 £ kar sağlanabileceği hesaplanmıştır (4).

Zehirlenmeler de oldukça sık görülür ve ölüm oranları da yüksektir (4,5). Yaşlılarda en sık karbon monoksit ve ilaçlar, çocuklarda karbon monoksit, ilaçlar, ev temizlik ürünleri ve kozmetikler zehirlenmeye neden olur (4,11). Kırsal alanlarda tarım ilaçları ile zehirlenme de oldukça sık görülmektedir (5). Çocuklardaki zehirlenmelerin çoğu bir yetişkin tarafından gözlenmeden oynadıkları esnada meydana gelmektedir (4). DSÖ, her yıl dünyada 20.000 çocuğun zehirlenmelerden öldüğünü belirtmektedir (13). Özellikle ilaçlar konusunda ebeveynlerin çok dikkatli olması gerekmektedir (6). Davranışsal özellikleri, immün sistemlerinin zayıflığı, kilolarının az olması nedeni ile çocuklar kimyasal kirleticilerden daha çok etkilenmektedirler (13). Özellikle soba veya şofben kullanılan evlerde karbon monoksit zehirlenmesi meydana gelmekte, ölümcül olabilmektedir.

Yanıklar oldukça ciddi yaralanmalara neden olmaktadır. Haşlanmalar yanında yangınlardaki toksik duman ve gazlar da yanıklara oldukça sık neden olmaktadır. Haşlanmalar daha çok mutfakta su ısıtıcı ve demlik kullanımıyla meydana gelmektedir. Yine derileri ince ve hassas olduğundan bebekler ve yaşlılar risk altındadır (3,4).

Elektrik çarpmaları, düğmeler ve kablolardaki problemlerden veya kişilerin evlerindeki elektrikle ilgili sorunları kendileri halletmek istemelerinden kaynaklanmaktadır. Çocuklar da kablo ve elektrik düğmeleriyle oynamaktan veya elektrikli aletleri kurcalamaktan çok hoşlanırlar. Kablolardaki sorunlar evde yangın çıkmasına bile neden olabilmektedir (6).

Boğulma ve yabancı cisim aspirasyonlarına daha çok çocuklar maruz kalmaktadır. Bebekler, 5 cm'lik suda bile boğulabilirler ayrıca ellerine aldıkları her şeyi ağızlarına götürme ihtimalleri yüksek olduğundan sürekli bir yetişkin gözetiminde olmaları gerekir (4).

Kesici-delici alet yaralanmaları bıçak, konserve açacağı, jilet ve satırla meydana gelir. Mikser, et makinesi, katı meyve sıkacağı, çim biçme makinesi nedeni ile oluşursa ciddi yaralanmalarla karşılaşılabilir (6).

Isırıklar evde beslenen evcil hayvanlarla oluşabileceği gibi akrep ve yılan sokmaları ile de meydana gelebilir.

Meydana gelen kazalar ile çocukların yaşı, gelişim evresi, dünyayı algılayış biçimleri, yaptıkları aktivite şekilleri arasında kuvvetli bir ilişki vardır (16). Doğumdan sonra ilk 6 ayda boğulmalar (yiyecek veya sekresyonlardan); 6 ay ile 2 yaş arası düşme, yanık ve suda boğulmalar; 2 ile 5 yaş arasında zehirlenmeler, kesikler, hayvan ısırıkları, makinelerden dolayı olan yaralanmalar, suda boğulmalar ve elektrik ve ateş yanıkları; 5 ile 10 yaş arasında ağaç, duvar, merdivenden düşmeler en sık görülen nedenlerdir (6).

Sabahları ve akşamüstü, pazar ve pazartesi günleri ev kazaları için en tehlikeli zamanlardır (6,7). Mutfak en sık kaza geçirilen ev bölümüdür (5,6). Oturma odası ve salonun da riskli olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (5,15).

Kazaların oluşmasını bir tek faktörle açıklamak mümkün değildir; hepsi multifaktöriyeldir ve her bir faktör her bir kazada farklı düzeylerde etki etmektedir (17). Ev kazaları kişinin kazayı öngörüp önleyebilme yetisinin ve kişi ile çevresindeki dengenin azlığı nedeni ile oluşmaktadır (6). Ev kazası görülme oranı ile sosyoekonomik özellikler arasında ilişki vardır; fakirlik, sosyal yoksunluk, sağlık eşitsizliği durumları (verilen sağlık hizmetinin kalitesi, ulaşılabilirliği ve başvuru durumu), kalabalık aileler, düşük eğitim seviyelerinde daha fazla görülmekte, aynı zamanda bu gruplarda ölüm oranı da fazla olmaktadır (3-5,11,16,17). Ev kazalarına yatkın olan başka gruplar da yalnız yaşayanlar, işsizler, zihinsel, fiziksel engelliliği olanlar, kronik hastalığı olanlar (epilepsi, parkinson hastalığı gibi), çoklu ilaç kullananlardır (4,6,14). Ayrıca kişinin o andaki duygudurumu (yorgunluk, sinirlilik, depresyon, anksiyete vb.) veya davranışsal özellikleri (bilgisizlik, ilgisizlik, meraklılık, deneyimsizlik, sigara içme vb.) de kazanın oluşma ihtimalini etkilemektedir (3,6). Ev kazalarının sıklığı ve çeşidi, hava koşulları, mevsimsel özellikler, demografikler, yaşam tarzları, davranışsal eğilimler (mum kullanımı, alkol-madde kullanımı vb.) ve ekonomik faktörlere (kullanılan ürünlerin özellikleri, kalitesi) göre değişmektedir (4). Kazalar ve ev koşulları arasında da kuvvetli

bir ilişki vardır (3). Ev ve çevresinin uygun olmayan koşulları, yapım hataları, tüketim mallarının bilinçsiz kullanımı da etkili olmaktadır (9).

KAZALARDAN KORUNMA

Ev kazalarından korunmanın temeli farkındalık, süpervizyon, risk değerlendirmesi ve tehlikelerin saptanıp azaltılmasıdır (4). Ev kazalarının önlenmesi ve korunma için bilimsel, kapsamlı, toplum yönelimli yaklaşımların uygulanması gerekmektedir. Öncelikle ev kazaları epidemiyolojik olarak incelenip sistemik ve standart bir uygulama planı geliştirilmelidir. Bu plan temelde aynı olsa da ülkeden ülkeye veya aynı ülkede bölgesel farklılıklar gösterebilir, çünkü her yerleşim yerinin kendine has özellikleri vardır. Epidemiyolojik olarak önce sorun tanımlanmalı, vaka kayıtları, yapılmış çalışmalar ve yaşanan ortam incelenerek riskler ve risk altındaki toplumlar belirlenmeli ve ayrıntılı sorun değerlendirmesi yapılmalı, plan buna göre oluşturulmalıdır (12). Planlama yapılırken önce hedefler belirlenip yapılacak müdahaleler oluşturulmalı, bu müdahaleleri gerçekleştirebilecek sektörlerle işbirliği sağlanmalıdır. Sonra plan uygulamaya koyulmalı ve etkinliği sürekli değerlendirilip, gerekli modifikasyonlar periyodik olarak yapılmalıdır. Kazalardan korunmak için yapılacak stratejik planlama aşağıdaki dört temel hedef doğrultusunda oluşturulmalıdır:

- 1-Kişisel özellikleri iyileştirme,
- 2-Daha güvenli ev ortamları oluşturulmasını sağlama,
- 3-Hizmet sunuculara eğitimler verme, bilgi ve beceri kazandırma,
- 4-Bilgi elde edilecek kanıta dayalı sistemleri iyileştirme ve geliştirme (4,16).

Ev kazalarından korunma stratejileri oluşturulacaksa çocuğun gelişimini, yaşının sağlık durumunu, ebeveynlerin farkındalık ve bilgi düzeylerini, evin ortamını göz önünde bulundurmak gerekir (17). Ev kazaları hakkında farkındalık oluşturmada medya önemli bir araç olabilir; ebeveynler olası tehlikeler ve korunma yolları hakkında ne kadar farkında ve bilgili olursa çocukları o kadar korur ve onlara korumayı öğretirler. Eylem planları hazırlanarak, önleme politikalarının geliştirilmesi, farkındalığın artırılması, eğitimlerin geliştirilmesi ve kazalar hakkında bilgilendirme yapılması, problem ve risklerin daha görünür hale getirilebilmesini sağlar. Aile hekimlerinin ev ziyaretleri yapıp kişileri evdeki tehlikeler ve korunma yolları konusunda bilgilendirmesi çok yararlı olacaktır (4,6).

Ev kazalarının çoğunun nedenleri aydınlatılıp ortadan kaldırıldığında veya kişilerin bunlarla maruziyeti kesildiğinde önlenmesi mümkündür ancak tehlikeleri tamamen yok etmek mümkün değildir, ancak riskler minimuma indirilebilir (4,6,13). Bu bağlamda çevresel modifikasyonlar, eğitim ve düzenlemelerin bir arada uygulanması önemlidir (3). Evde kullanılan araç-gereçlerin ve ev yapım malzemelerinin daha iyi ve güvenli imal edilmesi, standartlara uygun olması, gerekli durumlarda çocuk kilitleri kullanılması çok önemlidir (6). Bu modifikasyonlar için yasal düzenlemeler yapmak, ev ziyaretlerinde bulunmak ve toplu iletişim araçları ile halkı bilgilendirmek gerekmektedir (3).

Evler, sağlıkçı veya sosyal hizmet uzmanları, öğretmenler ve gönüllü organizasyonlarca verilecek bire bir, yüz yüze eğitimlerle daha güvenli hale getirilebilir (6,14). Ev kazalarından korunmak için evde alınacak tedbirler konusunda bilgi veren “ev güvenliği

denetim listeleri” de bulunmaktadır; ev halkının bu listeler konusunda bilgilendirilmesi veya bu listelerle evlere gidilip değerlendirme yapılması faydalı olacaktır, çünkü evin her bölümünde alınabilecek tedbirler, hatta bazı listelerde gerekçeleri ayrı ayrı, maddeler halinde belirtilmektedir (9,18,19). Bunun için, başta sağlıkçılar olmak üzere önce bu sektörde görev alması gereken uzmanların eğitilip bilgi ve beceri kazanması gerekmektedir. Sağlık, millî eğitim, sivil toplum kuruluşları, ev araç-gereçleri ve eşya üreticileri gibi birçok sektörün bu planın içinde olması gerekir (3).

Ev kazalarının kayıtlarının çok iyi tutulması, neden olan faktörlerin belirlenip gerekli önlemlerin alınmasında çok önemlidir (6). Bu bağlamda tüm dünyada ev kazası verilerinin belirli standartlarda toplanıp kaydedilmesi, hem bu sorunun gerçek boyutları hakkında bilgi sahibi olmamızı, hem de koruyucu ve önleyici tedbirlerin daha sağlıklı oluşturulmasını sağlayacaktır.

SONUÇ

Ev kazaları meydana getirdiği sakatlanma ve ölümler nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde iş ve trafik kazalarında alınan önlemler sayesinde bu kazaların meydana gelmesi azaltılırken ev kazalarının oranı artma eğilimindedir. Ev kazalarını önlemek için stratejik planlar ve yasal düzenlemeler yapılarak sağlık çalışanları eğitilmeli, halk bilinçlendirilmeli, daha güvenli ev ortamları oluşturulması için teşvik edilmelidir. Unutulmamalıdır ki bir kazayı önlemek, oluşuktan sonra meydana gelecek problemleri iyileştirmeye çalışmaktan hem daha kolay hem de daha az maliyetlidir.

KAYNAKLAR

1. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Kazalar ve önlenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çevre Sağlığı Temel kaynak Dizisi No: 13. Birinci baskı, Ankara, 1994.
2. Kıran S, Şemin S, Ergör A. Kazalar ve toplum sağlığı yönünden önemi. STED 2001;10(2). <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/2.html>. Erişim Tarihi: 03.04.2016.
3. Preventing children accidents and improving home safety in the European region. Identifying means to make dwellings safer. Report of a WHO Expert Meeting, Bonn May 30-31, 2005. Edited by: WHO European Center for Environment and Health, Bonn Office.
4. Home Accident Prevention Strategy 2015-2025. <https://www.dhsspsni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/home-accident-prevention-strategy-2015.pdf>. Erişim Tarihi: 28.03.2016.
5. Bucaktepe GE, Kara İH, Özdemir Ö. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servislerine başvuran ev kazası olgularının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2004;8(2):75-9.
6. Mackessack-Leitch K. Domestic accidents: their cause and prevention. J R Coll Gen Pract 1978;28:38-45.
7. Accidents or unintentional injuries. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/accidental-injury.htm>. Erişim Tarihi: 25.03.2016.

8. Ölüm nedeni istatistikleri, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>. Erişim Tarihi: 21.03.2016.
9. Erkal S, Şafak Ş. Ev kazalarının nedenleri ve korunma yolları. Eğitim ve Bilim. 2001;26(121):58-61.
10. Cost of Home Accidents. <http://www.rospace.com/home-safety/advice/general/cost-of-home-accidents/>. Erişim Tarihi: 25.03.2016.
11. Accidents to Children in the Home. <http://nhsdirect.wales.nhs.uk/Encyclopedia/a/article/accidentstochildreninthehome/>. Erişim Tarihi: 25.03.2016.
12. Kara İH, Erten Bucaktepe PG. Ev Kazaları. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Editörler: Bozdemir N, Kara İH. Nobel Kitapevi, Adana. 2010:1177-9.
13. Healthy Environments for Healthy Children: key messages for action. WHO&UNEP. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. http://www.who.int/ceh/publications/hehc_booklet_en.pdf. Erişim Tarihi: 24.03.2016.
14. Effectiveness matters. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, YO10 5DD. <http://www.york.ac.uk/media/crd/effectiveness-matters-Nov-2014-housing.pdf>. Erişim Tarihi: 24.03.2016.
15. Dizdar MG, Aşirdizer M, Yavuz MS, Uluçay T, Zeyfeoglu Y. İzmir’de 2005-2012 arası ev kazalarına bağlı ölümler. Türkiye Klinikleri J Foren Med. 2014;11(1):28-38.
16. Peden M. World report on child injury prevention appeals to “Keep Kids Safe”. Injury Prevention. 2008;14:413-4.
17. Haggerty RJ. Home accidents in childhood. Injury Prevention. 1996;2:290-8.
18. Güner P, Güler Ç. Yaşlıların ev güvenliği ve denetim listesi. Geriatri. 2002;5(4):150-4.
19. Home&Garden Safety Checklists. <http://www.rospace.com/home-safety/advice/general/home-garden-safety-checklists/>. Erişim Tarihi: 25.03.2016.

Konu 31

YATAN HASTA İLE İLK KARŞILAŞMA

Çiğdem GEREKLİOĞLU

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların aile hekimliği uygulamasında yatan hastaya yaklaşım hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hospitalizasyon nedenlerini açıklayabilmeli,
- Yatan hastada nutrisyonel değerlendirme, enteral ve parenteral beslenmeyi açıklayabilmeli,
- Yoğun bakım tedavi ilkelerini açıklayabilmeli,
- Terminal dönemdeki hastaya yaklaşım prensiplerini tartışabilmeli,
- Taburculuk sonrası evde bakım, hospis bakımı prensiplerini sayabilmeli.

ÖZET

Son 20 yılda yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetlerinin yaşlılığa bağlı hastalıkların yanı sıra kronik hastalıklara yönelmesine neden olmuştur. Aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir. Bu bağlamda aile hekimleri zaman zaman birinci basamakta izledikleri hastaları çeşitli nedenlerle hastaneye yattıklarında da bakımı sürdürmek ve izlemek sorumluluğunda olmaktadır.

Terminal dönemde hasta bakımında aile hekiminin görevi sadece hastayla değil, aynı zamanda aile ile de ilgilenmektir. Aile hekimleri hastanede yatan hastalarla ve aile bireyleri ile yatış süreci öncesi, sırası ve sonrasında ilgilenirken aile hekimliğinin ilkelerini temel alırlar. Hasta ve hasta yakınları ile iyi iletişim kurabilmek, yaşam sonu bakımda etkin rol almak, yatan hastanın ve ailesinin fiziksel ve ruhsal ihtiyaçları, beslenme problemleri ile başa çıkabilmek konularında aile hekimleri yeterliliklerini geliştirmelidirler.

GİRİŞ

Aile hekimliği içinde bulunduğu sosyo ekonomik koşullarda toplumun öncelikli sağlık gereksinimlerini karşılayabilen etkin, kapsamlı, entegre bir sağlık bakımını bireysel düzeyde biçimlendirerek sunan bir hizmet olarak tanımlanabilir. Aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Aile hekiminin görevlerinin tanımı son olarak 2002 yılında Avrupa Aile Hekimleri Birliği (WONCA Europe) tarafından yapılmıştır. Bu çerçevede görevlerin belirlenmesinde karşılıklı olarak etkileşen üç bileşenden söz edilmektedir: aile hekimliği disiplininin ilkeleri, hasta gereksinim ve beklentileri, sağlık sistemi. Sağlık gereksinimleri toplumdan topluma, bireyden bireye değiştiği gibi zamanla da değişmektedir. Bu değişimlere pek çok faktör etki etmektedir. Örneğin son yirmi yılda yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetlerinin yaşlılığa bağlı hastalıklar yanı sıra kronik hastalıklara yönelmesine neden olmuştur. Aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir. Bu bağlamda aile hekimleri zaman zaman birinci basamakta izledikleri hastaları çeşitli nedenlerle hastaneye yattıklarında da bakımı sürdürmek ve izlemek sorumluluğunda olmaktadır.

Aile hekimleri hastanede yatan hastalarla ve aile bireyleri ile yatış süreci öncesi, sırası ve sonrasında ilgilenirken aile hekimliğinin ilkelerini temel alırlar.

- Aile hekimi yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Kolay ulaşılabilir.
- Hastaların akut ve kronik sorunlarını aynı anda yönetir.
- Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir.
- Aile hekiminin bakımı süreklidir. Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir.

Önemli Noktalar

- Terminal dönemdeki bir hastayla iletişim kurarken kalan günler için kısa hedefli planlar yapmak, geçmişini gözden geçirip bugün yapılabilecekleri değerlendirmek, gelecekte onun adına neler yapılmasını istediğini konuşmak, hastanın durumunun ağır olduğunu söylemek gibi yaklaşımlar hasta açısından son derece önemlidir.
- Yaşlı hastalarla iletişimi etkileyen en önemli faktörler iştihme problemleri, görme problemleri, bilişsel bozulmaya bağlı olarak sözcükleri hatırlayamamadır.
- Malnütrisyonlu ve malnütrisyon açısından yüksek riskli hastalar belirlenerek ilk 24 saatten itibaren uygun beslenme desteğinin verilmesi mortalite ve morbidite üzerinde olumlu sonuçların alınmasını sağlar.
- Ölüm bir yetersizlik değildir; ölmekte olan kişilere tam anlamıyla bakılmaması bir yetersizliktir.
- Yaşam sonu bakımında hastanın konforu açısından ağrı yönetimi önemlidir. DSÖ, ağrının basamak sistemine göre tedavisini önermektedir. Birinci basamakta nonopioid analjezikler yer alır.

- Bütüncül (biyopsikososyal) yaklaşır. Biyopsikososyal yaklaşıma göre; fiziksel ve psikolojik koşullar ile sosyal çevrenin koşulları birbirlerini etkileme eğilimindedir ve bu koşullar hastaları ve ailelerini anlamak ve onlara yardım etmek için hesaba katılmalıdır. Biyopsikososyal yaklaşım hastane organizasyonunda disiplinler arası birçok profesyonelden oluşan bir ekip çalışmasını gerektirir. Ekip sosyal hizmet uzmanını, hekimleri, hemşireleri, diyetisyenleri, psikologları, hasta bakıcıları, din görevlilerini ve eczacıları kapsayabilir.
- Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir.
- Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle ilişkilerinde, sorumluluğunu aldıkları kişilerin yanındadır. Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gözetir.
- Sağlık kaynaklarını etkili kullanır. Bu kaynaklar reçete yazımı, uzmana sevk, hastalığın laboratuvar tetkikleri ile araştırılması ve belirli ölçülerde hastaneyi kapsar. Ekip hizmeti sunar. Gereğinde toplumda sosyal hizmet, eğitim hizmeti ve iş hizmeti verenlerle de işbirliği yapabilir.
- Savunmanlık özelliği "hastanın klinik karar verme sürecine etkin olarak katılmasına yardım etme ve hizmetlerin toplumun bütün bireylerine eşit dağılımını en üst düzeyde sağlamak için hükümet ve diğer yetkililerle birlikte çalışma" olarak tanımlanmaktadır. Burada aile hekiminin, sağlık sistemlerinin ikinci ve üçüncü basamaklarından hizmet alımlarında hastalarını desteklemesi ile ilgili daha ileri bir işlevi ortaya çıkmaktadır.

AİLE HEKİMLİĞİ AÇISINDAN YATAN HASTA

Yatan hasta bakımını birinci basamakta ayaktan izlenen hastalardan ayıran bazı farklılıklar olup aşağıda bu konular aile hekimliği bakış açısıyla ele alınmıştır.

A. Hastanın Servise Kabulü

Hasta kabulü, bireyin hastaneye gelmesi ve tedavinin başlamasına kadar geçen süreçtir. Hastaneye kabul, akut bir hastalığın teşhis ve tedavisi, kronik bir hastalığın tedavisi veya doğum için olabilir.

Hastanın hastaneye kabulü rutin (planlı) veya acil olarak yapılır.

Planlı hasta kabulü: Hayati tehlikenin olmadığı durumlarda, belirtilen gün ve saatte hastanın tedavi ve tetkik için hastaneye kabul edilmesidir. Hastaya yapılacak olan işlemler için hastanın kendisinden veya yakınından yazılı izin alınır.

Acil hasta kabulü: Hastanın yaşamını tehdit eden ve derhal müdahale edilmesi gereken durumlarda yapılan hasta kabulüdür. Acil kabullerde, ilgili formlar hastanın durumu iyiye kendisi, değilse aile üyeleri ve yakınları tarafından doldurularak yapılacak işlemler için onay alınır.

B. İletişim ve Önemi

Kişilerin yakın ve uzak çevreyle ilişkilerinde çok yönlü ve önemli bir konu olan iletişim, günlük yaşamın temelidir. Hasta ile tanışmak, öykü almak, tanı koymak, tedavisine karar vermek ve uygulamak, bakıma yön vermek ve etkinliğini artırmak için iletişimin önemi büyüktür. Etkili bir iletişim öncelikle doktor-hasta ilişkisini güçlendireceği gibi aynı zamanda tıbbi bakımın da daha verimli ve etkili olmasını sağlar. İletişimdeki eksiklikler hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumunu ve sağlıkla ilgili sonuçları olumsuz etkilemektedir.

Sağlıkta iletişimin iki temel boyutu vardır: 1) Kişiler arası iletişim boyutunda bir hekimin hastasıyla görüşmesi sırasında olan kişisel iletişim (Hasta-Hekim İletişimi) ve 2) Toplum sağlığı boyutunda oluşan grup iletişimi (Toplumsal İletişim). Yüz yüze iletişimin yaklaşık %7'si sözlerden ve %38'i ses tonundan oluşurken, beden dili ise iletişimin %55'ini meydana getirmektedir.

Sözlü iletişim: Kelimeleri hastanın sosyokültürel seviyesine uygun olarak seçmek ve hastanın aşına olmadığı tıbbi terimleri kullanmamak iletişimi kolaylaştırır. Yatan hastalara daha fazla girişim yapılma olasılığı olduğu göz önüne alınırsa zaten yoğun bir stres altındaki hastanın bilmediği konulardan söz edilmesi gerginliğini ve korkusunu artırarak uyumunu azaltacaktır.

Sözsüz iletişim: Hasta-hekim iletişiminin % 55'ini oluşturan sözsüz iletişim fırsatının etkin kullanılması hem tıbbi başarının hem hasta memnuniyetinin anahtarı olacaktır. Sözsüz iletişimde fiziksel özellikler (doktor, hasta ve bulunulan ortama ait), dil özellikleri (sesin yüksekliği, konuşmanın hızı gibi), beden dili, kişiye ait özellikler (yaş, cilt rengi ve sağlık durumu gibi), dokunma, artefaktlar (giysi ve aksesuarlar) ve çevresel faktörler (mobilya, dekor vb.) önemli unsurlardır.

Sözsüz İletişimde Kurallar: Sözsüz iletişimin başarısı için önerilen davranış kuralları S-O-F-T-E-N akronimi ile özetlenmektedir.

S (smile): Gülümsemek

O (open posture): Ulaşılabilir biçimde oturmak (el, kol ve bacakları çaprazlamamak)

F (forward lean): Öne eğilerek onu dinlediğini, yaklaşma isteğini bildirmek

T (touch): Dokunmak, sıcak bir el sıkışma vb.

E (eye contact): Göz teması kurmak

N (nod): Baş hareketiyle onu dinlediğini ve anladığını göstermek (onaylama değil)

Dokunma çok etkili bir iletişim aracı olabilmekle birlikte uygunsuz kullanıldığında karşı tarafın mahremiyetini tehdit olarak da algılanabilir. En doğru olan hastanın sosyokültürel yapısını iyi analiz etmek ve ona göre davranmaktır. Orta çağlardan itibaren dokunmanın iyileştirici etkisi bilinmektedir. Hekim muayenesinden sonra reçete yazılmasa da hastaların %85'inin kendilerini daha iyi hissettikleri görülmüştür.

Hastalığın yarattığı yeni duruma her hasta farklı davranış gösterir. Bazıları, hastalık durumuna uyum sağlayarak tedavisini kolaylaştırır. Uyum sağlamayan hastalar çeşitli tepkilerde bulunur. Bunlar direnç, aşırı isteklerde bulunma, inatçılık, huzursuzluk,

saldırğan ve suçlayıcı olma gibi davranışlardır. Bu tür davranışlara yol açan en önemli neden güvensizliktir.

Hastayla sessizliği paylaşmak, hastada olumlu pekiştireç kullanmak, konuşma olanağı vermek, duygularını anladığını ifade etmek ve konuşulanları özetlemek gibi teknikler terapötik (tedavi edici) iletişim tekniklerindedir. Terapötik olmayan yaklaşımlar; sorguya çekmek, basmakalıp konuşmak, yorum yapmak, açıklama istemek, onaylanmayacak durumu onaylamak, mantıksal (hastanın duygularını anlamadan) karşı çıkmak, sürekli nasihat etmek, öneride bulunmak, yanlış güvence vermek, konuyu değiştirmek ve varsayım üretmek gibi yaklaşımlardır.

Kişiler arası iletişimde ağlama, bir tür iletişim biçimidir. Sağlık çalışanı ağlayan hasta karşısında huzursuzluk hissetmemeli ve ağlamasını durdurmaya çalışmamalıdır. Ağlaması ya da sorunları konusunda konuşup konuşmama kararı hastaya verilmeli ve duygularını ifade etmesinde kolaylık sağlanmalıdır.

Terminal dönemdeki bir hastayla iletişim kurarken kalan günler için kısa hedefli planlar yapmak, geçmişini gözden geçirip bugün yapılabilecekleri değerlendirmek, gelecekte onun adına neler yapılmasını istediğini konuşmak, hastanın durumunun ağır olduğunu söylemek gibi yaklaşımlar hasta açısından son derece önemlidir.

Toplumda yaşlı popülasyon arttıkça sağlık problemleri ve hastaneye başvuru oranları da yükselmektedir. **Yaşlı hastalarla iletişimi** etkileyen en önemli faktörler işitme problemleri, görme problemleri, bilişsel bozulmaya bağlı olarak sözcükleri hatırlayamamadır. Yaşlı hastalarla iletişimde dikkat edilmesi gereken noktaları şöyle özetleyebiliriz:

- Odanın aydınlatması uygun olmalı, odaya girerken ve odadan çıkarken hastaya bilgi verilmeli,
- Ortamdaki gürültü azaltılmalı,
- Hangi kulağı daha iyi duyuyorsa o yöne doğru konuşulmalı,
- Kısa ve anlaşılır cümleler kurulmalı, yavaş ve akıcı konuşulmalı, tıbbi terimler kullanılmamalı
- Yüz yüze olmalı, sözsüz iletişim etkin kullanılmalı,
- Hastanın ne duyduğunu bilmek için sık sık geri bildirim almalı,
- Anlamakta zorlandığı zaman resim ve modeller kullanılmalı,
- Hasta tarafından anlaşıldığından emin olunmalıdır.

Kötü haber verme de iletişim becerisi gerektiren konulardan birisidir. Kötü haber "hastanın kendi geleceği ile ilgili düşüncelerini olumsuz bir şekilde değiştiren herhangi bir haber" olarak tanımlanmaktadır. Ptacek ve Eberhardt ise kötü haberi "ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj" olarak tanımlamışlardır.

Kötü haber sıklıkla kanser gibi terminal bir hastalık tanısının konması ile verilmekle birlikte kronik bir hastalık tanısı, sakatlık, (impotans gibi) bir fonksiyonun kaybı veya ağırlı ve zor bir tedavi planının uygulanması, travma, konjenital (doğumsal) anomalili bir bebeğin varlığını haber vermek gibi çeşitli durumlarda da görülmektedir.

Terminal dönemdeki hastada iletişim iki ana konuda yoğunlaşır: iyi veya kötü haber verme ve tıbbi bakımla ilgili amaçları tartışıp istekleri belirleme.

Elizabeth-Kübler-Ross hastaların kötü haber karşısındaki tepkilerini şu şekilde evrelemiştir:

- 1) İnkâr: Hastalığı ya da önemi reddetme
- 2) Öfke: Hastalığa, tanıyı koyan doktorlara, yakınlarla ve bazen de sağlıklı kişilere kızgınlık
- 3) Pazarlık: Bu dönemde hasta işbirliği içerisindedir. Tedavilere uyum ve gerekenleri yapma ve çaba gösterme dönemidir.
- 4) Depresyon: Bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir.
- 5) Kabullenme: Bu dönemde hastalık kabullenilir. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemeli hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır. Bir yaşam süresi bildirmek ve ümidi tümüyle yok etmek ise kabul edilmesi çok zor bir durum yaratır.

Kötü haber verme yöntemi olarak farklı yöntemler önerilmekle birlikte en sık olarak Rabow ve McPhee tarafından geliştirilen basit, hatırlatıcı **ABCDE modeli** kullanılmaktadır.

1. Advance preparation: Önceden Hazırlık
2. Build a therapeutic environment: Tedaviyle ilgili ortam ve/veya ilişki geliştirme
3. Communicate well: İyi iletişim
4. Deal with patient and the family reactions: Hastanın ve ailesinin reaksiyonlarının üstesinden gelme
5. Encourage and validate emotions: Duygulanımların cesaretlendirilmesi ve onaylanması

Ayrıca Baile ve arkadaşları empatik bir iletişim yaklaşımı olan **SPIKES'**ı önermektedir:

1. Setting up: Ortam. Sakin ve uygun bir ortamın hazırlanması
2. Perception: Algılama. Hekim hastanın konu hakkında ne bildiğini anlamalıdır.
3. Invitation: İzin ve davet. Hekim kötü haberi paylaşmadan önce hastanın iznini almalıdır.
4. Knowledge: Bilgi. Tıbbi terimlerden kaçınarak anlaşılır bir dille bilgi aktarılmalıdır.
5. Emotions: Duygular. Hekim kötü haberi verdikten sonra hastasının yanında kalmalı ve duyguları ile başa çıkmasına yardımcı olmalıdır.
6. Strategy and Summary. Strateji ve özetleme. Hekim bir plan belirleyerek hastasının kaygılarını azaltabilir.

Bu süreçte aile hekiminin görevi sadece hastayla değil, aynı zamanda aile ile de ilgilenmektedir. Aileye verilecek destekler şöyle özetlenebilir:

- Yas, üzüntü, affetme/affedilme duyguları ile başa çıkma konusunda yardım,
- Yapılması gereken girişimleri ve alınması gereken kararları anlamada yardım,
- Hastaları ile nasıl konuşacaklarını, nasıl rahatlatacaklarını öğretme,
- Bakım konusunda ekiple paylaşılan ve kendilerine düşen görevlerin öğretilmesi,
- Ailenin maddi ve manevi gereksinimleri konusunda destek.

C. Yatan Hastada Beslenme

Malnütrisyon morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Hastanede takip edilen hastalar malnütrisyon gelişimi açısından en riskli gruplardan biri olarak bilinir. Yapılan çalışmalarda gelişmiş ülkelerde hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastalarda %50 oranında değişen derecelerde malnütrisyon olduğu tespit edilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde takip edilen hastaların %25-50'sinde verilen kaloringin yetersiz olduğu bildirilmiştir.

Hiçbir çaba göstermeden birkaç ayda vücut ağırlığının %10 veya daha fazlasını kaybedenler veya ideal ağırlıklarının %90'ını altında olanlar veya VKİ<18,5 kg/m² olanlar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Hastanın uzun süre yetersiz kalori alması doku ve yara iyileşmesi, respiratuvar, kardiovasküler ve immün sistemi etkileyerek beraberinde artmış enfeksiyon riski ve total komplikasyon sayısına, uzayan mekanik ventilasyon, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde kalışa, antibiyotik kullanım süresine ve dolayısıyla da tedavi maliyetlerinde önemli ölçüde artışa neden olduğu gösterilmiştir. Ancak terminal dönemdeki hastalarda zorlanmış beslenmenin yaşamı uzattığına dair yeterli kanıt yoktur.

Yatan hastalarda malnütrisyon nedenleri: Hastalığa bağlı iştahsızlık, beslenmede güçlükler, besin ihtiyacının artmış olması, hastane diyetlerinin yetersizliği, tanı ve tedavi nedeniyle uzamış açlık dönemlerinin olması ve hastalık nedeniyle artmış metabolik stres sayılabilir. Vücudun altta yatan hastalığa ve hasara metabolik cevabı birçok sitokin (interlökin-1, interlökin-6 ve tümör nekrozis faktör-alfa) ve karşı etkili hormonların (katekolaminler, kortizol, glukagon ve büyüme hormonu) artmış üretim ve salınması şeklindedir. Tüm bu etkiler vücut enerji depolarının hızlı kaybına neden olan hiperkatabolizmayla sonuçlanır. Hastaya zamanında ve yeterli miktarda nütrisyon desteği sağlanmazsa enerji ve protein açığı ortaya çıkar.

Hastanın nütrisyon durumu klinik gidişi önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle yatışından itibaren hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi ve nütrisyon desteğinin iyi planlanması hasta tedavisinin bir parçası olarak görülmelidir. Yatan hastanın yatışı takiben malnütrisyon açısından uygun yöntemle değerlendirilerek beslenme durumu net olarak ortaya konmalıdır. Detsky ve ark. tarafından geliştirilen, bir klinik değerlendirme formatı olan Sübjektif Global Değerlendirme (Subjective Global Assessment- SGA) yatan hastanın beslenme durumu hakkında bilgi verir. SGA ile geçmişteki beslenme durumunun yeterliliği, hastalığın katabolik etkileri ve hastanın mevcut fiziksel durumu hakkında bilgi edinilir.

Malnütrisyonlu ve malnütrisyon açısından yüksek riskli hastalar belirlenerek ilk 24 saatten itibaren uygun beslenme desteğinin verilmesi mortalite ve morbidite üzerinde olumlu sonuçların alınmasını sağlar.

Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır:

1. Önceden var olan malnütrisyonun önlenmesi,
2. Daha ileri düzeyde kayıpların önlenmesi,
3. Katabolizma etkilerinin en aza indirilmesi,
4. Katabolizmayı önlemek,
5. Mortalite ile komplikasyon oranlarını azaltmak.

Hastanede yatan hastada beslenme desteğinin üç şekli vardır:

1. Oral alımın teşviki,
2. Enteral beslenme,
3. Total parenteral beslenme veya enteral + parenteral beslenme kombinasyonu.

Hastanın beslenme desteği için her zaman ilk tercih enteral beslenme olmalıdır. Ancak enteral yoldan beslenme desteği sağlanamayacaksa gecikmeden beslenme desteği parenteral olarak verilmelidir.

1. Enteral Beslenme: Gastrointestinal sistem stres durumlarında vücudun en önemli endokrin ve immün yanıt organı olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle günümüzde çalıştığı ve bir kontrendikasyon olmadığı sürece nutrisyonel uygulamalarda enteral yolun kullanılması tercih edilmektedir. Enteral beslenme daha güvenli ve daha iyi prognozla birlikte.

Enteral beslenme endikasyonları:

1. Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar (kafa travmaları, koma, ağır depresyon, anoreksiya nervoza, müsküler distrofi),
2. Özefagus hastalıkları (neoplazm, striktür, yaralanma vb.),
3. GİS hastalıkları (gastrointestinal fistüller, kısa barsak sendromu, kronik pankreatitler, barsak istirahati zorunluluğu vb.),
4. Organ yetmezlikleri (karaciğer, böbrek yetmezliği),
5. Preoperatif hazırlık,
6. Postoperatif beslenme.

Enteral beslenme yöntemleri

1. Ağız Yoluyla Enteral Beslenme:

- Zenginleştirilmiş normal gıda,
- Sıvılaştırılmış normal gıda,
- Lezzetlendirilmiş elemental gıda.

2. Tüple Enteral Beslenme:

- Nazogastrik,
- Nazoduodenal,

- Nazojejunal.

3. Gastrostomik Enteral Beslenme:

- Operatif gastrostomi,
- Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG).

4. Jejunostomik Enteral Beslenme

Enteral beslenme sırasında bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, abdominal kramplar, gecikmiş mide boşlaması gibi *komplikasyonlarla* karşılaşılabilir.

2. Parenteral Beslenme: Parenteral beslenme gastrointestinal sistemi sınırlı absorpsiyon kapasiteli, nonfonksiyonel veya enteral beslenmeye engel bir sorunu olan hastaların beslenmesini mümkün kılan önemli bir vasıttır.

• *Periferik parenteral beslenme:* Sıklıkla beslenme durumu iyi olan hastalarda kısa süreli uygulanan, enteral beslenme veya santral parenteral beslenmeye geçişte bir köprü olarak kullanılan parenteral beslenme şeklidir.

• *Santral parenteral beslenme:* Santral parenteral beslenme için kullanılacak kateterin uygun görülen en küçük çapta olması, tercihen subklavian ven, basilik ven, brakial ven veya internal juguler vene ultrason eşliğinde yerleştirilmesi, tek lümenli poliüretan veya silikon olması, sıkı steril şartlar altında ve eğitilmiş kişiler tarafından yerleştirilmesi, işlem sonrasında uygun yöntemlerle komplikasyon gelişiminin kontrol edilmesi önerilmektedir.

Parenteral beslenme endikasyonları:

1. Sağlam ve fonksiyonel kolon olmadan 150 cm'den kısa ince barsak olması
2. Pankreatit
3. Enterik fistül
4. Beslenme ihtiyaçlarının enteral yolla karşılanamaması
5. Hemodinamik dengesizlik
6. Diffüz peritonit
7. İntestinal obstrüksiyon
8. İskemik barsak varlığı
9. Masif gastrointestinal kanama
10. Perioperatif üst gastrointestinal kanser
11. Kemik iliği nakliyle birlikte şiddetli bulantı, kusma, mukozit
12. Graft versus host hastalığı

D. Yaşam Sonu Bakım: Palyatif Bakım

Hastalıklarla yaşanan sürenin artmakta olduğu günümüzde, hekimler ölümcül hastalığı olan hastayla daha sık karşılaşmakta ve bu hastalara daha uzun süre tedavi hizmeti vermek durumunda kalmaktadırlar. Yaşam sonu bakım yaşam beklentisi 6-12 ay veya daha az olan hastaların tıbbi bakımına dayanır. Ölüm bir yetersizlik değildir, ölmekte olan kişilere tam anlamıyla bakılmaması bir yetersizliktir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre, palyatif bakım; yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhani problemlerin erken tespit ve tedavisini hedefler.

DSÖ'ne göre *palyatif bakım gerektiren hastalıklar* şöyle sınıflandırılmıştır.

- Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS)
- İleri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin)
- Tedaviye yanıtız kanserler
- HIV/AIDS
- Çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalık

Palyatif bakımda multidisipliner ekip medikal onkolog, anestezi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, psikiyatri uzmanı, radyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, genel cerrahi uzmanı ve gerektiğinde takım liderinin önerdiği uzmanlık alanından bir doktordan oluşur. Temel amaç hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastaya son döneme kadar aktif, kaliteli bir yaşam sunulmasıdır.

Palyatif bakımda yaşam sonu semptomları ağrı, ajitasyon, anksiyete, iştahsızlık, kaşeksi, ağız kuruluğu, kötü tat, ağızda yara, aft, disfaji, asit, vücut ödemi, dispepsi, hıçkırık, kabızlık, ishal, bulantı, kusma, tremor, bayılma, unutkanlık, konfüzyon, deliryum, depresyon, dispne, öksürük, sekresyon, halsizlik, hareket edememe, baş dönmesi, kaşıntı, reflü, inkontinans olarak sıralanabilir.

Yaşam sonu bakımda hastanın konforu açısından *ağrı yönetimi* önemlidir. DSÖ, ağrının basamak sistemine göre tedavisini önermektedir. Birinci basamakta nonopioid analjezikler yer alır. Spazmolitik etkisi nedeniyle visseral ağrıda metamizol tercih edilebilir. Trombositopeni ve kanama riski olan hastalarda siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri kullanılmalıdır. Bu ilaçlarla ağrı geçmiyorsa ikinci basamağa geçilir ve tedaviye zayıf opioid ilaçlar (kodein, tramadol) eklenir. Birinci ve ikinci basamaktaki ilaçlarla ağrı azalmıyorsa üçüncü basamak tedaviye (güçlü opioidler; fentanil, morfin) geçilir. Her basamakta kendisi analjezik olmayan, analjeziklerin etkisini artıran adjuvan (koanaljezik) ilaçlar (antidepresan, antikonvülzan, nöroleptik, kortikosteroid, oral lokal anestezi, anksiyolitik) eklenebilir. Basamak değişimi için en az 24 saat geçmelidir.

Deliryum hastanede yatan yaşlılarda ve bakımevlerinde sık karşılaşılan ciddi bir sağlık problemidir. İlerleyici hastalıklarda zaman, yer, kişi ve durum dezoryantasyonuna sık rastlanır. Palyatif bakım alan hastaların %40'ında, terminal dönemde %80'inde

deliryum sendromu gelişir. Klinik bulgular değişkenlik göstermesi nedeni ile tanısı geç konabilmektedir. Deliryum hastane yatış süresini uzatmakta, morbidite ve mortalite riskini de arttırmaktadır.

E. Hastanın Taburcu Edilmesi

Hastanın taburcu edilme koşulları:

- Yatış nedeni olan akut hastalığın yatarak tedavi gerektirmeyecek düzeyde iyileşmesi
- Yatış nedeni olan kronik hastalığın yatarak tedavi gerektirmeyecek düzeyde stabil hale getirilmesi
- Ameliyat sonrası iyileşmenin tamamlanması veya hastanede bakımı gerektirmeyecek hâle gelmesi
- Hastanın tıbbi tavsiyeye rağmen taburcu olmak istemesi halinde “Tetik Tedavi Red Tutanağı” düzenlenerek hasta taburcu edilir.

Taburculuk kriterleri

- İnsizyon/dikişlerin temiz ve kuru olması,
- Vital bulguların normal olması,
- İdrarın ağrısız ve yeterli olması,
- Ağrının hafif/orta şiddette olması,
- Komplikasyon belirtilerinin olmaması,
- Hastanın ve ailesinin komplikasyonlar hakkında bilgisi olması,
- Hastanın verilen diyeti tolere edebilmesi,
- İlaçların nasıl kullanılacağını bilmesidir.

KAYNAKLAR

1. Aile Doktorları için Kurs Notları T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004.
2. www.woncaeurope.com. Erişim Tarihi: 29.06.2016.
3. Taylor Aile Hekimliği El Kitabı Güneş Tıp Kitabevleri, 2011.
4. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi 2. Baskı Güneş Tıp Kitabevleri, 2011.
5. Kara İH, Bozdemir N. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Adana Nobel Tıp Kitabevi, 2010.
6. Cecil Essentials of Medicine 7th edition, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.
7. Akgün M. Hastanede yatan yaşlı hastalarda iletişim güçlükleri ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9(2):51-6.
8. Demirel U, Bahçecioğlu İH. Enteral ve parenteral beslenmeye klinik yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2010;14(3):149-54.

9. Çekmen N, Dikmen E. Yoğun bakım hastalarında enteral ve parenteral nutrisyon Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(3):187-97.
10. Demirel U, Aygün C. Yatan hastanın beslenme durumunun önemi ve kalori ihtiyacının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2012;17(2):187-97.
11. Asma S, Gereklioğlu Ç, Korur AP, et al. Birinci basamakta deliryumu tanımak ve yönetmek TJFMPC. 2015;9(2):59-64.
12. Çaylan A. Kötü haber verme. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012;3(2):15-8.
13. Bilgin G, Öztürk G, Fırın S. Kanser tanısı konan hastada kötü haber verme: Hekime düşen görev. İstanbul Tıp Fak Dergisi 2008;71:22-5.
14. Kabalak A, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; Palyatif bakım Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
15. Zengin O. Sosyal hizmetin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(3):29-34.
16. Sucaklı MH. An approach to dying patients and end-of-life care. TJFMPC. 2013;7(3):52-7.
17. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, et al. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplinin tarihçesi Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:412-8.
18. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, et al. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyumakta mıdır? Türk Aile Hek Derg 2012;16(3):107-1.
19. Sakarya M. Enteral nutrisyon. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(18):51-8.
20. Çankayalı İ. Enteral nutrisyon. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics 2010;3(2):18-33.
21. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012;4(2):178-87.
22. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler Klinik Gelişim 2011 (24):4-9.

Konu 32

KLİNİK VAKA SUNUMU 2

Kenan TOPAL

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı, tıp eğitimi alan öğrencilerin aile hekimliği uygulamasında sık karşılaşılan genel sağlık sorunlarıyla ilgili örnek bir hasta başvurusuna bütüncül olarak yaklaşabilmeleri, böylece biyolojik değerlendirmenin yanı sıra hastaya ruhsal ve sosyal yönden de yaklaşmayı kavrayabilmelerini sağlamaktır. İkincil amacı ise öğrencilerin tedavi planı ve takiple ilgili hastayla ortak kararlar almalarının ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi öneriler hakkında bilgi sahibi olmalarının sağlanmasıdır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Aile hekimliğinde ‘bütüncül yaklaşım’ ilkesinin önemini açıklayabilmeli,
- Biyopsikososyal modelin kliniğe uyarlanması ile ortaya çıkan hasta/kişi merkezli klinik yaklaşım prensibini açıklayabilmeli,
- Hastaların fiziksel olarak muayenesinin yanında ruhsal muayenesinin ve sosyal yönden sorgulanmasının aile hekimliğindeki önemini tartışabilmeli,
- Hastanın takibinde hastayla ortak karar vermenin önemini açıklayabilmeli,
- Aile hekimliğinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yaşam tarzı değişiklikleri önerilerinin önemini açıklayabilmeli.

ÖZET

Aile hekimleri artık tek başına yeterli olmadığı kabul edilen biyomedikal yöntem yerine biyopsikososyal modelin kliniğe uyarlanması olan hasta/kişi merkezli klinik yöntemi kullanırlar. Hastalarını değerlendirirken sadece biyolojik faktörleri ele almak yerine psikolojik ve sosyal faktörlerin de göz önüne alınması hastalıkların tamamen anlaşılmasını sağlar. Aile hekimliğinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yaşam tarzı değişiklikleri önerileri ve hastanın takibinde hastayla ortak karar vermek önemli bir yer tutar.

GİRİŞ

Hastanın Adı-Soyadı: H. E.

Yaşı: 41

Cinsiyeti: Erkek

Medeni durumu: Evli

Çocuk sayısı: İki

Eğitim durumu: İlkokul Mezunu

Mesleği: İşçi

Önemli Noktalar

- Biyopsikososyal Model,
- Hasta/Kişi Merkezli Klinik Yöntem,
- Fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önüne alınması,
- Hastayla ortak karar vermek,
- Yaşam tarzı değişiklikleri önerilerinin önemi.

Hastanın başlıca kaygı ve isteği: Baş ağrısı, kulaklarda uğultu, bunalmış hissetme.

Öykü: 41 yaşında erkek hasta iki gece önce şiddetli baş ağrısı nedeniyle acil polikliniğine başvurmuş. Yapılan fizik muayenede kan basıncı 165/105 mmHg olarak saptanmış. Kan basıncı kontrol altına alınıp önerilerde bulunulmuş. Genel muayene ve kontrollerinin yapılması için Aile Hekimliği birimine başvuran hasta son zamanlarda ara ara baş ağrısının ve kulak uğultusunun olduğunu belirtiyor. Bir makine fabrikasında asgari ücretle işçi olarak çalışıyormuş. Kirada oturuyorlarmış, eşi ev hanımıymış, iki çocuğu varmış.

Özgeçmiş: Bilinen sistemik hastalık öyküsü yok.

Soygeçmiş: Babası 10 yıldır hipertansiyon nedeniyle tedavi alıyormuş. Annesine 6 ay önce lösemi tanısı konmuş, bu duruma çok üzülmüyor ve endişeleniyormuş. Diğer kardeşlerinin sağlık sorunları yok.

Alışkanlıklar: Günde bir pakete yakın sigara kullanıyor (22,5 paket/yıl). Alkol kullanmıyor.

Kullandığı İlaçlar: Düzenli kullandığı bir ilaç yok.

Diyet: Karbonhidrat ağırlıklı, aşırı yağlı ve tuzlu gıdalar tüketiyor, yediklerine dikkat etmiyormuş.

Egzersiz: Düzenli egzersiz alışkanlığı yok.

Fizik Muayene:

- Boy: 173 cm Kilo: 85 kg
- VKİ: 28,4 kg/m² Bel çevresi: 105 cm
- Ateş: 36,7 °C, Nabız: 82/dk,
- Kan Basıncı (KB): Sağ kol: 145/105 mmHg, Sol kol: 140/100 mmHg,
- Cilt: Turgor tonusu doğal, solukluk kızarıklık yok.

Error! Use the Home tab to apply Heading 2; Title to the text that you

- Baş Boyun: Saç saçlı deri doğal, ele gelen LAP yok, sklera doğal, orofarenks doğal, postnazal akıntı yok, trakea orta hatta, tiroid bezi ele gelmiyor.
- Solunum Sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, ral ve ronküs yok.
- Kardiyovasküler Sistem: Kalp sesleri ritmik, ek ses üfürüm yok.
- Gastro intestinal Sistem: Batın serbest, rebound defans yok, traube açık.
- Genito Üriner Sistem: Doğal
- Santral Sinir Sistemi: DTR tam, DIR/IDIR (++/++)
- Ekstremiteler: Doğal, kas gücü tam.

Ruhsal muayene: Hastanın genel görünümü normal, telaşlı bir yüz ifadesi var. Uzun süredir gün içinde aniden paniklediğini ve aklından endişeli düşünceler geçtiğini söyledi, konsantrasyon güçlüğü ve huzursuzluk tarif etti. Konuşması normal, duygulanımı normal, hafif düzeyde iritabilite mevcut, uyku/iştah problemi yok.

Hastanın dönüm noktaları: 15 yıl önce evlenmiş. Hasta 3 yıl önce anne babasıyla birlikte yaşadıkları ilçeden ayrılarak çalışmak için eşi ve çocuklarıyla şehre taşınmış. Bir makine fabrikasında asgari ücretle işçi olarak çalışıyor. Annesine 6 ay önce lösemi tanısı konmuş, tedavisine başlanmış.

Ailenin dönüm noktaları: Hastanın 14 yaşındaki oğlu bu sene başından beri yatılı okulda eğitim görmeye başlamış. Bundan üç ay önce bir kızı dünyaya gelmiş. Eşiyle son zamanlarda maddi sıkıntılar ve oğlunun yatılı okula alışmakta zorlanması nedeniyle tartışmalarında artış olduğunu, annesinin hastalığına çok üzüldüğünü ve bütün bunların kendisini çok bunalıttığını belirtti.

Aile evresi: Evre 5, (en büyük çocuk 13 yaş–20 yaş arasında)

Açıklama 1:

- Ergen çocuklu aile en büyük çocuğun ergenliğe ulaşmasıyla başlar. Ergen ve aile için oldukça zor bir dönemdir.
- Ergen ailelerin kurallarını sınamaya başlar.
- Bu dönemdeki konular çocuklar için okul, meslek seçimleri ve eş seçimleridir.
- Ayrıca çocuklardaki bağımsızlık artar; bununla beraber sigara, alkol ve uyuşturucu kullanmaları kaygısı ortaya çıkar.
- Bu sorunlar aile ve çocukta bunalımlara yol açabilir.
- Bu dönemde aileye düşen görev özgürlük ve sorumluluklar arasında denge kurabilmektir.

Duvall'e göre aile yaşam döngüsü 8 evrede ele alınmıştır:

1. Evli çift (çocuk yok)

2. Çocuk doğuran aile (*en büyük çocuk 30 aylık*)
3. Okul öncesi çocuğu olan aile (*en büyük çocuk 30 ay–6 yaş arasında*)
4. Okul çağında çocukları olan aile (*en büyük çocuk 6 yaş–13 yaş arasında*)
5. Ergen çocukları olan aile (*en büyük çocuk 13 yaş–20 yaş arasında*)
6. Genç erişkinler yetiştiren aile (*ilk çocuğun evi terk etmesinden sonuncuya kadar*)
7. Orta yaşta anne-baba (*yuvanın boşalmasından emekliliğe kadar*)
8. Yaşlı aile üyeleri (*her iki eşin emekliliğinden ölümüne kadar*)

Hekim-hasta ilişkisi: Görüşme sakin bir ortamda iyi bir iletişim içerisinde geçti. Hasta problemlerini, kaygılarını ve sıkıntılarını rahatça dile getirdi. Fizik muayenesi ve ruhsal muayenesi yapıldı. Ruhsal yönden değerlendirme amacıyla *Hastane Anksiyete Depresyon (HAD)* ölçeği uygulandı ve anksiyete riski yüksek bulundu (anksiyete riski puanı: 14, depresyon riski puanı: 2), (*Açıklama 2*). Uygulanan *Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi*'nin puanı 3 bulundu, buna göre az bağımlıydı (*Açıklama 3*). Hastanın ön tanıları belirlendi ve uygun açıklamalarda bulunuldu. Gerekli laboratuvar tetkikleri istendi.

Açıklama 2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuran gruplarda uygulanır. Toplam 14 sorudan oluşan anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçeklerini içerir. Alt ölçeklerin puanı 0-21 arasında değişir. HAD-A için kesme puanı 10/11, HAD-D için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde kalanlar risk altında olarak değerlendirilir.

Açıklama 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi: Altı soruluk test. En düşük 0 puan, en yüksek 10 puandır. 0-3 puan: hafif nikotin bağımlısı, 4-6 puan: orta nikotin bağımlısı, 7-10 puan: şiddetli nikotin bağımlısı şeklinde değerlendirilir.

Problemlerin listelenmesi:

- Kan basıncı yüksekliği
- Fazla kilolu olma
- Sağlıksız beslenme
- Egzersiz yapmama
- Sigara içme
- Endişe ve huzursuzluk durumu

Ön tanılar:

- Esansiyel Hipertansiyon
- İnsulin direnci
- Metabolik sendrom

- Anksiyete riski

Laboratuvar tetkikleri sonuçları:

- Açlık Kan Şekeri: 85 mg/dL
- Açlık İnsülini: 18.67 µU/mL
- AST: 20 U/L
- ALT: 14 U/L
- Üre: 42 mg/dL
- Kreatinin: 0.95 mg/dL
- Na: 140 mmol/L
- K: 4 mmol/L
- Ürik Asit: 4.5 mg/dL
- WBC: 6.5 µL
- Hgb: 14.5 g/dL
- Plt: 303.000 /mm³
- TK: 249 mg/dL
- HDL: 38 mg/dL
- TG: 500 mg/dL
- LDL: 149 mg/dL
- Ca: 9.5 mg/dL
- TSH: 2.2 µIU/mL

Açıklama 4. Erişkin erkek için vakada yapılan tetkiklerin referans değerleri:

- Açlık Kan Şekeri: 70 – 100 mg/dL
- Açlık İnsülini: 3 – 28 µU/mL
- AST: 15 – 40 U/L
- ALT: 10 – 40 U/L U/L
- Üre: 10 - 50 mg/dL
- Kreatinin: 0.3 - 1.3 mg/dL
- Na: 136 – 146 mmol/L
- K: 3.5 – 5.1 mmol/L
- Ürik Asit: 3.4 – 7 mg/dL
- WBC: 3.6 - 10.0 µL
- Hgb: 14.0 – 17.4 g/dL
- Plt: 140.000 – 400.000 mm³
- TK: 120 – 200 mg/dL
- HDL: >40 mg/dL
- TG: 35 – 150 mg/dL
- LDL: <130 mg/dL
- Ca: 8.8 – 10.6 mg/dL
- TSH: 0.34 – 5.6 µIU/mL

Elektrokardiyografi (EKG): Ritim sinüs, p dalgası normal genişlikte (0.08 sn), P-R mesafesi normal uzunlukta (0.20 sn) ve QRS kompleksi normal genişlikte (0.10 sn) idi.

Tam İdrar Tahlili (TİT) (Strip ile):

- Renk açık sarı, görünüm berrak
- Dansite: 1020
- Ph: 6.5

- Bilirubin negatif
- Ürobilinojen normal
- Keton negatif
- Glikoz negatif
- Protein eser miktarda
- Nitrit negatif
- Mikroskobide; *nadir lökosit, 1-2 epitel hücresi var. Eritrosit, bakteri, kristal ve silendir yok.*

Kesin tanıları:

- Metabolik sendrom
- Hipertansiyon
- Dislipidemi
- İnsülin direnci
- Anksiyete riski

Yönetim Planı

- Kan basıncı kontrolü, dislipidemi, insülin direnci ve abdominal obezite için diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri önerildi. Hastaya 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu'na göre yaşam tarzı değişiklikleri; karbonhidrattan fakir, az yağlı, lifli gıdalardan zengin, tuz kısıtlı diyet, düzenli fiziksel egzersiz; örneğin haftanın 5-7 günü, günde en az 30 dakika tempolu yürüyüş, kilo verilmesi ve sigaranın bırakılması önerilerinde bulunuldu.
- Hastaya hipertansiyon hastalığı ve komplikasyonları hakkında bilgi verildi.
- Hasta hipertansif retinopati açısından göz hastalıklarına konsülte edildi.
- Hastada 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzuna göre yüksek kardiyovasküler risk saptandı.
- Antihipertansif ilaç tedavisi olarak ACE inhibitörü olan Ramipril 5 mg (1x1 sabah tok karnına) başlandı.
- Anksiyete riski hakkında hasta bilgilendirildi ve psikiyatri konsültasyonu istendi.
- Tedavi planı, hedefler, görevlerle ilgili ortak kararlar alındı.
- Bir ay sonrasına kontrol günü belirlendi.

Bir ay sonra kontrolde planlananlar:

1. Kontrolde gelmeden bir hafta öncesinde sabah/akşam evde kan basıncı takibi yapılarak kaydedilecek.
2. Yaşam tarzı değişiklikleri önerilerine uyumu gözden geçirilecek.
3. Kilo kontrolü yapılacak.

4. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri tekrar edilecek.
5. Anksiyete ile ilgili değerlendirme yapılacak.
6. Göz muayenesi ve takibi değerlendirilecek.
7. Sigara bırakma önerisine uyup uymadığı sorgulanacak.
8. Eğer bırakmadıysa bırakmaya engel durumlar konuşulup bırakma ile ilgili öneriler tekrarlanacak.

Metabolik Sendrom: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Metabolik Sendrom Kılavuzu'na göre Metabolik Sendrom (MS), insülin direnciyle başlayan viseral obezite, glukoz intoleransı veya diyabet, dislipidemi, hipertansiyon ve Koroner Arter Hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölümcül olabilen bir hastalıktır. NCEP/ATP III'e (2001) göre Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri (NCEP/ATP III, 2001)

Metabolik Sendrom tanısı için hastada aşağıdakilerden en az üçü bulunmalıdır.	
1. Abdominal obezite	Bel çevresi: erkeklerde >102 cm, kadınlarda >88 cm.
2. Hipertrigliseridemi	≥150 mg/dl
3. Düşük HDL	Erkeklerde <40 mg/dl, kadınlarda <50 mg/dl.
4. Hipertansiyon	Kan basıncı ≥130/85 mmHg.
5. Hiperglisemi	Açlık kan glukozu ≥ 110 mg/dl

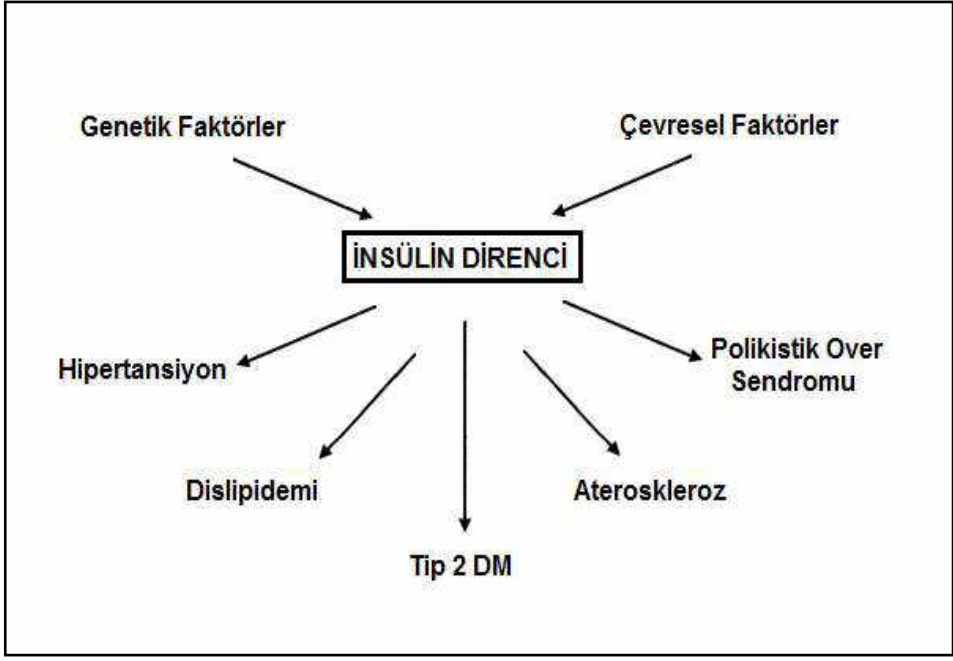
Hastada Metabolik Sendromunun bulguları:

1. **Abdominal Obezite;**
 - *Bel çevresi 105 cm,*
2. **Hipertrigliseridemi: 500mg/dL,**
3. **Düşük HDL: 38 mg/dL,**
4. **Hipertansiyon;**
 - *Sağ kol KB: 145/105 mmHg*
 - *Sol kol KB: 140/100 mmHg*

Hipertansiyon: farklı iki günde en az iki kez yapılan ölçümlerde, 18 yaşını geçmiş erişkin bir bireyde, sistolik kan basıncının 140 mm Hg ve üzerinde ya da diyastolik kan basıncının 90 mm Hg ve üzerinde ölçülmesi olarak tanımlanır. Dünyadaki erişkin nüfusun %26,4'ünde, ülkemizdeki nüfusun %29,6'sında hipertansiyon saptanmış olup

2025 yılında tüm dünya nüfusunun %29,2'sinin hipertansif olacağı öngörülmüştür. Hipertansiyonun tanı ve tedavisindeki amaç kardiyovasküler hastalığın önlenmesinin yanı sıra diğer hedef organ hasarlarını ve bunlarla ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır.

İnsülin direnci: İnsülin, karaciğer, kas ve yağ gibi hedef dokulara etki eder. İnsülin direnci endojen veya ekzojen insüline karşı hedef dokularda oluşan biyolojik yanıtı azaltır ifade eder. Oluşan bu direnci aşmak ve kan şekerini normal sınırlarda tutmak için aşırı miktarda insülin salgılanır ve hiperinsülinemi gelişir. İnsülin direncinin nedenleri ve insülin direnciyle ilişkili durumlar Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. İnsülin direncinin nedenleri ve insülin direnciyle ilişkili durumlar

(Kaynak: *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Metabolik Sendrom Kılavuzu, 2009*)

İnsülin direnci sıklığı ve Esansiyel Hipertansiyon: Yapılan çalışmalarda insülin direnci sıklığı; bozulmuş glukoz toleransı olanlarda %59, tip 2 diyabetiklerde %88, obezlerde %80 olarak saptanmıştır. Esansiyel hipertansiyonu olan hastalarda ise insülin direnci prevalansının %27 ile %50 arasında değiştiği görülmüştür.

İnsülin Direncinin hesaplanması: HOMA-IR (Homeostatic Model Assessment-Insulin Resistance) insülin direnci ve beta hücre fonksiyonu ölçmek için kullanılan bir yöntemdir.

- $HOMA\ IR = \frac{AKŞ\ (mg/dL) \times Açlık\ İnsülin\ (\mu U/mL)}{100}$

405

- HOMA-IR'nin 2,7'den büyük olması insülin direncine işaret eder.

Vakada insülin direncinin hesaplanması:

- Açlık Kan Şekeri: 85mg/dL
- Açlık İnsülini: 18,67 µU/mL
- $HOMA-IR = \frac{85 \times 18,67}{405}$
- $HOMA-IR = 3,91$

Vaka ile ilgili çalışma soruları:

1. Bu hastada ön tanıların nelerdir?
2. Hastanın ruhsal yönden değerlendirilmesi nasıl yapılabilir?
3. Aile yaşam döngüsünün evreleri nelerdir?
4. Ergen çocuklu ailede aileye düşen görev nedir?
5. Bu hastada hangi tetkikler ve değerlendirmeler yapılabilir?
6. Metabolik Sendromun tanı kriterleri nelerdir?
7. Hipertansiyonun tanımı ve eşlik eden durumlar nelerdir?
8. İnsülin direncinin sebepleri ve ilişkili olduğu durumlar nelerdir?
9. Bu hasta için takip ve tedavi stratejileri nelerdir?

KAYNAKLAR

1. Duvall EM. Marriage and Family Development, 5th Edi. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1977.
2. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.
3. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2006.
4. Fagerström K. New perspectives in the treatment of tobacco dependence. Monaldi Arch Chest Dis 2003;60:179-83.
5. Uysal A, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve faktör analizi. Tuberk Toraks 2004;52:115-21.
6. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education

- Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.
7. Obezite, Dislipemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2011.
 8. Arslan M, Atmaca A, Ayvaz G, ve ark. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Metabolik Sendrom Kılavuzu, Ankara, 2009.
 9. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005;365:217-23.
 10. Hollenbeck C, Reaven GM. Variations in insulin stimulated glucose uptake in healthy individuals with normal glucose tolerance. J Clin Endocrinol Metab 1987;64:1169-73.
 11. Özyazar M, Korugan Ü. İnsulin direnci. Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H eds. Cerrahpaşa İç Hastalıkları Kitabı. İstanbul Tıp Kitabevi 2. Baskı 2012: 1455-7.
 12. Lind L, Berne C and Lithell H. Prevalence of insulin resistance in essential hypertension. Journal of hypertension 1995;13:1457-62.
 13. Lima NK, Abbasi F, Lamendola C and Reaven GM. Prevalence of insulin resistance and related risk factors for cardiovascular disease in patients with essential hypertension. Am J Hypertens 2009;22:106-11.
 14. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2013;34(28):2159-219.
 15. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. Diabetologia 1985;28(7):412-9.

BÖLÜM 3: KLİNİK AİLE HEKİMLİĞİ

Konu 33

GENOGRAMLAR-2

İsmail Hamdi KARA, Zekeriya AKTÜRK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda öğrencilerin hastalıkların kalıtsal geçişiyle ilgili bilgilerini pekiştirmeleri, aile genogramlarını inceleyip yorum yapabilmeleri, kalıtsal hastalıklarla ilgili çıkarımlarda bulunabilmeleri, böylece şüpheli buldukları vakaları ilgili hizmeti almak üzere yönlendirebilmeleri amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hastalıkların kalıtsal geçiş şekillerini belirtebilmeli,
- Genogram yorumlaması yapabilmeli.

ÖZET

Öğrencilerin daha önceki sınıflarda gördükleri genogram hazırlama ve genel bilgi dersinden sonra ileri sınıflarda genogram uygulamasının da yapılması öğrencilerin bu konudaki bilgi ve becerilerini pekiştirecektir.

Birçok hastalık kalıtsal bir patern izlemekte olup aile hekimlerinin hastalıkların kalıtsallıklarıyla ilgili bilgi sahibi olmaları ve gerekli yönlendirmeleri yapabilmeleri önem arz etmektedir.

Bu derste verilen örnekler öğrencilerin genogram okumayla ilgili özgüvenlerini artıracaktır.

GİRİŞ

Hastalıkların kalıtsal geçişi aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

1. Otozomal resesif geçişli hastalıklar
2. Otozomal dominant geçişli hastalıklar
3. X'e bağlı resesif geçişli hastalıklar.
4. X'e bağlı dominant geçişli hastalıklar
5. Y'ye bağlı geçen hastalıklar

Önemli Noktalar

- Otozomal ve X'e bağlı geçişli hastalıkların görülme sıklıkları ve paternlerini bilmek aile hekimleri için önemlidir.

Aşağıda farklı geçiş tiplerine ait hastalıklar ve kısa bilgiler sıralanmıştır:

OTOZOMAL RESESİF HASTALIKLAR

- Abetalipoproteinemi.
 - Yağ ve yağda çözünen vitaminlerin emilmesini etkileyen bir hastalık.
- Gebeliğin akut yağlı karaciğeri.
 - Mitokondride yağ asitlerinin metabolizması.
- Alkaptonüri.
 - Fenilalanin ve tirozin metabolizma bozukluğu.
- Bernard-Soulier sendromu.
 - Hemorajik trombositik distrofi.
- Bloom sendromu.
 - Kısa boy ve kansere yatkınlık.
- Carpenter sendromu.
 - Kraniyofasiyal malformasyonlar, obezite ve sindaktili.
- Chediak-Higashi sendromu.
 - Fagositozda azalma.
- Kondrodistrofi.
 - Kıkırdak gelişimini etkileyebilir.
- Doğumsal Adrenal Hipertrofi (KAH).
 - Sex steroidlerinin yetersiz üretilmesi.
- Doğumsal Hepatik Fibroz.
 - Portal alanlarda interlobüler safra kanallarının proliferasyonu.
- Kistik fibroz.

- 1/30000.
- Eritelden klor ve sodyum taşınma bozukluğu sonucu kalın ve yoğun sekresyonların oluşması.
- Sistinoz, sistinüri.
 - Sistin amino asidinin anormal birikmesi.
- Dubin-Johnson sendromu.
 - 1/1300.
 - Hepatositlerin konjuge bilirubini safraya salgılaya bozukluğu.
- Endocardial Fibroelastosis.
 - Kalp boşluklarının en iç tabakasında kalınlaşma.
- Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF).
 - Paroksizmal poliserozit, periyodik peritonit, tekrarlayan poliserozit, benign paroksizmal peritonit, periyodik hastalık veya periyodik ateş.
- Fanconi Anemisi.
 - 1/350000.
 - DNA tamirinden sorumlu bir protein kümesinde hasar. Ashkenazi Yahudilerinde görülür.
- Friedreich's Ataxisi.
 - Yürüme bozukluğundan konuşma problemine kadar, kalp hastalığı ve diyabete de yol açabilen bir hastalık.
- Gastroschisis.
 - Ön karın duvarı defekti.
- Gaucher hastalığı.
 - Hücrelerde lipit birikmesi
- Glanzmann trombositopenisi.
 - Çok nadir kanama bozukluğu
- Glilkojen depo hastalığı.
 - Kas, karaciğer ve diğer hücrelerde glikojen sentezi veya yıkımında bozukluk.
- Hartnup Hastalığı.
 - Büyüme bozukluğu, fotosensitivite, intermittan ataksi, nistagmus ve tremor.
- Krabbe Hastalığı.

- 1/100000.
- Sinir sisteminin miyelin kılıfını etkileyen hastalık.
- Lökosit Adezyon Defekti.
- Niemann Pick Hastalığı.
 - Lizozomlarda sfingomiyelin birikmesi.
- Rotor sendromu.
 - 1/1.000.000
 - Hiperbilirubinemi.
- Shwachman Diamond sendromu.
 - Ekzokrin pankreas yetmezliği, kemik iliği disfonksiyonu, iskelet anomalileri ve kısa boy.
- Situs Inversus.
 - 1/22.000
 - Torasik ve abdominal organların ayna şeklinde yer değiştirmesi halidir.
- Orak Hücre Hastalığı ve Trait.
 - Toplumun %4'ü orak hücre taşıyıcısı, %0,3'ü ise hastadır.
 - Hemoglobinopatilerdendir.
- Tay-Sachs.
 - Sinir hücrelerinde ve mental ve fiziksel yeteneklerde ilerleyici bozulma. Genelde altı aylıkken başlar ve dört yaşında ölümlerle sonuçlanır.
- Talasemi.
 - %16 taşıyıcı.
 - Hemoglobin sentez problemi.
- Werner sendromu.
 - 1/100.000
 - Büyüme problemi.
- Wilson's Hastalığı.
 - 1/100.000
 - Seruloplazmin eksikliği.
- Xeroderma pigmentosa.

- DNA tamir bozukluğu

OTOZOMAL DOMİNANT HASTALIKLAR

- Tuberous sclerosis
 - 10/100.000
 - Beyin ve diğer hayati organlarda malign olmayan tümörlerin büyümesi.
- Marfan sendromu
 - Bağ dokusu hastalığı.
- Nörofibromatoz
 - Özellikle beyinde tümör oluşma riski.
- Huntington hastalığı
 - Kas koordinasyonunu etkiler ve bilişsel bozulma ve psikiyatrik sorunlara yol açar.
- Retinoblastom
 - Retinanın immatür hücrelerinden gelişen, hızlı ilerleyen bir kanser
- Waardenburg sendromu
 - Değişen derecelerde sağırılık, nöral yarık kökenli yapılarda küçük defektler ve pigmentasyon anomalileri.
- Miyotonik distrofi
 - Kaslarda erime (musküler distrofi), katarakt, kalp ileti bozukluğu, endokrin değişiklikler ve miyotoni ile ilişkilidir.
- Ailesel hiperkolesterolemi (LDL reseptör hasarı IIa)
 - Kolesterol yükseklığı, özellikle çok yüksek VLDL düzeyleri.
- Erişkin polikistik böbrek hastalığı
- von Hippel Lindau
- ailesel adenomatöz polipoz ve Peutz Jeghers Sendromu
 - 1/10.000-15.000.
 - Özellikle kalın bağırsak epitelinden kaynaklanan çok sayıda polipler.
- Herediter sferositoz
 - 1/2.000
 - oto-hemolitik anemi.

- Akondroplazi
 - 1/25.000
 - boy kısalığı
- Ehlers Danlos (vasküler tip)
 - Bağ dokusu kollajeni daha elastik olur.
- Akut intermitan porfiri
 - 5/100.000
 - Porfobilinojen deaminaz enziminde bir eksiklikle karakterizedir.
- Hipertrofik Obstrüktif Kardiyomiyopati (HOCM)
 - 1/200.000
- Von Willebrand Hastalığı
 - 1/100-1/10.000
 - En sık görülen kalıtsal koagülasyon bozukluğudur.
- Polidaktili
 - 1/500
- Osteogenesis Imperfecta (Tip VII hariç)
 - 1/20.000
 - Kırılmaya meyilli cam gibi kemikler.
- Hereditör hemorajik telanjiektazi (Osler-weber-rendu sendromu)
 - Deride, muköz membranlarda ve sıklıkla akciğerler, karaciğer ve beyin gibi organlarda anormal kan damarı oluşumu.
- Osteopetrosis Tip II (Erişkin Tipi)
 - "taş kemik", aynı zamanda mermer kemik hastalığı olarak da bilinir.
- Hipokalemik Periyodik Paralizi
 - Potasyum seviyelerinde eşlik eden bir azalmayla birlikte kas zayıflığı veya paralizi.
- Sindaktili

X'E BAğLI RESESİF GEÇİŞLİ HASTALIKLAR

- Lesch-Nyhan Sendromu
 - 1/380.000

- Hipoxantin-guanin fosforibozil transferaz enziminde eksiklik. Tüm vücut sıvılarında ürik asit artışı.
- Duchenne Muscular Dystrophy
 - 1/3600.
 - Kas dejenerasyonu ve sonunda ölüm.
- Hunter Hastalığı
 - Mukopolisakkaridoz
- Menkes Hastalığı (Kinky hair sendromu)
 - Vücuttaki bakır seviyelerini etkiler; bakır eksikliğine yol açar.
- Glukoz 6 Fosfat Dehidrojenaz Eksikliği
 - %5-25.
 - İnsanda en sık görülen enzim defektidir. Nonimmün hemolitik anemi.
- Hemofili A ve B
 - 1/10.000
 - Faktör VIII eksikliği. Kanın pıhtılaşması ve koagülasyonunu bozar.
- Fabry Hastalığı
 - Lizozomal depo hastalığı
- Wiskott-Aldrich Sendromu
 - Egzema, trombositopeni, immün yetmezlik ve kanlı diyare (trombositopeniye bağlı).
- Bruton Agammaglobulinemi
 - 1/100.000
- Renk Körlüğü
 - Kırmızı-yeşil, %7-10
- Komplet Androjen Duyarsızlığı
 - Hücrenin androjenlere cevap verememesi
- Doğumsal Aküdukt Stenoza
 - Hidrosefali
- Kalıtsal Nefrojen Diyabetes İnsipitus
 - Böbreklerin ADH'a uygunsuz cevabı

X'E BAĞLI DOMİNANT GEÇİŞLİ HASTALIKLAR

- X'e bağlı hipofosfatemik rikets.
- RETT sendromu
 - Nöro gelişimsel gri cevher bozukluğu.
- Charcot Marie Tooth hastalığı
 - Progresif kas dokusu kaybı ile karakterize periferik sinir sistemi
- Frajil-X sendromu
 - Erkeklerde entelektüel engellilik
- Alport sendromu
 - Glomerulonefrit, son dönem böbrek hastalığı ve işitme kaybı

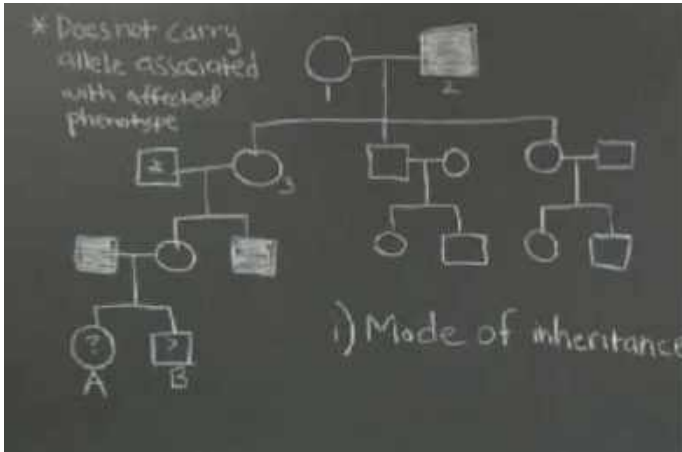
Y'YE BAĞLI GEÇEN HASTALIKLAR

- Erkek infertilitesi
- Kulak dokusunda aşırı kıl (Hypertrichosis pinnae)
- Retinitis pigmentosa
- Renk körlüğü
- XYY sendromu

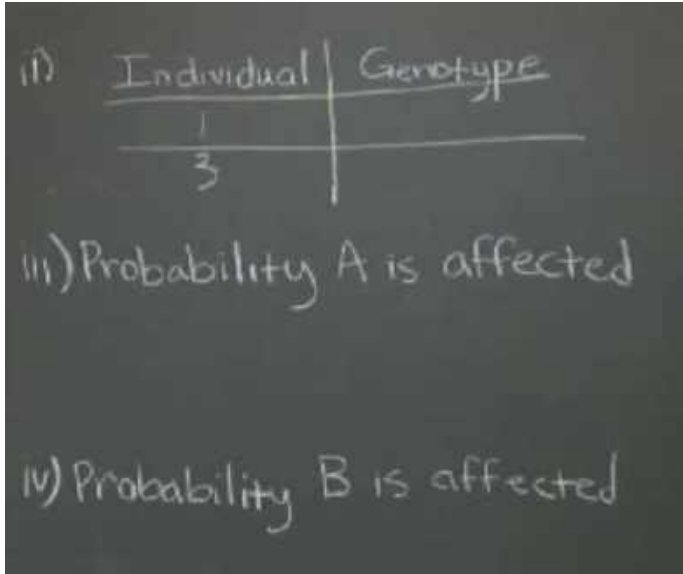
GENOGRAM UYGULAMALARI

Arkadaşlarınızla birlikte aşağıdaki genogramları inceleyiniz ve çözümlerinizi sınıfta tartışınız.

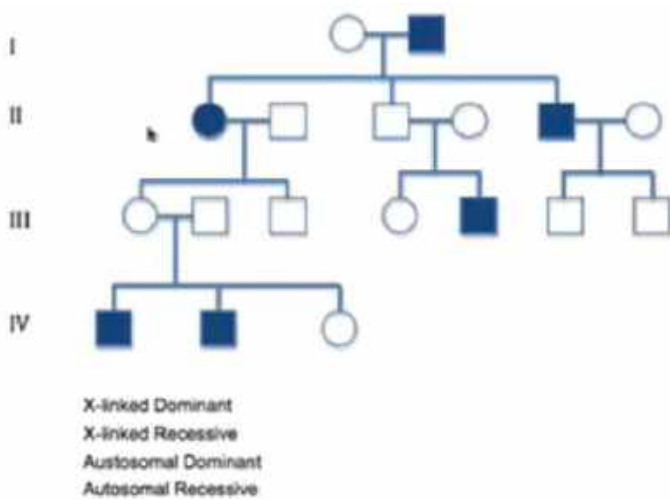
Genogram 1



Genogram 2



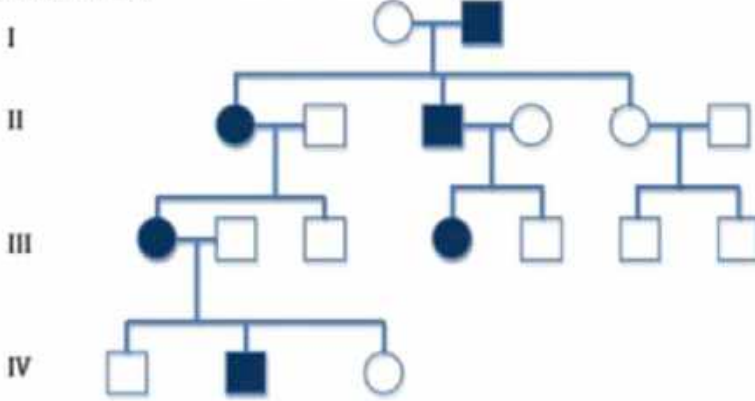
Genogram 3



Genogram 4

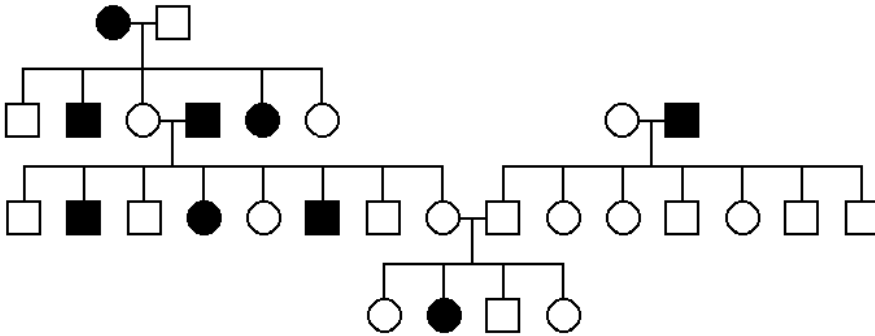
X-linked Dominant
X-linked Recessive
Autosomal Dominant
Autosomal Recessive

The pedigree in Figure 1 shows the inheritance of a rare genetic condition in one family. What is the most likely mode of inheritance?

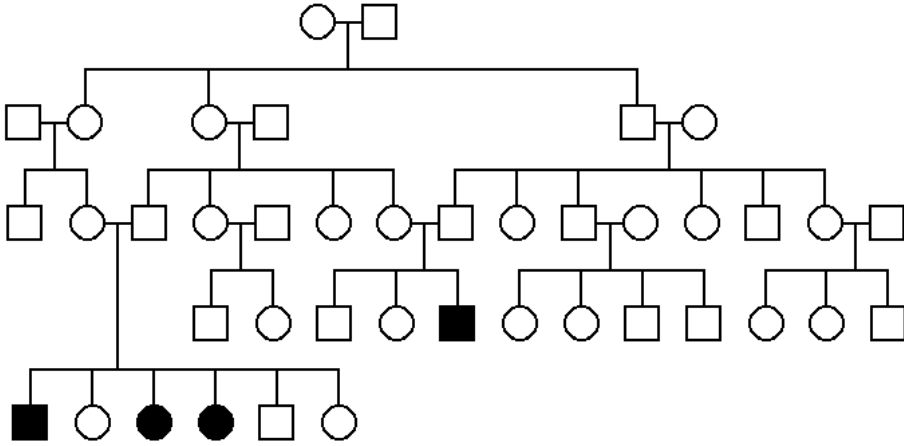


Genogram 5 □ Sırada verilen tat alım bozukluğuyla ilgili genogramdaki etkilenmiş alleli aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

- Otozomal dominant
- Otozomal resesif
- X'e bağlı dominant
- X'e bağlı resesif
- Y'ye bağlı dominant
- Y'ye bağlı resesif

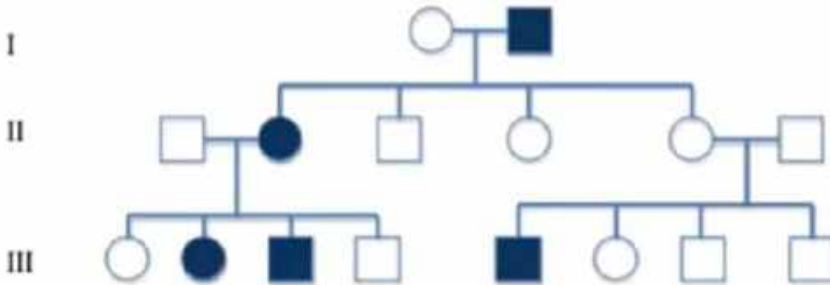


Genogram 6. Albinizm otozomal resesif kalıttır. Toplumdaki kişilerin albinizm açısından heterozigot olmadıklarını (Aa) varsayarsak genogramdaki kişilerin genotiplerini AA , Aa ve aa olarak belirtebilir misiniz?



Genogram 7

Syndactyly is a rare genetic condition inherited as an autosomal dominant trait... Unusually however, a person who has the defective allele responsible for syndactyly (N), does not always show the trait. The diagram below shows the pedigree of a family with syndactyly.



There was no history of syndactyly in the ancestors of individuals I-1, II-1 and II-6. Assuming that there are no new mutations, it is reasonable to conclude that

- A. Individual II-5 has the genotype nn
- B. Individuals II-4 and II-5 may have the same genotype
- C. Individual II-1 has the genotype Nn
- D. Individuals III-2 and III-5 may have different genotypes.

KAYNAKLAR

1. Wikipedia the free Encyclopedia. Category:Autosomal recessive disorders
https://en.wikipedia.org/wiki/Category:Autosomal_recessive_disorders Erişim: 13.06.2016
2. Wikipedia the free Encyclopedia. Genetic disorder
https://en.wikipedia.org/wiki/Genetic_disorder Erişim: 13.06.2016
3. Wikipedia the free Encyclopedia. Category:Autosomal dominant disorders
https://en.wikipedia.org/wiki/Category:Autosomal_dominant_disorders Erişim: 13.06.2016
4. Wikipedia the free Encyclopedia. X-linked recessive inheritance
https://en.wikipedia.org/wiki/X-linked_recessive_inheritance Erişim: 13.06.2016
5. Wikipedia the free Encyclopedia. X-linked dominant inheritance
https://en.wikipedia.org/wiki/X-linked_dominant_inheritance Erişim: 13.06.2016

Konu 34

HATALI TIBBİ UYGULAMALAR

Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların hatalı tıbbi uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Tıbbi uygulama kavramını tanımlayabilmeli,
- Tıbbi uygulamaları hukuka uygun yapan bileşenleri sayabilmeli,
- Hatalı tıbbi uygulamalar konusunda bilgi sahibi olabilmeli,
- Tıbbi hata ile komplikasyon arasındaki farkı açıklayabilmeli,
- Tıbbi hata tiplerini sayabilmeli ve bunları açıklayabilmeli,
- Tıbbi uygulama hatalarında olası hatayı tartışabilmeli,
- Tıbbi hataları önlemek için yapılabilecekleri tartışabilmeli.

ÖZET

Tıbbi müdahale tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbin sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişimler olarak tanımlanmaktadır.

Tıbbi müdahaleler vücut bütünlüğüne yönelik uygulamalar olduğundan hukuka uygunluk kriterleri iyi bilinmeli ve telafisi imkansız sonuçlara yol açabilen tıbbi uygulama hatalarını önlemeye yönelik tedbirler üzerinde hassasiyetle durulmalıdır.

GİRİŞ

Tıp bilimi insan bedeni üzerindeki hastalık ya da fiziki sorunları önlemek, gidermek, iyileştirmek amacıyla başvurulan bilimsel teknik ve çalışmaları içeren bilim dalıdır. Diğer bilim dallarından farklı olarak uygulama alanının insan bedeni olması hukuki açıdan tıbbi uygulamaların farklı boyutta incelenerek, farklı bakış açılarıyla irdelenmesi ihtiyacını gündeme getirmektedir.

Önemli Noktalar

- Tıbbi uygulama hataları tıbbin her alanında olduğu gibi Aile Hekimliği klinik pratiğinde de hem hasta hekim ilişkisini etkilemesi, hem de hukuki alanda ciddi sonuçlara yol açabilmesi yönüyle hassasiyetle ele alınmalıdır.

HATALI UYGULAMA

Tıbbi uygulama hatalarını tanımlayabilmek için öncelikle tıbbi müdahalenin anlamı ve tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğunun incelenmesi gerekmektedir. Tıbbi müdahale genel anlamıyla “İnsan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahale “ olarak tanımlanmaktadır (2). Hasta Hakları Yönetmeliğinin 4. maddesinde ise “Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbin sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişim” tanımı yer almaktadır (3).

Hukuki süreçlerde insan bedenine yönelik uygulamalar uluslar arası sözleşmeler ve anayasa ile koruma altına alınmıştır. Tıbbi müdahaleler vücut bütünlüğüne yönelik uygulamalar olduğu halde Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesinde yer alan “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” hükmü ile hukuka uygun anayasal bir hak haline gelmektedir. Örneğin bir bireyin vücudunun herhangi bir kişi tarafından kesici bir aletle yaralanması yaralama suçunun esasını oluşturarak fail için cezai yaptırıma yol açmasına rağmen aynı fiilin tıbbi müdahale amacıyla yapılması (ameliyatlar gibi) cezai yaptırımla sonuçlanmamaktadır.

Bu bağlamda incelendiğinde tıbbi uygulamayı hukuka uygun kılan nedenlerin yerine getirilmemesinden kaynaklı durumların tıbbi uygulama hatalarına yol açacağı açıktır.

TIBBİ UYGULAMALARI HUKUKA UYGUN KILAN NEDENLER

Yetkili kişi tarafından uygulanması: Sağlık çalışanlarının hastaya yönelik her türlü işlemi (neşterle kesi, enjeksiyon, elle dokunma vb.) hastanın vücut bütünlüğüne yönelik bir müdahaledir. Bir tıbbi müdahaleyi sağlık çalışanları için hukuka uygun kılan gerekçe, yasa ile verilmiş mesleğini uygulama yetkisidir. Türk Ceza Kanununun 26. maddesine göre, hakkını kullanan kişiye ceza verilemeyeceği hükmünden yola çıkıldığında sağlık çalışanları tarafından yasa ve ilgili mevzuat bağlamında verilen görev ve yetki sınırları içinde hareket edildiği takdirde vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahaleler hukuka uygun hale gelmektedir (4). Sağlık çalışanlarının görev ve yetki sınırları Türk hukuku açısından farklı mevzuatlarda yer almaktadır.

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun: Bu kanunda hekim, uzman hekim, diş hekimi, uzman diş hekimi, ebe ve hasta bakıcı hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır (5).

1219 sayılı Kanun'un Ek 13. maddesinde ise klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, ameliyathane teknikeri, odyometri teknikeri, radyoterapi teknikeri gibi pek çok sağlık meslek mensubu ile ilgili ayrıntılı tanımlamalar yapılarak görev, yetki ve sorumlulukları açıklanmıştır.

- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik: 22.05.2014 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan bu yönetmelik ile 14.4.1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek 13. maddesi ile 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40. maddesi hükümlerine dayanılarak sağlık meslek mensuplarının iş ve görev tanımları, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (6).

Ayrıca Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Yönetmeliğinde de sağlık meslek mensuplarının yetki sınırlarını belirleyen hükümler yer almaktadır.

1219 sayılı Kanun'un 1, 3 ve 8. maddelerinde hekimlik yetkisine sahip olmak için tıp fakültesi mezunu olmak gerektiği, tıp mesleğini uygulama ve hastayı tedavi etme yetkisinin münhasıran hekimlere verildiği, hekim yetkisine sahip olanların genel olarak hastalıkları tedavi hakkının bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca uzmanlık gerektiren bir alana özgü tedavi ve tıbbi müdahaleleri uygulayabilmek için uzmanlık diplomasına sahip olmak gerektiği de belirtilmektedir. Bu bağlamda pratisyen hekimin uzmanlık gerektiren; uzman hekimin başka bir uzman hekimin yetkisinde kabul edilen; hekim dışı sağlık personelinin hekim yetkisi gerektiren, herhangi bir sağlık personelinin başka bir sağlık personelinin yetki alanına giren işlemi yapması tıbbi müdahalede yetki unsurunda sakatlığa yol açarak hukuka aykırı kabul edilmekte ve tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir.

Bu hükümlerden yola çıkıldığında tıp fakültelerinde ya da sağlık meslek okullarında eğitim almakta olan öğrencilerin ve uzmanlık eğitimi sürecindeki araştırma görevlilerinin yetki sınırının eğitimini aldıkları meslek mensuplarının yetkilerine sahip olmadıkları dikkat çekmektedir. Bu süreçte eğitimcilerinin gözetim ve denetiminde tıbbi uygulamaları öğrenmeleri gerekmektedir.

Endikasyona uygun tıbbi müdahale yapılması: Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesinde bireylerin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı hükmü yer almaktadır. Bu hüküm ile tıbbi zorunluluk kavramı ile vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahaleler için endikasyon gerekliliğini net olarak tanımlanmaktadır (1). Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 13. maddesinde "Tabip ve diş tabibi, teşhis, tedavi veya korunma gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyarak veya

diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.” hükmü yer almaktadır (7). Benzer şekilde Hasta Hakları Yönetmeliği 12.maddesi de teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemetini azaltabilecek hiçbir şey yapılamayacağını ve talep de edilemeyeceğini açıkça belirtmektedir (3).

Endikasyon, hastada belirli bir tedavi veya müdahale uygulanmasına karar verilmesini gerektiren durum veya belirti olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulamanın bireyin iyilik halini sağlama, sağlığı koruma, adli değerlendirme, tedavi veya sağlığın kötüleşmesini önleme amacına yönelik olması gerekmektedir. Bu nedenle her tıbbi girişimin tıbbi gerekçelerinin net bir şekilde belirlenmesi ve belgelenmesi zorunlu olup tıbbi müdahalenin gereksiz ve gerekçesiz yapılması tıbbi amacını ortadan kaldırmakta ve girişimi hukuka aykırı hale getirmektedir.

Rıza unsurunun varlığı: Kişinin rızası olmaksızın vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı hem ulusal hem de uluslararası hukuk kuralları (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1219 sayılı Kanun, Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Hasta Hakları Yönetmeliği, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi vb.) ile güvence altına alınmıştır. Aydınlatma ve hasta rızası, hastanın özerkliğine, kendi bedeni üzerinde tasarrufta bulunma hakkına saygının gereği olarak kabul edilmekle birlikte; yaşamı tehdit eden acil durumlarda bireyden ve yakınlarından onam alınmaması halinde tıbbi müdahalenin istisnai olarak rıza şartı aranmaksızın gerçekleştirilebileceği bilinmektedir. Rıza unsuru gereği bireyin uygulanan tıbbi müdahale hakkında bilgilendirilmiş (aydınlatılmış) olması ve bilgi sahibi olduğu işlemin kendi üzerinde uygulanmasına izin vermiş olması gerekmektedir. Bu bağlamda düzenlenecek aydınlatılmış onam formunda hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tanı ya da tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, yöntemin hastanın sağlığı için oluşturabileceği riskler ve komplikasyonlar, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve risklerin yer alması gerekmektedir. Aydınlatılmış onamın kapsamı dikkatli incelendiğinde tıbbi uygulamalarda hem uygulamaların mevcut riskleri hem de kişi kaynaklı ya da çevresel nedenlerle istenmeyen durumların oluşabileceği yönüyle bu uygulamalarda izin verilen risk ve komplikasyon kavramları gündeme gelmektedir. Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan tüm nedenler gerçekleştirilse dahi çeşitli sebeplerle öngörüldüğü halde önlenemeyen bazı riskler söz konusudur ki, bu riskler tıp alanında “komplikasyon” olarak tanımlanmaktadır.

Aydınlatılmış onamın hastanın anlayabileceği dil ve şekilde, düşünmesine fırsat tanıyacak sürede ve müdahaleyi yapacak kişi tarafından alınması zorunludur. Aydınlatılmış onam yazılı veya sözlü olarak alınabilir. Ancak uyumsuzluk durumunda, ya da sağlık çalışanının tıbbi uygulama hatasına yol açtığı iddiası varlığında ispatın sağlık çalışanının yükümlülüğünde olması nedeniyle onamın yazılı olarak alınması tercih edilmektedir. Ayrıca aydınlatılmış onam formunda bilgilendirme tarihi ile onamın verildiği tarih ayrıntılı olarak belirtilmeli, onam formunun bir nüshası da bireye verilmelidir.

Güncel Tıp Verilerine Uygunluk ve Standart Uygulama: Genellikle her tıbbi işlemin yaygın kabul görmüş bir uygulama yöntemi vardır. Tıp alanındaki gelişme ve yenilikler çeşitli deneme ve araştırmalar sonrası standart uygulama haline gelmekte birçok kurum ve kuruluş farklı tanımlara yönelik tıbbi kılavuzlar yayınlamaktadır. Güncel tıbbi gelişmelere uygunluk kavramı müdahalenin yapıldığı tarih ve ülkedeki genel tıbbi gelişmişlik düzeyi ile ülkenin gelişmişlik düzeyi esas alınarak belirlenmesi usulüne göre tanımlanmaktadır (8,9).

Sağlık çalışanlarının güncel tıbbi uygulamaları takip ederek mesleki gelişmelerini sürdürmeleri, genel kabul görmüş ve benimsenmiş güncel tıp uygulamalarına ve standartlara uygun hareket edilmeleri gerekmektedir. Her ne kadar hekimin teşhis ve tedavi konusunda bilgi ve deneyimine göre davranma yetkisi, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket etme özgürlüğü bulursa da bu hak ve özgürlükler tıbbi standartlardan ve güncel tıp bilimi verilerinden sapma hakkı tanımamaktadır.

Gerekli Özen ve Dikkatin Gösterilmesi: Sağlık personelinin uğraşı alanı, mesleğin doğası gereği insan sağlığı ve insan bedenidir. Sağlık çalışanlarının görev sırasında ve görevleri nedeniyle vücut bütünlüğüne yönelik müdahaleler sırasındaki özensizlik ve dikkat eksiklikleri durumunda ortaya çıkabilecek tıbbi uygulama hataları bireylerin sağlığında geçici veya kalıcı bozulmaya, doku ya da organ kaybına ve hatta ölümüne yol açabileceğinden telafisi imkansız durumlar söz konusu olabilir. Bu yönüyle, sağlık çalışanlarından beklenen özen ve dikkat yükümlülüğü, diğer meslek gruplarına göre daha ağırdır. Sağlık çalışanlarının göstermesi gereken dikkat ve özen, Yargıtay'ın çeşitli kararlarında “mesleki özen ve ihtimam”, “mutat dikkat ve özen” ve “titiz bir ihtimam ve dikkat” şeklinde yer almaktadır. Yargıtay kararlarında “...Doktor tıp biliminin verilerini yanlış veya eksik uygulamışsa, mesleğinin gerektirdiği özel şartlara gereği ve yeteri kadar uymamışsa, mesleki kusurunun varlığı kabul edilmelidir” (10) ve “orta seviyede tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstereceği mutat ihtimam ve özen davacıya gösterilmemiştir” (11) hükümleriyle özen yükümlülüğüne açıkça vurgu yapılmıştır. Sağlık meslek mensuplarının çalışma alanlarının insan vücudu olmasının bilinciyle yaptıkları her işlemden azami özen ve dikkati göstermek gayretinde olmaları gerekmektedir.

TIBBİ UYGULAMA HATALARININ ÇEŞİTLERİ

Tıbbi uygulama hataları kaynağı açısından farklı alt gruplarda incelenmektedir (12).

Yargı Hataları: Genellikle sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve dikkat eksikliği nedeniyle ihmal veya kastın söz konusu olduğu tanı veya tedaviye karar verme sürecinde ortaya çıkan istenmeyen durumları kapsamaktadır.

Teknik Hatalar: Genellikle sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve dikkat eksikliği nedeniyle tıbbi tekniğin uygulanması aşamasındaki istenmeyen durumlar olarak tanımlanmaktadır.

Beklenti Hataları: Genellikle sağlık çalışanı ile hasta arasındaki kusurlu iletişim ya da sağlık çalışanının aşırı özgüveninden kaynaklı olarak aydınlatma aşamasındaki eksik ve yanlışlıklar nedeniyle ortaya çıkan hoşnutsuzluk ve istenmeyen durumları içermektedir.

Mekanik Hatalar: Tıbbi uygulama sırasında kullanılan teknik teçhizattan kaynaklanan sorunların neden olduğu istenmeyen durumlar olarak bilinmektedir.

Sistem Hataları: Tıbbi uygulama sırasında sağlık çalışanı tıbbi müdahalede uygulayıcı rolünü üstlenirken, gerek kamusal alan gerekse özel olarak sağlık hizmeti sunan kurumlar sunulan hizmetin kalitesini güvence altına almakla yükümlüdür. Kurumsal olarak cihaz, tıbbi malzeme, sağlık çalışanlarının seçimi ve hizmet içi eğitiminin desteklenmesi gibi sağlık hizmet sunumunun planlanmasından, yürütülmesi ve sunumu aşamasına kadar farklı alanlardan kaynaklı istenmeyen durumlar bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Tıbbi uygulamaların hukuka uygunluk şartlarını taşıyamaması ve istenmeyen şekilde sonuçlanması durumunda ortaya çıkan tıbbi uygulama hataları Türk Ceza Kanunu'na göre oluşan sonuçla ilintili olarak yaralama veya ölüme sebebiyet suçunun esasını oluşturmaktadır. Tıbbi uygulama hatalarında endikasyon, güncel tıp bilimine uygunluk, gerekli özenin gösterilmesi gibi hususların irdelenmesi sıklıkla hakimlik mesleğinin bilgi ve tecrübesi dışında kalacağından tıbbi uygulamalar ile ilgili yasal süreçler genellikle tıbbi bilirkişilerin görüşü alınarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle tıbbi uygulama hatalarını araştırmaya yönelik düzenlenecek bilirkişi raporlarında müdahaleyi hukuka uygun kılan nedenlerin ayrıntılı ve tam olarak irdelenmesi, hata çeşidinin tanımlanması tıbbi alanlardaki uyuşmazlıkların çözümü açısından yargısal sürece ışık tutmakta hayati önem taşımaktadır.

SONUÇ

Sağlık personelinin uğraşı alanı, mesleğin doğası gereği insan sağlığı ve insan bedenidir. Tıbbi müdahaleler sıklıkla beden bütünlüğüne yönelik uygulamalar olup, doğası gereği riskli durumlar olarak kabul edilmekle birlikte hukuka uygun kılan nedenlerin ortadan kalkması halinde oluşan istenmeyen sonuçlar tıbbi uygulama hataları olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulama hataları bireylerin sağlığında geçici veya kalıcı bozulmaya, doku ya da organ kaybına ve hatta ölümüne yol açabilmektedir. Bu nedenle hem sağlık meslek mensupları, hem de sağlık hizmeti sunan kurumlar diğer birçok hizmet alanından farklı olarak telafisi imkansız durumlar söz konusu olabileceği bilinciyle tıbbi uygulama hatalarını önlemeye yönelik gerekli tedbirleri almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
2. Hakeri H. Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2012.
3. Hasta Hakları Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeliği.html>. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
4. Türk Ceza Kanunu <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
5. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article

- [&id=1014:1219-tababet-ve-uabati-sanatlarinin-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28](#). Erişim Tarihi: 30.06.2016.
6. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
 7. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52&. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
 8. Özgenç İ. Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Ceza Sorumluluk, Prof. Dr. Hüseyin Ülgen'e Armağan, İstanbul 2007; 2186.
 9. Gökcan HT. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2014; 170.
 10. Yargıtay 13. HD. 05.04.1993 tarih 131/2741 sayılı kararı. http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_300.htm. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
 11. Yargıtay 13. HD 06.11.2000 tarih 8590/9569 sayılı kararı http://www.drtus.com/yeni/m/anasayfa.php?sayfa=forumlar&islem=konuoku&cat_id=2&forum_id=192&topic_id=60299. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
 12. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, Seçkin Yayıncılık Ankara 2013; 47-52.

Konu 35

KONSÜLTASYON VE SEVK

Selda TEKİNER

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların aile hekimlerinin sağlığı koordine edici rollerinin farkına varmaları ve sevk ve konsültasyon prensipleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sevk terimini açıklayabilmeli,
- Konsültasyon terimini açıklayabilmeli,
- Sağlık sunumunda ekip çalışmasını savunabilmeli,
- Aşırı ve yetersiz sevk etmenin sonuçlarını tartışabilmeli,
- En sık sevk nedenlerini sayabilmeli,
- Sevk sürecini açıklayabilmeli,
- Sevk ve konsültasyonda iletişimin öneminin farkına varabilmeli.

ÖZET

Bireyin sağlık bakımının tamamını “aile hekimi” karşılayamadığı ve kişinin sağlık bakımında daha ayrıntılı ve uzmanlık gerektiren bir durum gerektiğinde bakımın sürekliliği, konsültasyon ve sevk sürecine doğru kayabilir.

Konsültasyon terimi hekimin hastasının bakımını bir başka hekim ile paylaşması, durumu hakkında danışması, fikir alması anlamına gelir ki; bu işlemler sırasında ve sonrasında aile hekimi hastanın yönetimini üstlenmeye devam etmektedir. Hasta konsültasyonunun ardından sevk gelmediği sürece konsültanın sorumluluğunda değildir. Sevk terimi hastanın bakımının, tedavi ve yönetiminin ikinci bir hekime (bir başka hekime) devri anlamına gelir. Aile hekimliğinde, hastadan sorumlu esas hekim aile hekimi olması nedeniyle hasta bakımının sorumluluğu sevk sırasında da tamamen devredilmez. Hasta uzak bir merkezde cerrahi bir operasyon geçirecek olsa bile, aile hekimi bu aşamada dahi hem hasta ve ailesi, hem de cerrah için her zaman ulaşılabilir olmalıdır.

Konsültasyon ve/veya sevk süreci sırasında eklenecek bir form sürecin daha düzgün işlenmesini sağlayacaktır. Bu formun birinci kısmında isteğin konsültasyon mu sevk mi olduğu netleştirilmeli, ikinci kısımda ilgili hastanın bilgileri (konsültanın hastayla ilgili olarak ihtiyacı olabilecek her türlü bilgi) ve aile hekiminin son talimatları yer almalı,

üçüncü kısım ise konsültanın hastayla ilgili olarak aile hekimine rapor edeceği bulgular için ayrılmış olmalıdır.

Başarılı bir konsültasyon/sevk sürecinin kilit noktası doğru hasta için doğru zamanda doğru şeyler için yapıldığından emin olmaktır. Uzman hekim ve birinci basamak hekimi birbiriyle konuşmalı, birbirine güvenmeli ve kimin neyi yapacağı netleştirilmelidir. Ayrıca, uzmandan görüş istenir ya da hasta sevk edilirken egonun birinci basamak hekimini rahatsız etmesine, dikkati dağıtmasına izin vermemeli ve bu süreçte en önemli kısmın “hasta” olduğu unutulmamalıdır.

GİRİŞ

Aile hekimlerinin en önemli görevlerinden biri toplumun ve tıbbın kaynaklarını kendi hastaları için seferber etmektir. Bu seferberlik sırasında sürekli bakım olmaksızın ve aile hekiminin sorumluluğu olmadan birbirinden kopuk uzmanlıklar tarafından verilen, eşgüdünden yoksun sağlık hizmeti ise, hem israfı hem de zarara sebep olabilir. Günümüz tıbbının karmaşıklığı da tehlikelerle dolu bir durum olan bölünmüş sorumluluk riskini de beraberinde getirmektedir.

Bireyin sağlık bakımının tamamını tek bir hekimin (aile hekimi) karşılayamadığı ve kişinin sağlık bakımında daha ayrıntılı ve uzmanlık gerektiren bir durum gerektiğinde bakımın sürekliliği, konsültasyon ve sevk sürecine doğru kayar.

Konsültasyon terimi, hekimin hastasının bakımını bir başka hekim ile paylaşması, durumu hakkında danışması, fikir alması anlamına gelir ki; bu işlemler sırasında ve sonrasında aile hekimi hastanın yönetimini üstlenmeye devam etmektedir. Konsülte eden hekim, konu hakkında gerekeni yapar ve konsültasyon istemi yapan hekime gerekli gördüğü tanı ve tedavi hakkında yazılı bildirim verir. Konsültasyonu isteyen hekim de bu önerileri kendi profesyonel yargısı ve diğer etmenlerle (ör. hastanın tercihi, diğer konsültasyonlar, ailenin fikri ve komorbiditeler) birleştirerek hastası için faydalı bir hale getirmelidir.

Hasta konsültasyonun ardından sevk gelmediği sürece konsültanın sorumluluğunda değildir. Hastanın hekimi konsültasyonu isteyen hekimdir.

Pratikte, konsültasyon ve sevk terimlerinin arasındaki farklılık sıklıkla bulanık ve birbirine karışmış durumdadır. Ancak, bu işlemlere gereksinim duyulduğunda aradaki farklılık ilgili üç kişi (aile hekimi, hasta ve konsültan hekim) tarafından çok iyi anlaşılmalıdır.

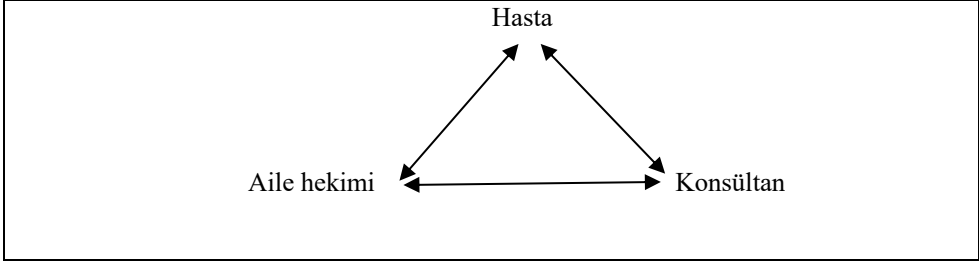
Sevk; hastanın bakımının, tedavi ve yönetiminin ikinci bir hekime (bir başka hekime) devri anlamına gelir. Bu durum, problem çözülene kadar olan belirli bir zaman sürecini kapsayabilir ya da sonrasında devam eden bir süreç de olabilir. Yani özel bir durum için hastanın bakımının bir başka doktora geçici ya da kısmi transferidir. Sevk sürecinde, sevk eden doktorla uygun ve zamanında bir iletişim sağlama sorumluluğu sevki kabul eden doktorundur, ayrıca sevki kabul eden hekimin hastayı şu anki sevk durumundan farklı olarak herhangi bir başka bölüme sevk etme ile ilgili olarak sevk eden doktordan onam alma hakkı vardır.

Önemli Noktalar

- Bireyin sağlık bakımının tamamını tek bir hekimin (aile hekimi) karşılayamadığı ve kişinin sağlık bakımında daha ayrıntılı ve uzmanlık gerektiren bir durum gerektiğinde bakımın sürekliliği, konsültasyon ve sevk sürecine doğru kayar.
- Konsültasyon terimi, hekimin hastasının bakımını bir başka hekim ile paylaşması, durumu hakkında danışması, fikir alması anlamına gelir.
- Sevk terimi hastanın bakımının, tedavi ve yönetiminin ikinci bir hekime (bir başka hekime) devri anlamına gelir.
- Her durumda da aile hekimi hastasının danışmanlık, savunuculuk, bakımının koordinasyonunu sağlama, ilgili uzmanı bulma rollerini de üstlenmelidir.
- Konsültasyon ve/veya sevk süreci sırasında eklenecek bir form sürecin daha düzgün işlenmesini sağlayacaktır.

Konsültasyon sürecine bir kez dahil olununca, katılımcılar bir üçlü oluşturarak; bir alış ve veriş sürecine girmiş olurlar (Şekil 1).

Şekil 1. Konsültasyon üçlüsü



Katılımcılar arasındaki bilginin aralıksız olarak akışı, konsültasyon sürecinin de kolay ve düzenli olarak işlenmesini sağlar. Herhangi bir üye, herhangi bir zamanda sürecin aksamasına neden olabilir. Bu durum düzeltilmediğinde, konsültanın bakımındaki aksama, hastanın bütüncül, sürekli ve koordine bakım alma hedefine ulaşamaması ile sonuçlanabilir. Hasta bakımı ile ilgili daha önceki birçok çalışmada konsültasyon ve sevk arasındaki ayrım net olarak tanımlanmamaktadır. Her iki durumda da altta yatan durum aynı olsa da, konsültanın paylaşım rolünü mü yoksa sevk rolünü mü üstleneceği iyice açıklanmalıdır. Konsültanın, rolünün netleştirilmesine ihtiyacı vardır. Konsültan hekim, kendisinin yalnızca konsültan hekimlik mi yapacağını yoksa hastanın bakımını mı devir alacağını bilmelidir. Defansif tıp uygulamaları konsültasyon süreç sıklığını ve gerekliliğini etkileyebilmektedir. Klinik sorun çok net olarak tanımlandığında bu süreç aile hekimleri için de daha verimli bir hal almaktadır. Klinik tavsiye almak (konsültasyon) iki doktor arasındaki bakış farklılığı nedeniyle her zaman aile hekiminin bu tavsiyeye tam anlamıyla uyacağı anlamına da gelmeyebilir. Çünkü, konsültan hekimin hastalığa odaklanması ile deneyimli aile hekiminin hastaya odaklanması farklı olabilmektedir. Deneyimli bir aile hekimi konsültan hekimin fikrini hastasına, onu bir birey olarak algılayarak entegre edecektir. Hasta, aile ve toplum tanı ve tedavinin ekonomik ve duygusal olarak maliyetini ne kadar, nereye kadar karşılayabilecektir? Semptomların değerlendirilmesi ve tedavinin tam ya da kısmi bir iyileşme sağlama olasılığı ne olacaktır? Gözleyerek bekleme stratejisi yeterince dikkate alınmakta mıdır?

Major bir cerrahi gibi özel bir uzmanlık yeteneği gereksinimi durumunda hasta genellikle bu uzmanlık alanına sevk edilir. Sevk, öneri niteliği sağlayan konsültasyondan farklı olarak, hastanın yönetiminin devredilmesi ayrıcalığı taşır. Her durumda da aile hekimi hastasının danışmanlık, savunuculuk, bakımının koordinasyonunu sağlama, ilgili uzmanı bulma rollerini de üstlenmelidir.

Barnett ve Collins konsültasyon sürecini üç fazda tanımlamışlardır: Prekonsültasyon, konsültasyon, postkonsültasyon. Herhangi bir faz aşamasında gelişebilecek olan bir problem, konsültasyon sürecini engelleyebilir. Şimdiye kadar bu konuda yapılmış çalışmaların birçoğu bu konuda birçok güçlüklerle karşılaşmanın da mümkün olabileceğinden bahsetmişlerdir. Başarılı bir konsültasyon süreci şunları içermelidir:

- 1- Ne zaman ve neden konsültasyon istenmeli
- 2- Hastanın eğitimi
- 3- Konsültanın eğitimi
- 4- Hasta, konsültan hekim ve aile hekimi arasında açık iletişim
- 5- Bakımın sürekliliğinin sağlanması

Konsültasyon resmi olabilir ya da olmayabilir. Resmi olmayanlar tıptaki gündelik iletişimin bir parçası olarak gerçekleşebilir. Resmi olan ise gelişigüzel istenmemeli ve gerçekleştirilmemelidir.

PREKONSÜLTASYON FAZI

Burada konsültasyonun zamanlaması önem kazanır: Özel bir uzmanlık bakımı istemeye ne zaman, hangi aşamada karar verilmelidir? Aile hekimi hastasının savunucusu olarak davranmak zorundadır. İdeal olan hastanın, aile hekimi ile olduğu gibi konsültanı ile de tıbbi ihtiyacının yanı sıra, kişisel iletişim açısından uyumlu olmasıdır. Uygun uzmanlık dalını seçtikten sonra aile hekimi, hastası açısından hem tıbbi sorunu ile en iyi şekilde ilgilenebilecek, hem de hastanın psikolojisi ile uyum sağlayabilecek bir hekimi bulmak durumundadır. Hasta ile konsültan hekimin uyumsuzluğundan kaçınılmalıdır. Eğer hasta sabit fikirli, yönlendirici, buyurucu, sinirli ya da histerik bir yapıdaysa konsültan hekimin görüşmesi, muayenesi ve önerileri sırasında buna uygun davranması hakkında bilgilendirilmelidir. Örneğin her şeyin kendi bilgisi ve kontrolü altında olmasına alışık olan, işi ile ilgili karar verme sürecinde yetkin, yönetici konumunda görev yapmakta olan bir hasta için ideal olan, nazik bir üslup sergileyecek bir konsültan hekim tarafından görülmesidir. Bu durumda konsültanın tavrını, hastanın ve ailesinin de kişilik yapılarını biliyor olma işin içine girmektedir ve bu konu üzerinde aile hekimi kafa yormalıdır. Hem hastanın hem de konsülte eden hekimin bu sürecin doğru akması hakkında eğitime ihtiyacı vardır.

Konsültasyon süreci öncesinde aile hekiminde hastasını konsültan hekime kaptırma, onu kaybetme ile ilgili bir direnç olabilir. Hekim hastasının sürekli bakımı için neden ve ne zaman göndereceği hakkında kararsız kalabilir. Diğer hekimler konsültasyon istemi fikrini kabul ederlerken, aile hekimi spesifik problemin çözümü hakkında yetersiz kalma düşüncesiyle hastasının gözünde saygınlığını yitireceği korkusu yaşayabilir. Burada aile hekiminin sınırlarının derinliğini, uzman hekimin ise sınırlarının genişliğini bilme ihtiyacı vardır. Konsültanın rolü sürekli bir aile hekimliği bakımı sağlamak değildir.

Brock, hekimlerin konsültasyon nedenlerini incelediği araştırmasında, medikal ve cerrahi nedenlerin paralel olarak gittiğini bulmuştur. Tedavi için ikinci bir görüş alma isteği, gerekli beceri ya da yeteneklerin olmayışı, tanı koyma için ikinci bir görüş arayışı konsültasyon istemenin sık gösterilen nedenlerindedir. Hastanın ya da ailesinin isteği, ricası, tıbbi-hukuki nedenler, yeniden değerlendirme gereği de nedenler arasında olmakla birlikte konsültasyonu istemede etkili olma açısından majör bir rol oynamamaktadırlar. Doktorun zaman yetersizliği ve hastanın güven ya da uyum kaybı da az olarak konsültasyon istemek için sayılan nedenlerdendir.

Daha önceki diğer hastaların konsültasyonları nedeniyle yaşanmış olan iyi deneyimler, daha önce karşılaşmış olmak, konsültan hekimin çalışma tarzını biliyor olmak, konsültan seçiminde önemli rol oynayan faktörlerdendir. Hastanın hızlı görülme isteği, meslektaşların tavsiyesi, hastanın isteği ve ricası da konsültan seçiminde önemli sayılan faktörlerdir.

Hasta tarafından konsültasyon için direnç olduğunda bu durum, prekonsültasyon fazında potansiyel bir problem yaratır. Parasal kaygılar, ciddi bir hastalık tanısı alma korkusu ve/veya kaygısı ya da yeni bir doktorla karşılaşacak olmanın verdiği kaygı bu direncin nedenleri arasındadır. Ya da hasta, hastalığını inkar ediyor olabilir. Bu problemlerle baş etmenin en iyi yolu hastayı eğitmek ve hastanın konsültan hekime uyumunu sağlamaktır. Hastaya sevk ya da konsültasyon istenme nedeninin açıklanması hastanın korkularının hafifletilmesinde faydalı olacaktır. Ayrıca biraz daha ileri giderek, konsültan hekimin vermesi muhtemel önerilerden de bahsedilmesi hasta anksiyetesini azaltabilir. Hasta eğer kendine yetebilir durumda ve kendi sağlığının bakımına aktif olarak katılabilecek durumda ise korku ve kaygı, konsültasyon direncinde pek de rol oynamaz.

Konsültan ile ilk temas telefon, kişisel iletişim ya da posta aracılığıyla olabilir. Hastane koridorlarında ayaküstü görüşmeler kişisel iletişim adı altında olabilmektedir. Telefonla ya da yüz yüze olan bu ilk karşılaşmada vaka kısaca açıklanmalı ve hasta için o ana kadar yapılmış olan her şeyden bahsedilmelidir. Bu görüşmeden sonra, sürece aile hekimi ile mi devam edileceği ya da daha özel bir bakımın mı gerekli olacağı kararına varılmalıdır.

Doktorun hastasının problemini konsültan hekime sunmasından sonra, daha detaylı bilginin sağlanması ve postalanması gerekmektedir. Sürecin başarılı bir şekilde tamamlanması ve tekrarlardan kaçınmak için konsültanın, aile hekiminin şimdiye kadar sağlamış olduğu her bilgiyi isteme hakkı vardır. Konsültasyon sürecinde yazılı bir istem ve bilgilendirme mektubu büyük önem taşır. Bu mektupta da şu bilgilerin var olması önemlidir:

- 1- Aile hekimi tarafından görülen hastanın probleminin ve konsültasyon isteme nedeninin kısaca açıklanması
- 2- Aile öyküsü ve ilişkili sosyal öykünün de yer aldığı detaylı bir öykü
- 3- Şu andaki hastalığı merkeze alarak, konsültan hekime de hastayı bütüncül bakış açısıyla değerlendirmesine yardımcı olacak ana problemler listesi
- 4- Laboratuvar, röntgen, şu anda uygulanmakta ya da şu ana kadar uygulanmış olan tedaviler
- 5- Aile hekiminin özellikle yanıtlanmasını, aydınlatılmasını istediği özel sorunlar listesi
- 6- Hastanın doğası, karakteri tanımlanmalıdır: Aile hekimi bu konsültasyonu yalnızca önerilerde bulunulması için mi istemektedir, yoksa yapılan girişimlerin kontrolünü konsültan hekimin üstlenmesi mi istenmektedir, açıklığa kavuşturulmalıdır.
- 7- Hastanın takibi hakkında bilgi ricası etme formu da bulundurulmalıdır.

Formal bir mektup yerine, tüm bu bilgileri içeren standart bir konsültasyon/sevk formu da kullanılabilir (Bakınız: Konsültasyon/Sevk formu).

KONSÜLTASYON FAZI

Konsültasyon sürecinin ikinci fazı, konsültasyonun kendisidir. Bu fazda da aile hekiminin kendisi başarılı bir konsültasyon için kilit noktadır. Konsültasyon nedenlerinin tanımlanması ve olası terapötik sonuçları hasta ve ailesi ile tartışılmalıdır. Hasta ve ailesinin konu hakkında hazırlanması gibi, konsültan da hazırlanmalıdır. Uygun bir öykü, fizik muayene bulguları, laboratuvar değerleri, konsültasyon noktasına gelene kadar yapılmış olan her şey ve hastanın problemlerinin değerlendirilmesi formal bir mektup ya da konsültasyon/sevk formuyla konsültana iletilmelidir. Bu yapılmazsa tekrarlar ve gecikmeler kaçınılmaz sonuçtur. Ayrıca hasta, kendi bakımının koordine edilemediğini hissedecektir ve konsültasyon süreci bozulmaya gidecektir.

İletişim problemleri de ikinci fazda gerçekleşebilmektedir. Konsültan hekime, konsültasyonun amacının tanımlanmasındaki ya da hastaya iletilmesindeki yetersizlik problemlere neden olabilir. Hastanın vizitinden önce konsültanın yetersiz hazırlanması bakımın kesintiye uğramasına neden olabilir. Aile hekimi tarafından istenen konsültasyon sürecinde konsültanın ve hastanın eğitimi mutlaka yer almalıdır.

POSTKONSÜLTASYON FAZI

Postkonsültasyon fazı, konsültasyon süreci içinde olası bir bozulmanın olabileceği üçüncü fazdır. Konsültan hekimin önerilerine uymada yetersiz kalınması ya da bu önerilerin hastayla tartışılmaması hastanın probleminin tedavisinde başarısızlığa neden olabilir. Bu öneriler doğrultusundaki tedavi uygulamaları aile hekimi ya da konsültan hekim tarafından başlatılabilir, ancak hastanın bakımının sürekliliğinin sorumluluğu, her zaman konsültasyon sürecinin erken safhalarında ve henüz konsültasyonun amacı hasta ve ilgili konsültan hekimle tartışılırken kararlaştırılmalıdır. Aile hekimi genellikle konsültan tarafından yapılan önerileri ciddi anlamda tartışarak değerlendirecek kişidir. Konsültanın önerilerine uyulması ya da uyulmaması hasta ve ailesi ile daima tartışılmalıdır. Aile hekimi hastasını, ailesi, arkadaşları, sosyal çevresi ile birlikte değerlendirebilen eşsiz kişi olduğu için bunların tümüyle birlikte uyum içinde olan kişi aile hekimidir.

Hastadan gelen geri bildirim de konsültandan gelen kadar önemlidir.

Capko, “Aile hekimi göndermiş olduğu uzman hekimin bilgisine ne kadar güvense de, hastanın gereksiniminin ne kadar karşılandığını hastaya sormadan anlayamaz” demektedir.

KONSÜLTASYONUN GELİŞTİRİLMESİ

Geri bildirimlerde yaşanan eksiklikleri, olumsuz durumları gidermek için bazı alternatifler mevcuttur. Bunlardan bir tanesi, konsültasyon/sevk sürecinin deneyimlerle öğrenilmesi değil, formal olarak eğitim sürecinde öğretilmesidir. Bu öğretim süreci, didaktik olarak derslerle verilebileceği gibi, aile hekimliği polikliniklerinde pratik uygulama olarak da verilebilir.

Curry ve ark. spesifik bir durum nedeniyle konsültasyon istemlerinden sonraki geri bildirimleri inceledikleri çalışmalarında, konsültanın özel ofisine yapılan başvuruların

%59'undan, eğitim hastanelerine yapılmış olan konsültasyonların ise %49'undan yeterli geri bildirim yanıtı geldiğini göstermişlerdir. Konsültasyon istenirken, istem formuna geri bildirim verilme ricası özellikle eklendiğinde aynı oranlar sırasıyla %78 ve %71'e yükselmiştir.

Benzer olarak Hines ve Curry, ve Phelps ve Renner da yaptıkları çalışmalarında konsültasyon/sevk formunda istenen her şeyin ayrıntılı olarak belirtilmesinin hastanın probleminin tanımlanmasında yardımcı olacağı ve konsültan hekimi de bu sürece dahil etmede daha yararlı olacağını belirtmişlerdir. Bu durum aynı zamanda aile hekimi ile konsültan hekim arasındaki iletişimin de daha iyi olmasını sağlayacaktır.

SEVK

Hastanın bakımının yalnızca bir kısmında sorumluluğun devredilmesidir. Ancak aile hekimliğinde, hastadan sorumlu esas hekim aile hekimi olması nedeniyle hasta bakımının sorumluluğu sevk sırasında tamamen devredilmez. Hasta uzak bir merkezde cerrahi bir operasyon geçirecek bile olsa aile hekimi bu aşamada dahi hem hasta ve ailesi, hem de cerrah için her zaman ulaşılabilir olmalıdır.

Sürelili Sevk:

Hastanın tüm bakım sorumluluğunun, sınırlı bir süre için devridir. Bu sınırlı süre içinde aile hekiminin bir sorumluluğu yoktur. Örneğin; majör bir cerrahi ya da büyük bir hastalık nedeniyle yapılmış olan sevkler. Bu durumda aile hekimi öneride ya da yorumda bulunabilir ancak hastanın tedavisini düzenlemez. Hastada cerrahi sonrası solunum yolu enfeksiyonu, deri döküntüsü, sinir krizi gibi durumlarda aile hekiminden yardım istenebilir. Bu gibi durumlarda cerrahın hastayı daha öncesinden beri tanıyan aile hekiminden konsültasyon istemesi doğaldır.

Tamamlayıcı sevk:

Aile hekimi hastasının tüm sorumluluğunu üstlenmeye devam ederken belli bir sorunun çözümü amacıyla hastasını sevk eder. Örneğin; kronik glokomda uzun süreli, psikolojik bir sorunun danışılması istendiğinde kısa süreli olabilmektedir.

Çapraz sevk:

Hastanın sevk edildiği hekim, artık hasta ile ilgili bir sorumluluk üstlenmek istemez ve hastayı bir başka hekimin görmesini isteyebilir. Bu durum hastanın kendiliğinden o hekime başvurduğunda, bazen de aile hekiminin sevkini takiben görülebilir. Böyle bir durum zaman kaynağı israfı, hastanın moral bozukluğu ve aile hekimini dışlıyor olması nedeniyle hatalı bir süreçtir. Eğer konsültan bir başka görüş alınması gerektiğini düşünüyorsa kendi başına bir sevk yapmadan önce hastayı kendisine sevk eden hekime bu durumu bildirmelidir.

Bölünmüş sevk:

Birden fazla uzmanlık alanlarına gidilmesi gerektiği durumlarda, sorumluluk dal uzmanları arasında görece eşit paylaşılır. Örneğin; hasta diyabeti ve iskemik kalp hastalığı için ayrı hekimlerin sorumluluğu altına girebilir. Ancak hastanın bütüncül sorumluluğunun kimde olduğunun bilinmemesi tehlike yaratır.

SEVK KARARI

Sevk deyimi, hem konsültasyon hem de yukarıda tanımladığımız anlamıyla kullanılmaktadır. Sevk hızı 100 hasta-hekim görüşmesi başına gerçekleşen sevk sayısı ile ifade edilmektedir. Sevk sürecinin de oldukça karmaşık bir süreç olup, sevk hızları ile hizmet kalitesi arasında bağ kurmanın doğru bir yaklaşım olmadığı bildirilmektedir.

Forrest ve ark. 2002’de ABD’de 31 eyalette 87 merkezde 141 aile hekimi ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında, 15 ardışık iş gününde her 20 aile hekimi muayenesinden bir tanesinin (%5.1) sevk ile sonuçlandığını göstermişlerdir. Yani aile hekimlerinin poliklinik hastalarının sorunlarının %95 kadarını yönetebildikleri bildirilmiştir. Bu sevklerin %68’inin ofisteki vizit sonrası gerçekleştiğini, geri kalan %18’inin hekim ile hastanın telefon görüşmesinden sonra, %11’inin doktorun uyarısı ile ofis personeli aracılığıyla, %3’ünün ise doktorun herhangi bir uyarısı olmaksızın ofis personeli aracılığıyla yapıldığı gösterilmiştir. Bu araştırmadaki sevklerin %52’sinin nedeni tanı ve/veya tedavi hakkında öneri almak, %26’sı hastanın tıbbi olarak yönetimini tamamen devretmek, ve %38’i de cerrahi amaçlı olduğu belirtilmiştir. Sevklerin %13,6’sı ise hasta istediği için yapılmıştır. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre aile hekimleri hastalarını, daha önceden bir iletişim geliştirmiş oldukları uzmanlara göndermeyi tercih etmekteydiler ve bu sonuç 20 yıl önce Ludke’nin araştırmasının sonucuya da benzerlik göstermektedir.

Bazı durumlarda aile hekimleri hastalarını sevk edecekleri uzmanlık dallarının sınırları arasında kararsızlık yaşayabilmektedirler. Örneğin, cilt üzerindeki bir kitle için hasta genel cerraha mı, dermatoloğa mı yoksa plastik cerraha mı gönderilmelidir? Alerjik rinitli bir hasta ne zaman alerji uzmanına, ne zaman kulak burun boğaz doktoruna gönderilmelidir? Bu gibi durumlarda seçilecek hekim, ülkedeki ya da bölgedeki konuyla ilgili hekim sayısı ile ilişkili olarak da değişiklik gösterebilir.

Muzzin incelemiş olduğu 50 sevkte tatmin edici bir sevk süreci için anahtar faktör olarak hekim, konsültan ve hasta arasındaki güven faktörünü göstermiştir.

Yukarıda da belirtildiği gibi konsültasyon ve/veya sevk süreci sırasında eklenecek bir form sürecin daha düzgün işlenmesini sağlayacaktır (Bakınız: Konsültasyon/Sevk Formu). Bu form esas itibarıyla şunu belirtiyor olmalıdır: Bu hasta için konsültasyon veya sevk ricasında bulunuyorum. Bunu, sizin bu özel alandaki bilginizden dolayı ve hastanın bu özel bakıma gereksinimi olduğu için yapıyorum. Bu sınırlı problemle ilgili olarak sizin desteğinizi rica ediyorum. Öneri, ilgi ve yorumlarınızı bekliyorum.

Üç bölümden oluşan bir form ideal olandır; birinci kısımda isteğin konsültasyon mu sevk mi olduğu netleştirilmelidir. İkinci kısımda ilgili hastanın bilgileri (konsültanın hastanızla ilgili olarak ihtiyacı olabilecek her türlü bilgi) ve sizin son talimatlarınız yer almalı, üçüncü kısım ise konsültanın hastayla ilgili olarak size rapor edeceği bulgular için ayrılmış olmalıdır. Benzer bir form hekimin kendisinin kullanmakta olduğu elektronik sağlık kayıt sistemine yüklenebilir ve konsültana e- mail, faks, vb. yollarla gönderilebilir. Konsültasyon/sevk formu doldurulup, hemen geri gönderildiğinde yalnızca konsültan hekim için değil aynı zamanda isteyen aile hekimi için de son derece yardımcı bir formdur. Süreç bu şekilde gelişmezse olguyu tartışmak için konsültan hekimle ilişki kurulmalıdır. İlişki aşamasında direkt telefon görüşmesinin ofis ziyaretinden daha iyi sonuç verdiği gösterilmiştir.

Sonuç olarak başarılı bir konsültasyon/sevk sürecinin kilit noktası doğru hasta için doğru zamanda doğru şeyler için yapıldığından emin olmaktır. Uzman hekim ve birinci basamak hekimi birbiriyle konuşmalı, birbirine güvenmeli ve kimin neyi yapacağı netleştirilmelidir.

Ayrıca son olarak eklememiz gereken şudur ki, bu süreçte uzmandan görüş isterken ya da sevk ederken egomuzun bizi rahatsız etmesine, dikkatimizi dağıtmasına izin vermemeli ve bu süreçte en önemli kısmın “hastamız” olduğunu unutmamalıyız.

KONSÜLTASYON/SEVK FORMU

	Konsültan	Aile Hekimi
Ad Soyad:		
Telefon:		
Faks:		

BİRİNCİ BÖLÜM

İsteme Nedeni: Konsültasyon Sevk

<p>Lütfen hastayı takip ve tedavi için geri gönderin</p> <p><input type="checkbox"/> Tanıyı doğrulayınız</p> <p><input type="checkbox"/> Tanı için önerilerde bulununuz</p> <p><input type="checkbox"/> İlaç ya da tedavi öneriniz</p>	<p>Lütfen aile hekimini yapılan görüşmeler hakkında bilgilendirin</p> <p><input type="checkbox"/> Bu özel problem için sorumluluğu üstleniniz ve bakımın sonunda hastayı geri gönderiniz</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın bundan sonraki yönetimini üstleniniz</p>
--	--

İKİNCİ BÖLÜM

Hasta Bilgileri:

Adı Soyadı:	
Doğum Tarihi:	
Telefon:	
Adres:	
Ön Tanı:	

İlgili öykü, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, sağlık güvencesi (parasal durum): _____

- Ek bilgileri görünüz
- Hastayı görünce lütfen beni arayınız
- Bu hasta hakkında periyodik olarak rapor almak istiyorum
- Konsültasyon sonlanınca lütfen ayrıntılı yazılı rapor gönderiniz

İmza:

Aile Hekimi Dr.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Konsültanın Bulguları: _____

- Bu hasta hakkında periyodik olarak rapor almak istiyorum

İmza:

Konsültan Dr.

Aile Hekimi: Bölüm 1 ve 2'yi tamamlayınız, bir kopyasını konsültana gönderiniz, bir kopyasını hastanın dosyasına koyunuz

Konsültan Hekim: Bölüm 3'ü doldurunuz, hastayı gördükten sonra bir kopyasını aile hekimine gönderiniz, bir kopyasını kendi kayıtlarınızda bulundurunuz.

KAYNAKLAR

- 1- Ross JE, Barr DM. Primary Care, Consultation, and Referral. In Fundamentals of Family Medicine (ed) Taylor R.1983.Springer-Verlag.New York p: 465-69.
- 2- Consultations, Referrals, and Transfers of Care <http://www.aafp.org/about/policies/all/consultations-transfers.html>. Erişim Tarihi: 30.06.2016.
- 3- Barnett BL JR, Collins JJ JR. A new look at the consultation continuum. J Fam Pract.1977;5(4):665-6.
- 4- Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family physicians' referral decisions. J Fam Pract. 2002;51:215-22.

- 5- Ludke RL. An examination of the factors that influence patient referral decisions. *Med Care* 1982;20:782-96.
- 6- Brock C. Consultation and referral patterns of family physicians. *J Fam Pract.* 1977;4(6):1129-37.
- 7- Muzzin LJ. Understanding the process of medical referral Part 1: Critique of the literature. *Can Fam Physician.* 1991;37:2155-61.
- 8- Hines RM, Curry DJ. The consultation process and physician satisfaction:review of referral patterns in three urban family practice units. *Can Med Assos J.* 1978;118:1065-73.
- 9- Phelps LA, Rhenner JH. The development of a statement of policy regarding consultations. *J Fam Pract* 1977;5:979-81.

Konu 36

HASTA EĞİTİMİ

Mustafa Haki SUCAKLI

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların birinci basamakta hasta eğitiminin önemini, yaşam tarzı değişikliklerinin nasıl hayata geçirileceğini ve sağlık okuryazarlığı ifadesini kavramaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hasta eğitimini tanımlayabilmeli,
- Hasta eğitiminin önemini açıklayabilmeli,
- Hasta eğitiminin temel prensiplerini açıklayabilmeli,
- Hasta eğitiminin etkinliğini artıracak yöntemleri tartışabilmeli,
- Davranış değişikliği modelini açıklayabilmelidir.

ÖZET

Hekimlik pratiğindeki hata ve başarısızlığın çoğu iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Dolayısı ile etkin bir iletişim esastır. Daha da fazlası iletişim, tedavi edici bir ilişkinin ve hasta eğitiminin temel taşıdır.

Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hasta arasındaki ilişki sırasında gerçekleşen bir öğretme ve öğrenme sürecidir. Bu eğitim; kişilerin sağlıklı davranışlarının korunması ve yanlış davranışlarının doğrusu ile değiştirilmesi ile sonuçlanması beklenen bir süreçtir. Hasta eğitiminde amaç davranış değişikliğini sağlamaktır.

Hasta eğitimi; sağlığın korunması, hasta uyum ve memnuniyetinin sağlanması, morbidite ve mortalitenin azaltılması, hastalara yetki verilmesi ve otonomisinin sağlanması, gereksiz sağlık harcamalarının engellenmesi, yaşam kalitesinin artırılması için gerekli bir yaklaşım olarak görülmektedir.

Verilen tedaviye hasta uyumunun ancak eğitim yoluyla sağlanabileceği belirlenmiştir.

Hasta hekim ilişkisinin her anı eğitim için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Ayrıca topluma ulaşma için; basın-yayın kuruluşları, sosyal medya, telefon, mail, seminer ve konferans alternatifleri de değerlendirilebilir.

Kapsamlı bilgilendirme ve destekleme, bireyselleştirme, kolaylaştırma ve küçük davranış değişikliği önerileri, özgün hedef belirlenmesi ve eğitim hedefleri ve süreci

konusunda uzlaşma, çoklu yöntem kullanımı ve birden fazla eğitim materyalinin kullanılması, geri bildirim ve takip hasta eğitiminin temel prensipleridir.

Hasta eğitimi özel bir zamanı olmayan dinamik bir süreçtir. Özellikle hasta hekim görüşmesi esnasında eğitim ihtiyacı gerektiren noktalar ve öncelikler belirlenir. Bunu planlama, uygulama ve tekrar değerlendirme takip eder. Süreç ideal olarak hekim ve hasta arasında mutlak bir işbirliği ve paylaşım içerisinde seyretmelidir.

Davranış değişikliği için günümüzde genel olarak kabul edilen en etkili yöntem transteorik davranış değişikliği modelidir.

Eğitimin içeriği; etkili, uygun, doğru ve hasta merkezli olmalıdır. Hastalara; günlük hayatlarında karşılaşabilecekleri sağlıkla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkabilecekleri, hastalık alevlenmeleri ve komplikasyonlarını nasıl fark edecekleri, hangi durumlarda hekime başvurmaları gerektiği, hangi durumlarda problemle kendilerinin başa çıkabileceği ve bunu nasıl yapacakları anlatılmalıdır.

Kişilerin sağlık davranışlarında medya, internet ve çevrenin belirleyici rolü bulunmaktadır. Doğru bilgilendirme ve yönlendirmenin sağlanabilmesi açısından; televizyondaki sağlık programları sıkı denetlenmeli ve internette kişilerin doğru bilgileri edineceği içerikler oluşturulmalıdır. Kişiler de bilgi edinmek istedikleri zaman bu bilgileri ihtiyaçları kadar nereden ve ne şekilde edinecekleri konusunda bilinçlendirilmelidirler.

Ayrıca hasta eğitimine aile sağlığı elamanlarının ve ailenin de katılımı sağlanmalıdır. Ve eğitim uygun araç ve gereç ile desteklenmelidir.

Aile hekimleri hasta veya aile üyelerinin doğru becerileri göstermelerini veya öğretilen bilgilerin uygulanmasını isteyerek bunların öğrenilip öğrenilmediğini değerlendirir ve kaydederler.

Aile hekimleri hasta eğitiminde, disiplinin doğası gereği hasta ile uzun süreli ilişkinin avantajını kullanabilirler. Birlikte çalıştıkları ekibin de katılımı ve ofislerinin uygun şekilde düzenlenmesi ile hasta eğitimi için uygun fırsatlar oluşturabilirler.

GİRİŞ

Hekimlik pratiğindeki hata ve başarısızlığın çoğu iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Hekim ya hastayı anlamakta yetersiz kalmakta ya da söylemek istediğini hastaya iletmekte sorun yaşamaktadır. Bu durum hekim ve hastada düş kırıklığı oluşturmaktadır. Sonuçta moral bozukluğu, hastanın memnuniyetsizliği, tıbbın etkinliğinin azalması, çatışma (şikayet, şiddet vb.) ve davaları beraberinde getirmektedir.

Dolayısı ile etkin bir iletişim esastır. Daha da fazlası iletişim, tedavi edici bir ilişkinin ve hasta eğitiminin temel taşıdır.

Kişi, aile ve topluma sağlıklı yaşam biçimlerinin kazandırılmasında, sağlığın korunması ve sürdürülmesi ve geliştirilmesinde eğitimin önemli bir yeri vardır.

İlk kez 1950'lerde tanımlanan hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hasta arasındaki ilişki sırasında gerçekleşen bir öğretme ve öğrenme sürecidir. Hasta eğitimi; hastaya bilgi, tutum, değer, davranış ve beceri kazandırmak için yapılan eğitimlerdir ya da doğru bilgilerin, düşüncelerin iletilmesi ve beceri kazandırılmasıdır. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (American Academy of Family Practice-AAFP) hasta eğitimi: Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek olarak tanımlamaktadır. Bu eğitim; kişilerin sağlıklı davranışlarının korunması ve yanlış davranışlarının doğrusu ile değiştirilmesi ile sonuçlanması beklenen bir süreçtir. Bireyin sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlayan eğitimidir. Hasta eğitimi davranış değişikliği ile sonuçlanmasını amaçladığımız bir süreçtir.

Hasta eğitimi; sağlığın korunması, hasta uyum ve memnuniyetinin sağlanması, morbidite ve mortalitenin azaltılması, hastalara yetki verilmesi ve otonomisinin sağlanması, gereksiz sağlık harcamalarının engellenmesi, yaşam kalitesinin artırılması için gerekli bir yaklaşım olarak görülmektedir.

NEDEN HASTA EĞİTİMİ?

Hasta eğitiminin uygulama gündemine alınması toplum, sağlık hizmet sunucuları, sağlık çalışanı yetiştiricileri ve politikacılar tarafından benimsenmiştir. Bu durum son yıllarda önemi giderek artan, hekimlerin sorumluluk bilinci ve hasta haklarına bağlanabilir.

Hasta memnuniyetinin sağlanması ve beklentilerinin karşılanması dışında hekimler ve diğer sağlık çalışanlarını hasta eğitimine yönlendiren birçok neden bulunmaktadır. En önemli neden hasta uyumunun sağlanmasıdır. Verilen tedaviye hasta uyumunun ancak eğitim yoluyla sağlanabileceği belirlenmiştir.

EĞİTİM FIRSATLARI

Hasta eğitimi için özellikle bir zaman ayarlanmasına gerek yoktur. Hasta hekim ilişkisinin her anı eğitim için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Yapılan her tıbbi görüşme hasta ya da ailesi için bir eğitim fırsatı olarak görülmelidir. İşlerini iyi yapan aile hekimlerinin hepsi aynı zamanda mükemmel birer öğretmendirler. Böyle bir

Önemli Noktalar

- Hasta eğitimi dinamik bir süreçtir ve temel taşı iletişimdir.
- Hastanın sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlayan eğitimidir.
- Her hekim davranış değişikliği modelini öğrenmeli ve uygulamalıdır.

hekime bakıldığında, eğitimin ayrı bir basamak olarak ayrılmadığı, hasta ile yapılan görüşme sürecinin bir parçası olarak değerlendirildiği görülmektedir. Örneğin; muayene sırasında muayenenin amacı ve elde edilen bulguların ne anlama geldiği anlatılabilir. Öte yandan herhangi bir tanı konduğunda, hastaya uygun bir terminoloji kullanılarak izah edilebilir ve tedavi planlaması aşaması birlikte değerlendirilebilir.

Topluma ulaşma için; basın ve yayın kuruluşları, sosyal medya, telefon, mail, seminer ve konferans alternatifleri de değerlendirilebilir. Ayrıca web tabanlı hasta eğitimi teknolojileri de kullanılabilir. Bu sayede; geleneksel hasta eğitimi yöntemlerinin önünde ki zaman, eğitime erişim ve maliyet gibi engellerde ortadan kaldırılmış olur.

Hasta Eğitiminin Temel Prensipleri

1. Kapsamlı bilgilendirme ve destekleme; hastanın davranış değişiklikleri ve yeni beceriler için cesaretlendirilmesi ve ödüllendirilmesidir.
2. Bireyselleştirme: Hastanın gereksinim, istek, bireysel özelliklerini, sağlık hakkında algı ve inançlarını ve aile ve çevre sel koşullarını göz önüne almak anlamına gelir.
3. Kolaylaştırma ve küçük davranış değişikliği önerileri: Hastanın davranış değişikliklerini gerçekleştirmesine yardımcı olacak materyalleri, işaretleri, beceri eğitimlerini, sosyal destek ağlarını kapsar.
4. Özgün hedef belirlenmesi ve eğitim hedefleri ve süreci konusunda uzlaşma: İçeriğin eğitim içeriğinin hastanın koşullarına uygun olması gerekir, hastanın koşullarına uygunluk göstermeyen bir eğitimin başarıya ulaşma şansı yoktur.
5. Çoklu yöntem kullanımı ve birden fazla eğitim materyalinin kullanılması: Hem bir ekip olarak eğitime yaklaşma hem de çeşitli öğrenme stratejilerini bir ara da kullanmak anlamına gelir.
6. Geri bildirim ve takip: Olumlu davranış değişikliklerinin övülmesi, geliştirilmesi ve ya değiştirilmesi gereken davranış hakkında kişiye yargılayıcı olmayan dille belirtilmesidir.

EĞİTİM SÜRECİ VE YÖNTEMİ

Hasta eğitimi dinamik bir süreçtir. Ve bunun için özel bir zaman yoktur. Her fırsat eğitim için değerlendirilebilir. Hekim hasta ile iletişim kurduğu anda eğitim başlar. Hastası ile iyi bir iletişim kuran hekim eğitim zamanını da belirleyebilir. Özellikle hasta hekim görüşmesi esnasında eğitim ihtiyacı gerektiren noktalar ve öncelikler belirlenir. Değerlendirme, planlama, uygulama ve tekrar değerlendirme şeklinde bir döngüye benzer. Süreç ideal olarak hekim ve hasta arasında mutlak bir işbirliği içerisinde seyretmelidir. Bu sayede her iki tarafta sonuçlardan sorumlu olur.

Şayet eğitim ihtiyacı davranış değişikliğini de gerektiriyor ise günümüzde genel olarak kabul edilen en etkili yöntem transteorik davranış değişikliği modelidir. Kanada'da yapılan yeni bir sistematik değerlendirme 5Ö'ye (Öğren, Öner, Ölç, Önderlik et, Örgüt) dayalı davranış değişikliği kısa müdahalesinin kanıt dayalı danışmanlığında etkili olduğu gösterilmiştir. Bu modelin bir başka şekilde ifadesi ise:

- 1) Sor (Ask)

- 2) Sorgula (Assess)
- 3) Söyle (Advise)
- 4) Yardım Et (Assist)
- 5) İzle (Arrange) şeklindedir.

Son 20 yıldır yapılan “Transteorik Model” temelli araştırmalar bazı davranış değişikliklerinin pek çok sağlık davranışına uygulanabilen ortak ilkeleri bulunduğunu ortaya koymuştur (sigarayı bırakma, egzersiz yapma, güneşten korunma, besinsel yağların azaltılması, prezervatif kullanımı, mamografi taramasının desteklenmesi, ilaç kullanımının yaygınlaşması, stresle başa çıkma ve madde bağımlılığını bırakma vb.). Dolayısı ile hekim tek bir davranış değişikliği yaklaşımını öğrenmiş olsa dahi bunu diğer davranış değişikliği ihtiyaçları için de kullanabilir.

Bu model, değişim sürecini evrelere bölerek ve hangi değişkenlerin gelişmesiyle ne derece ilişkili olduğunu araştırarak, hem araştırma hem de müdahale geliştirme alanında önemli araçlar sunar.

Transteorik davranış değişikliği modelinin evreleri:

1. Ön düşünme (bilinçsizlik): Yakın bir gelecekte (genellikle sonraki 6 ay içinde) herhangi bir davranış değişikliği düşünmez.
2. Düşünme (bilinçlilik): Sonraki 6 ay içinde değişimi hedefler, davranış değişikliği getireceği olumlu ve olumsuzluk durumlarının farkındadır.
3. Karar verme (hazırlık): Kısa bir süre içerisinde (genellikle sonraki 6 ay içinde) harekete geçmeyi hedefler.
4. Eylem: Son 6 ay içinde davranışında belirgin özgün değişiklikler yapmıştır.
5. Sürdürme (sebat): Tekrarın önlenmesine çalışılır, kendine güven artar. Bu dönem 6 aydan 5 yıla kadar sürebilir.
6. Sonlandırma: Tekrar olma ihtimali yoktur. Yeni bir davranışın sürdürülmesine olan inanç tamdır.

Hekim hastasında eğitime ihtiyaç duyduğu konu (sadece bilgilendirme, yeni davranış geliştirme ya da yanlış davranışı düzeltme vb.)’ya yönelik olarak öncelikle bu evrelerden hangisinde olduğunu tespit ederek yaklaşımını ona göre şekillendirmelidir.

HASTA EĞİTİMİNDE İÇERİK, ARAÇ VE GEREÇLER

Eğitimin içeriği; etkili, uygun, doğru ve hasta merkezli olmalıdır. Genellikle bire-bir eğitim için birçok yöntem kullanılabilir. Yazılı bilgiler herhangi bir eğitimin olmazsa olmazıdır. Ancak, farklı eğitim stratejileri gereklidir. Çünkü her kişinin eğitim düzeyi, öğrenme kapasitesi (sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanan hastanın anlama kapasitesi) ve öğrenme tercihi farklı olabilmektedir. Dolayısı ile sağlık okuryazarlığı denilen; bireylerin, temel bilgiler ve sağlıkları ile ilgili uygun kararlar almak için gerekli hizmetleri anlama kapasitesinin derecesi dikkate alınarak hasta eğitimi yapılmalıdır.

Hasta eğitimin de geleneksel yaklaşımda olduğu gibi sadece bilgi, tutum ve becerilere odaklanan programlar hazırlanmamalı, aynı zamanda davranışları olanaklı kılıcı

faktörleri ortaya çıkaran, olumlu sağlık davranışlarını güçlendirmeyi sağlayan programlar hazırlanmalıdır.

Hekim birtakım basit sorular sorarak hastasının bilgi düzeyini ve sağlık inancını belirleyebilir.

Hekimlerin hasta eğitimi sırasında genellikle hastalık ile ilgili bilgiler vermeyi tercih ettikleri, bu bilgilerinde çoğunlukla ziyaret sonrasında unutulduğu belirlenmiştir. Oysa hastalara; günlük hayatlarında karşılaşılabilecekleri sağlıkla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkabilecekleri, hastalık alevlenmeleri ve komplikasyonlarını nasıl fark edecekleri, hangi durumlarda hekime başvurmaları gerektiği, hangi durumlarda problemle kendilerinin başa çıkabilecekleri ve bunu nasıl yapacakları anlatılmalıdır.

Hasta eğitiminde diğer bir nokta da, hastaların özellikle televizyon ve internetten çoğunlukla bilimsel olmaktan uzak yanlış bilgiler edinerek hekime başvurmalarıdır. Bu durum hekimin işini daha da zorlaştırmaktadır. Hekim hastasının yanlış bilgi ve inanışlarını da tespit edip düzeltmek durumunda kalmaktadır. Bu açıdan hekimlerin işini kolaylaştırmaya yönelik adımların da atılması gerekmektedir. Televizyondaki sağlık programları sıkı denetlenmeli ve internette kişilerin doğru bilgileri edineceği içerikler oluşturulmalıdır. Kişiler de bilgi edinmek istedikleri zaman bu bilgileri ihtiyaçları kadar nerden ve ne şekilde edinecekleri konusunda bilinçlendirilmelidirler.

Ayrıca aile sağlığı elamanlarının da hasta eğitimine dahil edilmesi uygun olacaktır.

Hasta eğitim sürecine ihtiyaca göre ailenin de dahil edilmesi uygulamada etkinliği artıracaktır. Hasta nasıl uygun olmayan davranışını ya da yanlış bilgilenmeleri aile içinde ediniyor ise aynı şekilde doğru bilgi ve davranışları da aile içinde hayata geçirmek durumundadır. Ailenin desteği olmadan yapılan eğitimin hayata geçirilmesi kolay olmayacaktır.

Her bireyin öğrenme stili farklı olabileceğinden eğitimlerde ne kadar farklı strateji, araç ve gereç kullanılırsa başarı olasılığı o kadar artmaktadır. Kullanılabilecek araç, gereç ve materyaller:

- Broşürler ve ya diğer basılı malzemeler
- Podcast [çoğunlukla dizi halindeki dijital medya ürünleri (radyo programları, videolar vs.) internet üzerinden -genellikle feed (bildirim) yoluyla- bilgisayar ve taşınabilir cihazlara (cep telefonu, tablet vs.) indirilebilecek şekilde yayınlanmak için hazırlanan dokümanlardır.]
- YouTube videoları
- Video veya DVD
- PowerPoint sunumları
- Posterler veya grafikler
- Modeller
- Grup sınıfları
- Eğitimli ekran eğitimcileri olabilir.

Basılı materyal hazırlarken, kısa ve basit cümleler kullanılmalıdır. Sadece ilgili bilgilere yer verilmeli, teknik terimler ve kısaltmalardan kaçınılmalıdır. Grafikler içeriği güçlendirmek için kaliteli ve basit bir tasarım ile okuyucuya sunulmalıdır. Yaşlı bireyler için büyük yazı tipi (font 14 veya yukarısı) gerekir. Mavi, yeşil ve lavanta renkleri yaşlı bireyler tarafından ayırt edilmesi zor renkler olduğu için bu renklerin kullanımından kaçınılmalıdır. Basılı materyallerin kullanımı diğer eğitim stratejileri ile birlikte hastaların öğrenme düzeyini artıracaktır. Aile hekimleri, mümkünse takiplerinde olan nüfusun yapısı ve hastalık profiline uygun dokümanları kendileri hazırlamalıdır.

Görsel araçlar (video, DVD, internet siteleri vs.) hastalara önerilmeden önce kontrol edilmeli ve uygun içerikte olduğundan emin olunmalıdır. Bekleme salonlarındaki televizyonlarda eğitim mesajları vermek için videoların kullanılması oldukça iyi sonuçlar verebilir.

İnternet şu anda bilgiye ulaşmada en kolay metot gibi görünmektedir. Hasta eğitiminde kullanılmasının yararları yanında içeriğin herhangi bir denetimden geçirilmediği düşünüldüğünde bazen yanlış sonuçlar da doğurabilmektedir. Öncelikle halka yönelik bilimsel ve doğru bilgilerden oluşan internet siteleri hazırlanmalı. Kişilerin doğru bilgiye nasıl ve nereden ulaşabilecekleri konusunda bilinçlenmeleri sağlanmalıdır.

E-mail, bloglar, telefon, sosyal paylaşım siteleri hasta ile iletişimde en kolay ve sık kullanılan yöntemler arasında yerlerini almaya başlamışlardır. Grup sınıfları belirli hastalığa sahip kişilerin bir araya getirilerek yapıldığı küçük grup eğitimleridir. Aynı anda birden çok kişiye ulaşılması ve hastaların birbirlerinin deneyimlerinden yararlanabildikleri, ayrıca eğitilmiş akran eğitimcilerinin de yer alabildiği grup eğitimleridir.

Eğitim stratejilerinin sonuçları değerlendirilirken dikkat edilecek noktalardan birisi de; hasta ya da aile üyelerinin istenilen davranışı gerçekten öğrendiklerinin tespit edilmesidir. Öğrenme çıktılarının demonstrasyonu sadece gerçeklerin ve bilgilerin tekrar edilmesinden daha fazlasıdır. Aile hekimleri hasta veya aile üyelerinin doğru becerileri göstermelerini veya öğretilen bilgilerin uygulanmasını isteyerek bunların öğrenilip öğrenilmediğini değerlendirir. Eğer gerekli görülürse eğitim planı değiştirilebilir ve hastanın ilerlemesi kaydedilerek belgelenir. Eğitimin dokümantasyonu oldukça önemlidir; çünkü daha sonra ne kadar eğitime ihtiyaç olacak, ne kadarı öğretildiği bilgisi hastanın daha sonraki bakımında yol gösterici olacaktır.

Hasta eğitiminde popülasyonun eğitim ihtiyaçları ve öncelikli konular belirlenir. Planlama belirlenen bu konulara yönelik yapılır. Hasta eğitiminde öncelik verilmesi gereken konular şu şekilde sıralanabilir:

- Koruyucu hekimlik
- Davranış değişikliği
- Hasta hakları ve sorumlulukları
- İlaçlar
- Rehabilitasyon
- Tedavi planı

- Beslenme ve ilaç besin etkileşimleri
- Kişisel bakım ve temizlik
- Hastaneden taburcu sonrası bakım
- Ağrı yönetimi
- Nikotin bağımlılığı
- Aile planlaması
- Aşılama
- Doğru ve yeterli beslenme
- Sık rastlanan kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vs.)

SONUÇ

Sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması ve yaşam kalitesinin artırılması konularında hastaların eğitimi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Etkili bir hasta eğitimi, hasta-merkezli, hastanın düşünce, inanç, algılarını göz önüne alan, hastanın gereksinimlerine göre önceden planlanmış ve değişime hazırlık düzeyine göre yapılandırılmış, hedefleri net, uygulanabilir, uygun materyallerle desteklenmiş, yardımcı sağlık personeli, hasta ailesi ve yakınlarını sürece dahil eden, zamana yayılmış ve süreğen bir eğitim sürecidir.

Hangi sistemi kullanıyor olurlarsa olsunlar aile hekimleri hasta eğitiminde:

1. Hangi araç ve gereci kullanacağını bilmeli,
2. İçeriğin ne olacağını bilmeli,
3. Bu içeriğe nasıl ulaşabileceğini bilmeli,
4. İçeriği sürekli olarak güncel tutmalıdır.

Aile hekimleri hasta eğitiminde, disiplinin doğası gereği hasta ile uzun süreli ilişkinin avantajını kullanabilirler. Birlikte çalıştıkları ekibin de katılımı ve ofislerinin uygun şekilde düzenlenmesi ile hasta eğitimi için uygun fırsatlar oluşturabilirler.

KAYNAKLAR

1. McWhinney I, Freeman T. Aile Hekimliği. Guldal D, Çeviri Editörü. 1. baskı. İstanbul, Medikal Akademi Yayıncılık; 2012. p.32.
2. Heidenthal, P., Braaten, N., Desmond, M., & Shah, S. A. Patient and health care education. In P. Kelly (Ed.), Nursing leadership & management: 2008;409-433. New York/USA: Thomson Delmar Learning
3. Özer UG. Hasta Eğitimi. Birinci basamakta tanı ve tedavi kitabı. s: 85. Editörler: Bozdemir N, Kara İH. Adana Nobel Kitabevi 2010.

4. Alper Z, Özçakır A. Aile Hekimliğinde Hasta Eğitimi ve Yetişkin Eğitiminin Esasları. Aile Hekimliği Ed. Nazan Bilgel. 1. Baskı. Bursa, Medikal Tıp Kitabevi, 2006; 657-89.
5. Özer C, Şahin EM, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamakta hasta eğitimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002;11:11-4.
6. Bozkurt S, Zayim N, Gülkesen HK. Hasta Eğitiminde Bilgi Teknolojileri: Web Tabanlı Beslenme Eğitimi. Akademik Bilişim 2008. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale, 30 Ocak - 01 Şubat 2008.
7. Bozkurt S, Zayim N, Gülkesen KH. Hasta Eğitiminde Bilgi Teknolojileri: Web Tabanlı Beslenme Eğitimi. http://ab.org.tr/ab08/kitap/Bildiriler/Bozkurt_Zayim_Gulkesen_AB08.pdf Erişim Tarihi: 03.06.2016.
8. Bandura A. Self-Efficacy in Changing Societies. New York: Cambridge University Press; 1999.
9. Akan H, Tanrıöver Ö. Periyodik Sağlık Muayenesinde Hasta Eğitimi ve Danışmanlık. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2013;4(5):49-55.
10. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997;12(1):38-48.
11. de Vries H, Kremers SP, Smeets T, Brug J, Eijmael K. The effectiveness of tailored feedback and action plans in an intervention addressing multiple health behaviors. Am J Health Promot 2008;22(6):417-25.
12. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: Minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician 2013;59(1): 27-31.
13. Blaney CL, Robbins ML, Paiva AL, Redding CA, Rossi JS, Blissmer B, et al. Validation of the measures of the transtheoretical model for exercise in an adult African-American sample. Am J Health Promot 2012;26(5): 317-26.
14. Kosma M, Ellis R. Establishing construct validity of a stages-of-change algorithm for physical activity. Am J Health Promot 2010;25(2): 11-20.
15. Nitzke S, Kritsch K, Boeckner L, Greene G, Hoerr S, Horacek T, et al. A stage-tailored multi-modal intervention increases fruit and vegetable intakes of low-income young adults. Am J Health Promot 2007;22(1):6-14.
16. Bulduk S, et al. Sağlık Davranışı Modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5.1 (2015): 28-34.
17. Guilbert JJ. Educational Handbook for Health change. Personnel. WHO publication, Offset No. 35, 2012;12:120. 6 ed. WHO, Geneva; 1992.
18. Podcast. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Podcast>. Erişim Tarihi: 03.06.2016.

Konu 37

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ

Esra Meltem KOÇ, Hüseyin CAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların davranış değişikliği konusunda kişileri yönlendirebilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi noktasında davranış değişikliği oluşturabilecek şekilde bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Davranış değişikliği modellerini açıklayabilmeli,
- Başarılı davranış değişikliği sağlama döngüsünü açıklayabilmeli,
- Karşılaşılabilecek zorlukları sayabilmeli,
- Başarı sağlayamayan kişilerde izlenmesi gereken aşamaları açıklayabilmeli,
- Danışmalık verdiği kişi ile etkin zaman planlaması yapabilmeli.

ÖZET

Davranış, bir organizma ve çevresi arasında işlevsel etkileşim üreten, kendiliğinden gelişen hareket olarak tanımlanabilir. Çabuk değişen çevrelerde yaşayan bazı organizmalar kendi çıkarları için değişen şartlara uyum sağlamak için adaptif davranışlar üretir. Sağlık davranışları, hastalıkların oluşumunda önemli bir role sahiptir. Olumsuz sağlık davranışlarının değişimini güç olsa da sağlamak hastaların iyileşmesi için önemlidir.

Davranış değişikliği görüşmelerinin özellikle hastalıklardan korunmak için yaşam tarzı modifikasyonu, uzun süreli hastalık yönetimi ve bağımlılıklar konusunda faydalı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastalara davranış değişikliği konusunda yardımcı olmak aile hekimlerinin önemli bir görevidir. Aile hekimlerinin önemli bir başka görevi de; hastaların sağlıklarını anlamalarına yol göstermek ve sağlıklarının gelişimi için gerekli değişimleri yapmalarına yardım etmektir. Egzersiz programları, stres yönetim teknikleri ve diyet kısıtlaması gibi bazı müdahaleler hasta motivasyonunu sağlayan sık kullanılan müdahalelerdir. Uzun dönem başarılı hastalık yönetimi için hastanın yaşam tarzı değişikliği gereklidir ve sıklıkla hastanın sağlık davranışı hataları ile ilişkili relapslar olabilir. Hastalar yaşam tarzı modifikasyonlarını kolaylıkla anlamaktadırlar, fakat kalıcı yaşam boyu davranış değişiklikleri zordur.

GİRİŞ

Davranış, bir organizma ve çevresi arasında işlevsel etkileşim üreten, kendiliğinden gelişen hareket olarak tanımlanabilir. Çabuk değişen çevrelerde yaşayan bazı organizmalar kendi çıkarları için değişen şartlara uyum sağlamak için adaptif davranışlar üretir. Psikoloji ve yapay zekadaki beyin fonksiyon modelleri davranış üretim sürecini üç aşamada ele alır; duyu sisteminde uyarıcının algılanması, motor sistemde davranışın oluşması ve kognisyon. İnsan gibi yüksek organizmalarda davranış üretimi davranış üretim birimleri tarafından davranışsal önerilerin geliştirilmesini, bazı mekanizmalar tarafından bir önerinin seçilmesini ve onun periferik sinir sistemi tarafından uygulanmasını kapsar (1).

Önemli Noktalar

- Davranış değişikliği görüşmeleri özellikle hastalıklardan korunma, yaşam tarzı modifikasyonu, uzun süreli hastalık yönetimi ve bağımlılıklar konularında faydalıdır. Bu nedenle hastalara davranış değişikliği konusunda yardımcı olmak aile hekimlerinin önemli bir görevidir.
- Motivasyonel görüşme, sigara ve alkol tüketimi gibi bağımlılık davranışlarında, diyet yapma, fiziksel aktivite, diyabet kontrolü, ağrı yönetimi, tarama, cinsel davranış ve tedaviye bağlılık gibi sağlık davranışları ve durumlarında uygulanmaktadır.

GELİŞİM SÜREÇLERİ VE DAVRANIŞ

Bireyin gelişimi biyolojik süreçler ve çevre koşullarının devamlı etkileşim içinde olması ile olur. Psikologlar bu etkileşimsel yaklaşımı farklı kuramlar ile açıklarlar. En temel üç yaklaşım Freud'un psikoseksüel gelişim kuramı, Erikson'un psikososyal gelişim kuramı ve Piaget'in bilişsel gelişim kuramıdır.

Freud'un psikoseksüel kuramına göre davranışların gelişiminde cinsellik ve saldırganlık iki temel unsurdur. Freud, yaşamın ilk yıllarında kişiliğin temel özelliklerinin geliştiğini ve bireyin gelişiminin birbirini izleyen beş psikoseksüel aşamadan oluştuğunu; bu aşamalardan her birinin ilişkili olduğu beden farklı bölgelerinin cinsel dürtü doyum odağı olarak işlev gördüklerini savunmaktadır. Freud'a göre her aşamadaki etkileşim çocuğun gelişimini ve gelecekteki kişiliğini etkileyeceği için anne-baba tutumlarının her aşamada yeniden düzenlenmesi gerekir (2,3).

Erikson, Freud'un psikoseksüel aşamalarını inceleyerek bireyin cinsel gelişimi yerine sosyal gelişimi temel kabul etmiştir. Erikson'un her bir aşaması bedenin belirli bir yerindeki odaktan başlayarak çocuğun ihtiyaçları ve toplumun sosyal beklentilerine göre şekillenir. Her bir aşamada psikososyal konu çözümlenmesi için çocuğun bağımsızlık eğilimi ile ana-babanın denetim eğilimi arasında denge sağlanır ve oluşan denge çocuğun erişkinlik dönemindeki kişiliğinin temellerini oluşturur (2,3). Freud gelişimin çocukluk dönemi ile sınırlı olduğunu vurgularken, Erikson tüm yaşam boyu devam ettiğini savunur (3).

Piaget'in bilişsel gelişim kuramı ise hem olgunlaşmanın hem de öğrenmenin etkisini vurgular (3). Çocuğun çevresi ile sürekli etkileşimde olması onun zihinsel gelişiminin boyutlarını belirler (3). Piaget, aklın her aşamada farklı çalışarak sabit dizimli bir bilişsel gelişim oluşturduğunu ileri sürer (2). Çocuk her aşamada karşılaştığı farklı durumlar ile bilişsel dengeleme ile gelişimini sürdürür. Bilişsel dengeleme; yeni ortam

veya yeni deneyimler ile karşılaştığında alışılmış yollara uygun yeni kavramlar geliştirilmesi (özümseme) veya alışılmış yolların yeni kavramlara uyum sağlayacak şekilde düzenlenmesi (uyum sağlama) ile mümkün olur.

Maslow, ihtiyaçları insan davranışlarının temelindeki ihtiyaçların neler olduğuna ve bunların öncelik ve şiddetine göre beş kademeli hiyerarşik bir sıraya dizmiştir:

1-Fizyolojik İhtiyaçlar: Açlık, susuzluk, cinsellik, uyku gibi insan vücudunun işlemesine hizmet eden ihtiyaçlar bu kategoride yer almaktadır.

2-Güvenlik ihtiyaçları: Fizyolojik ihtiyaçlarını belirli düzeyde karşılayan bireyler hayatta kalma içgüdüleriyle güvenlik ihtiyacını gidermek isteyecektir.

3-Ait olma ve sevgi ihtiyaçları: Fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarını belirli ölçüde tamamlayan bireyler toplu olarak yaşama arzusuyla başkaları tarafından kabul edilme, arkadaşlık-dostluk kurma, ailesi/yakınları ile olma duygularına ihtiyaç duyacaktır.

4-Takdir ve saygı ihtiyaçları: Bu kategoride iki aşama yer almaktadır. Birinci aşama güç, prestij, statü sahibi olma, liderlik gibi ihtiyaçların yer aldığı bireyin başkaları tarafından takdir edilerek saygı görmesi ve ikinci aşama başarılı olma, kendine güvenme gibi ihtiyaçların yer aldığı kendi kendini takdir edip saymasıdır. Kısaca, bireyin diğer kişileri ve kendi benliğini de aşarak mükemmelliğe doğru ilerleme çabasıdır.

5-Kendini Tamamlama (Gerçekleştirme) İhtiyacı: Kendini tamamlama ihtiyacı, bütün ihtiyaçlarını tamamlamış, tüm yetenek, beceri ve bilgi potansiyelini ortaya koyarak bunları kullanma eğilimidir.

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde; her ihtiyaç bir önceki ve sonraki ile bağlantılıdır; bir kategoriden diğerine geçmek için o ihtiyacın tamamen karşılanmış olması gerekmez, yeterli ölçüde karşılanması yeterlidir (3,4).

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ TEORİLERİ VE MODELLERİ

Bilişsel bilgi işleme, sağlık inanç modeli, gerekçeli eylem kuramı, sosyal bilişsel öğrenme kuramı, sosyal destek kuramları, davranış değişiklikleri ve kanfer'in paralel özdüzenleme modeli gibi model ve kuramlar çoğu sağlık teşvik araştırma ve uygulamalarına kılavuzluk eder. "Transteorik Model" veya "Değişim Aşamaları" modeli belirli sağlık davranışları kuramlarına dayandırılmamış bilişsel-davranışsal süreçler sunar. Her ne kadar ayrı olarak görülseler de, yukarıdaki kuramlar uygulamada dikkate değer ölçüde örtüşür (5).

Yukarıda bahsedilen kuramların çoğu şu ortak faktörleri paylaşır: davranma niyeti, davranışı engelleyen çevresel kısıtlamalar, beceriler, sonuç beklentileri, davranışın normları, öz standartlar, duygudurum ve davranış ile ilgili öz güven.

Özet olarak, birey;

- Bir davranışı gerçekleştirmek için güçlü olumlu niyete sahip olmalıdır,
- Davranışı gerçekleştirmek için minimal bilgi işleme, fiziksel, lojistik ve sosyal çevresel engellerle yüzleşmelidir,

- Kendisinin bu davranış için gerekli olan becerilere sahip olduğunu düşünmelidir,
- Bu davranışın ardından maddi, sosyal veya başka bir pekiştiricinin geleceğine inanmalıdır,
- Davranışı gerçekleştirmek için normatif bir baskının olduğuna ve yaptırım uygulayan olmadığına inanmalıdır,
- Davranışın kişinin öz imajı ile uyumlu olduğuna inanmalıdır,
- Davranışla ilgili olumlu bir etkiye sahip olmalıdır,
- Doğru yer ve zamanda davranışı gerçekleştirmek için işaretleri veya kolaylaştırıcıları fark edebilmelidir (5).

Eğitim ve danışmanlık aracılığı ile hasta davranışlarını değiştirme çabaları bu faktörleri göz önünde bulundurmalı ve bireysel olarak hasta ve hastanın sağlık durumu ile ilgili olan faktörler ele alınmalıdır (5).

I. Bilişsel Bilgi İşleme Modelleri

Bu modeller sağlayıcıdan gelen iletişimi hastanın anlayabilme ve bunun üzerine harekete geçebilme becerisini vurgular. Hastalar klinik tecrübelerinin önemli tarafları ile ilgili ya hiç ya da çok az bilince sahip olduklarından, bilgi işleme uzmanları yazılı bilgi sağlamanın, düşük derecede okuryazarlık gerektiren kaynak kullanmanın, daha önemli olan bilgiyi vurgulamanın ve hastanın kavrama düzeyini kontrol etmenin önemini vurgularlar (5).

II. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli, sağlık davranışlarının kişinin kendisinin bir hastalığa karşı savunmasız olduğuna inanmasının ve tıbbi bakıma ulaşımaya karar verirken tedavinin olası etkinliğine dair algısının işlevi olduklarına inanır. Sağlık inanç modelinin geliştiricileri bireyin sağlıkla ilişkili davranışlarının; kendilerini belirli bir hastalığa yatkın hissedip hissetmemelerine, bu problemi ciddi olarak görüp görmemelerine, tedavi veya önleme faaliyetlerinin etkin olduğuna ve aynı zamanda para, çaba veya ağrı yükünün hafif olduğuna ikna olup olmamalarına ve bir sağlık adımı atmak için bir işaret ile karşılaşım karşılaşmadıklarına göre belirlendiğini savunurlar (5).

III. Gerekçeli Eylem Kuramı

Gerekçeli Eylem Kuramı görece olarak “davranışsal niyet” kavramına daha çok vurgu yapar. Bu, bir davranışın sonuçları, davranış ile ilgili tavırları ve belirli bir durumda “etki sahibi olanların ” (özellikle de akranlar) ne yapacakları ile ilişkili olarak kişinin sahip olduğu normatif inançlara göre tahmin edilebilir (5).

IV. Sosyal Bilişsel (Öğrenme) Kuramı

Sosyal Bilişsel Kuram özetkinlik ve sonuç beklentileri veya tepki etkinliği gibi süreçler aracılığıyla bir yandan kişinin bilinçleri ve öbür yandan kişinin davranışları arasındaki etkileşimleri vurgular. Önemli ölçüde gerekçeli eylem ve sağlık inanç modelleri ile örtüşen sonuç beklentileri, davranışın bir işlevi olarak olumlu bir sonuç veya bir bedelin ortaya çıkacağını ifade eder. Özetkinlik (veya belirli bir davranışa özgü öz güven) bir

davranışı gerçekleştirmek için gerekli becerilere sahip olduğuna dair özalgıdır. Daha önceki halinde Sosyal Bilişsel Teorinin öncülü olan Sosyal Öğrenme Teorisi “karşılıklı belirleyicilik” olarak adlandırılan bir süreçte dinamik olarak etkileşen “kişi”, “davranış” ve “çevrenin” üç kısımlı tanımına “çevreyi” eklemiştir. Eklenen bu çevresel unsur Sosyal Öğrenme Kuramının davranış analizindeki köklerini yansıtır (5).

V. Davranış Değiştirme

Öğrenme kuramlarının davranış değiştirme (veya daha özgül olarak davranış analizi veya edinsel yöntem) olarak bilinen dalına göre, performans veya beceri eksikliklerinin işlevleri olarak ortaya çıkar veya çıkmaz. Performans eksiklikleri kişinin belirli bir davranışı nasıl gerçekleştireceğini bilmesine rağmen bunu gerçekleştirmenin çok fazla caydırıcı (veya cezalandırıcı) bedelinin olması, varsa da çok kısıtlı olumlu sonuçlarının olması ve/veya kişinin rekabetçi bir davranışının olumlu olarak pekiştiriliyor olması nedeniyle (fiziksel olarak aktif olması yerine akranları tarafından çok içtiği için kabul görmesi gibi) gerçekleştirilemeyebilir (5).

Diyet değişikliği durumunda kişinin çabaları görmezden gelinbilir ve hatta aile yemeği olarak hazırlanan az yağlı yemekler nedeniyle şikayet alabilir ve baştan beri bu yemekleri hazırlamak için gerekli olan alışveriş ve pişirme becerilerine sahip olmayabilir.

Beceri eksiklikleri bir kişinin belirli bir davranışı gerçekleştirmek isteyebileceğine ancak kabiliyet eksikliği nedeniyle bunu gerçekleştirme fırsatına sahip olmadığına işaret eder. Bu nedenle bu iki tür eksikliğin giderilmesi çabaları son derece farklıdır. Performans eksiklikleri, adaptif davranışları güçlendirecek ve nonadaptif davranışları zayıflatacak şekilde davranış/sonuç ilişkilerinin değiştirilmesi için “çevresel mühendislik” uygulanmasını gerektirir. Bunun aksine, beceri eğitimi belirlenmiş beceri eksiklikleri için uygulanır.

Uygulamalı Davranış Analizinin (UDA) merkezinde şekillendirme ve genelleme yer alır. Şekillendirme ardışık yakınsamaların pekiştirilmesiyle bir davranışın zamanla geliştirilmesidir (spora yeni başlayan birinin haftada üç kere 20 dakika yürüyüş yapmasını pekiştirmek ve zamanla daha uzun, zorlu ve sık egzersizlere ilerlemek gibi). Genelleme üç şekilde olur: uyarı (veya durumsal), tepki (bir davranıştan diğerine) veya kişilerarası (5).

VI. Özdüzenleme

Kanfer bireysel davranışların değiştirilmesinde çevresel-davranışsal ilişkilerin uzun dönem etkinliğinin kişinin kendi davranış değişikliği süreci üzerinde ne ölçüde kontrolü olduğunu hissettiğine bağlı olduğunu öne sürer. Belirli olarak bireysel hedef belirleme, özdenetim, özizleme, özdeğerlendirme ve öztesvik becerileri hem davranış değişikliğinin sürdürülmesi hem de bu davranış değişikliğinin yeni uyaran durumlarına ve diğer davranışlara yayılması olarak ortaya çıkacaktır. Bazı davranış analistleri tarafından özdüzenleme düzenleme bakış açısının işlemsel bir bakış açısı ile uyumlu olamayacak derecede “bilişsel” olarak görülmesine rağmen, Skinner bireylerin kendi olumlu pekiştirmelerini bazı davranışların bırakılması ile düzenleyebileceklerini öne sürer. Kişilere sonuç beklentileri ile ve genel değişme çabasının bir parçası olarak şimdiki temel çizgisi ile uyumlu davranış hedefleri seçtirmekle davranış ve niyetler,

gelişimlerinin izlenmesine, ara düzeltmelerin yapılmasına ve sosyal ve/veya maddi pekiştirmelere olanak sağlayacak şekilde yönetilmektedir (5).

VII. Kişilerarası ve Sosyal Destek Kuramları

Hastalar arasında etkili kişilerarası iletişim; hastadan geçerli tepkilerin alınması, tedavi önerileri hakkındaki gerçek kavrayışlarının değerlendirilmesi ve değişikliği gerçekleştirmek için gerekli sosyal desteği sağlamak konusunda çok önemli bir rol oynayabilir. Açık uçlu sorular sormak, başka sözcükler kullanarak yeniden ifade etmek, hasta stereotiplerinden kaçınmak ve yalnızca hastalık yerine kişiye bir bütün olarak bakmak klinik etkileşimin kalitesini optimize edebilir. Bir destek ağı ile bütünleşme ve hastanın başkalarından alacağı bilgilendirici ve duygusal destek hastayı stres ve hastalığın hasarlarından ve hatta bozukluğun kendisinden de koruyabilir.

Aile bireylerinin ve arkadaşların, gönüllülerin, ortak yardım ağlarının veya “mahalli yardımcıların” da sürece katılmasının terapötik bir rejimi oldukça güçlü bir şekilde destekleyeceği iddia edilmektedir. Örnek olarak; akrana ve vasıfsız sağlık danışmanları, sigara kullanımını önleme programlarını, beslenme sağlığının özendirilmesini ve latin topluluklarında meme kanseri ve serviks kanseri tarama programlarının kullanımını yaygınlaştırmıştır (5).

VIII. Transteorik Model veya Değişimin Aşamaları Modeli

Pek çok danışmanlık çabasının ortak bir hatası hastanın sağlayıcı tarafından önerilen davranış değişikliğini hemen hayata geçirmek için hazır beklediği varsayımdır. Prochaska ve Di Clemente'nin Transteorik Model veya Değişim Aşamaları Modeli'ne (DAM) göre bireyin bilişsel/davranışsal değişimi şu aşamalardan geçerek ilerler: *düşünmeme, düşünme, hazırlık, eylem ve sürdürmek*. DAM'da yakın zamanda yapılan değişiklikler ile düşünmeme aşaması farkında olmama (problemleri davranış olduğunun farkında olmama), *dahil olmamış* (davranışın değiştirilmesi gerektiğini bilmek ancak problemi önemli olarak algılamamak) ve *kararsız* (davranış değişikliğinin olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirmek) olarak ayrılmıştır. Bu düzenleme bireyin aşamasının ve nasıl hedef belirleneceğinin daha hassas olarak tespit edilmesine olanak sağlamıştır (5).

Davranış değişikliği görüşmelerinin özellikle hastalıklardan korunmak için yaşam tarzı modifikasyonu, uzun süreli hastalık yönetimi ve bağımlılıklar konusunda faydalı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastalara davranış değişikliği konusunda yardımcı olmak aile hekimlerinin önemli bir görevidir. Aile hekimlerinin önemli bir başka görevi de; hastaların sağlıklarını anlamalarına yol göstermek ve sağlıklarının gelişimi için gerekli değişimleri yapmalarına yardım etmektir. Egzersiz programları, stres yönetim teknikleri ve diyet kısıtlaması gibi bazı müdahaleler hasta motivasyonunu sağlayan sık kullanılan müdahalelerdir. Uzun dönem başarılı hastalık yönetimi için hastanın yaşam tarzı değişikliği gereklidir ve sıklıkla hastanın sağlık davranış hataları ile ilişkili relapslar olabilir. Hastalar yaşam tarzı modifikasyonlarını kolaylıkla anlamaktadırlar fakat kalıcı yaşam boyu davranış değişiklikleri zordur (6).

Hekimler, davranış değişikliğinin nadiren farklı bir olay olduğunu hatırlamalıdır. Daha sıklıkla değişmek istemeyen veya değişmeyecek gibi hastalar ile karşılaşan hekimler bazen bir medikal kriz geçirdikten sonra davranışını değiştirme önerisi olarak kolaylıkla

uyum sağlayan hastalar ile karşılaşmaktadır. Geçtiğimiz 10 yılda davranış değişikliğinin hastaların geçirdiği tanımlanabilen aşamalardan oluşan bir süreç olduğu anlaşıldı (6).

Transteorik model üç boyuttan oluşmaktadır: Değişim aşamaları, değişim süreci ve değişim düzeyini belirleyen ölçekler.

Değişim aşamaları:

1-Düşünme (Precontemplation): Bu aşamada hastalar davranışlarını değiştirmeyi düşünmezler. Problemin farkında değildirler, ayrıca kendisini problemleri olduğunun farkında olan yakınlarının baskısı altında hissederler.

2-Düşünme (Contemplation): Bu aşama boyunca hastalar kararsızdır. Süreç boyunca zaman, masraf, korku gibi bariyerleri ve değişimin faydalarını değerlendirirler. Problemin farkındadırlar fakat harekete geçmezler.

3-Hazırlık (Preparation): Bu aşamada bireyler spesifik bir değişiklik yapmaya karar verirler. Değişimlerindeki kararlılığı arttırmak için daha küçük değişiklik denemeleri yapabilirler.

4-Eylem/Hareket (Action): Eylem aşaması çoğu hekimin hastasının ulaştığı görmek istediği aşamadır (6). Bu aşama aynı zamanda relapsı önlemek, kazanılan davranışı pekiştirmek açısından da oldukça önemlidir (7). Yapılan çalışmalar bireylerin %85'inin düşünme/hazırlık, %15'inin düşünme aşamasına geri döndüğünü göstermiştir.

5-Koruma (Maintaining): Bu aşamada kişiler davranışlarındaki herhangi bir değişimi sağlamlaştırmaya, yeni statülerini korumaya ve relapsı/yoldan çıkmayı önlemeye uğraşırlar. Relapsın gelişme riski önceki aşamalardan belirgin şekilde azdır. (queens)

6-Sonlandırma / Müdafaa / Üstünlük (Termination / advocacy / transcendence): Bu aşama Prochaska ve Di Clemente'nin ilk çalışmalarının üzerine yönelen araştırmacılar tarafından modele eklenmiştir. Bu yeni aşama devam eden herhangi bir değişimin parçasıdır ve eski alışkanlıklar ve davranışlara dönüşün garip hissettireceğini ve eski problem davranışların bundan böyle cazip gelmeyeceğini kavramayı sağlar (8).

Değişim Süreci:

Değişim süreci bireyin hangi yöntemleri kullanarak değişimi gerçekleştirdiklerini anlamamıza yardımcı olur. Değişimi kolaylaştıran bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilgili bilişsel ve bireyin bu süreçte hangi davranışları seçtiği ile ilgili davranışsal değişkenler vardır (7,9). Bilinçlenme, duygusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme, sosyal özgürleşme ve kendini yeniden değerlendirme bilişsel; uyarıların kontrolü, destekleyici ilişkiler, yerine koyma; ödüllendirme ve kendisi ile anlaşma davranışsal süreçlerdir (7).

Değişim Düzeylerini Belirleyen Ölçekler:

Değişimlerin bilişsel, duygusal ve davranışsal sonuçlarını ölçmek için ölçekler vardır.

Öz-etkililik ölçeği: Bireyin bir davranışı başarı ile yapabileceği ile ilgili kendine olan inancını yansıtır. Bu ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin eski davranışına dönmeme gücünü gösterir.

Teşvik eden faktörler ölçeği: Bireyin güç durumunda kaldığında eski davranışına geri dönmesine neden olan faktörleri ölçer. Bu ölçekten yüksek puan alınması bireyin eski davranışına yeniden başlama gücünün fazla olduğunu gösterir.

Karar alma ölçeği: Bireyin davranış değiştirmesinin yarar ve zarar algılarını ortaya koyar (7).

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

İngilizce ve Fransızca “motive” sözcüğünden üretilen “motivasyon” Türkçe’de “güdülenme” kavramı ile belirtilmektedir ve bireyin davranışını etkileme ve bu etki ile birlikte onu belirli amaçlar doğrultusunda harekete geçirme olarak tanımlanır. Yani motivasyon kişilerin enerjisini bazı amaçlara doğru yönlendirerek kognitif yapısında değişim sağlar ve bireyin davranışlarında değişikliklerin oluşmasına neden olur. Kişiyi motive edecek güçler içerisinde değerler, güdüler, ihtiyaçlar, beklentiler veya gerilimler yer alabilir. Başka bir ifadeyle motivasyon bireyin davranışlarının oluştuğu, etkilendiği ve açıklandığı bir yönetim sürecidir ve bu süreci ihtiyaçlar veya beklentiler, davranış, amaçlar ve geriye besleme kavramlarının yer aldığı bir model ile açıklayabiliriz (4).

Danışan merkezli bir yöntem olan motivasyonel görüşmede danışan uzmandır ve danışanın sorunları üzerinde durulur. Bilen kişi danışandır. Ambivalansı çözmek de danışanın görevidir. Terapist otoriter rolde değildir; görevi hastanın içsel motivasyonunu arttırmaktır. Davranışı değiştirip değiştirmeme kararı danışana aittir.

Motivasyonel görüşmenin dört temel ilkesi vardır:

1-Empatinin gösterilmesi: İlkenin temelinde yatan “kabullenme” tutumu ile danışmanın danışanı yansıtmalı dinleme yoluyla, danışanın duygularını ve görüşlerini yargılamadan, eleştirmeden ve suçlamadan değerlendirmesi anlatılmaktadır. Bu tutum tedavi süreci için bir uyum ve danışanın kendine güvenmesini sağlar (9).

2-Çelişkilerin ortaya çıkarılması: Bireyin amaç ve değerleri ile şimdiki davranışı arasındaki farklılıkları görmesi sağlanarak çelişkilerin ortaya çıkmasına yardım edilir. Bunun için görüşme sırasında danışana gelecekte kendini nasıl görmek istediği sorulmalıdır. Ayrıca görüşme sırasında çelişki geliştirmeye yönelik açık uçlu sorular sorulmalıdır (10).

3-Dirençle çalışma: Değişim süresince karşılaşılan direnç bireyin değişime karşı olduğu anlamına gelmemektedir. Danışman direnci arttırmamak için danışan ile gereksiz tartışmalardan ve dirençli tutumlardan uzak durarak değişimin avantajlarından ve değişim ile ilgili olumlu düşüncelerden bahsetmelidir (10).

4-Özyeterliliği destekleme: Kendi ile ilgili bir konuyu uygulama ve başarmada kişinin kendi yeteneklerine olan inancını tanımlayan özyeterlilik kavramı değişim sürecinde ana kavramlardan biridir. Bir kişinin kendi değişim sürecine karar vermesi ve bu süreci yönetmesi bu konudaki yeterliliğinin bir göstergesidir. Bu ilkede danışmanın verdiği mesaj “Seni değiştireceğim” değil; “İstersen sana değişim için yardım edebilirim”dir (9).

Motivasyonel Görüşme Aşamaları

Motivasyonel görüşme iki aşamada gerçekleşir. Birinci aşama; değişim için içsel motivasyonun oluşturulması aşamasını kapsar. Kişinin motivasyonu düşükse uzun ve yavaş ilerleyen bir aşamadan söz etmek mümkün olacaktır. İkinci aşama ise; değişime olan bağlılığın güçlendirilmesini ve bunun için bir plan geliştirilmesi aşamasını kapsar (9). Motivasyonel görüşmenin ilk oturumundan itibaren ve tüm görüşme boyunca faydalı olabilecek beş başlangıç yöntemi vardır:

- **Açık uçlu sorular sorma:** Danışanın kendi endişelerini kolayca ifade edebileceği bir ortam oluşturmak için danışanın en çok konuşmayı yapmasını sağlayacak açık uçlu sorular sormak oldukça önemlidir.
- **Yansıtma dinleme:** Bu yöntemde danışmanın danışanını sadece sessizce dinlemesi değil; ayrıca danışanına nasıl cevap verdiği de önemlidir. Yansıtma dinlemenin temelini danışanın konuşması ile neyi kastettiğinin tahmin edilmesi oluşturur. Kişi her zaman kastettiklerini ifade edemeyebilirler, iletmek istediği mesajı kelimelerin içine kodlar; önemli olan dinleyicinin verilmek istenen mesajı en doğru şekilde çözmesidir. Bu iletişimin doğru şekilde ilerlemesi için *kodlama, işitme ve kod çözme* olarak üç aşaması vardır.
- **Onaylama:** Danışmanın yansıtma dinleme süreci dışında da danışanın güçlü yönlerini ve çabalarını gözlemleyerek onu açıkça destekleyip onayladığını göstermesi görüşme sürecinde önemli bir yere sahiptir.
- **Özetleme:** Görüşmenin başlangıcından itibaren konuşulanların bir bütün olarak değerlendirilebilmesi için özetleme etkili bir görüşme için kullanılması gereken diğer bir yöntemdir. Motivasyonel görüşme için kullanılacak üç çeşit özetleme yöntemi vardır.
 - ✓ Toparlayıcı özet
 - ✓ Bağlantılı özet
 - ✓ Geçiş özeti
- **Değişim konuşması ortaya çıkarma:** Açık uçlu soru sorma, danışanın değişim konuşmasını onaylama, danışanın değişim konuşmasının geri yansıtılması ve değişim konuşması için toparlayıcı özetlemenin yapılması ile bütünleştirilmelidir. Değişim konuşmasının ortaya çıkarılması için çağrıştırıcı sorular sorma, karar dengesinin araştırılması, detaylandırma, geçmişe bakma gibi farklı yöntemler kullanılabilir. Ancak değişim konuşmasının ortaya çıkarılması sadece görüşmenin başlangıcı için değil danışmanın tamamı boyunca önemlidir (9).

İçsel motivasyon oluşturulmasından sonra değişim planının oluşturulmasına sıra gelir. Motivasyonel görüşmenin zor aşaması olan birinci aşamanın tamamlanıp, ikinci aşamaya geçilebileceği ile ilgili kesin bir kriter olmamakla birlikte bazı ip uçları dikkate alınabilir:

- ✓ Danışma ilişkisindeki uyumsuzluğun ortadan kalkması/azalması
- ✓ Danışan ve danışmanın problem ile ilgili daha az tartışması

- ✓ Danışanın bir karara varmış gibi rahatlamış görülmesi
- ✓ Danışanın değişimin yarar ve zararları hakkında konuşması
- ✓ Danışanın değişim ile ilgili sorular sorması
- ✓ Danışanın değişimden sonra hayatının nasıl olacağı hakkında konuşması (canlandırma)
- ✓ Danışanın davranış ile ilgili mümkün olan durumları denemesi (9).

İkinci aşamaya başlamadan önce danışanın mevcut durumunun özetlenmesi, birinci aşamanın sona erdirilmesini ve ikinci aşamaya uygun bir başlangıç yapılmasını sağlamaktadır. Özetlemenin ardından ikinci aşamanın temelini oluşturan danışanın ne istediğini ve ne yapmayı planladığının ortaya çıkarılmasına yardımcı olacak anahtar soru ile konuşmaya başlanmalıdır. Bu, danışanın düşünce ve planlarının anlaşılmasına yardım eder. Genellikle ikinci aşamada danışan danışanından bilgi veya fikir almak isteyecektir. Bu durumda danışmanın taraf tutmadan danışana en iyi tavsiyeyi sunması doğru olacaktır. Tüm bu aşamalardan sonra hedeflerin belirlenmesi, değişim seçeneklerinin değerlendirilmesi, bir plan yapılması ve bağlılığın ortaya çıkarılması motivasyonel görüşmenin resmi döngüsünün tamamlanmasını sağlar. Bazı danışanlar bundan sonra değişime tek başına devam edebilirken bazıları eylem odaklı danışmaya ihtiyaç duyabilirler. Genel motivasyonel görüşme, değişim süreci boyunca kullanılabilir (9).

Motivasyonel görüşme ile ilgili çalışmalar genellikle alkol kullanımı gibi bağımlılık davranışlarına odaklanmış olmasına rağmen motivasyonel görüşme sigara içme, diyet yapma, fiziksel aktivite, diyabet kontrolü, ağrı yönetimi, tarama, cinsel davranış ve tedaviye bağlılık gibi sağlık davranışları ve durumlarında da uygulanmaktadır (9).

KAYNAKLAR

1. Aunger R, Curtis V. [Kinds of behaviour](#). Biology and Philosophy 2008;23(3):317-45.
2. Behrman RE, Kliegman RM. Nelson Essentials of Pediatrics Türkçe, 4.Baskı, 2003, Çocukta Gelişim ve Davranış:38-42 ISBN:0-7126-9406-3.
3. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 30.baskı ISBN 978-975-14-0250-9.
4. Eroğlu F. Davranış Bilimleri, Beta Basım, İstanbul, 14. Basım ISBN 978-605-333-406-4.
5. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and Intervention Approaches to Health-Behavior Change in Primary Care. Am J Med 1999;17(4):275-84.
- 6- Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'Stages of Change' Approach to Helping Patients Change Behavior Am Fam Physician. 2000;61(5):1409-16.
- 7- Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteorik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;10(2):86-94.
- 8- Health Promotion Unit, 2007. <https://www.health.qld.gov.au/stayonyourfeet/documents/33331.pdf>. Erişim Tarihi: 11.03.2016

- 9- Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme, HYB Basım Yayın, Ankara, 2009.
- 10- Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel Görüşme Tekniği ve Hemşirelikte Kullanımı. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1);41-7.

Konu 38

ERGEN SAĞLIĞI

P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların ergen sağlığı hakkında bilgi ve tutum sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Ergenliğin tanımını yapabilmeli,
- Ergenliğin gelişim aşamalarını sayabilmeli,
- Ergenlerde sık karşılaşılan sorunları sayabilmeli,
- Ergenlerde cinsel sağlığın önemini kavramalı,
- Ergen sağlığının önemini savunmalı,
- Ergende periyodik muayene sıklığını, yaşa göre hangi taramaların yapılacağını bilmeli,
- Ergen hastaya yaklaşım konusunda dikkat edilmesi gereken hususları sayabilmelidir.

ÖZET

Ergenlik dönemi, kendine özgü sağlık problemleri ve gelişimsel ihtiyaçların olduğu bir hayat dönemidir. Ergenler toplumda nüfusun önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Ergenlerle ilgili sağlık konuları sıklıkla gözden kaçır, çünkü bunlar çoğunlukla akut veya kronik hastalıklardan ziyade davranışsal ve sosyal konularla ilgilidir. Morbidite ve mortaliteyi azaltmak için ergenlerdeki sağlıksız davranışların erkenden tanınip önlem alınması gerekir.

Bu derste ergenlerin dünyadaki durumu, ergenler değerlendirilirken dikkat edilecek noktalar, neler yapılması gerektiği literatürdeki bilgiler ışığında özetlenmiştir.

GİRİŞ

Ergenlik dönemi, hayatın ikinci on yılını kapsayan, birçok açıdan özel bir gelişimsel dönemdir. Bu dönemde spesifik sağlık ihtiyaçları bulunmasına rağmen; daha az başvuruda bulunulur, çünkü genel olarak ergenler sağlıklı kabul edilirler ve bu periyodun sağlık ihtiyaçları ile özellikle ilgilenen merkezler sınırlı sayıdadır. DSÖ'ye göre 10-19 yaş arası ergen olarak tanımlanmaktadır. 10 yaş ile 19 yaş arasında oldukça büyük farklılıklar bulunduğundan erken (10-13 yaş), orta (14-16 yaş), geç (17-19 yaş) olarak üç döneme ayrılmıştır (1). Amerikan Pediatri Akademisi ise ergenlik dönemi olarak 11 ile 21 yaş dönemini almakta, 11-14 yaş, 15-17 yaş ve 18-21 yaş olarak sınıflamaktadır (2).

Önemli Noktalar

- Ergenlere verilecek hizmetler, çevrelerinin güvenli ve destekleyici olmasına katkıda bulunma, sağlıkla ilgili konularda bilgilendirme, yeteneklerin geliştirilmesi, danışmanlık hizmeti ve sağlık hizmeti sunulmasından oluşmaktadır.
- Ergenlere ayrılan sağlık ve eğitim bütçeleri sosyal ve ekonomik gelişmeye katkıda bulunur. Ergen sağlığı ve gelişimi sadece kendilerinin veya yetişkinlerin değil, aynı zamanda ilerideki çocukların sağlığını da etkiler.

DSÖ verilerine göre dünyadaki her 6 kişiden biri ergendir, bu 10-19 yaşlarında 1,2 milyar kişinin olduğu anlamına gelmektedir (3). TÜİK 2014 verilerine göre de Türkiye'deki 10-19 yaş grubun nüfusu 12,7 milyondur ve toplam nüfusun %16,4'üne karşılık gelmektedir (4).

Her ne kadar ergenlerin pek bir sağlık sorunu olmadığı düşünülse de milyonlarca ergen fiziksel, emosyonel ve sosyal morbiditeye neden olan belli bir dizi sorunla karşı karşıyadır ve çoğu önlenbilir olmasına rağmen belirgin morbidite ve mortaliteye sebep olurlar (2). DSÖ 2010 yılı verilerine göre; dünyada 15-19 yaş arası her 1000 kızdan 49'u doğum yapmaktadır. Hamilelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar, bu yaş grubundaki kızlarda ölüm nedenlerinde ikinci sıradır. Dünyada doğum yapanların %11'i, çoğunluğu yine düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan 15-19 yaş arasındaki kızlardır. İki milyondan fazla ergen HIV ile yaşamaktadır. Alt solunum yolu enfeksiyonları, diyare ve menenjit 10-19 yaşta ölüm nedenleri arasında ilk 10 sırada bulunmaktadır. Şiddet nedeni ile her gün yaklaşık 180 ergen yaşamını yitirmektedir. 15-19 yaş arasındaki kızların %30'u şiddet görmektedir. Yetişkin çağda görülen akıl sağlığı sorunlarının da yarısı ilk 14 yaşta başlamakta; çoğu tanı alamamakta ve tedavissiz kalmaktadır (3). Gelişmekte olan ülkelerde pek çok ergen iyi beslenememekte, bu da kendilerini hastalık ve ölümlere daha yatkın hale getirmektedir. Aşırı kilolu ve obez ergenlerin sayısı hem düşük hem de yüksek gelirli ülkelerde artmaktadır. Her dört ergenin sadece biri veya daha azı günlük ortalama önerilen 60 dakika orta düzeyde egzersiz yapmaktadır. Demir eksikliği anemisi hem kız hem de erkeklerde önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Sigara kullananların çoğu bu alışkanlığı ergenlik döneminde edinmektedir (3).

2012'de çoğunluğu önlenbilir ve tedavi edilebilir nedenlerden 1,3 milyon ergenin öldüğü, bunun da günde 330 ergene tekabül ettiği belirtilmektedir (3). Bu sorunlar arasında alkol, sigara, madde kullanımı, hamilelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olan riskli davranışlar; yeme sorunları ve depresyon gibi akıl sağlığı problemleri; öğrenme sorunları ve okul devamsızlığı; ihmal ve istismar gibi ciddi ailevi problemler;

fakirlik ve sağlık güvencesinin olmayışı sayılabilir (2). Yine 2012'de 120.000 ergen yaşamını trafik kazaları, 60.000'i (üçte ikisi erkekler) boğulmalar nedeniyle yitirmiştir (3).

ERGENLİK DÖNEMİ VE PROBLEMLERİ

Ergenlik döneminde görülen pek çok sağlık problemi önemli ve önlenebilir olduğu halde önemsenmez. Ergenlik döneminde alkol-sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, korunmasız cinsel ilişki ve/veya şiddete maruz kalma ergenlerin sadece şu andaki sağlıklarını değil, sıklıkla ileri yıllardaki sağlıklarını da tehlikeye atmaktadır (3). Dünyadaki hastalıkların %35'inin kökeni ergenlik döneminden gelmektedir (5). Kişisel gelişimde erken hayat tecrübelerinin rolü büyük olduğundan bu yıllarda yaşananlar genç erişkinin olgunlaşması ve karakterinin gelişmesinde büyük katkı sağladığından bu dönemde sağlıklı davranışları teşvik etmek ve gençleri sağlık risklerinden koruyucu adımlar atmak, yetişkin sağlık problemlerini önlemek, ülkelerin sosyal yapısı ve gelecek sağlıkları için esastır (3). Hastalık, sakatlık ve erken ölümün yol açtığı sağlıklı hayat yıllarının kaybının ölçümü olan DALY (disability-adjusted life years) 2000 ile 2012 yılları arasında tüm dünyada tüm yaş gruplarında %17 azalırken bu azalma ergenlerde %8'lerde kalmıştır (6). 2012'de depresyon, trafik kazaları, demir eksikliği anemisi, HIV ve isteyerek kendine zarar verme ergenlerde DALY'nin beş ana nedenini oluşturmuştur (7).

Ergenlik dönemi bazı çocukluk çağı problemlerinin çözüldüğü, yeni sorunların başladığı, uzun dönemli yetişkin sağlık sorunlarına neden olabilecek durumların ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu yüzden bu gelişim dönemi koruyucu ve sağlığı iyileştirici yaklaşımlar için özel fırsatlar sunar (2). Ergenler, mortalite düşüşlerinden yaşamın ilk on yılındaki çocuklara göre pek çok ülkede daha çok etkilenmektedirler. Ergene ayrılan sağlık ve eğitim bütçeleri sosyal ve ekonomik gelişmeye ciddi katkılar sağlar. Ergen sağlığı ve gelişimi sadece yetişkinlerin değil aynı zamanda ilerideki çocukların sağlığını da etkiler (8).

DSÖ Avrupa bölgesinde travmalar ergen ölümlerinin ve morbiditesinin başta gelen nedenlerindedir. Her 10 ergenden birinde akıl sağlığı sorunu bulunmaktadır. On sekiz yaşına gelinceye kadar, çocuk ve ergenlerin %9,6'sının cinsel istismar ve %22,9'unun fiziksel istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir. On beş yaşındaki erkeklerin %25'i ve bunların %17'si en az haftada bir kere alkol kullanmaktadır. On beş yaşındakilerin dörtte biri cinsel ilişki deneyimi yaşamıştır, fakat bazı ülkelerde %30'dan fazlası herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmamaktadır, bu da cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ve istenmeyen gebelik riskini arttırmaktadır (9).

Ergenlerin nörogelişimsel değişiklikleri ve gelişen kapasiteleri, riski nasıl algıladıklarını, riskli davranışlara nasıl tepki vereceklerini, gelecek ve şu an konusunda neler düşündüklerini, fikirleri ve eylemlerini nelerin şekillendirdiğini etkiler (8). Bu yüzden bir sağlık çalışması ergenin gelişimini çok iyi takip etmelidir. Ergen gelişimi üç basamakta incelenmektedir:

1-Fiziksel Gelişim

Ergenlik döneminde meydana gelen en belirgin değişiklikler fiziksel, psikolojik ve sekonder cinsel karakterlerin gelişimi ve üremeyi de kapsayan seksüel büyüme ve gelişmedir. Genç ergen özellikle bu değişikliklerle ve başkaları tarafından nasıl görüldüğüyle meşgul olur. Bu değişiklikler her ergende farklı zamanda meydana gelse de er ya da geç oluşur. Ergen cinselliği cinsel keşif, cinsel kimlik, özsaygı, cinsel sorumluluk gelişimi ve seksüel aktif olma baskıları gibi karmaşık ve birbiri ile bağlantılı durumları kapsar. Bu dönemde cinsel aktiflik, ergenin henüz hazır olmadığı istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirir. Bu süreçte sağlık personeli anahtar rol oynar (2).

2-Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişimle meydana gelen değişiklikler fiziksel olanlar kadar dramatiktir. Bu döneme kadar yaşadığı ana odaklanmış olan ergen olgunlaşmaya başlar ve o anki davranışlarının gelecekteki etkilerini düşünmeye başlar (2). Bu gelişmekte olan düşünme kapasitesi hala sınırlıdır ve değişkendir. Soyut düşünme kapasitesindeki artış, sorgulayıcı sorularından, tartışmacı davranışlarından, ebeveyn otoritesine ve sınırlara karşı gelmelerinden sorumludur.

3-Sosyal/Duygusal Gelişim

Akran ilişkileri ergenin duygusal ve kişisel gelişiminde büyük role sahiptir. Sıklıkla inanışları, değerleri hatta davranışları kendi ailelerine benzeyen arkadaş arayışı içindedirler (2). Bazen de bu sosyal etkileşimlerle ergen ailesindekinden çok farklı değerleri benimser. Böylece ergen bağımsız kararlar almaya başladıkça ailesi ile arasında sorunlar çıkmaya başlayabilir. Bu dönemde sağlık personeli dengeyi kurmada rehber olabilir.

Ergenlerle ilgili sağlık konuları sıklıkla gözden kaçır, çünkü bunlar çoğunlukla akut veya kronik hastalıklar değil davranışsal ve sosyal konulardır (10,11). Ergenlere verilecek hizmetler, çevrelerinin güvenli ve destekleyici olmasına katkıda bulunma, sağlıkla ilgili konularda bilgilendirme, yeteneklerin geliştirilmesi, danışmanlık hizmeti ve sağlık hizmeti sunulmasından oluşmaktadır (12). Sağlığı tehlikeye sokacak davranışların ergende mortalite ve morbiditeye neden olmaması için azaltılması, erken yaşlarda tanınıp önlem alınması gerekir. Bunun için biyopsikososyal yönden değerlendirmede kullanılabilir yöntemler geliştirilmiştir (13). En sık kullanılan iki tanesi İngilizce baş harflerin birleşiminden oluşan HEADS ve SAFE TEENS yaklaşımlarıdır (Tablo 1) (13).

Tablo 1. HEADS ve SAFE TEENS yaklaşımları
(<http://www.aafp.org/afp/1998/0501/p2181.html>.)

HEADS

H=Home, habits (ev ortamı, alışkanlıklar, hobiler)

E=Education, employment, exercise (eğitim, iş durumu, egzersiz yapma)

A=Accidents, ambition, activities, abuse (kazalar, istekler, aktiviteler, istismar)

D=Drugs (tobacco, alcohol, others), diet, depression (ilaçlar-sigara, alkol ve diğerleri; diyet; depresyon)

S=Sex, suicide (cinsel davranışlar, intihar riski ve/veya girişimi)

SAFE TEENS

S=Sexuality (cinsel davranışlar)

A=Accident, abuse (kaza, istismar durumları)

F=Firearms/homicide (ateşli silah bulunma durumu, cinayet düşüncesi)

E=Emotions (suicide/depression) (intihar riski ve/veya girişimi, depresyon)

T=Toxins (tobacco/alcohol, others) (sigara, alkol ve diğerleri)

E=Environment (school, home, friends) (çevre-okul, ev, arkadaşlar)

E=Exercise (egzersiz)

N=Nutrition (beslenme durumu)

S=Shots (immunization status, school performance) (diğer-immünizasyon durumu, okul başarısı)

Ergenlere hizmet sunarken ergenin yaşı, bilişsel gelişimi ve hekimin tercihine göre üç farklı yöntem kullanılabilir (11):

1- Ebeveyn-ergen işbirliği yöntemi, daha çok erken ergenlik evresindeki çocuklara uygulanır. Öykü alınırken ve tedavi planlanırken ebeveyn ve ergen bir aradadır, sorumluluk ikisi arasında paylaşılır.

2- Ergenin birincil, ebeveynlerin ikincil olduğu yöntem özellikle sorumluluk almayı öğrenmekte olan orta ergenlik dönemindeki ergenlere uygulanır, hekim öncelikle ergene odaklanır, ancak ebeveynlerle de iletişim geri planda kalmak üzere devam eder. Hekim bir süre ergen ve ailesiyle birlikte görüştüktan sonra görüşmeye ergenle tek başına devam eder ki; ergene esas sağlık hizmeti alan kişinin kendisi olduğu mesajını verebilsin.

3- Ergenin birincil, ebeveynin katılımının isteğe bağlı olduğu yöntem, geç ergenlik evresindeki ergenlere uygulanır. Ergen ve hekim arasında hassas konuların tartışılmasını kolaylaştırır, çünkü hekimle ergen ilişkisi gizlilik esasına dayalıdır. Ebeveynle ilişki ergenin aracılığıyla kurulur.

Adölesan dönemde 11 ile 21 yaşları arasındaki bir gencin hekimini yılda bir kez ziyaret etmesi önerilmektedir. Yıllık kontrollerde koruma ve sağlığı geliştirme üzerinde durulmalı, genel değerlendirme tekrarlanmalıdır (14). Amerikan Pediatri Akademisinin önerdiği yıllık yapılması gereken değerlendirmeler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ergenlerde Koruyucu Sağlık Hizmeti Önerileri*

Muayene ve Taramalar	Yaşlar										
	11y	12y	13y	14y	15y	16y	17y	18y	19y	20y	21y
<i>Hikaye Alma</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Boy ve Kilo Ölçümü</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Beden Kitle indeksi</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Kan Basıncı</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Görme</i>	■	●	■	■	●	■	■	■	■	■	■
<i>Duyuma</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<i>Gelişimin İzlemi</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Psikososyal-Davranışsal Değerlendirme</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Alkol ve Madde Kullanımı</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<i>Depresyon taraması</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Fizik Muayene</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>İmmünizasyon</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Hemoglobin veya hematokrit</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<i>Tüberküloz Testi</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<i>Dislipidemi Taraması</i>	●	■	■	■	■	■	■	■	←●→		
<i>Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Taraması</i>	■	■	■	■	■	←●→			■	■	■
<i>Servikal Displazi Taraması</i>											●
<i>Danışmanlık</i>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

● yapılması şart, ■ Risk değerlendirmesine göre karar ver, ←●→ Bu yaşlardan birinde yap

*Bright Futures/AAP- www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf den modifiye edilmiştir.

Ergenlerde muayene yapılırken diğer yaş gruplarından daha dikkatli davranılmalı, kendilerine önem verildiği hissettirilmelidir. Özel hayatlarına ve gizliliğe saygı duyulduğu onlara gösterilmelidir. Konuşmaktan ziyade dinlenilmelidirler. Doktorlarına

güvenmeden önce onunla konuşmak isterler, sabırlı ve hoşgörülü olunmalıdır. Bilgi almak için açık uçlu sorular sorulmalıdır. Ergenin anlayacağı bir terminoloji kullanılmalıdır. Değer yargıları ve fikirleri onları açıkça riske sokmuyorsa yargılayıcı olunmamalıdır. Eğer 10-13 yaş grubunda iseler somut bir dil kullanılmalı, somut sorular ve cevaplar beklenmelidir. Ergen büyüdükçe ve gelişimsel kapasiteleri arttıkça daha önceden alınan bilgilerin yenilenmesi gerekir. Unutmamalıdır ki ergenler bağımsızlık isteğiyle ebeveynlerine bağımlı olma ihtiyacı arasında ikilem yaşarlar (16).

SONUÇ

Ergenlik döneminde birey hem psikolojik hem de bilişsel ve fiziksel yönden çok büyük değişimler yaşadığından; özellikle destek olunması, izlemlerinin çok özenli yapılması gereken bir dönemdir. Böylece sadece ergenlerin değil, gelecek toplumların daha sağlıklı olması sağlanabilir. Biyopsikososyal yaklaşım değerlendirmede kilit noktadır. Ergenlerin ihtiyaçlarının anlaşılması, onlarla sürekli irtibat halinde olunması, kendilerine önem verildiğinin onlara gösterilmesi olumlu davranışlar kazanmalarında, dolayısıyla daha sağlıklı olmalarında büyük rol oynar.

KAYNAKLAR

1. Recognizing Adolescence. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> Erişim Tarihi: 18.06.2015.
2. Cohen MI. Adolescence: 11-21 years. In: Green M, Palfrey JS, eds. 2002. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents (2nd ed., rev.). Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health. <https://brightfutures.org/bf2/pdf/pdf/AD.pdf> Erişim Tarihi: 16.06.2015.
3. WHO-Adolescents <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>. Erişim Tarihi: 17.06.2015.
4. TÜİK 2014. <http://rapory.tuik.gov.tr/10-07-2015-15:28:58-8856104912118907623924525058.pdf> Erişim Tarihi: 10.07.2015.
5. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/> Erişim Tarihi: 17.06.2015.
6. Adolescent health epidemiology http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/. Erişim Tarihi: 18.06.2015.
7. Disability-adjusted life years: Combining mortality and morbidity. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section3/page4/dalys.html> Erişim Tarihi: 18.06.2015.
8. Reasons for growing attention <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section1/page2/reasons-for-growing-attention.html> Erişim Tarihi: 18.06.2015.
9. The right to a safe, healthy and meaningful adolescence <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/news/news/2014/10/the-right-to-a-safe.-healthy-and-meaningful-adolescence> Erişim Tarihi:18.06.2015.

10. Brindis C, Park MJ, Özer EM, Irwin CE. Adolescents' Access to health services and clinical preventive health care; Crossing the great divide. *Pediatric Annals* 2002;31(9);575-81.
11. Alikashiöglu M. Adölesana yaklaşım. *Türk Pediatri Arşivi* 2005;40:191-8.
12. Özcebe H. Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. *Sted* 2002;11(10):374-7.
13. Montalto NJ. Implementing the guidelines for adolescent preventive services. *Am Fam Physician*. 1998;57(9):2181-8.
14. Özçakar N. Birinci basamakta adölesana yaklaşım. *Turkish Family Physician* 2010;1(1):23-8.
15. Recommendations for Pediatric Preventive Health Care. Bright Futures/American Academy of Pediatrics. www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf
Erişim Tarihi: 13.02.2016.
16. McPherson A. ABC of adolescence, Adolescents in primary care. *BMJ* 2005;330:465-7.

Konu 39

KORUYUCU YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ

Hakan YAMAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu bölümün amacı aile sağlığı merkezi ve aile hekimliği polikliniklerine başvuran ya da ev ziyaretleri sırasında evde gördüğümüz yaşlı birey ve hastaların koruyucu yaşlı değerlendirilmelerine ilişkin güncel bilgi sunmaktır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hızlı kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin bileşenlerini sıralayabilmeli,
- Hızlı kapsamlı geriyatrik değerlendirmeden yararlanacak bireyleri ayırt edebilmeli,
- Koruyucu yaşlı sağlığında hastalara verilecek önerileri analiz edebilmeli,
- Hızlı kapsamlı geriyatrik değerlendirmede kullanılan testlerin tanısal değerlerini ayırt edebilmeli,
- Hızlı kapsamlı geriyatrik değerlendirme formunu rutin pratikte uygulayabilmeli.

ÖZET

Koruyucu yaşlı değerlendirmesi aile hekimliğinde yaşlı birey ve hastaların kapsamlı geriyatrik değerlendirmelerini de kapsayan bir yaklaşımdır. Esasını kanıta dayalı tarama yaklaşımları oluşturmakla birlikte, içeriğinde yaşlı bireyin esenliğini ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen müdahaleler de içermektedir. Yaşlı değerlendirmesi neticesinde elde edilen veriler, yaşlı birey ve hastanın bakım planını oluşturma ve uygulanmasında önemli katkılar sunacaktır. Aile hekimliğinde yönetilebilir sorunları ortaya çıkarabileceği gibi, konsültasyon ya da sevk kararını destekleyici ek bilgiler de sunacaktır. Yaşlı birey ve hastanın kişiselleştirilmiş koruyucu sağlık programının esasını oluşturacaktır.

GİRİŞ

Yaşam döngüsü boyunca sağlığın ve esenliğin tanımı da değişim arz etmektedir. Bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler ve sekeller azalırken; kanser, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bunların sekellerin olumsuz etkileri özellikle yaşlı bireyleri etkilemektedir. Yaş arttıkça bireylerin beşte dördü kadarının bir ve yarısının ise en az iki kronik hastalığının olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıkların sayısı arttıkça bireylerin geriyatrik sendromlara sahip olma olasılıkları da artmaktadır (1).

Yaşlı bireylerin sağlık düzeyleri farklı düzeylerde özellikler bulundurmaktadırlar (Tablo 1) (2,3).

Önemli Noktalar

- Yaşlı bireylerde kronik hastalık sayısı arttıkça geriyatrik sendrom sayısı da artmaktadır.
- Koruyucu yaşlı değerlendirmesi karşılanmamış sağlık gereksinimlerini ortaya koymaya yarayan bir tarama yöntemidir.
- Koruyucu yaşlı değerlendirilmesi aile hekimliğinde uygulanan hızlı kapsamlı geriyatrik değerlendirme yöntemidir.
- Koruyucu yaşlı değerlendirmesi yaşlılığa özgü sık görülen sorunları taradığı gibi, sağlığı geliştirmek için müdahaleler de öngörür.
- Koruyucu yaşlı değerlendirmesi aile sağlığı merkezlerinde yaşlı izlemine kolaylaştırarak bir enstrümandır.

Tablo 1. Yaşlı bireylerin sağlık düzeyleri

	Sağlıklı	Kronik Hasta	Düşkün	Ölmekte Olan
Sağlık Sorunu	Akut Hastalık; erken kronik hastalık	İlerlemiş Kronik Hastalık	Çoklu Kronik hastalık; Geriyatrik Sendromlar	Terminal Hastalık
Yaşam kalitesine etkileri	Az	Biraz	Belirgin	Belirgin
IADL	Bağımsız	Kısmen Bağımsız	Bağımlı	Bağımlı
ADL	Bağımsız	Bağımsız	Bağımlı	Bağımlı
Orta yaşlı popülasyondaki sıklığı	%85-90	%8-12	%2-3	<%1
Geriyatrik popülasyondaki sıklığı	%50-65	%25-40	%5-10	%1-2

Geriyatrik sendrom terimi ise birçok yazar tarafından farklı biçimlerde tanımlanmaya çalışılmıştır (4).

Ferruci ve Studenski'ye göre "geriyatrik sendrom" yaşlı bireylerde sık görülen, işlevleri ve yaşam kalitelerine yıkıcı etkileri olan, çok değişkenli fizyopatolojik mekanizmaların sorumlu olduğu, temel yakınmayla ilgili olmayan organları kapsayan klinik durumdur. Geriyatrik sendromlar arasında inkontinans, deliryum, düşme, bası ülseri, uyku bozuklukları, beslenme ve besleme sorunları, malnütrisyon, duyuusal kayıplar, ağrı, yorgunluk, depresif duygudurum, demans, baş dönmesi, yürüme bozuklukları ve bedensel engellilik sayılmaktadır. Ayrıca geriyatrik sendromların düşkünlüğün (kırılganlık) gelişimine de katkıda bulduklarını ve bazı risk etmenlerinin de ortak olduğunu söylemek olasıdır (5,6).

Kapsamlı geriyatrik değerlendirmeyi (KGD) birçok disiplinin ekip çalışması ile katıldığı tanı ve tedavi süreci olarak tanımlamak mümkündür. Bu süreçte tıbbi, ruhsal, sosyal ve düşkün bireyin işlevsel gereksinimleri tespit edilip, eşgüdümlü bir bakım planı oluşturulur. Oluşturulan bakım planı geleneksel tıbbi hastalık tedavisini aşan, daha kapsamlı bir yaklaşımdır. KGD ile tedavi edilebilir durumların tespiti ve hastaya daha iyi bir tedavi çıktısı sağlamak hedeflenir (6).

KGD ile yaşlılığa ilişkin klinik durum ve hastalıkların saptanması kolaylaşmaktadır. Geriyatrik sendromların saptanması komplikasyonların gelişimini önleyebilmekte ya da geciktirmektedir. KGD daha çok tanı amacıyla kullanıyor gibi olsa da tespit edilen sorunların yönetimini de kapsamaktadır. Bazen tespit etme ve sevk (konsülte) etme, bazen de multidisipliner olarak yapılan bir işlem olarak algılanmaktadır (6). Bu çerçevede KGD'nin yapılış biçimi ve kapsamı uygulandığı yere göre değişiklik arz etmektedir (6,7). Bu kitap bölümünde aile hekimlerinin yapacağı KGD'den söz edilecektir.

KGD'de yapılacak olan değerlendirmenin başarısını doğru endikasyonda uygulamanın yapılması belirleyecektir. Çok sağlıklı ya da çok hasta bireyin KGD çerçevesinde değerlendirmeye alınması, KGD'nin yararlılığını olumsuz etkileyecektir. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu'nun yayınlamış olduğu "Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi" aile hekimlerine her 65 yaş ve üzeri bireye beş yılda bir KGD yapılmasını önermektedir (8).

Taramalarda özellikle yaşlı bireylerin beklenen ömürleri ve sahip oldukları hastalıkların prognozu dikkate alınmalıdır. Buna göre örneğin hastalar "dinç", "düşkün", "orta derece bunamış" ya da "yaşam sonu dönem" gibi prognostik gruplara ayrılmalıdır ve uygulanacak testlere buna göre yer verilmelidir. Prognoz kötüleştikçe ve yaşamda kalım kısalдықça muayene aralıkları seyreltilmeli ve yapılacak invazif girişimlerden ve diğer tetkiklerden vazgeçilmelidir (9,10,11).

Koruyucu yaklaşımlarda da yaşlı birey ya da hastanın sağlık düzeyi ve prognostik durumu da önlem düzeyi ve önlenmek istenen sorun (sendrom) ya da hastalık konusunda belirleyicidir (Tablo 2) (2,3).

Tablo 2. Koruyucu Hekimlik Yaklaşımı ve Yaşlı Birey/Hastanın Sağlık Düzeyi

Önlenmesi İstenilen Hedef Sorun	Sağlıklı	Kronik Hasta	Düşkün	Ölmekte Olan
Birincil ve İkincil Önlem	Yüksek Öncelikli	Öncelikli	Öncelikli	Düşük Öncelikli
Üçüncül Önlem	Öncelikli	Yüksek Öncelikli	Yüksek Öncelikli	Düşük Öncelikli
Geriyatrik Sendrom	Düşük Öncelikli	Öncelikli	Yüksek Öncelikli	Öncelikli
İyatrojenik Hastalık	Düşük Öncelikli	Öncelikli	Yüksek Öncelikli	Yüksek Öncelikli

Dolayısıyla güncel literatüre bakacak olursak KGD'den ileri yaşlı hasta, tıbbi komorbiditeleri olan, psikolojik sorunları olan, sosyal olarak kendisini tecrit eden, geriyatrik sendromu olan ve yüklü sağlık harcamalarına neden olanlar en fazla yararlanacaklardır. Terminal dönemde olanlar, ileri derecede demansı olanlar ya da tamamıyla bağımlı olanlarda KGD önerilmemektedir (6).

KGD'nin hedefleri arasında bireyin işlevselliğini korumak ve yaşam kalitesini korumak ve sürdürmek bulunmaktadır. Yaşlı bireyler fizyolojik ve işlevsellik bağlamında çok heterojen olmaları nedeniyle verilecek olan tarama ve yönetim kararları bireye özgü olmalıdır (1). Yani her hasta için geçerli bir reçete bulunmamaktadır. Yaşlı bireylere yönelik hazırlanacak olan bir tarama programındaki testlerin yaşlı bireylerin yaşamda kalım süreleri de dikkate alınarak bireyselleştirilmeleri gerekir. Bu konuda kararınızı destekleyecek formüller bulunmaktadır (<http://cancerscreening.eprognosis.org/>).

KGD'den beklenen hedefleri zamana göre ele alacak olursak; kısa, orta ve uzun erimli bakım hedeflerinden söz etmek mümkündür (1):

- Kısa erimli hedefler:* Akut ve kısa süreli sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik hedeflerdir. Hastanın akut olarak bozulmuş sağlık durumunu düzeltmeyi hedefler. Özellikle yaşam sonunda ve palyatif bakım sırasında karşılaşılan sorunları ele alır. Ancak epizodik bakım sırasında ortaya çıkan sorunları da bu kapsamda yönetmek mümkündür. Bir yıla kadar süren bakım sürecini kapsar.
- Orta erimli hedefler:* Bir ile beş yıl arasındaki süreci ele alır.
- Uzun erimli hedefler:* Oldukça sağlıklı ve dinç olan bireylerde sağlığın sürdürülmesi amacıyla alınan kararlar ve hedefleri kapsar. Yaşam beklentisi de gözden geçirilerek hastanın ilerideki bakımıyla ilgili beklentiler gözden geçirilebilir. Onam alındıktan sonra yakınları ve bakım verenlerle görüşülür.

TARAMALAR VE KORUYUCU HEKİMLİK YAKLAŞIMI

KGD, geleneksel tıbbi muayene ve öyküyü kapsamakla birlikte oldukça yoğun, kapsamlı ve zaman alıcı bir işlemdir. Aile hekimliğinde özellikle yapılan işin ve işlemlerin doğası gereği zaman kıtlığı her zaman önem sorunlardan birisi olarak dile getirilmektedir.

Bu çerçevede KGD'nin süresini kısaltmak için aile hekimliğine yönelik muhtelif testler geliştirilmiş ve kullanılmıştır (4). Biz bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü'nün bir uzmanlar grubu tarafından geliştirilmiş olan "Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti"ni (4,7,12,13,14,15) bu vesileyle önermek istiyoruz.

"Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti" gelişmekte olan ve kaynak kıtlığı çeken ülkeler için geliştirilmiş olsa da kanaatimizce aile hekimliğinin genel sağlık sunumu modeli olarak sunulan her ülkede uygulanması mümkündür.

Literatür ele alındığında "ilk" KGD'de aşağıdaki bileşenlerin bulunması önerilmektedir:

- a. Kognitif durum
- b. Depresif Duygudurum
- c. Üriner/ Fekal İnkontinans
- d. İşlevsel durum: Gündelik Yaşamsal Aktiviteler (GYA), Instrumental Gündelik Yaşamsal Aktiviteler (IGYA) ve İleri Gündelik Yaşamsal Aktiviteler (İGYA)
- e. Düşme öyküsü ve performans testleri (Kalk Yürü Testi, Yürüme Hızı Testi, Denge Testi vb.)
- f. Beslenme/ Beden Ağırlığında Değişme
- g. Görme/işitme Sorunları
- h. Ağız Diş Sağlığı
- i. Ağrı
- j. İlaç kullanımı: Polifarmasi ve İlaç Etkileşimleri
- k. Alkol/Sigara/Madde Kullanımı
- l. Aşılar
- m. Kemoprofilaksi
- n. Yardımcı Cihaz Kullanımı
- o. Cinsel İşlev Durumu
- p. Yaşam Kalitesi
- q. Sağlık Hizmetine Erişim
- r. Sosyal Destek/ Network

- s. Hukuki Destek
- t. İleri Yaşam Talimatı
- u. Finansal Durum
- v. Konut Durumu
- w. Bakım Hizmeti Gereksinimi
- x. Sosyomedikal İdari Hizmet Gereksinimi (Rapor Çıkarma, Reçete Yazdırma, Bakım Aylığı Bağlanması vb.)
- y. Bakım verenin gereksinimleri (Sağlık, Finansal, Sosyal Güvence, İstirahat vb.)
- z. Aile APGAR'ı ve Aile Dinamikleri (6).

Görüldüğü üzere KGD'nın sınırları oldukça geniştir. Yaşlı bireyi yaşamına ve birlikte yaşadığı çevresine dair her noktayı bu çerçevede değerlendirmek mümkündür ve bazen de zaruridir. Aile hekimliğinde özellikle yaşlı bireyin psikososyal noktaları ele alınmak durumundadır. Tüm gereksinimlerin çözümü ve giderilmesi tek başına aile hekimi ve ekibinin üstesinden gelmesi mümkün değildir, ancak gereksinimlerin farkına vararak aile hekimi hastanın bakımının koordinasyonunu sağlaması mümkündür.

“Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti”ni aile hekimlerinin çalıştıkları ortamdaki yaşlı bireylerin önceliklerini dikkate alarak geliştirmek mümkündür (4). Buradaki ince nokta ise geliştirirken zaman faktörünün dikkate alınmasıdır. Test hem oldukça iyi taramalıdır, hem de aile hekimi ve ekibini zamansal olarak çok meşgul etmemelidir. Bu nedenle “Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti” ekleriyle (MNA tarama ölçeği, DENTAL Ağız Diş tarama Ölçeği, Saat Çizme Testi, İlaç Soruları, Lubben Ölçeği ile) deneyimli ellerde maksimum 20 dakika sürede tamamlanabilmektedir. Bu test ilk aşama testidir ve sorulan alt boyutlarda herhangi bir patolojinin çıkması ile ikinci aşama testleri uygulanmalıdır. Ancak ikinci aşama testleri sadece şüpheli olan vakalarda uygulanacağı için aile hekimleri özellikle zamandan fazlasıyla tasarruf edeceklerdir ve hastalarını daha isabetli ön tanıları ile ilgili uzmanlara konsülte edeceklerdir, hastalarının sağlıklarına ilişkin sağlıklı bir dökümantasyona sahip olacaklardır ya da yönetebildikleri sorunlar için önemli ipuçları elde edeceklerdir. Kliniğimizde kullanılan ve birinci aşama ile ikinci aşama testlerinin kaydını tuttuğumuz ölçeklerin kayıt formu Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1. Yaşlı Değerlendirme Formu (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

→H.No..... **KORUYUCU YAŞLI DEĞERLENDİRME FORMU** Tarih:/...../20..

1) SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER:

Ad-Soyad:

Yaş:..... Doğum Tarihi:/...../19... Cinsiyet: Kadın/Erkek Medeni durumu: Evli/Bekar/Eşi ölmüş/Boşanmış

2) TIBBİ ÖYKÜSÜ:

Hastalık: DM:..... HIPOGLİSEMİ:..... ESANSİYEL HT:..... HPLD:..... METAB SENDR:..... KRON İSKEM KALP HAST:..... AKUT ME:..... PERİF VASK HAST:..... VTE:..... İBS:..... KOAGÜLASYON BOZ:..... KALP YET:..... ATR.FİB:..... POSTUR.HİPOTAN:..... KBH:..... KBY:..... NEFROPATİ:..... ÜRİNER İNKONT:..... BPH/ÜRİNER RETANSİYON:..... KC.HAST:..... İNFLAM.BARŞ.HAST:..... P.ÜLSER:..... GÖR.H:..... GİS KANAMASI:..... KOAH:..... ASTİM:..... PULM.EMBOLİ:..... DEPRESYON:..... DEMANS/ALZHEIMER:..... PARKİNSON:..... EPILEPSİ:..... SVO:..... VERTİGO:..... POLİARTRİT/POLİARTROZ:..... RA:..... OSTEOPOROZ:..... GUT:..... NÖROPATİ:..... GÖRME:..... İŞİTME:..... DİĞER(Açıklayınız):.....

KANSER (Açıklayınız):.....

Kullandığı İlaçlar: Reçeteli Reçetesiz Bitkisel İlaç Besin Destekleri 4-ileç >4 ilaç

İlaçları Belirtiniz:

Ameliyatlara:

Alerji Öyküsü:

Sığır: Hiç kullanmamış Bıraktım: Aktif (çicir): püskül/yl

Alkol: Her gün Haftada birden fazla Ayda birden fazla Ayda bir kez veya daha nadir

Madde/İlaç Bağımlılığı:

Aksesuar Kullanımı: Gözlük: Lens: İşitme Cihazı: Boston: Diğer:.....

Bağışıklama: İnfluenza Pnömonik HBV HAV Zona Aşısı

Ev Güvenliği:

3) VİTAL BULGULAR:

KB:...../.....mmHg Nabız:..... Dk Ritimik:..... Ritmik Değil:.....

Boy:.....cm VA:.....kg BKE:.....kg/m² Bel Çevresi:.....cm

4) FİZİK MUAYENE:

Öykü	Muayene	Patolojik Bulgular
	Baş/Boyun Muayenesi	
	Solumun Muayenesi	
	Kardiyovasküler Muayene	
	Batın Muayenesi	
	Nörolojik Muayene	
	Ekstremiteler Muayenesi	

5) BİRİNCİ BASAMAK TESTLERİ:

10 Dakikalık Tarama Testi		Sonuç	MNA Tarama						Puan	Sonuç
Bellek-1: Evet/Hayır			A	B	C	D	E	F		
Inkontinans: 1.Soru: Evet/Hayır 2.Soru: Evet/Hayır										
Depresyon: Evet/Hayır			DENTAL Ağzı Dış Sağlığı Ölçeği						Puan	Sonuç
Bedensel İşlev Kapasitesi (İmmobilité):.....			2	1	2	1	0	2		
Bellek-2: 1 cevap/2 cevap/3 cevap			0	0	0	0	1	0		
Düşme: Sonu: Evet/Hayır Test Yapamıyor:.....Düzensiz:.....			Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendiriyorsunuz ?							
Beslenme: 6 Ay Kilo Değişikliği:.....			Kötü—Orta—İyi—Oldukça İyi—Mükemmel							
İşitme: Sağ/ Sol:..... Sağ/ Sol:..... Sağ/ Sol:.....			Sağlık Merkezlerine Erişiminiz Nasıl ?							
Görme: Görmede Zorlanma:..... /Sollu Sağ:..... Sol:.....			0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—>9							
Bellek	Inkontinans	Depresyon	Bed. İş.	Beslenme	İşitme	Görme	Ağzı-Dış Sağ.			

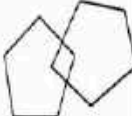

1

6) İKİNCİ BASAMAK TESTLERİ

SAAT ÇİZME TESTİ		Sağ Çizme testi Yönergesi (Shulman Puanlaması)												GEREKİLİ DEĞERLENE ÖLÇÜLE (GDO)	
Saat Çizme Testi Puanı: / 5 Soru:		0- Saatin geçeri bir temeli yoktur. Herhangi bir çizim yoktur. Saat üzeri yoktur. Kalem ya da iğne kullanılır. 1- 2. maddede tanımlanan çizim öğelerinden şiddetlidir. 2- 11'i 10 geççe doğru olarak gösterilemeyecek biçimde rakamlarda orta derecede berraklığı olmayan çizim öğelerinden yararlı. Rakam yazımı orta derecede berraktır. Rakamlar eksiktir. Pozisyonasyon (tekerrür vardır. Diğere rakamlar ya da 12'den sonra 13, 14, 15 biçiminde devam edilir. Rakamlar saatın testi yönünde çizilmiştir. Disgrafi vardır (Rakamlar doğru yazılmamıştır). 3- Görsel-uzaysal oryantasyon kusurludur ya da ufak hatalar mevcuttur, ancak 11'i 10 geççe doğru olarak gösterilmiştir. Dakika kolu 10'u gösterir. "11'i 10 geççe" yazılmıştır. Herhangi bir biçimde saat çizilmiştir. 4- Ufak görsel-uzaysal hatalar vardır. Rakam yazımı hafif derecede berraktır. Rakamlar düzenli değildir yer almaz. Rakamlar yazılacak sayıya eşittir, bu nedenle bazı rakamlar basılgı görünür. Rakam yanlış olarak belirtilen çizimler vardır. 5- Saat kusurludur.													1
		2													
		3													
		4													
		5													
		6													
		7													
		8													
		9													
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
Toplam															
Soru															


MNA Değerlendirme Testi		G	H	I	J	K	L	M	N	Ö	P	Q	R	Puan	Soru


Lawton Brody E-GYA Ölçeği		Telefon	Alışveriş	Yem. Haz.	Ev Tem.	Çamaşır	Yolcul.	İlaç Kul.	Mali İş	Puan	Soru

SMMT /E-SMMT		SMMT Şekil		E- SMMT Şekil	
Yönelim / Oryantasyon ...../10					
Kayıt Hafıza ...../3					
Dikkat ve Hesap Yapma ...../5					
Hafızlama ...../3					
Lisan ...../9					
Toplam ...../30					
Soru					

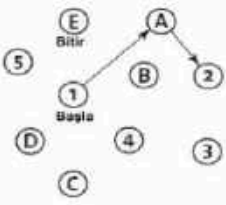
		SÜRE		Testi Tamamlanmadı		Yarımlar/Soru	
4 metre Yürme Testi (1. Uygulama)		...../..... Saniye					
4 metre Yürme Testi (2. Uygulama)		...../..... Saniye					

*Her iki uygulama arasında en az 5 dakikalık istirahat sağlanmalıdır.

MOCA		Puan			
Görsel Mekansal ...../25		...../25		
Açıklama ...../3		...../3		
Bellik ...../1		...../1		
Dikkat ...../6		...../6		
Lisan ...../3		...../3		
Soyut Düşünme ...../2		...../2		
Geçiktirici Hafızlama ...../5		...../5		
Yönelim ...../6		...../6		
Toplam ...../30		...../30		
Soru					



Küp Kopyalama



1 Başla
2 Bitir
3
4
5

2

Tablo 3. Yaşlı değerlendirilmesinde kullanılan testlerin tanı aracı olarak özellikleri (7)

<i>Alan</i>	<i>Enstrüman</i>	<i>Duyarlılık</i>	<i>Özgüllük</i>	<i>Süre (dak.)</i>	<i>Kesim Noktası</i>
Bilişsel Alan Demans ¹	MMSE	79-100	46-100	9	<24 ²
Bilişsel Alan ³ Deliryum	CAM	94-100	37-46	<2	
Duygudurum Bozukluğu Depresyon ⁴	GDS (5 soruluk)	97	85	1	2
Görme Bozukluğu ⁵	Snellen Eşeli	Altın Standart	Altın Standart	2	20/40 düzeyinde okuyamama
İşitme Bozukluğu ⁶	Fısıltı Testi	80-90	70-89	0.5	
Ağız-Diş Sağlığı	D-E-N-T-A-L Ölçeği ⁷	82	90	<2	>=2 puan
Yürüme ve Denge	Zamanlı Kalk Yürü Testi ⁸	88	94	<1	>20 sn.
Bedensel Engellilik	Altı Soru Sorulur ⁹				Hepsine “hayır” yanıtının verilmesi.
Üriner İnkontinans	İki Soru Sorulur ¹⁰				Hepsine “evet” yanıtının verilmesi
Beslenme Durumu ⁹	6 ayda 4.5 kg kilo kaybı ya da beden ağırlığının 45 kg’ın altına düşmesi	65-70	87-88		

Bazı testlere ve muayenelerin özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 3’te verilmiştir.

¹Üç kelime hatırlama testinin birinci dakikadaki PPV=0.60 ve NPV=0.92 (Pozitif Prediktif Değer ve Negatif Prediktif Değer) olarak bulunmuştur (Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti’nin 10 dakikalık tarama testi’nde bulunur). MMSE ise Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti’nin tarama sonrası değerlendirme ölçekleri arasında bulunur).

² Yaşa, eğitime ve diğer etmenlere göre değişkenlik gösterebilir.

³CAM ölçeği (Türkiye’de yoğun bakım servislerinde kullanılmak üzere CAM-ICU Türkçeye uyarlanmıştır.) Bunun dışında “Konfüzyon değerlendirme yöntemi” kullanılabilir. Değerlendirmede deliryum tanı kriterleri dikkate alınır. Tanı için ilk iki kriterin yanı sıra üçüncü kriterlerden birisinin de bulunması gerekir (duyarlılığı % 94-100, özgüllüğü % 90-95).

⁴Değerlendirilen bireyin “kendinizi sıklıkla üzüntülü ve depresyonda hissediyor musunuz?” sorusuna olumlu yanıt vermesi PPV=0.70 ve NPV=0.91 olarak bulunmuştur. (Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti’nin 10 dakikalık tarama testi’nde bulunur).

⁵ Snellen eşelinden önce “araç kullanırken ya da televizyon izlerken ya da okurken ya da gündelik işlerinizi yerine getirirken görmeyle ilgili bir sorunuz var mı?” tarayıcı sorusuna olumlu bir yanıt aldıktan sonra Snellen Eşeli ile değerlendirme yapılması PPV=0.75 ve NPV=0.89 olarak bulunmuştur. (Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti’nin 10 dakikalık tarama testi’nde bulunur).

⁶Fısıltı testi (Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bulunur). Ancak daha ayrıntılı bir değerlendirme için odyoskop kullanılabilir. Değerlendirmeler 1-2 dakika sürer ve sensitivitesi %87-90 ve spesifitesi %70-90 arasındadır. Bir dakikadan az süren işitme kaybı sorusunu sormanızın bile işitme bozukluğunu ortaya koymadaki sensitivitesi %75-81 ve spesifitesi %64-70 olarak bulunmuştur. Bir de NHANES test bataryasında içinde kullanılan ve iki dakikadan kısa süren bir envanter kullanılabilir. Bu envantere göre yaşın >70 yaş, erkek cinsiyet, lise mezunu olunmaması, daha önce işitme sorunu nedeniyle hastaneye başvurmuş olunması, işitme cihazı olmadan odadaki fısıltıyı duyamaması ve işitme cihazı olmadan odada normal sesi duyamaması birer puan almasını sağlar (sensitivitesi %80 ve spesifitesi %80). Üç ve yukarısı puan alanlar pozitif kabul edilir.

⁷D-E-N-T-A-L enstrümanı yaşlı bireylerde ağız sağlığı ile ilgili duyarlılığı artırmak ve ihtiyacı olanları ağız ve diş sağlığı merkezine yönlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. İki ve üstü puan alan hastaların ağız ve diş muayenesine yönlendirilmesi önerilir. Enstrümanın ağız ve diş sorunu saptamadaki sensitivitesi %82 ve spesifitesi %90 bulunmuştur.

⁸Zamanlı Kalk Yürü Testinde standart bir sandalye kullanılır ve değerlendirilen bireyin oturduğu sandalyeden kalkıp, üç metrelik mesafeyi düzenli adımlarla yürüyüp, geri dönmesi beklenir. Sandalyeden kalkıp, yürüme ve yeniden sandalyeye oturma süresi kronometre ile tespit edilir. Yürüme desteği araçlarıyla da yapılabilir. Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bunun bir modifikasyonu bulunur. Bu testte "kalk ve yürü" testine benzer, ancak sandalyenin etrafında tutunmadan dönülmesi ve yeniden oturması istenilen bir test bulunur.

⁹Altı Soru aşağıdaki gibidir. Sorulan her bir sorunun hayır olarak yanıtlanması; bireyde immobilité/engellilik düşündürür. (PPV=0.88 ve NPV=0.77):

"Hızlı yürüme ya da bisiklete binme gibi şiddetli etkinliklerde bulunuyor musunuz?"

"Cam, duvar ya da yerleri silme gibi ağır ev işi yapabiliyor musunuz?"

"Gıda ya da giyim için alışverişe çıkabiliyor musunuz?"

"Yürüme mesafesi dışında bulunan yerlere gidebiliyor musunuz?"

"Duşta ya da küvette yıkanıp, liflenebiliyor musunuz?"

"Gömlek giyip, düğmelerini ilikleyip, fermuarınızı çekebiliyor musunuz ya da ayakkabılarınızı giyebiliyor musunuz?" (Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bulunur).

¹⁰İki soru aşağıdaki gibidir. Her iki soruya olumlu yanıt verildiğinde tarama pozitif olur. (PPV=0.86 ve NPV=0.96):

"Son bir yılda idrar kaçırdınız mı ya da altınızı ıslattınız mı?" sorusuna "evet" yanıtını alırsanız "En az altı farklı günde idrar kaçırdınız mı?" sorusunu sorunuz. (Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bulunur).

¹¹Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bulunur. Ancak, beslenmenin değerlendirilmesinde hastanın çığneme ve yutkunması da değerlendirilmelidir. Kserostomi nedeniyle yaşlı bireylerde yutma özelliikle sorunlu olabilir. Tad ve koku alma duyusunun azalması yemek yeme keyfini azaltır ve hasta az yer. Görme sorunu, artriti, immobilitesi ya da tremorları olan hastalar yemek hazırlamada zorluk çekebilirler ya da kendilerini yemek yaparken yakabilirler. Üriner inkontinans kaygısı içerisinde olan hastalar sıvı alımını kısıtlar ve böylece daha az beslenirler. DENTAL ölçeği ağız diş sağlığı için ve beslenme için ise MNA taraması ya da değerlendirme ölçekleri ilaveten kullanılabilir.

Zamandan tasarruf etmek için kısa ve gereksinim olduğu kadar test kullanmak yanı sıra bazı testleri ekibinizde bulunan aile sağlığı elemanı ya da poliklinik hemşiresine devretmek mümkündür. Burada pozitif çıkan noktaların ileri değerlendirmeleri hekim tarafından yapılabilir. Ancak bunun yapılabilmesi için personelin bu konuda iyi eğitilmeleri gerekmektedir.

KGD sonucu elde edilen veriler doğrultusunda hasta ile ilgili konsültasyon ve sevk gibi yönetim kararlarımızı alabiliriz. Ayrıca gideceği kurumda yapılacak ayrıntılı KGD'nin temelini oluşturmamız mümkün olacaktır. Veriler bakım ekibinde bakımveren ve hastayı da dahil ederek tartışılacaktır. Hasta, bakımvereni ve yakınlarının da görüşleri alınarak bakım planı oluşturulacaktır ve ardından bakım planı uygulamaya geçirilecektir. Ardından belirli bir süre sonra bakım planı takip edilecek ve gereksinime göre revize edilecektir (6).

Altmış beş yaş ve üzeri yaşlı bireylerin taramaları ve yapılacak olan müdahaleler Tablo 4'de özetlenmiştir (1). Bu tablo bu risk grubundaki bireyler için Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu önerilerini de kapsamaktadır (8).

Tablo 4. 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin taramaları ve yapılacak olan müdahaleler

<i>Sorun</i>	<i>Kısa Öneriler</i>
Kan Basıncı	Yıllık kontroller önerilir. Tedavi başladığında ortostatik hipotansiyon, renal fonksiyon, elektrolitler ve düşme riski bakımından takip önerilir.
Beden Ağırlığı	>10 kg/yıllık kayıplardan altta yatan neden araştırılmalıdır (ilaçlar, ağız-diş sağlığı, gıda güvenliği, iştah, yutma, diyetler, finansal durum vb.). MNA gibi enstrümanlarla tarama yapılabilir. Beden ağırlığı değişimi tartılarak izlenebilir.
İşitme Testi	Yıllık fısıltı testi. Olanak varsa odyometrik tarama yapılır.
Görme Testi	Görme muayenesi için Snellen uygulanabilir. Ancak görme alanı, göz basıncı vb. muayeneler için rutin göz konsültasyonu önerilir. Özellikle kognitif sorunlar, işlevsel bozuklukların ve düşmelerin ileri değerlendirilmelerinde göz muayenesi önerilir. Deliriyumun etyolojisinin saptamasında da kullanılır.
Kognitif Değerlendirme	Tarama amacıyla saat çizme, üç kelime hatırlama testi ya da oryantasyona yönelik sorular sorular. Bu amaç için geliştirilmiş GPCOG ya da MiniCog gibi tarama testleri de uygulanabilir. Defisit çıkması durumunda tercihen MoCA testi uygulanır. Ancak eğitim düzeyi yeterli değilse SMMT ya da okur yazar olmayanlar için SMMT yaptırılır. Hasta yakınından alınması gereken anamnezde ise hastanın kognisyon ve işlevselliğinin bozulmasına ilişkin progresyon olup olmadığı sorgulanabilir.

Duygudurum	Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bulunan bir madde sorulabilir ve anhedoni olup olmadığı araştırılabilir. İleri değerlendirme için Geriyatrik Depresyon Ölçeği kullanılabilir.
Yürüme ve Denge	Kalk ve Yürü Testi yaptırılır.
Üriner İnkontinans	Altı ayda bir inkontinans olup olmadığı ve şiddeti sorgulanır. Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bulunan iki madde sorulabilir. Mevcudiyetinde ilaçları gözden geçirilir, genitouriner muayene yapılır, tam idrar tetkiki ve uygun kan tetkikleri yapılır.
İşlevsel Durum	Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi'nde bulunan altı madde sorulur. En az bir defisitte ADL ya /ya da IADL testi uygulanır. Bakım desteği ve rehabilitasyon gereksinimi tespit edilir.
Ağız-Diş Sağlığı	DENTAL gibi ölçeklerle ağız-diş sağlığı hizmeti gereksinimleri saptanmaya çalışılır. Ağız muayenesi ile ağız içi inceleme yapılır. Kullanılan protez incelenir.
Cinsel İşlevsellik	Cinsel işlevsellik konusu sorgulanabilir.
Aşılar	Primer serisini tamamlayanlar 10 yılda bir Td uygulanır. İnfluenza yıllık uygulanır. PCV 13'ten 6-12 ay sonra PPSV 23 yapılır. >50 bir defaya mahsus Herpes Zoster aşısı yapılır.
İlaç Kullanımı	Kullanılan ilaçlar düzenli aralıklarla gözden geçirilir. Tedaviye uyum konusuna önem verilir. Gerekirse START/STOPP kriterleri ya da Beers listesine göre uygunsuz ilaç kullanımı denetimi için randevu verilir. Polifarmasiyi azaltmak için gayret gösterilir. Deliryum ve düşmeleri önlemek için kullanılan ilaçlar konusunda hassasiyet gösterilir.
Kemoprofilaksi	Beş yıllık KAH riski $\geq 3\%$ olanlarda GİS hemoraji riski tartışılarak ASA önerilir. 1200 mg elemental kalsiyum (öncelikle diyet, olmazsa suplemental) ve en az 800 IU Vitamin D önerilir.
Bedensel Etkinlik Düzeyi	Haftada 3-5 kez orta-şiddetli bedensel etkinlik (koşu) (min. 150 dakika/hafta). Koşu ertesi günlerde kuvvet çalışmaları. Eklem hareket açıklığını korumak amacıyla esneklik çalışmaları. Denge ve propriyosepsiyon alıştırılmaları düşmeleri engeller.
Sigara	Danışmanlık verilir. Lüzumu halinde farmakolojik tedavi önerilir. Sağlık Bakanlığı'nın 171 telefon hattı aracılığıyla ileri danışmanlık almaları sağlanır.

Alkol	Şüphe durumundan CAGE ölçeği uygulanır ve danışmanlık verilir. Gereğinde AMATEM gibi ileri tedavi merkezlerine sevk edilir.
Düşünlük Değerlendirmesi	Risk altındaki yaşlı bireye yürüme testi, Edmonton Düşünlük Ölçeği ya da Klinik Düşünlük Ölçeği gibi tarama testleri uygulanarak düşünlük düzeyi değerlendirilir. Düşünlük düzeyi bakım desteği gereksinimi ya da klinik yaklaşım konusunda fikir verecektir.
Diyabet	70 yaşına kadar BMI \geq 25 kg/m ² , HT ve hiperlipidemi olanların AKŞ'nı tara
Kan Lipitleri	10 yıllık KAH riski \geq %10 olan bireyleri tara ve tedavi et.
Osteoporoz	Kadınlara en az bir kez DEXA yaptırılır. FRAX gibi risk değerlendirme ölçekleri kullanılabilir.
Abdominal Anevrizması	Aort Sigara içmiş 65-75 yaş erkekleri en az bir doppler ultrasonografi yaptırılır.
Araç Kullanımı	Görme, hareketlilik ya da kognitif sorunları olan yaşlı bireylerin araç kullanımı konusu görüşülmelidir. Demansın vuku bulması durumunda ileri değerlendirme için sevk edilmelidir.
Sosyal Destek	Sosyal network, aile bağları ve finansal durum düzenli gözden geçilir.
Yaşlı Örselenmesi	Rutin örselenme ve suistimal sorgulanır (bedensel, ruhsal, cinsel, maddi vb.)
İleri Talimatlar	Akli melekeleri yerindeyken ilerideki bakım planı ve beklentileri konusunun görüşülmesi, hukuki danışmanlık alabilmeleri için uygun yerlere yönlendirilir.
Kanser Taramaları	Hastanın ömrü yeterli midir? Olası yan etkileri nelerdir? (girişim komplikasyonları, anksiyete, maliyetler, aşırı tanı vb.) Hastanın kişisel tercihlerine yanıt veriyor mu?
Meme Kanseri	10 yıllık yaşam beklentisi mevcutsa iki yılda bir tarama önerilir.
Kolorektal Kanseri	Yıllık gaitada gizli kan ve 10 yılda bir kolonoskopi önerilir. En az beş yıllık yaşam beklentisi olmalıdır.
Servikal Kanseri	65 yaşında, son 10 yılda en az üç kez ardışık PAP normal gelmiş ise sonlandırılabilir. Histerektomide sonlandırılır.
Akciğer Kanseri	Yüksek riskli bireylerde 80 yaşına kadar yıllık düşük doz toraks BT önerilir. On beş yıldır sigara içmeyen ya da yeterince ömrü olmayan bireylerde tarama sonlandırılır.
Cilt Kanseri	Aylık cilt inspeksiyonu önerilebilir.

SONUÇ

Yaşlı bireylerin değerlendirilmesi bizlere aile hekimliği pratiğinde hastamıza ilişkin önemli ipuçları verecektir. Geriyatrik sendromların doğası gereği hastalarımızın bakımı multidisipliner olarak yapılmak durumundadır ve sıklıkla hastalarımızın başka uzmanlıklara konsültasyonu ya da sevki kaçınılmaz olmaktadır. Ancak yine de proaktif olarak hastaların uygun yöntemlerle taranmalarının hastalarımıza önemli faydalar sağlayacağı muhakkaktır. Yapılan bir çalışmada hastaların beyan ettikleri sağlık sorunları ile tarama sonrası ortaya çıkan patolojiler arasında önemli farkların olduğu saptanmıştır (4). Bu çerçevede hastaların sağlık gereksiniminin tespitini hasta ve yakınlarına bırakmak bazen önemli sağlık sorunlarının zamanında tanınması ve tedavi olmasını engelleyecektir. Bu çerçevede aile hekimliğinde yapılacak olan “hızlı KGD” önemli bir koruyucu hekimlik misyonu üstlenmektedir ve şüphesiz aile hekimliğinde yaşlı hastaların bakım kalitesini artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Heflin MT. Geriatric health maintenance: In: UpToDate. Schmader KE, Sokol NH, eds. http://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?source=see_link. Erişim Tarihi: 20.06.2016.
2. Sloane, Philip D, Lisa M. Slatt, and Richard M. Baker. Essentials of Family Medicine. Baltimore: Williams & Wilkins, 2012.
3. Yaman H. Uzmanına Danış Oturumu: Aile Hekimliğinde Koruyucu Yaşlı Sağlığı.7. Aile Hekimliği Güz Okulu, 25-29 Eylül 2013, Antalya.
4. Arı A. 65 yaş üstü bireylerin karşılanmamış sağlık sorunları ve konsültasyon nedenlerinin değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. 2016.
5. Ferrucci L, Studenski S. Chapter 72. Clinical Problems of Aging. In: Harrison's Principles of Internal Medicine, 18e. <http://accessmedicine.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=331§ionId=40726805>. Erişim Tarihi: 20.06.2016.
6. Ward. KT, Reubern DB. Comprehensive Geriatric Assessment: In: UpToDate. Schmader KE, Sokol NH, eds. http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?source=search_result&search=comprehensive+geriatric+assessment&selectedTitle=1%7E64. Erişim Tarihi: 20.06.2016.
7. Yaman H, Tekin O. Yaşlı Bireyin Değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. AHUZEM. Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı. Yaşlı Sağlığı Modülü. 5.1.Sağlıklı Yaşlanma. v1.0. 2013.
8. Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2015.
9. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric Screening and Preventive Care. Am Fam Physician. 2008;78(2):206-15.
10. Flaherty JH, Morley JE, Murphy DJ, Wasserman MR. The development of outpatient clinical glidepaths. J Am Geriatr Soc. 2002;50(11):1886-901.
11. Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriyatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıta dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi. Türk Aile Hek Derg 2009;13(1):27-38.
12. WHO. Age-friendly Primary Health Care (PHC) Centres Toolkit. Geneva. 2008. http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/. Erişim Tarihi: 20.06.2016.

13. Yaman H. Correspondence: Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environments. Saudi Medical Journal 2016;17(1):102.
14. Yaman H. Yaşlıya Yönelik Politikalar ve Aile Hekimliği. PRN Aile Hekimliği Dergisi 2014;9(97):32-4.
15. Yaman H, Kanevetçi Z. Health Needs of Elderly People at Primary Health Care Centers in Antalya, Mediterranean Region of Turkey. Konuralp Tıp Dergisi (in Press).

Konu 40

SIK GÖRÜLEN HASTALIKLARIN CANLANDIRILMASI

Zekeriya AKTÜRK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların aile hekimliği pratiğinde sık karşılaşılan 15 hastalığın yönetimi konusunda bilgi, beceri ve tutum sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Aile hekimliği uygulamasında sık görülen hastalıkları sayabilmeli,
- Aile hekimliği uygulamasında sık görülen hastalıkların bulgularını sayabilmeli,
- Aile hekimliği uygulamasında sık görülen hastalıkların belirtilerini sayabilmeli,
- Aile hekimliği uygulamasında sık görülen hastalıkların sevk kriterlerini sayabilmeli.

ÖZET

Öğrencilerin aile hekimliğinde sık karşılaşılan hastalıkların bulgu, belirti ve birinci basamaktan sevk kriterlerini bilmeleri önemlidir. Bu nedenle öğrencilerin en sık ölüm sebepleri ve en fazla hastalık yükü oluşturan hastalıkların rehberler doğrultusunda canlandırmalarını yapmaları sağlanacaktır. Böylece öğrenciler tıp eğitimlerinin ilerleyen yıllarında bu hastalıklarla ilgili nelere önem vermeleri gerektiği konusunda da bilgi sahibi olacaklardır.

GİRİŞ

Türkiye’de 2004 yılında yapılan Hastalık Yükü Çalışması’na göre en fazla öldüren ve en fazla yaşanan yıl kaybına yol açan hastalıklar belirlenmiştir. Bu ve benzeri ulusal düzeyde önemli hastalıkları ortaya çıkaran araştırmalar esas alınarak bunlarla ilgili temel eğitimler verilmelidir.

Diğer taraftan aile hekimliğinde hastalıklara temel yaklaşım konusunda ulusal rehberlerin esas alınması faydalı olacaktır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın 2003 ve 2012 yıllarında hazırlattığı rehberler vardır.

Sağlık Bakanlığının rehberlerine aşağıdaki bağlantılardan ulaşabilirsiniz:

2003: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/138>

2012: http://gaheder.org/upload/dosyalar/tani_tedavi_rehberi_2.pdf

En önemli ölüm ve hastalık nedenleri Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Hastalık Yükünü (DALY) Oluşturan İlk 10 Hastalık: (http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf)

Hastalıklar	Toplam DALY İçindeki Yüzdesi
1 Perinatal Nedenler	8,9
2 İskemik Kalp Hastalığı	8,0
3 Serebrovasküler Hastalıklar	5,9
4 Unipolar Depresif Hastalıklar	3,9
5 Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	3,8
6 Konjenital Anomaliler	3,0
7 Osteoartrit	2,9
8 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	2,8
9 Trafik Kazaları	2,4
10 Demir Eksikliği Anemisi	2,1

Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın Ölüm Sayısı ve Toplam İçindeki Yüzde Dağılımı: (http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf)

Önemli Noktalar

- Türkiye’de en fazla hastalık yüküne yol açan hastalıklar perinatal nedenler, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, unipolar depresif hastalıklar ve alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır.
- Türkiye’de en fazla ölüme yol açan hastalıklar iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, perinatal nedenler ve alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır.

Ölüm Nedenleri	Ölüm Sayısı	Toplamdaki Yüzdesi
1 İskemik Kalp Hastalığı	93260	21,7
2 Serebrovasküler Hastalıklar	64780	15,0
3 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	25104	5,8
4 Perinatal Nedenler	24756	5,8
5 Altı Solunum Yolu Enfeksiyonları	18225	4,2
6 Hipertansif Kalp Hastalığı	12805	3,0
7 Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	11586	2,7
8 Diyabetes Mellitus	9548	2,2
9 Trafik Kazaları	8395	2,0
10 İnflamatuvar Kalp Hastalığı	7992	1,9

EĞİTİCİLERE NOT

Bu dersin uygulamasında yaklaşık her öğrenci 4 saat uygulama yapacak şekilde müfredatta yer verilir; öğrenciler 3-6 kişilik küçük gruplara ayrılabilir. Uygulama öncesinde müfredatta bir saatlik teorik ders ve uygulama sonrasında da bir saatlik yansıtma dersi önerilir.

Her küçük gruba bir hastalık konusu verilebilir. Öğrencilerden grup halinde çalışarak ilgili hastalık için bir canlandırma hazırlamaları istenir ve daha sonraki üç oturumda oyunlaştırma yöntemi ile her küçük grup hazırlığını 5-10 dakika boyunca sunar (Her ders saatinde 5 sunum yapılabilir). Öğrencilerin hazırlık yapabilmeleri için tanı ve tedavi rehberleri elektronik ortamda veya ilgili sayfaları basılı olarak kendilerine verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf Erişim Tarihi: 10.06.2016.
2. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003. TC Sağlık Bakanlığı <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/138> Erişim Tarihi: 10.06.2016.
3. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2012. TC Sağlık Bakanlığı http://gaheder.org/upload/dosyalar/tani_tedavi_rehberi_2.pdf Erişim Tarihi: 10.06.2016.

Konu 41

PERİYODİK SAĞLIK HİZMETLERİ

Yusuf Haydar ERTEKİN, Ayşegül ULUDAĞ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların periyodik sağlık hizmetleri (PSM) hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- PSM ve ilgili kavramları açıklayabilmeli,
- PSM'nin sağlık bakımındaki yerini tartışabilmeli,
- PSM kriterlerinin belirlenmesindeki bilimsel metotları açıklayabilmeli,
- PSM ile ilgili yapılmaması gerekenleri belirtebilmeli.

ÖZET

Sağlıklı bireylerin düzenli aralıklarla anamnez, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, bağışıklama programları gibi bir dizi standart işlem kullanılarak yaşa, cinsiyete ve risk gruplarına göre değerlendirilmelerini içeren taramalardan oluşmaktadır. Periyodik sağlık muayenelerinin temelleri 19. yüzyılda atılmış ve 20. yüzyılın başında uygulanmaya başlanmıştır. Uygulamada bireyin risk faktörlerine uygun hastalıklara yönelik eğitim, danışmanlık, bağışıklama ve takip-tedavi hizmetleri sunulmaktadır.

En kapsamlı ve güncel muayene rehberi, Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (United States Preventive Services Task Force-USPSTF) tarafından yüksek kanıt düzeyine sahip bilimsel çalışmalar referans alınarak oluşturulmaktadır. USPSTF, A ve B derecesindeki önerilerinin periyodik sağlık muayenesi olarak uygulanmasını salık vermektedir. Bu rehberle tam bir sistematik inceleme imkanına ulaşılarak aile hekimliği disiplininin büyük ve önemli bir bölümünü oluşturan koruyucu hizmetlere günlük pratikte yer verilebilmektedir.

GİRİŞ

Periyodik sağlık muayenesi, sağlıklı bireylerin iyilik halini korumak için düzenli aralıklarla yapılan erken tanı hizmetidir. Henüz belirti vermemiş, erken tanı ve tedavinin maliyet/zaman-etkin olduğu hastalıkları muayene ve testlerle taramak ya da risklerini ölçümleyerek koruyucu önlemler almak esasına dayanır. Başvuran ya da davet edilen bireyin kanıta dayalı olarak yapılandırılmış sağlık taramalarından bireyin risk faktörlerine uygun olan yöntemler ile tespit edilen hastalıklara ve/veya hastalık risklerine yönelik eğitim, danışmanlık, bağışıklama ve takip-tedavi yollarının izlendiği bir sağlığı koruma programıdır.

Önemli Noktalar

- Aile hekimliği disiplininin büyük ve önemli bir bölümünü koruyucu hizmetler oluşturmaktadır. Periyodik sağlık muayenesi de koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.
- Periyodik sağlık muayenesi kriterlerini belirlemede yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve risk grupları gibi özellikler kullanılır.

TARİHSEL GELİŞİM

Periyodik sağlık muayenesinin tarihi, baştan tırnağa ayrıntılı bir değerlendirmenin muayene ve testlerle yıllık olarak gerçekleştirilmesinin önerildiği 1861 yılına dayanmaktadır.

1900'lü yılların başında okul çocuklarının periyodik muayenesini çocuklarda fiziksel engelliliğin varlığına ve bulaşıcı hastalıklara ulaşabilmek adına desteklenmiştir.

1909 yılında sağlık sigortasının düzenlenmesinde yer almış ve sigortacılık sistemine yön vermiştir.

1915 yılında Ulusal Tüberküloz Derneği (National Tuberculosis Association) her yılın bir haftasını genel ve tüberküloza özel bir tarama haftası olarak planlamıştır.

1918 yılına doğru kanserin erken tanısının tedavide kür sağlama ihtimalinin artacağı düşüncesiyle bir çok önde gelen hekim kanser tanısı için yıllık taramayı savunmuştur.

1921'de periyodik sağlık muayenesinin takip eden 5 yıl içinde mortalitede %28 düşüş ve %200 kâr sağlaması açısından maliyet-etkin tespit edilmesi sanayi liderlerinin dikkatini çekmiştir.

1925'te Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association-AMA) ülke çapında tüm genel pratisyenlerin ve aile hekimi olmayı planlayan tıp öğrencilerinin periyodik sağlık muayenesi için eğitim almasını önermiştir.

1940-1950'li yıllarda yönetici pozisyonundakiler, şirketin başarısında sağlıklı olmanın önemli görülmesi sebebiyle özel klinikler tarafından üç günü bulan multisistemik tanı anketleriyle periyodik sağlık muayenesine alınmıştır.

1970-1980'li yıllara geldiğinde Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination-CTFPH) ve Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (United States Preventive Services Task Force-USPSTF) düzenli ziyaretler sırasında yeni vakaların tespitine yönelik kapsamlı sistemik muayene yapılmasını önermiştir.

1984'te USPSTF ve korunma üzerine kanıtları ve dışlama kriterlerini kullanarak 60 hedef seçmiştir. Bu hedefler zamanla detaylandırılarak ve güncellenerek son halini 2014 yılında almıştır.

PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİNİN SAĞLIK BAKIMINDAKİ YERİ

Aile hekimliği disiplininin büyük ve önemli bir bölümünü koruyucu hizmetler oluşturmaktadır. Sağlıklı bireylerin iyilik halinin idamesi ve hastalıklardan korunması ancak bu hizmetlerin aile hekimliğinin günlük pratiğine bütünleşmesiyle mümkündür. Ancak aile hekimliği pratiğinde koruyucu hizmetlerin uygulanabilmesinde birçok engelle karşılaşabilmektedir. Zaman kısıtlılığı, hasta ilgisinin azlığı ve hizmetin ekonomik karşılığının yetersizliği gibi engeller aile hekimliği pratiğinde koruyucu hizmetlerin uygulanabilmesini güçleştirebilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçasını teşkil eden periyodik sağlık muayeneleri, tam bir sistematik inceleme imkanıyla tüm bu engellerin üstesinden gelmeyi sağlayan organizasyondur.

Klinik hasta yönetiminde periyodik sağlık muayeneleri koruyucu hekimliğin “dört adım yöntemi”yle uygulanması önerilir. Buna göre; 1) risk değerlendirme, 2) risk azaltma, 3) tarama ve 4) bağışıklama dört adımı oluşturur. Risk değerlendirmesinde; yaş, cinsiyet, özgeçmiş, soygeçmiş, meslek, sosyoekonomik durum, çevresel etmenlerle beraber davranışlarını incelemek için diyet, egzersiz, cinsel aktivite, alkol, tütün ve madde kullanımı, riskli davranışlara eğilim sorgulanmaktadır. Danışmanlık, davranış değişikliği ve kemoprevensiyon yöntemleriyle belli hastalıklara yönelik risk azaltma müdahaleleri gerçekleştirilir. Tarama için USPSTF Committee on Immunization Practices (ACIP) dikkate alınarak ülkenin yer aldığı risklere göre düzenlenmiş ulusal bağışıklama programı kullanılır.

PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ KRİTERLERİNİN BELİRLENMESİNDE BİLİMSEL METOTLAR

Sağlıklı veya asemptomatik bireylerin sağlık düzeyini birincil ve ikincil koruma ile idame etme veya geliştirmek zaman almaktadır. Artmış iş yükü sebebiyle, zamanın ancak etkin kullanılması halinde aile hekimlerinin günlük pratiğinde koruyucu hekimlik uygulamalarına yer verilebilmektedir. Bu değerli zamanda bireylere hasta olmadan gerçekleştirilecek müdahaleler için eşik değeri olarak yüksek kanıt düzeyine sahip bilimsel çalışmalar referans alınmaktadır. Kanıt düzeyi piramidinin zirvesinde ise yüksek kalitede sistematik derlemeler ve meta-analizler bulunmaktadır. Bu derleme ve meta-analizlerde metodu iyi dizayn edilmiş ve sıklıkla randomize kontrollü çalışmalar ele alınarak kanıta dayalı bilgi üretilir. Elde edilen bilgilerle periyodik sağlık muayenesi kriterlerinin belirlemek ve sahaya nasıl uygulanacağı konusunda çeşitli uzmanların işbirliğiyle yapılan panel sonucunda yüksek kalite rehberler elde edilir.

Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) kanıta dayalı bir rehber çıkartarak yüksek kalitede rehberlerin oluşmasına referans olmuştur. Rehberlerde taranacak testlere atfedilen özellikler şunlardır:

1- Yüksek doğrulukta, güvenli ve etkin olması,

2- Hastalığın doğal seyrine ve oluşacak zararlarına karşı fayda sağlaması,

3- “Lead-time” ve “length-time” biası olmamasıdır.

“Lead-time” ve “length-time” biasını örneklerle açıklamak daha anlaşılır olacaktır.

Her durumda 10 yılda sonlanacak bir hastalığın 8. yılında semptom verdiğini, tanı aldığını ve dolayısıyla tanı sonrası iki yıllık bir sağ kalım olduğunu var sayalım. On yıllık sürece sahip bu hastalığın tarama testiyle üçüncü yılında tespit edilerek sağ kalım süresinin 7 yıla uzadığının düşünülmesi “lead-time” biasıdır.

Diğer bir örnekte, bir hastalığın uzun-yavaş seyirli ve hızlı-kısa seyirli iki formunun olduğunu var sayalım. Tarama yapıldığında hastalığın her iki formuna da rastlanacaktır. Ancak uzun-yavaş formunu erken zamanda tespit ederek, hızlı-kısa formdaki hastalığa kıyasla hastanın daha uzun yaşatıldığından bahsedilmesi “length-time” biasıdır.

Bias ve bu standartlara göre yeterli kalitede rehberler olmaması üzerine Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (American Academy of Family Physicians-AAFP), USPSTF'nin önerilerini aile hekimlerinin uygulayabileceği önerilere uyarlayarak rehber geliştirmiştir. USPSTF'nin A, B, C, D, I derecelerine ayrılmış önerilerini AAFP değerlendirmeye almakta ve birinci basamağa uygunluğuna göre özetlemektedir (Tablo 1). AAFP ve USPSTF'nin öneri dereceleri aynı olmakla beraber AAFP'de ek olarak I-HB derecesi (arzu edilir sağlık davranışı) bulunmaktadır. USPSTF tüm önerilerini öneri dereceleriyle yayınlamakla beraber, A ve B derecesindeki önerilerinin periyodik sağlık muayenesi olarak uygulanmasını salık vermektedir. AAFP ise tüm düzeylerden önerileri sunmuş olduğu raporunda özetlemektedir.

Tablo 1. AAFP ve USPSTF öneri derecelerinin tanımı

Öneri Derecesi	Tanımlama
A	AAFP/USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın önemli olduğuna dair yüksek kesinlik var.
B	AAFP/USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın orta derecede olduğuna dair yüksek kesinlik var ya da net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik var.
C	AAFP/USPSTF hizmetin rutin olarak sağlanmasına karşı öneride bulunuyor. Birey hastaya hizmet sunmayı destekleyen özellikler olabilir. Net yararın küçük olduğuna dair en azından orta derece kesinlik vardır.
D	AAFP/USPSTF hizmetin sunulmasına karşı. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.
I	AAFP/USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar-zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar-zarar dengesi belirlenmiyor.
I-HB	AAFP/USPSTF Arzu edilir bir sağlıklı davranış olarak tanımlanır, ancak hekim önerisi ve danışmanlığının efektif olduğu kesin değildir.

KAYNAKLAR

1. Han PK. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. *Ann Intern Med.* 1997;127(10):910-7.
2. Morant RL. Medical inspection of school children. *Br Med J.* 1906;1:878-9.
3. Croft BP. Benefit of physical examinations. *Boston Medical and Surgical Journal.* 1916;174:220-1.
4. Rosen G. *Preventive Medicine in the United States, 1900-1975: Trends and Interpretations.* New York: Science History; 1975.
5. Tobey JA. The health examination movement. *The Nation's Health.* 1923;5:610-1.
6. Morhous EJ, Baker JP, Baliou HC, Crumpacker EL. Periodic health examinations. *Ann Intern Med.* 1956;46:744-9.
7. Carryer HM. The health of an executive. *AMA Archives of Industrial Health* 1957;16:276-9.
8. Howard-Tripp M. Should we abandon the periodic health examination?: YES. *Can Fam Physician.* 2011;57(2):158-60.
9. Rakel RE. *Textbook of Family Practice. Preventive health care.* 9th Edition. Philadelphia, Saunders, 2016.
10. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf. Erişim Tarihi: 01.07.2016.
11. Mazıciöğlü M, Uzuner A. Periyodik sağlık muayeneleri. Aile doktorları için kurs notları. 1.Aşama. 1.Basım. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Ata Ofset, 2004.

Konu 42

PERİYODİK SAĞLIK HİZMETİ REHBERLERİ

Yusuf Haydar ERTEKİN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların aile hekimliği uygulamasında klinik koruyucu sağlık hizmeti uygulamaları (sağlam birey takip prensipleri) hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlam birey takibinin önemini savunabilmeli,
- Sık görülen sağlık sorunları için yaşa, cinsiyete ve risk gruplarına uygun periyodik sağlık uygulaması önerilerini açıklayabilmeli.

ÖZET

Periyodik sağlık hizmeti rehberleri arasında Amerikan Aile Hekimliği Akademisi'nin sürekli güncellemekte olduğu rehber ön plandadır. Bu rehber akıllı cep telefonu uygulaması ile ulaşılabilen ve böylece periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki güncel bilgiler el altında bulundurulabilmektedir.

Rehberde göre muayeneler öneri düzeyine göre sınıflandırılmaktadır. A ve B öneri düzeyindeki muayenelerin klinik pratikte mutlaka uygulanması, D öneri düzeyindeki muayenelerin ise uygulanmaması önerilmektedir.

GİRİŞ

Koruyucu sağlık hizmetleri yaş, cinsiyet ve çeşitli risk faktörlerine göre uyarlanmış rehberler kılavuzluğunda verilmektedir.

Günümüze kadar kanıta dayalı, en kapsamlı tarama rehberi ilk kez 1976 yılında Kanada Koruyucu Sağlık Hizmeti Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care-CTFPHC) tarafından sunulmuştur. Daha sonra 1984 yılında Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (United States Preventive Services Task Force-USPSTF)

Önemli Noktalar

- Bireye özel oluşturulan muayene kriterleri için esas alınan parametreler
- Klinik pratikte uygulanması istenen öneri düzeyleri
- Klinik pratikte uygulanmaması istenen öneri düzeyi
- Önerilen muayene için şart koşulan riskler ve durumlar

bir rehber çıkarmış ve son olarak 2014 yılında güncellenmiştir. Rehberde önerilen koruyucu hizmetler çocuk-adölesan ve erişkin olarak iki dönem halinde ele alınmış, bağışıklama ve diğer koruyucu hizmetler ayrı bölümlerde yer almıştır. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (American Academy of Family Physicians-AAFP), 1947 yılında Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi ismiyle kurulmuş olup USPSTF ve Uygulama ve Korumada Genom Değerlendirme Çalışma Grubu'nun (Evaluation of Genomics in Practice and Prevention Working Group-EGAPP WG) önerilerini referans olarak birinci basamakta uygulanabilirliğine göre özetlemektedir. AAFP Ocak 2016'da yayımladığı önerilerini hastalıkları sıralayarak özetlemektedir.

Ülkemize ait ilk ve tek rehber ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015 yılında oluşturulmuştur. Buna göre periyodik sağlık muayeneleri; bebeklik-çocukluk, erişkinlik ve geriyatrik dönemlere ayrılarak planlanmıştır. Periyodik sağlık hizmeti rehberi olarak ulusal kılavuzların yetersizliği sebebiyle yüksek prevalanslı hastalıklara ve branşlara özel ulusal derneklerin konsensüs ile çıkarmış oldukları tanı ve tedavi kılavuzları da ülkemize özel uygulanabilecek periyodik sağlık hizmetleri açısından kaynak teşkil etmektedir. Bu kılavuzlardan önde gelen ve sıklıkla başvuru alanlara Tablo 1'de yer verilmiştir.

Periyodik sağlık muayenesi rehberleri arasında kanıta dayalı, kapsamlı ve iyi yapılandırılmış olma özellikleriyle USPSTF ve AAFP'nin rehberleri ön planda yer almaktadır. USPSTF, bildirmiş olduğu rehberin özellikle uygulamada yer bulmasını kolaylaştırmak için AHRQ-ePSS adında bir cep telefonu uygulaması geliştirmiştir. Bu uygulama ile yaş, cinsiyet, gebelik durumu, sigara kullanma durumu ve cinsel aktive durumuna uygun düşen periyodik sağlık muayenelerine ulaşılmaktadır (Tablo 2 ve 3).

Tablo 1. Periyodik sağlık hizmetlerine kaynak teşkil edecek yerli rehberler

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://www.thsk.gov.tr/	Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://kanser.gov.tr/	Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016 Kolorektal Kanser Taraması ve Erken Teşhisinde Avrupa Birliği Kalite Rehberi
Sağlık Bakanlığı http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/	Yönetim rehberleri ve tanı-tedavi kılavuzları
Türk Kardiyoloji Derneği http://www.tkd.org.tr/	Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu
Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği http://www.turkendokrin.org/	Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, Hipofiz hastalıkları tanı, tedavi ve izlem kılavuzu Obezite tanı ve tedavi kılavuzu Tiroid hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu Lipid metabolizma bozuklukları tanı ve tedavi kılavuzu Metabolik kemik hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu
Türk Nöroloji Derneği http://www.noroloji.org.tr/	Tanı ve tedavi rehberleri
Türk Toraks Derneği http://www.toraks.org.tr/	Tanı ve tedavi rehberleri ve uzlaşı raporları
Türkiye Milli Pediatri Derneği http://millipediatri.org.tr/	Çocuk sağlığı ve hastalıklarında tanı ve tedavi kılavuzları
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği http://www.tjod.org/	Oral kontrasepsiyon kılavuzu Menoraji tanı ve tedavi kılavuzu Obstetrik ve jinekolojide etik konular
Deri ve Zührevi Hastalıkları Derneği http://turkderm.org.tr/	Tanı-tedavi rehberleri

Tablo 2. AAFP A ve B öneri düzeyine göre önerdiği periyodik sağlık muayeneleri				
Öneri Düzeyi*	Cinsiyet	Yaş	Risk/Durum	Taranması Önerilen Hastalık
A	K/E	0	Yenidoğan	Konjenital Hipotiroidizm taraması
A	K/E	0	Yenidoğan	Gonokokal Oftalmia Neonatorum taraması. Topikal tedavi yapılması
A	K/E	0	Yenidoğan	Fenilketonüri, Hemoglobino-pati, Tiroid fonksiyonları taraması
A	K/E	0	Yenidoğan	Fenilketonüri taraması
A	K/E	0	Yenidoğan	Orak Hücreli Anemi taraması
B	K/E	0	Yenidoğan	Sensörinöral İşitme Kaybı taraması
A	K/E	0-18		Bağışıklama
B	K/E	0-5		Diş Florlama
B	K/E	6 ay ≥	İçme suyunda Flor eksikliği olanlar	Oral Flor desteği sağlanması
B	K/E	3-5		Görme Taraması. Ambliyopinin veya ambliyopinin risk faktörlerinin erken tanısı için görme taraması
B	K/E	6 ≥		Obezite taraması. Kapsamlı ve yoğun davranışçı müdahale ile kilo kontrolünün sağlanması veya hastanın refere edilmesi
B	K/E		Okul çağı çocuklarda veya ergenlerde	Tütüne başlamayı önlemek için eğitim ve kısa danışmanlığı içeren müdahalelerin yapılması
A	K		Gebe kalabilme durumu olanlarda	Nöral Tüp Defektinden korumak için 400-800 mcg Folik Asit desteğinin sağlanması
A	K/E		Gebelerde	Hepatit-B'nin ilk prenatal vizitede taranması
A	K		Gebelerde	HIV taraması
A	K/E		Adölesan ve 18-65 yaş	HIV taraması
A	K		Gebelerde	Rh (D) Uyuşmazlığının ilk vizitede taranması
B	K		Rh (D) negatif duyarlanmamış gebelerde	RH (D) Uyuşmazlığının gebeliğin 24-28. haftalarında taranması
A	K		Gebelerde	Asemptomatik bakterüri-nin gebeliğin 12-16. haftalarında veya ilk prenatal vizitede idrar kültürüyle taranması
A	K		Gebelerde	Tütün Kullanımı. Tüm erişkinlerin sorgulanması, içenlere tütünü bırakmalarının önerilmesi, davranışçı müdahalenin sağlanması
A	K/E		Gebelerde ve Sifiliz riski olanlarda	Sifiliz taraması
B	K		Gebelerde ve doğum sonrası	Emzirme Eğitim ve Danışmanlığı verilmesi
B	K		Gebelerde	Gestasyonel Diyabet için gebeliğin 24.haftasından sonra asemptomatik gebelerin taranması
B	K		Preeklampsi riski yüksek gebelerde	Aspirin kullanılması. Gebeliğin 12. haftasından sonra düşük doz (günlük 81 mg) aspirin ile koruyucu tedavi verilmesi
B	K		Doğurganlık çağında olanlarda	Partner Şiddeti taraması
B	K/E	10-24	Açık tenlilerde	Cilt Kanseri riskini azaltmak için danışmanlık yapılması
B	K/E	12-18	Ergenlerde	Major Depresif Bozukluk taraması. Doğru teşhis, etkili tedavi ve uygun takip sistemiyle desteklenerek taranması
B	K/E		Erişkinlerde, gebelerde, gebelik sonrasında	Depresyon taraması. Doğru teşhis, etkili tedavi ve uygun takip sistemiyle desteklenerek taranması
A	K/E	Tümü		Tütün Kullanımının taranması. Kullananlara tütünü bırakmalarının önerilmesi, davranışçı müdahale ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onaylı farmakoterapinin sağlanması
A	K/E	18 ≥		Hipertansiyon taraması. Klinik dışında yapılacak kan basıncı ölçümleriyle desteklenerek tedaviye başlanması
B	K/E	18 ≥		Alkol Kullanımı. Riskli ve zararlı kullanıma karşı alkol tüketimini azaltacak kısa davranışçı danışmanlık yaklaşımı sağlanması
B	K/E		Erişkinlerde	Obezite taraması. Vücut kitle indeksi 30 veya üzerindeki-ye yoğun

				davranışçı müdahalede bulunulmalı veya refere edilmeli
B	K/E		Hepatit B riski yüksek olanlarda	Hepatit B taraması. (Gebe olmayan adölesan ve erişkinlerde) 2014
B	K/E		Hepatit C riski yüksek olanlarda	Hepatit C taraması. 1945-1965 arasında doğanların riski olmasa da ayrıca bir kez taranması
B	K/E	Tümü	Cinsel olarak aktiflerde	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara karşı yüksek yoğunluklu davranışçı danışmanlık sağlanması
B	K	≤ 24	Cinsel olarak aktiflerde	Klamidya ve Gonore taraması
B	K	24 >	Cinsel yolla bulaşan hastalık riski olanlarda	Klamidya ve Gonore taraması
B	K/E	Tümü	Kardiyovasküler riski olan fazla kilolu veya obezlerde	Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktiviteye yönelik davranışçı danışmanlık yaklaşımı sağlanması
A	K	21-65 30-65	Süreyi uzatmak için +HPV tetkiki	Servikal Kanseri taraması. 3 yılda bir Pap smear (21-65 yaş ise) veya 5 yılda bir Pap smear+HPV (30-65 yaş ise)
B	K/E	40-70	Fazla kilolu veya obezlerde	Anormal kan şekeri taraması. Yoğun davranışçı danışmanlık müdahaleleriyle sağlıklı diyet ve fiziksel aktivite önerilmesi veya sağlanması
A	E	45-79	GIS kanama	Miyokard enfarktüsü geçirme riski GIS kanama riskinden yüksek ise aspirin kullanılması
A	K	55-79	GIS kanama	İskemik İnme geçirme riski GIS kanama riskinden yüksek ise aspirin kullanılması
A	K/E	50-75		Kolorektal Kanseri taraması. Gaitada gizli kan, sigmoidoskopi veya kolonoskopi ile taranması
A	E	35 ≥		Lipid Bozukluklarının taranması
A	K	45 ≥		Lipid Bozukluklarının taranması
B	E	20-35	Koroner Arter Hastalığı riski olanlarda	Lipid Bozukluklarının taranması
B	K	20-45	Koroner Arter Hastalığı riski olanlarda	Lipid Bozukluklarının taranması
B	E	65-75	Sigara içmiş olanlarda	Abdominal Aort Anevrizmasının ultrasonografi ile taranması
B	K	50-74		Meme Kanserinin iki yılda bir mamografi ile taranması
B	K		Meme Kanseri riski olanlarda	Meme Kanseri riskini arttıracak ilaçlar hakkında kadınların bilinçlendirilmesi ve aydınlatılması
B	K			Ailesinde BRCA1-2 ilişkili Meme, Over, Tuba veya Periton Kanserinin taranması. Riski olanlara genetik danışmanlık verilmesi ve endikasyonu durumunda BRCA testi yapılması
B	K		Ailede BRCA1-2 gen mutasyonu olanlar	Over Kanseri taraması. BRCA testi ve genetik danışmanlık için refere edilmesi
B	K/E	65 ≥	Bakımevi, Huzurevi ve benzerinde kalanlarda	Düşmeden korunulması. Düşme riski olanlara Vitamin D desteğiyle beraber egzersiz veya fiziksel terapi sağlanması
B	K	65 ≥		Osteoporoz taraması
B	K	< 65	Kırık riski 65 yaşındaki kadının riskine eşit ve yüksek olanlarda	Osteoporoz taraması

* Öneri düzeyleri için Tablo 3'e bakınız.

Tablo 3. Periyodik Sağlık Muayenesinde Yapılmaması Gerekenler (AAFP)

Hiç sigara içmemiş kadınlarda Abdominal Aort Anevrizma taraması
Erkeklerde ve gebe olmayan kadınlarda Aseptomatik Bakteriüri taraması
Erken doğum riski düşük olan aseptomatik kadınlarda Bakteriye Vajinozis taraması
Hekimlerin kadınlara kendi kendine meme muayenesi yapmaları için eğitim vermesi
Meme kanseri riski olmayan kadınlarda Tamoksifen veya Raloksifen ile primer meme kanseri riskini azaltmaya yönelik ilaç verilmesi
BRCA1 veya BRCA2 genlerinde zararlı mutasyon potansiyeli için riskli aile hikâyesine sahip olmayan kadınlarda BRCA tetkik edilmesi veya bu kadınlara genetik danışmanlık verilmesi
Erkeklerden 45 yaşın altındakilere Miyokard Enfarktüsünden korumak için, kadınlardan 55 yaşın altındakilere inmeden korunması için Aspirin verilmesi
Kardiyovasküler Hastalık riskini değerlendirmek için gen profilinin çıkarılması
Erişkin bireylerde aseptomatik Karotis Arter Stenozu taraması
21 yaşın altındaki kadınlara Servikal Kanser taraması
65 yaşın üzerinde, yeterli tarama yapılmış ve Servikal kanser için yüksek risk taşımayan kadınlarda Servikal Kanser taraması
Servikal Kanser veya Grade 2-3 Servikal İntraepitelyal Neoplazi hikâyesi olmayan ve serviks dâhil histerektomi olmuş kadınlarda Servikal Kanser taraması
30 yaşın altındaki kadınlarda HPV'nin tek başına ya da sitolojiyle beraber taranması
Aseptomatik erişkinlerin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için spirometreyle taranması
85 yaşın üstündeki erişkinlerde Kolorektal kanser taraması
Kolorektal Kanser için orta düzeyde riski olan kişileri Kolorektal Kanserden korumak için Aspirin veya Nonsteroid Antiinflatuvar verilmesi
Koroner Kalp Hastalığı riski düşük aseptomatik erişkinlerde Koroner Kalp Hastalığı tahmini için istirahat ya da egzersiz elektrokardiografisiyle tarama
Gebeliğin herhangi bir döneminde Neonatal Herpes enfeksiyonundan korumak için Herpes Simpleks virüsünün serolojik taraması
Aseptomatik adölesan ve erişkinlerde Herpes Simpleks virüsünün serolojik taraması
Aseptomatik kişilerde Hereditör Hemokromatozisin genetik taraması
Aseptomatik kişilerde Kronik Hepatit B virüs enfeksiyonu taraması
Postmenopozal kadınlarda kronik problemleri önlemek için östrojen ve progesteron kombinasyonu kullanılması
Histerektomili postmenopozal kadınlarda kronik problemleri önlemek için östrojen kullanılması
Aseptomatik erişkinlerde İdiyopatik Skolyoz taraması
Aseptomatik kişilerde İnsülin Bağımlı Diyabet için immün testlerle tarama
Orta riske sahip 1-5 yaş arası aseptomatik çocuklarda yüksek kan değerleri taraması
Aseptomatik gebe kadınlarda yüksek kan değerleri taraması
Kadınlarda Over Kanseri taraması
Aseptomatik erişkinlerde karın palpasyonu, ultrasonografi veya serolojik testlerle Pankreas Kanseri taraması
Prostat kanseri için prostat-spesifik antijen-PSA taraması
Sifiliz Enfeksiyonu için artmış riski olmayan aseptomatik kişilerin taranması
Aseptomatik adölesan veya erişkin erkeklerde Testis Kanseri taraması
Aseptomatik kişilerde ultrasonla Tiroid Kanseri taraması
Kardiyovasküler Hastalık veya Kanseri önlemek için E vitamini veya beta-Karoten kullanılması
Kurum dışı (cezaevi, bakımevi vb. dışında olan) postmenopozal kadınlarda kırıkları önlemek için ≤ 400 IU vitamin D3 ve 1000 mg kalsiyum karbonatın günlük takviyesi

UYGULAMA

- AHRQ ePSS isimli uygulamanın online mağazadan cep telefonlarına yüklenmesi
- Örnek bir hasta girişinin yapılması: 35 yaşında erkek, sigara kullanımı yok, cinsel olarak aktif.
- Örnek hastaya göre sonuçların irdelenmesi. (Tablo 3)

Tablo 4. Örnek hastanın AHRQ ePSS uygulamasından elde edilen periyodik muayeneleri

A düzeyindeki öneriler	B düzeyindeki öneriler	D düzeyindeki öneriler (Yapılması önerilmeyenler)
HIV taraması	Alkol kullanımının sorgulanması ve davranışçı danışmanlık müdahalesi sağlanması	Kardiyovasküler hastalıktan korunmak için aspirin kullanılması
Kan Basıncı ölçümü	Depresyon taraması	Asemptomatik bakteriyüri taraması
Kan Basıncının evde takip edilmesi	Sağlıklı diyet ve fiziksel aktiviteyle kardiyovasküler hastalıklardan korunulması için danışmanlık sağlanması	karotid arter stenozu taraması
Lipid bozukluklarının taraması	Hepatit B'nin gebe olmayan ergenlerde ve yüksek riskli yetişkinlerde taraması	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı taraması
Sifiliz taraması (riski artmış olanlarda)	Hepatit C'nin yüksek riskli yetişkinlerde ve 1945-1965 yılları arasında doğan yetişkinlerde taraması	Koroner kalp hastalığı taraması
	Obezite taraması	Genital herpes taraması
	Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı davranışçı danışmanlık sağlanması	Hemokromatozis taraması
		Pankreas kanseri taraması
		Prostat kanseri taraması
		Kolorektal kanserden korunmak için aspirin veya NSAİİ kullanılması
		Asemptomatiklerde sifiliz taraması
		Testis kanseri taraması

Ödev: Uygulamanın hastaneye müracaat etmiş hastalar üzerinde uygulanması ve derste paylaşılması.

KAYNAKLAR

1. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf. Erişim Tarihi: 01.07.2016.
2. Aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara, 2015.

3. Implementing U.S. Preventive Services Task Force
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/tools-and-resources-for-better-preventive-care>. Erişim Tarihi: 01.07.2016.
4. History of The Canadian Task Force on Preventive Health Care CTFPHC.
<http://canadiantaskforce.ca/about-us/history/>. Erişim Tarihi: 01.01.2016.

Konu 43

ENTEĞRE TIP (TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER)

Hakan DEMİRCİ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda öğrencilerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Modern tıbbi savunmalı,
- Başlıca bitkisel tedavileri (fitoterapi) sayabilmeli,
- Mezoterapi yöntemini ve uygulama alanlarını tartışabilmeli,
- Kupa tedavisini ve hacamatı anlatabilmeli,
- Akupunktur tedavisinin temel prensiplerini sayabilmeli,
- Müzik tedavisini ve kullanım alanlarını anlatabilmeli,
- Homeopati tedavisini tartışabilmeli.

ÖZET

“Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp”, kanıta dayalı tıbbın dışında kalan tedavi ve sağlığı iyileştirme girişimlerine verilen genel isimdir. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp özellikle ağrı, kanser, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon gibi hastalıklarda yüksek oranlarda rağbet görmektedir.

Fitoterapi, herbal tedavi olarak da bilinir ve bitkileri ilaç olarak veya sağlık durumunu desteklemek amacıyla kullanan tedavidir. Mezoterapi mezoderm kaynaklı patolojilerin iyileşmesini amaçlayan bitkisel veya farmakolojik ilaçların bölgesel, küçük dozlarda, özel tekniklerle cilt içine enjeksiyon şeklinde uygulanmasıdır. Akupunktur, vücuttaki özel noktaların çok ince uçlu özel iğneler, manyetik topçuklar veya lazer ışınları kullanarak ya da elektrik, termik yöntemlerle veya manyetik titreşimlerle uyarılması ile yapılan tedavi şeklidir. Kupa tedavisinde yapılan işlem deri üzerinde bardak ve benzeri malzemeler kullanarak vakum oluşturmak ve böylece kan dolaşımını arttırmaya çalışmaktır. İki tipi vardır: ‘kuru kupa’ uygulaması ve ‘yaş kupa’ (hacamat) uygulaması. Hipnoz, odaklanmış dikkat ve azalmış periferik farkındalık ile karakterize özel bir bilinç hâlidir. Hipnoz bir çeşit trans durumu olarak nitelendirilebilir. Hipnoz sırasında uygulanan tedavilere hipnoterapi denir. Müzik tedavisi, konusunda profesyonel biri tarafından uygulanan ve müzik kullanarak kişinin fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal problemlerinin çözülmesine yardımcı olmayı amaçlayan tedavidir. Müzik terapisinde kişi aktif katılımcı veya alıcı konumunda olabilir. Aktif katılımcı olduğunda

terapist ile beraber müzik yaparlarken, alıcı durumunda kişi terapisti takip eder. Homeopati hastaya faydası olacağı düşünülen kişiye özgü seçilmiş homeopatik maddenin seyreltilerek hastaya verilmesi ile tedavi edileceğine inanılan bir alternatif tıp yöntemidir.

GİRİŞ

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, kanıta dayalı tıbbın dışında kalan tedavi ve sağlığı iyileştirme girişimlerine verilen genel isimdir. Tamamlayıcı tedaviler modern tıbbi tedavileri tamamlayan girişimlerdir ve alternatif tıp ise modern tedavilerin yerine kullanılan bir takım yöntemlerdir. Bitkiler, macunlar, su ve benzeri doğal kaynakların kullanımı ve akupunktur, kupa, yoga, masaj ve müzikle tedavi gibi uzun yıllardır bilinen ve uygulanan ancak etkileri bilimsel metotlarla tam olarak kanıtlanamamış veya bilimsel arena da henüz tam kabul görmemiş Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp yöntemleri olarak uygulanmaktadır (1).

Önemli Noktalar

- Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler yaygın olarak kullanılmaktadır.
- Hekimler, hastalar tarafından sık kullanılan bu tedavileri bilmelidirler.
- Tamamlayıcı ve alternatif tıbbi yöntemler yetkili kişilerce uygulanmalıdır.
- Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler tek başına önerilmez.

Modern tıbbi yöntemlerle henüz kesin bir ‘kür’ tedavisi olmayan hastalıklara maruz kalan hastalar çözümü modern tıbbın yanında alternatif yöntemlerde aramaktadırlar. Bu sebeple Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp tüm dünyada %50 ve daha yüksek oranlarda rağbet görmektedir (2).

Hastaların büyük oranda tecrübe ettikleri bu ürünleri ve yöntemleri hekimler de bilmelidir. Aile hekimlerinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp uygulamalarına ilgisi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksektir (3). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp ile ilgili en büyük çekince bu tedavilerin ehil olmayan ellerde yapılması veya asıl tedavinin yerine önerilmesinin bazı durumlarda hastaya zarar verebilmesidir. Örneğin belli bitkileri tüketerek kilo vermeye çalışan ve bu sebeple hayatını kaybeden vakalar olduğu bildirilmektedir (4). Bu yöntemler plasebo etkisiyle iyilik durumu sağlayabilirler. Sağlık Bakanlığı alternatif tedavi yöntemlerinin uygulanma koşullarını yayınladığı yönetmelikle belirlemiştir (5).

FİTOTERAPİ

Fitoterapi, bitkileri ilaç olarak veya sağlık durumunu desteklemek amacıyla kullanan tedavidir (6). Eski çağlardan günümüze bitkiler hep şifa kaynağı olarak görülmüştür. Sümerler, Akatlar ve Asurlardan başka Çin ve Hintliler de tedavide bitkileri kullanmışlardır (7). İbni Sina'nın bu konuda eserleri mevcuttur (8). Fitoterapi günümüzde ‘herbal tedavi’ olarak da bilinir.

Fitoterapi ulaşımı kolay ürünlerdir ve kanser, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda hastalar tarafından yoğun rağbet görmektedir. Fitoterapi amacıyla kullanılacak tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçların ruhsatlandırılması ve satışı ile ilgili düzenlemeler Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yapılmaktadır.

Sık kullanılan bitkisel tedavi örnekleri:

1. Hypericum perforatum (sarı kantaron): Yara ve yanık tedavisinde, korku ve gerginlik durumlarında ve antidepresan olarak kullanılır (9).
2. Echinacea purpurea (ekinezya): Soğuk algınlığının sıklığı ve şiddetini azaltmada kullanılır (10).

3. Menthae piperitae (nane yaprağı): Dispeptik yakınmalarda kullanılır (11).
4. Folium urticae (ısırgan otu): İdrar yolu enfeksiyonlarında ve prostat hastalıklarında kullanılır (12).
5. Chamomillae flos (papatya): Spazmolitik etkileri vardır ve antiinflamatuvar olarak kullanılır (13).
6. Aloe vera: Kabızlık tedavisinde ve genital herpes, psöriyazis ve seboreik dermatitte kullanılır (14).

MEZOTERAPİ

Mezoderm kaynaklı patolojilerin iyileşmesini amaçlayan bitkisel veya farmakolojik ilaçların bölgesel, küçük dozlarda, özel tekniklerle cilt içine enjeksiyon şeklinde uygulanmasıdır (15). Mezoterapi uygulama alanları genellikle ağrı ile ilgilidir. Trigeminal nevralsi, migren, yumuşak doku yaralanmaları sonrası oluşan hareket kısıtlılıkları bunlara örnektir (16). Ek olarak kozmetik amaçlı ve keloid, alopesia ve akne gibi dermatolojik problemlerde de kullanılmaktadır (17).

AKUPUNKTUR

Akupunktur, vücuttaki özel noktaların çok ince uçlu özel iğneler, manyetik topçuklar veya lazer ışınları kullanılarak ya da elektrikle, termik yöntemlerle veya manyetik titreşimlerle uyarılması ile yapılan tedavi şeklidir (18). Uygulamada iğneler genellikle 1-2 milimetre çapta olur ve akupunkturun türüne ve sorunlu bölgenin yerine göre 1-2 milimetreden 3-4 santimetreye kadar derinliğe batırılır. Her tedavi seansında hastalığa bağlı olarak çeşitli sayıda iğne kullanılabilir. İğnelerin yalnızca bir defa kullanılması, önceden sterilize edilmesi gereklidir. İğneler batırıldıkları yerde 5-20 dakika bırakılır. Bazen iğneleri uyarmak için küçük bir elektrik akımı verilir (19).

Akupunktur sertifikalı hekim veya diş hekimi tarafından uygulanabilir. Akupunktur ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir birçok hastalık vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1979'dan beri akupunktur uygulamasını kabul etmiştir. Akupunktur modern tedavilere ek olarak birçok hastalıkta uygulanmaktadır. DSÖ, akupunktur tedavisinin, alerjik rinit, astım, depresyon, dismenore, peptik ülser, dispepsi, hipertansiyon, hipotansiyon, diz ağrısı, bel ağrısı, baş ağrısı, renal kolik, fibromiyalji, postoperatif ağrı, fetusun malpozisyonu, omuz periartriti, spor yaralanmaları, tenisçi dirseği, radyoterapi veya kemoterapinin yan etkileri gibi çok geniş bir alanda kullanılmasını önermektedir (20).

KUPA TEDAVİSİ

Milattan önce (MÖ) 3300 yılında Makedonyalıların ve yine MÖ 1550 yılında Mısırlıların kupa tedavisi uyguladığına dair bilgiler vardır (21). Herodot ve Hipokrat'ın da kupa tedavisi ile ilgilendikleri bilgisi tarihi kaynaklarda yer almaktadır. İslam dininde kupa tedavisi sünnet olarak bilinmektedir (22).

Kupa tedavisinde yapılan işlem deri üzerinde bardak ve benzeri malzemeler kullanarak vakum oluşturmak ve böylece kan dolaşımını arttırmaya çalışmaktır. İki tipi vardır: bölgesel vakum oluşturmaya dayanan 'kuru kupa' uygulaması ve belli vücut

noktalarında bölgesel vakumla beraber yüzeysel cilt kesikleri oluşturarak kanın alındığı ‘yaş kupa’ (hacamat) uygulaması. Bu iki tip uygulama sıcak ve soğuk olarak yapılabilir (23). Sıcak uygulamada örneğin alkollü pamuk yakılarak bardak içinde tutulur ve daha sonra bu bardak hemen cilde tatbik edilir. Kupa ortalama 5-10 dakika vakum pozisyonunda deri üzerinde bırakılır.

Kupa tedavisi fasiyal paralizi, herpes zoster, akne, öksürük ve dispne, lomber disk herniasyonu ve servikal spondiloz ve benzeri durumlarda medikal tedaviye ek olarak kullanılmaktadır (24). Kupa tedavisi uygulanırken enfeksiyondan korunma en dikkat edilmesi gereken konulardandır (25).

HİPNOZ

Hipnoz odaklanmış dikkat ve azalmış periferik farkındalık ile karakterize özel bir bilinç hâlidir (26). Hipnoz göz temasıyla, sözle veya yardımcı nesnelere kullanılarak, telkin vasıtasıyla oluşturulabilir. Hipnoz bir çeşit trans durumu olarak nitelendirilebilir. Bu trans durumunda, kişi çevreden gelen tüm uyaranlara kendini kapatmışken sadece hipnoz yapan kişinin telkinlerini artmış bir dikkatle dinler, anlar ve uygular. Hipnoz sırasında uygulanan tedavilere hipnoterapi denir (27). Hipnozdaki kişi derin ve huzurlu bir uykudaymış gibidir. Hipnoz ismi Eski Yunan’daki uyku tanrısı olarak bilinen Hypnos’ten esinlenerek verilmiştir.

Hipnoz, ağrıyı ortadan kaldırmak için (migren ve gerilim tipi baş ağrıları, kronik fiziksel ağrılı hastalıklar, trigeminal nevralji, ağrısız doğum, kanser ağrılarında), hipnoanestezi ile cerrahi girişimlerde (ameliyatlar, diş çekimi ve diş eti rezeksiyonlarında), psikosomatik hastalıklarda (astım, esansiyel hipertansiyon, psöryazis, ülser, ülseratif kolit, iritabl kolon, siğil tedavisinde) kullanılmaktadır (28).

Hipnoz ek olarak psikiyatride tik, kekemelik, enüresis noktürna (gece işemeleri), trikotilomani, yeme bozuklukları, obezite, psikojenik ağrı bozukluğu, konversiyon bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, sigara bağımlılığı, dissosiyatif bozukluklar, fobiler, panik bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi, sınav kaygısı, travma sonrası stres bozukluğunda kullanılır (29).

MÜZİK TEDAVİSİ

Müzik tedavisi, konusunda profesyonel biri tarafından uygulanan ve müzik kullanarak kişinin fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal problemlerinin çözülmesine yardımcı olmayı amaçlayan tedavidir (30). Müzik terapisi, kanser merkezlerinde, alkol ve ilaç bağımlılığı rehabilitasyon merkezlerinde ve psikiyatri hastanelerinde uygulanabilir (31). Müzik terapisinde kişi aktif katılımcı veya alıcı konumunda olabilir. Aktif katılımcı olduğunda terapist ile beraber müzik yapırlarken, alıcı durumunda kişi terapisti takip eder.

Müzikle terapi çocukların rehabilitasyonunda ve otizm tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır (32). Prenatal dönemde 16 haftalık fetusun annesinin konuşmalarını algıladığı ve buna reaksiyon gösterdiği ultrason incelemeleri ile gösterilmiştir (33). Doğum öncesi dönemde annenin konuşmalarının ve özellikle şarkı söylemesinin bebeğin dil öğrenimine pozitif katkıları olduğuna inanılmaktadır (34).

Müzik terapisinin erişkinlerde kullanım alanlarına örnek olarak psikiyatrik hastalıklar, kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar, inme ve demans gösterilebilir. Aynı zamanda müzik tedavisi psikoz ve depresyon hastalarında da etkilidir.

HOMEOPATİ

Homeopati hastaya faydası olacağı düşünülen kişiye özgü seçilmiş homeopatik maddenin seyreltilerek hastaya verilmesi ile tedavi edileceğine inanılan bir alternatif tıp yöntemidir (35). Temel felsefesi, kişileri hasta ettiğine inanılan maddeler yüksek oranda seyreltildiğinde hasta kişileri iyi edebilir düşüncesidir. Zayıflatılmış etken madde bir nevi aşı-ilaç olarak değerlendirilebilir.

Gerçekte homeopati yönteminin, ilaç olarak verilen nötr maddelerin plasebo etkisinden daha faydalı olduğu gösterilememiştir (36). Birçok ülkede homeopati uygulaması konusunda yasal düzenlemeler yapılmaktadır (37). Homeopati tek başına zararsız olarak görülse de hastayı asıl tedaviden mahrum bırakacağı için tehlikeli olabilmektedir.

Homeopati, ağrı radyasyonunda ve diğer bazı kronik hastalıkların asıl tedavisine ek olarak semptomların azaltılmasında kullanılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Zollman C, Vickers A. What is complementary medicine? BMJ (Clinical research ed). 1999;319(7211):693-6.
2. [Harris PE](#), [Cooper KL](#), [Relton C](#), [Thomas KJ](#). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. Int J Clin Pract. 2012; 66(10):924-39.
3. Ozcakir A, Sadikoglu G, Bayram N, Mazicioglu MM, Bilgel N, Beyhan I. Turkish general practitioners and complementary/alternative medicine. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2007;13(9), 1007-10.
4. Najafian J, Abdar-Esfahani M, Arab-Momeni M, Akhavan-Tabib A. Safety of herbal medicine in treatment of weight loss. ARYA Atheroscler. 2014;10(1):55-8.
5. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-39272/27102014-tarihli-resmi-gazete-de-yayimlanan-29158-sayil-.html>. Erişim Tarihi: 23.06.2016.
6. Schulz V, Hänsel R, Tyler VE. Rational phytotherapy: a physician's guide to herbal medicine. Psychology Press. 2001.
7. Muntean LS. From empirical to modern phytotherapy. Hop and Medicinal Plants. 2013;17(1-2), 38-44.
8. Shah, M. H. (Ed.). The general principles of Avicenna's Canon of Medicine (Vol. 1). Naveed Clinic. 1966.
9. Johne A, Brockmöller J, Bauer S, Maurer A, Langheinrich M, Roots I. Pharmacokinetic interaction of digoxin with an herbal extract from St John's wort (*Hypericum perforatum*). Clinical Pharmacology & Therapeutics. 1999;66(4):338-45.

10. Grimm, W, Müller, H. H. A randomized controlled trial of the effect of fluid extract of *Echinacea purpurea* on the incidence and severity of colds and respiratory infections. *The American Journal of Medicine*. 1999;106(2):138-43.
11. Melzer J, Rösch W, Reichling J, Brignoli R, Saller R. Metaanalysis: Phytotherapy of functional dyspepsia with the herbal drug preparation STW 5 (Iberogast). *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2004;20(12):1279-87.
12. Yarnell E. Botanical medicines for the urinary tract. *World Journal of Urology*. 2002;20(5):285-93.
13. Shikov AN, Pozharitskaya ON, Makarov VG, Wagner H, Verpoorte R, Heinrich M. Medicinal plants of the Russian Pharmacopoeia; their history and applications. *Journal of Ethnopharmacology*. 2014;154(3):481-536.
14. Ulbricht C, Armstrong J, Basch E, Basch S, Bent S, Dacey C, et al. An evidence-based systematic review of *Aloe vera* by the Natural Standard Research Collaboration. *Journal of Herbal Pharmacotherapy*. 2008;7(4):279-323.
15. Atiyeh BS, Ibrahim AE, Dibo SA. Cosmetic mesotherapy: between scientific evidence, science fiction, and lucrative business. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2008;32(6):842-9.
16. Rotunda AM, Kolodney MS. Mesotherapy and phosphatidylcholine injections: historical clarification and review. *Dermatologic Surgery*. 2006;32(4):465-80.
17. Amin SP, Phelps RG, Goldberg DJ. Mesotherapy for facial skin rejuvenation: a clinical, histologic, and electron microscopic evaluation. *Dermatologic Surgery*. 2006;32(12):1467-72.
18. Lao L. Acupuncture techniques and devices. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 1996;2(1):23-5.
19. Wong AM, Su TY, Tang FT, Cheng PT, Liaw MY. Clinical Trial of Electrical Acupuncture on Hemiplegic Stroke Patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1999;78(2):117-22.
20. Cayir Y, Ozdemir G, Celik M, et al. Acupuncture decreases matrix metalloproteinase-2 activity in patients with migraine. *Acupunct Med*. 2014;32(5):376-80.
21. Bamfarahnak H, Azizi A, Noorafshan A, Mohagheghzadeh A. A tale of Persian cupping therapy: 1001 potential applications and avenues for research. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine*. 2014;21(1):42-7.
22. El-Wakil A. Observations of the popularity and religious significance of blood-cupping (al-hijāma) as an Islamic medicine. *Contemporary Islamic Studies*. 2011:2.
23. Tham LM, Lee HP, Lu C. Cupping: from a biomechanical perspective. *Journal of biomechanics*. 2006;39(12):2183-93.
24. Cao H, Li X, Liu J. An updated review of the efficacy of cupping therapy. *PLoS One*. 2012;7(2):e31793.
25. Nielsen A, Kligler B, Koll BS. Safety protocols for Gua sha (press-stroking) and Baguan (cupping). *Complementary therapies in medicine*. 2012;20(5), 340-344.
26. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2015;57(4), 378-385.

27. Heap M. Hypnotherapy: A Handbook: A handbook. McGraw-Hill Education (UK). 2012.
28. Pinnell CM, Covino NA. Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2000;48(2):170-94.
29. Schoenberger NE. Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2000;48(2):154-69.
30. Center EI, Center, CR, Center PF. *Music Therapy*. 2013.
31. Wigram T, Saperston B, West R. *Art & science of music therapy: A handbook*. Routledge. 2013.
32. De Vries D, Beck T, Stacey B, Winslow K, Meines K. Music as a Therapeutic Intervention with Autism: A Systematic Review of the Literature. *Therapeutic Recreation Journal*. 2015;49(3):220.
33. Lecanuet JP, Schaal B. Fetal sensory competencies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;68:1-23.
34. Fifer WP, Moon CM. The role of mother's voice in the organization of brain function in the newborn. *Acta Paediatr Suppl* 1994;397:86-93.
35. Bellavite P. Complexity science and homeopathy: a synthetic overview. *Homeopathy*. 2003;92(4):203-12.
36. Vickers AJ. Clinical trials of homeopathy and placebo: Analysis of a scientific debate. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2000;6(1):49-56.
37. Freckelton I. Death by homeopathy: issues for civil, criminal and coronial law and for health service policy. *Journal of law and medicine*, 2012;19(3):454-78.

Konu 44

AİLE İÇİ ŞİDDET

P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların aile içi şiddetin yaygınlığı, sebepleri ve aile hekimliği yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Aile içi şiddet (AİŞ) çeşitlerini sayabilmeli,
- AİŞ'nin nedenlerini açıklayabilmeli,
- AİŞ'nin Dünya'daki ve Türkiye'deki yaygınlığını söyleyebilmeli,
- Şiddetin birey üzerindeki etkilerini açıklayabilmeli,
- Şiddetle ilgili yasal düzenlemeleri sayabilmeli,
- Şiddet çemberini açıklayabilmeli,
- Şiddeti tarama yollarını sayabilmeli,
- Hasta görüşmesinde şiddeti fark ettirecek ip uçlarını açıklayabilmelidir.

ÖZET

Aile içi şiddet (AİŞ), şiddet olaylarının aile içindeki kişiler arasında meydana gelmesidir. AİŞ'ye maruz kalanlar daha çok kadın ve çocuklardır. Dünyada kadınların üçte biri AİŞ'ye maruz kalmaktadır.

Aile içi şiddet pek çok nedenden ötürü genelde bildirilmez; ancak sonuçları hem birey hem de toplum için çok dramatik olmaktadır. Özellikle mağdurlarda kalıcı fiziksel, psikolojik, sosyal etkileri olmaktadır. AİŞ'nin risk faktörleri arasında çocukken şiddete bir şekilde maruziyet, toplumun erkek-kadın rollerine biçtiği değer başta olmak üzere bir dizi bireysel ve toplumsal neden vardır ve en iyi şekilde "Ekolojik Model" ile açıklanmaktadır.

AİŞ'yi önleyebilmek için tüm faktörlere birden müdahale etmek gerekmektedir. Sağlık personelinin de AİŞ'yi tarama, tanıma ve önleme aşamalarının tümünde rol alması, bunun için de öncelikle konunun öneminin ve ciddiyetinin farkında olması, yasal düzenlemelerden haberdar olması gerekmektedir.

GİRİŞ

Dünyada her yıl şiddet nedeni ile 1.6 milyon insan hayatını kaybetmektedir (1,2). Ölen her bir kişiden çok daha fazlası da yaralanmakta ve fiziksel, cinsel ve psikolojik sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Şiddetin ülkelere çok büyük mali yükü olmakta, her yıl sağlık hizmetlerinde, adli durumlarda milyarlarca dolarlık harcamaya ve üretimde kayıplara neden olmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014 verilerine göre Dünya’da:

- Her yıl 475.000 aile içi öldürme olayları gerçekleşmektedir.
- Çocukların dörtte biri fiziksel istismara maruz kalmaktadır.
- Kadınların üçte biri eşlerinden fiziksel/cinsel şiddet görmektedir.
- Bir ay içinde yaşlıların 1/17 kadarı istismar edilmektedir.
- Dünya’daki ülkelerin %87’sinde şiddeti önlemek için kanunlar konmuştur, ancak %44’ü bunların tamamen uygulandığını garanti edebilmektedir (3).

Önemli Noktalar

- Dünyada yaklaşık çocukların dörtte biri, kadınların üçte biri aile içi şiddet görmektedir.
- Aile içi şiddet durumlarında kurbanlar bu durumu genelde tekrarlayıcı olarak yaşarlar ve birden fazla çeşit şiddete bir arada maruz kalırlar.
- Şiddetin ciddi ve hayati sonuçları vardır ve şiddetin doğurduğu sonuçlar sıklıkla hayat boyu sürmektedir.
- Sağlık hizmetleri şiddet yaşayan kişilerin ilk başvuru noktası olmaktadır. Personelin bu durumun farkında olması ve eğitilmesi gerekmektedir.

Şiddetin bu kadar yaygın olması, bireylerin şiddeti önlemekten çok yaşamın bir parçası olarak kabul edip başa çıkmaya çalışmamlarına neden olmaktadır (4).

ŞİDDETLE İLGİLİ BİLİNMESİ GEREKENLER

Aile içi şiddet (AİŞ), ailede zorlayıcı kuvvet kullanılması, bireylerin öfkelenendirilmesi, sindirilmesi, yaralanması, duygusal olarak baskı altında tutulması amacı ile yapılan hareket, davranış veya muamelelerdir (4). Cinsiyetten bağımsız olarak, aile içindeki bireyler arasındaki tehditvari davranışlar, şiddet veya istismarın meydana gelme durumudur (2). Kişinin kendisine yönelik uyguladığı şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olmak üzere üç tip şiddet vardır (5). En yaygın olan şiddet biçimlerinden olan ancak özel ilişkiler çerçevesinde gerçekleştiğinden çoğunlukla kapalı kapılar ardında kalan aile içi şiddet kişiler arası şiddet sınıflandırmasına girmektedir (5).

Şiddetin aile içinde olması, daha sık gerçekleştiği ve daha şiddetli olduğu anlamına gelir (2). AİŞ, pek çok boyutu olan, pek çok formda oluşan ve bir dizi durumda artan kritik bir problemdir. Araştırmalar, bir sürü nedeni olduğunu ve aslında tipik olarak sağlıklı bireyler ve ailelerle ilişkili olmadığını göstermektedir (6). AİŞ erkek, çocuk, yaşlı ve kadın olmak üzere ailenin bütün bireylerini etkiler, ancak neredeyse maruz kalanların %73-80’i kadındır; sonra da çocuklar gelir, yani %90’ından fazlası kadın ve çocuktur (4,6-11). Kadınlardan 20-24 yaş arasında olanlar daha fazla risk taşırlar (7). Mağdurların %50’den fazlası, çoğunlukla da kadınlar, olayı rapor etmeye korkarlar (8).

Dünyada fiziksel aile içi şiddetin ancak %25'i, tecavüzün ise %20'si polise ihbar edilmektedir (8).

Aile içi şiddetin yıllık bilançosu 5.8 milyar dolardır; bunun 4.1 milyarı direkt medikal ve mental sağlık için harcanmaktadır (7). 1970'lerden beri AİŞ'nin sadece özel bir sorun olmadığı, bir halk sağlığı problemi olduğu anlaşılmaya başlanmıştır (12). AİŞ, sağlık sorunu yanında, hukuki, sosyal ve insan hakları sorunudur da (8). Aile içi şiddet, kültür, sınıf, eğitim, gelir, etnik köken ve yaşa bağlı olmadan tüm ülkelerde görülür (9,13). AİŞ'nin kadınlara etkisi erkeklerinkinden daha fazladır. Sağlığa maliyeti dışında toplumun diğer sektörlerine de mali yük getirir (sosyal hizmetler, polis, mahkemeler gibi), kadınların ekonomik özgürlüğünü kısıtlar, üretkenliklerini düşürür. Ayrıca çocuk ve gençlere olan etkisinden dolayı gelecek nesillere de zarar verir (12).

DSÖ'nün Dünya'da 10 ülkede 15 farklı yerde yaptığı "kadın sağlığı ve aile içi şiddet çalışması" verilerine göre kadınların hayatları boyunca fiziksel ve/veya cinsel istismara uğrama prevalansları %15 (Japonya) ile %71 (Etiyopya) arasında değişmektedir (14). Kadınların %4 ila %54'ü son bir sene içinde fiziksel ve/veya cinsel şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir. Prevalanslardaki bu farklılıklar şiddetin kaçınılmaz olmadığını ve üzerinde tartışılması gereken bir konu olduğunu göstermektedir. Pek çok yerde ciddi fiziksel şiddete uğrama oranı hafif düzeyde uğramadan daha fazla tespit edilmiştir. Fiziksel şiddetin sadece izole bir olgu değil, süregelen bir istismar sürecinin parçası olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre fiziksel şiddet görenlerin çoğu cinsel şiddet de görmektedir (14).

Türkiye'de %30-40 arası kadının yaşamlarının herhangi bir zamanında eşlerinden şiddet gördüğü; kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde şiddet görmüş olma durumunun ise %75'lere çıktığı belirtilmektedir (5,9).

AİŞ çeşitleri şunlardır:

- **İhmal:** Yetersiz fiziksel ve duygusal ilgidir.
- **Psikolojik (duygusal) şiddet:** Anlayış, sevgi ve sempati göstermeme, sistemli bir şekilde psikolojik baskı uygulama, devamlı eleştirme, zarar vermeye tehdit etme, duygusal olarak sömürme ve aşağılama, kontrol etme veya cezalandırma amacıyla toplumdan soyutlamak (ailesi, arkadaşları ile görüştürmeme) ve izole etmek için uygulanan her türlü harekettir.
- **Sözel şiddet:** Tehdit, aşağılama, küçümseme, sindirme, bezdirme için söylenen, karşısındaki yıkıcı etkiler yaratan hoş olmayan sözlerdir.
- **Fiziksel şiddet:** İtip kakma, tokatlama, yaralama, dövme, yakma, obje fırlatma, uykusuz bırakma, temel ihtiyaçların giderilmesine engel olma gibi fiziksel olarak her türlü zararı verecek yöntemlerin kullanılmasıdır.
- **Cinsel şiddet:** Fiziksel şiddetin bir üst boyutu olan ensest ilişki, tecavüz ve fahişeliğe, pornoya zorlama, genital organların kesilmesi, güvenli cinsel ilişkiye izin vermeme, cinsel açıdan dini yasaklara uyulmasına engel olma gibi her çeşit cinsel saldırıdır. Kadınların %10 ila 14'ü eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlanmaktadırlar.

- **Ekonomik şiddet:** Birini kontrol etme ya da cezalandırma amacıyla her türlü ekonomik destekten mahrum etme (temel ihtiyaçları karşılayacak kadar bile para vermemek), bütün finansal kontrolü alma, mali konulardaki kararları verme, ailenin harcamalarına katılmama, kadının çalışmasına izin vermeme, hırsızlık gibi illegal yöntemlere zorlamadır (2,5,11).

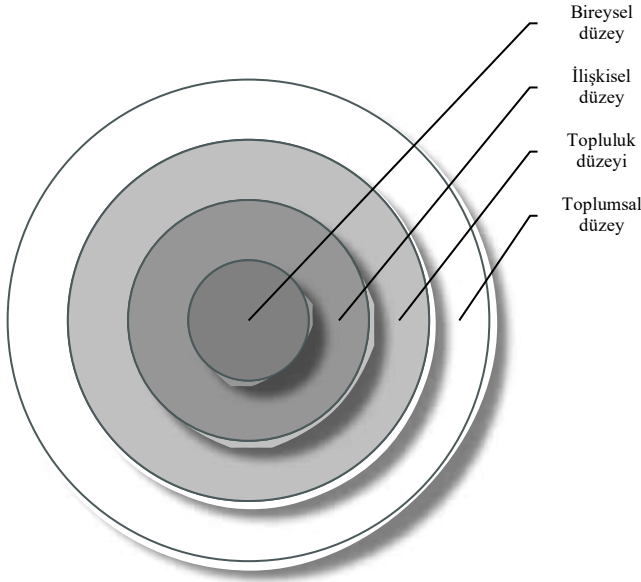
Aile içi şiddet durumlarında kurbanlar bu durumu genelde tekrarlayıcı olarak yaşarlar ve birden fazla çeşit şiddete bir arada maruz kalırlar (5). Devam eden hareketler biçiminde tekrar edilen şiddete sistemli olarak uygulanan şiddet denir ve en tehlikeli olan şiddet türü de budur (11). Ayrıca duygusal olarak şiddete ya da suiistimale uğrayanlar duygusal şiddetin etkisinin pek çok fiziksel şiddetten daha fazla ve uzun sürdüğünü rapor etmişlerdir (11).

AİŞ, pek çok boyutu olan, pek çok formda oluşan ve bir dizi durumda artan kritik bir problemdir. Şiddete neden olan bir faktör, bir etki yoktur, şiddet, bütün bu dinamiklerin kişinin tutum, davranış, tercihlerini etkilemesiyle oluşur (15). AİŞ risk faktörleri:

- Çocukluk çağında şiddete maruziyet ve tanık olma
- İşçi ve orta sınıftan çiftçiler
- Düşük eğitim seviyesi
- İşsizlik, düzenli işe sahip olmama, düşük gelir düzeyi
- Erkek ve kadındaki yapısal farklılıklar
- Kadının daha eğitilmiş olması veya geleneksel olmayan rolleri üstlenen kadınlara yaptırımlar uygulanması
- Yaş (şiddete maruz kalma ve uygulama sıklığı yaşla azalmaktadır)
- Sosyal desteğin olmaması (toplumsal, ekonomik, politik, hukuksal ve eğitimsel yapıların erkek-kadın ayrımcılığını meşru kılan yapıları)
- Dini etkenler, namusa atfedilen değerler
- Psikolojik değerler (stresle etkili başa çıkma yöntemlerini kullanamama, şiddeti sorumlu ilişki ve durumlarda sorun çözme yolu olarak görme, şizofreni, anti-sosyal kişilik bozukluğu)
- Hamilelik (kadınların hamileyken fiziksel şiddete uğrama riski artmıştır. Kadınların %25'i ilk kez hamileliklerinde fiziksel şiddete maruz kalır ve %40-60'ı şiddet görmeye devam eder)
- Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve erkek kadın rollerinin keskin sınırlarla ayrıldığı, eşitsizliği olduğu toplumlarda kadınların eğitim ve istihdam olanaklarından daha az yararlanması ve sonuç olarak onların ekonomik, toplumsal ve siyasi katılımlarının daha düşük olması
- Gelir eşitsizliği (aile içi cinayetlerle özellikle ilişkilidir)
- Beklentilerin ve kazanılmış niteliklerin yoksunluğu, hayat karşısında şanssız olmaktadır (2,5,9,12,16,17).

ŞİDDETİN NEDENLERİ

Araştırmalar, AİŞ'nin bir sürü nedeni olduğunu ve aslında tipik olarak sağlıklı bireyler ve ailelerle ilişkili olmadığını göstermektedir (6). Nedenleri komplekstir ve farklı seviyelerde meydana gelebilir (16). Bu kompleksliği açıklayabilmek için ilk kez 1998 yılında Heise tarafından ortaya atılan dört basamaklı ekolojik model kullanılmaktadır (Şekil 1) (18). Ekolojik model, kişisel, durumsal ve sosyokültürel etkenler arasındaki ilişkiyi kendine temel alır ve şiddet davranışının bireysel, ilişkisel, topluluk ve toplumsal düzeydeki dinamiklerinin kompleks etkileşimi ile ortaya çıktığını savunur (5,15,18,19).



Şekil 1. Aile İçi Şiddette Ekolojik Model (Heise, 1998)

Bireysel düzey, bireylerin nasıl davrandıklarını ve nasıl kurban veya şiddet uygulayıcısı olduklarını aydınlayabilecek biyolojik ve kişisel faktörleri açıklar; demografik özellikler (yaş, eğitim, gelir), kişilik bozuklukları, madde kullanımı, şiddet görme, tanık olma ve uygulama, alkolün kötüye kullanımı, baba figürünün hiç olmaması ya da varsa bile onunla sıcak bir ilişki kurulamaması, marjinal ya da dışlanmış bir topluluğun üyesi olma gibi (5,16,18,19).

İlişkisel düzey, aile ve arkadaşlarla olan yakın ilişkilere odaklanır. Örneğin: evlilikte yaşanan çatışma ve bunların sağlıklı yollarla çözümlenememesi, anlaşmazlıklar, aileyi ilgilendiren birçok konuda karar alma ve paranın yönetiminin erkeğin kontrolünde olması, şiddete eğilimli arkadaş sahibi olma, kurbanla şiddet uygulayan arasındaki

geçmişte yaşanmış olaylar, kadının ekonomik, etnik, politik nedenlerle evlenmek zorunda kalması, eşler arasında gelir ve eğitim düzeyi dengesizliği gibi (5,16,18,19).

Topluluk düzeyi, içinde yaşanan okul, iş, komşular gibi topluluğun dinamiklerini ele alır. Fakirlik, düşük sosyoekonomik düzey, kadının ailesinden uzak olması, ateşli silahlara ulaşım kolaylığı, kadınlara şiddeti meşrulaştıran tutumlar, kadınlara yetersiz kurumsal destek, sosyal desteğin olmaması, caydırıcı olmayan yasalar, yargı kararlarında yetersizlik gibi (5,16,18,19).

Toplumsal düzey, olayı toplum bağlamında ele alır. Şiddetin etkin bir çatışma çözme şekli olduğu ve erkeğin kadın üzerindeki kontrolünün hoş görüldüğü sosyal normlar burada önemlidir. Gelir eşitsizliği, sosyal refah düzeyi, şiddetin o toplumdaki kabul edilebilirlik düzeyi, kitle iletişim araçlarına şiddetin yayılımı, politik düzensizlikler, erkek egemenliğinin genel kabul görmesi gibi (5,16,18,19).

Sosyal öğrenme kuramına göre şiddet, hayat boyunca yaşanan özellikle olumsuz örneklerle, deneyimlere, şiddete ve strese karşı oluşturulan öğrenilmiş bir davranış biçimidir (20). Kişi şiddeti bir çeşit stresle başa çıkma yöntemi olarak gözlemleyerek, model alarak, ebeveynleri arasında yaşanan şiddete tanık olarak ya da şiddetin birebir hedefi olarak öğrenir (5). Şiddet olaylarının da diğer davranışlar gibi yaşanarak ve gözlemlenerek öğrenilen ve nesilden nesile aktarılarak tekrar eden bir davranış olduğu iddia edilmektedir (11,17). Doğrudan ya da dolaylı olarak öğrenilen bu şiddet içeren davranışlar çocukluk dönemi boyunca pekiştirilir, bir kural ya da prensip olduğu sonucu çıkarılır, ergenlik ve yetişkinlik döneminde de taklit edilir, özellikle stres altında ya da çatışma anında daha çok ortaya çıkar ve bir sorun çözme metodu olarak kullanılır (11,20). Ailede şiddete şahit olmak, anne tarafından şiddetle cezalandırılmak, fiziksel şiddet nedeniyle ergenlikte görülen davranış bozukluklarının ileriki yıllarda eşlere karşı uygulanacak şiddete neden olduğu sonucu bu kuramı desteklemektedir (11). Ailede şiddete şahit olanların eşlerine karşı şiddet kullanma oranları, hiç şiddete şahit olmamış olanlara oranla üç kat daha fazladır (11).

ŞİDDET ÇEMBERİ

Şiddet uygulayan çoğu eş, aile birliğinin ilk dönemlerinde bunu uygulamaz. Ne zaman arada derin ruhsal bağlar kurulmaya başlar, işte o zaman şiddet eğilimleri kendini gösterir (17). Şiddeti uygulayan kişiler, uyguladıkları bu şiddet karşısında elde edecekleri kazancın, şiddetin maliyetinden daha fazla olduğunu düşünürlerse, şiddeti uygulamaya devam ederler (17). Şiddetin üç komponentten oluşan bir döngüsü vardır:

- 1- Artan gerginlik: Eşler arasında sürekli bulunan bir gerilim giderek artar, kadın kendini sorumlu görüp erkeği sakinleştirmeye çalışabilir.
- 2- Patlama veya dayak ve istismar: Erkeğin sözünü tutmama, yemeğin vaktinde hazır olmaması, ev ve çocuklarla yeterince ilgilenmeme, kocaya kız arkadaşları ve para ile ilgili sorular sorma, kocanın izni olmadan bir yere gitme, erkeğin cinsel isteklerini reddetme, kadının sadakatine duyulan güvensizlik gibi nedenlerle tartışma başlar ve arkasından dayak gelir; cinsel istismar, sözel uyarılar da bulunabilir.
- 3- Barışma veya balayı fazı: Şiddet sona erer. Erkek üzgün olduğunu belirtir ve şiddetin bir daha tekrarlanmayacağına söz verir. Erkeğin şiddeti reddetmesi, buna neden olarak kadının davranışlarını veya içkili olmasını göstermesi olasıdır.

Erkeğin saldırgan davranışları şefkat ve ilgiye dönüşür, bunu gören kadın ilişkinin düzeleceğini düşünerek ümitlenir (7,17,21).

Ne yazık ki, şiddetin ortadan kalkması çok nadir bir durumdur, hatta şiddet içeren davranış zamanla artmaktadır, yani böyle bir ilişki devam ettikçe döngü kısalmır, şiddetin yoğunluğu da artar (7,21). Bu döngüye giren kadın bir süre sonra içinde bulunduğu durumu kabullenmeye başlar ve “öğrenilmiş çaresizlik” denilen bir kısır döngüye girer (21). Öğrenilmiş çaresizlikte, mağdur devamlı ve sistematik olarak şiddete maruz kaldığı zaman şiddetten kaçmanın mümkün olmadığı ve kimsenin kendisine yardım edemeyeceği duygusuna kapılır, şiddetle mücadele etmez, çıkış yolu ve yardım aramaz; yaşama isteğini ve kendine olan güvenini kaybetmiş, güçsüz ve çaresizdir (11). Ayrıca kadınlar kendileri ve çocukları için yaşamsal, sosyal ve ekonomik güvenceleri olmadığında şiddet içerikli ilişkilere devam etmek zorunda kalmaktadırlar (5,21). Sevgi, ümit, bağımlılık, korku, suçluluk duygusu, bağlılık, aile baskısı, çocuklar, dini inançlar da bu konuda çok etkilidir (7,21). Bazen de kalmak gitmekten daha kolaydır (7).

ŞİDDETİN SONUÇLARI

Ölümcül olmayan şiddet davranışlarının getirdiği yük çok büyüktür (22). Şiddetin ciddi ve hayati sonuçları vardır (3). Şiddetin doğurduğu sonuçlar sıklıkla hayat boyu sürmektedir. Şiddetin kadın üzerindeki etkileri yaşanan şiddetin tipi, süresi, ciddiyeti, şiddetin gerçekleştiği sıradaki yaşam döngüsü, kişinin sahip olduğu başa çıkma mekanizmaları ve sosyal desteğine göre değişiklik göstermektedir (5).

Bu etkileri üç başlık altında toplayabiliriz:

1- Akut fiziksel etkiler:

- Morluklar, yanıklar, iç organ yaralanmaları
- Kemik kırıkları, kafa travması, orbital kırıklar
- Düşük yapmak

2- Kronik fiziksel etkiler:

- Sık jinekolojik problemler örneğin: pelvik ağrı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, idrar yolu enfeksiyonu
- HIV
- Kalp ve dolaşım sistemi problemleri, kanser
- İstenmeyen gebelikler
- Baş ve sırt ağrıları başta olmak üzere ağrıdan yakınma
- İrritabl bağırsak hastalığı gibi gastrointestinal problemler
- Bayılma ve baş dönmesi gibi strese bağlı problemler

3- Psikolojik veya psikososyal etkiler:

- Depresyon (intihar düşünceleri, kendi kendine zarar verme dâhil. Risk üç kat artmıştır.)

- Posttravmatik stres bozukluğu (istenmeyen anıların hatırlanması, kâbuslar, sakınma, disosiasyon ve aşırı uyarılmış hal gibi. Risk 7 kat fazladır.)
- Sigara, alkol-madde kullanımı
- Psikotik semptomların artması
- Anksiyete (risk dört kat artmıştır.)
- Uykusuzluk
- Sosyal disfonksiyon (2,3,22,23).

ŞİDDETİN ÖNLENMESİ VE AİLE HEKİMLERİNİN ROLÜ

Eğitimsizlik, utanma, ekonomik bağımlılık gibi pek çok nedenden dolayı kadınların neredeyse yarısının şiddetten kimseye bahsetmedikleri bilinmektedir (5). Hastaların AİŞ'yi söylememesinin diğer nedenleri de, eşleri duyarsa daha çok şiddet uygular diye korkma, çocuklarının kendilerinden alınmasından korkma, şiddeti kendi suçu olarak görme, şiddetin farkında olmamadır (2). Olayın açığa çıkmaması daha da şiddetlenmesine ve daha kötü sonuçlarla karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır. Sıklıkla, soruluncaya kadar insanlar şiddeti söyleme yanlısı değillerdir. Bazı kişiler de hizmeti veya cevabı yetersiz ve faydasız bulabilir (2). Sağlıkçılar olarak öncelikle doğru soruyu sorabilmeliyiz, destekleyici olmalıyız, farkında olmalıyız, uygun prosedürü bilmeliyiz (7). Hastanın güvende olduğu, yaşadıklarını anlatmasında bir sakınca olmadığı kendisine çok iyi anlatılmalıdır. Eninde sonunda kadınlar bilinçli olarak veya olmayarak şiddetin olduğunu açığa vururlar (24). Destekleyici olan ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşım çok önemlidir. Üç kilit basamak vardır: Sor, kaydet ve cevap ver (2).

Sağlık hizmetleri şiddet yaşayan kişilerin ilk başvuru noktası olmaktadır. Personelin bunun farkında olması ve eğitilmesi gerekmektedir (25). Sağlık personeline aile içi şiddeti nasıl sorgulaması gerektiği ve kadınların konuşmasını kolaylaştırıcı tekniklerin eğitimi verilmelidir (23). Özellikle kadınların sağlık hizmetlerine başvuruları artar. Uygun ve gerekli bilgiyi almak için basit, direk ve yargılayıcı olmayan sorularla başlamak çok önemlidir (25). Kişiler güvenli ortamlarda iken aile içi şiddet sorgulanmalıdır (26). Yine de tanı koymak, kadının konuşmasını sağlamak zordur. Unutulmamalıdır ki hiç kimse şiddeti çekmek zorunda değildir ve kimsenin bir diğerine ne olursa olsun şiddet uygulama hakkı yoktur; bu mesaj mağdura özellikle verilmelidir.

AİŞ'yi gösteren veya öngören bir yaralanma paterni yoktur. Ancak AİŞ yaşayan kadınlarla görüşmede şiddeti düşündürecek belirtiler saptanabilir. AİŞ'nin muhtemel belirtileri:

- Müphem şikâyet ve semptomlar için sık sık başvurma (Baş ağrısı, pelvik ağrı, karın ağrısı, bel ve sırt ağrıları, yorgunluk, halsizlik, uyku bozuklukları, nonspesifik evlilik problemleri-ancak organik bir neden bulunamaz)
- Alkol-madde bağımlılığına ait bulgular
- Randevuları kaçıрма

- Hikâye ile uyumsuz yaralanmalar (Açıklamalar çelişkilidir veya neden olarak stres, anksiyete veya depresyon gösterilir.)
- Yaralanmaların önemsiz olduğunu belirtme, elbise ile saklamaya çalışma
- Korkmuş, anksiyöz, deprese, stresli hastalar
- Sürekli yanında eşi ile veya aileden başka biri ile hastaneye gelme
- Telefon numaraları gibi kişisel detayları vermek istememe (2,21,23-25).

Sağlık personelinin olayı sorgulamadaki engelleri, AİŞ ile baş etmede kendine güvenmeme ve yeterli görmeme, şiddeti uygulayandan korkma, iş yükü fazlalığı ve AİŞ'yi aydınlatmanın kendi görevi olduğunu düşünmemedir (2).

AİŞ, temeli biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel kökenlere dayanan çok boyutlu bir sorun olduğundan çözüm üretmek de bir o kadar zordur (4). Şiddeti önleme, bir suç olduğunu kamuoyuna duyurma, farkındalık yaratma çalışmaları toplumun, bilimsel disiplinlerin (sağlık, hukuk) ve organizasyonların (sosyal hizmet görevlileri, polis, gönüllü kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, medya) işbirliğini gerektirir (16,25).

Önleme stratejilerini şöyle sıralayabiliriz:

- Koruma programları oluşturma (yasal düzenlemeler, sosyal hizmet uygulamaları)
- Mevcut kanunların tamamıyla uygulanması (polis, adalet sistemleri)
- Veri toplanması ve kullanımının güçlendirilmesi (ilgili bakanlıklar, Türkiye İstatistik Kurumu)
- Kurbanlara yönelik hizmetlerin ulaşılabilir olması ve iyi çalışması (sağlık hizmeti uygulamaları, sosyal hizmetler, sivil toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlar, danışmanlık hizmetleri)
- Şiddeti önleme ve izleme programlarının temelinin ve hedeflerinin iyi oluşturulması.
- Ailelere aile içi eğitimler, danışmanlık hizmetleri, aile terapileri, ev ziyaretleri yapılması, iletişim becerileri eğitimleri verilmesi
- Toplum kuruluşlarının işbirliği ile geliştirilen uygulamalar (farkındalık oluşturma, hizmetlerden haberdar etme, yasal hakları bildirme, prosedür konusunda bilgilendirme) (3,4,6,9).

Ekolojik model şiddetin önlenmesinde ana yapıyı oluşturur (16). Şiddetle mücadelede uzun dönem başarı ekolojik modelin aynı anda tüm düzeylerine kapsamlı yaklaşımla mümkün olur (15,21). AİŞ'nin bitebilmesi için kadının değeri ve toplumdaki rolü konusundaki tutum ve inanışlarda temelden değişiklikler olması gerekmektedir (15).

ÇOCUĞA YÖNELİK ŞİDDET

Dünya çapında 133 ila 275 milyon çocuk AİŞ'ye tanık olmakta ve bunların çoğu kendileri de şiddet görmekte, hatta bunların etkilerini yetişkinlik dönemine bile taşımaktadır (9,27). Ebeveyn-çocuk ilişkisi özellikle de anne çocuk arasındaki ilişki, çocuğun sonraki yaşamında diğer insanlarla kuracağı ilişkinin niteliğini belirler (28). Dünya'da çocukların %76'sı 2-14 yaşları arasında cezalandırmayla karşılaşabilmekte ve bunların bazısı çok ciddi olabilmektedir (27). DSÖ'ye göre kadınların %20'si, erkeklerin %5-10'u çocukken cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir (16).

Yüz yıldan beri bir sorun olarak algılanan çocuk istismar ve ihmalinin Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda %45-66 oranında görüldüğü saptanmıştır (9,28). Aile çocuğun kendini güvende ve koruma altında hissettiği yer olduğundan aile bireylerinden gelecek bir tehdit psikolojik yıkıma neden olmaktadır (28). Evde bir şekilde şiddet yaşanıyor olması çocuk istismarını 2 ila 9 kat arttırmaktadır (27).

Çocuk istismarı, çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bilerek ya da bilmeyerek yapılan her türlü aktif davranıştır (28). Cinsel istismara daha çok kızlar uğrarken, fiziksel istismara daha çok küçük çocuklar ve erkekler uğramaktadır (19). Çocuk ihmali ise, çocuğun biyopsikososyal gereksinimlerinin yeterince yerine getirilmemesi, yalnız bırakılması gibi pasif davranışlardır (28).

Çocuk istismarı, üç kategoride toplanır:

- Ebeveynlerin ağır cezaları
- Çocuğun eşler arasındaki şiddete tanık olması
- İstismar ve ihmal (fiziksel, cinsel, duygusal, sözel istismar; fiziksel ve duygusal ihmal) (27).

Çocuk istismarında ölümcül yaralanmaya maruz kalma oranı %10'dur (28). Maalesef çocuk istismarlarının çoğu yakın akrabalar tarafından gerçekleştirilmektedir (29).

İstismarın risk faktörleri:

1- Ebeveynlerden kaynaklananlar

- Genç ve tecrübesiz olmaları
- Çocuk gelişimi ve yetiştirilmesi konusunda deneyimsizlik
- Ebeveynlerin kendilerinin de çocukken istismara uğramış olması
- Alkol ve madde bağımlılığı
- Kişisel memnuniyetlerini çocuğunkinden üstün tutmaları
- Çocuktan gerçekçi beklentilerinin olmaması
- Düşük eğitim düzeyi
- Mental sağlık problemleri

- Eş ve evlilikle ilgili sorunlar

2- Çocuktan kaynaklananlar.

- İstenmeyen gebeliklerden olmaları
- İstenilen cinsiyetten olmama
- Hiperaktif olma
- Akut ya da kronik bir hastalığa sahip olma (zihinsel-fiziksel)
- Prematürite
- Kötü fiziksel görünüm
- Huysuzluk, aşırı ağlama, uyku düzensizliği

3- Mevcut durumdan kaynaklananlar

- Ekonomik sıkıntılar (işsizlik vs.)
- Parçalanmış aile, çocuğa bir ebeveynin bakması
- Boşanma, eş ölümü
- Aile içi şiddet
- Göç olgusunun varlığı
- Çok çocuklu ailede yaşama
- Düşük sosyoekonomik düzeydir (9,11, 27-29).

Çocuk istismarı, kendisinin bizzat dünya çapında bir problem olması dışında yetişkinlikteki AİŞ ve tecavüzler gibi başka problemlerin de önemli bir risk faktörüdür (27). Anne tarafından istismar ve ihmal edilme, çocukta daha yıkıcı etkilere neden olmaktadır (9). İstismar, çocuğu fiziksel, ruhsal, sosyal yönden etkiler ve aşağıdaki sonuçları doğurur:

1-İstismarın çocuklar üzerindeki kısa dönem etkileri:

- Alt ıslatma
- Parmak emme
- Gelişimsel bozukluk
- Uyku-yemek bozuklukları
- Öğrenme güçlüğü, okul başarısızlığı
- Konuşmada gecikme
- Yakın ilişki kurmada güçlük, ilişkilerde yıkıcı, uyumsuz olma
- Öfke içeren ilişkiler, kendisine veya başkalarına zarar verme
- İçer kapanma veya aşırı yaramazlık yapma

- Evden kaçma
- Büyüme ve gelişmenin bozulması (önemli bazı beyin bölgelerinde yetersiz ve uygunsuz gelişime neden olma)
- Dikkat problemleri

2- Uzun dönem etkileri:

- Saldırgan-suça yönelik davranışlar (evden kaçma, hırsızlık, kundaklama, saldırı ve cinsel suçlar vb.)
- Duygusal bozukluklar
- Erken alkol kullanma
- Depresyon
- Alkol-madde bağımlılığı
- Riskli davranışlarda bulunma
- İntihar düşünce ve girişimleri
- Halüsinasyonlar, şizofreni, düşünce bozuklukları, deliryum, disosiasyon, post travmatik stres bozukluğu
- Yetişkinlikte obezite ve Tip 2 DM riskinde artış
- Özgüven eksikliği (9,11,27-29).

Ailede şiddete tanık olan çocuklar da sağlık ve davranış sorunları yaşayabilmektedirler (9). Şiddete tanık olan çocuklar büyüdüklerinde eşlerine şiddet uygulamakta ve eşlerine şiddet uygulayan erkeklerin önemli bir kısmı çocuklarını da istismar etmektedir (9,27,28). Bu durum daha çok “Sosyal Öğrenme Teorisi” ile açıklanmaktadır. Sosyal öğrenme teorisi, ebeveynlerin model oluşturma, örnek olma yoluyla şiddet davranışını öğrettiğini ve çocukta şiddete başvurmaksızın çatışmaların çözülemeyeceği gibi bir kanının oluştuğunu ve zamanla şekillendiğini vurgulamaktadır (9,20). Genellikle erkeklerin düşmanlık ve saldırganlık gibi dışsallaştırılmış, kızların ise depresyon ve somatik şikâyetler gibi içselleştirilmiş davranış problemlerini sergiledikleri gösterilmiştir (9).

Sıklıkla çocuklarda aile içi şiddetin açığa çıkarılamamasının nedenleri, daha çok şiddette maruz kalmaktan korkma, kendi kendini suçlama, utanma, aileden uzaklaştırılmaktan korkmadır (28,29). Şüphelenilen durumlarda öykü ebeveynlerden ve çocuktan ayrı alınmalıdır (28).

Kişiler kendiliğinden aile içi şiddetten bahsetmediklerinden sağlık çalışanları tarafından konunun rutin olarak sorgulanması gerekir (9). Çocukta istismarı düşündürecek bulgular:

- Çocuğu geç getirme ve nedenini açıklayamama
- Çelişkili öykü verme

- Hikâye ile fizik muayenenin uyumsuzluğu
- Kazanın bir kişi veya kardeşe yüklenmesi
- Çocuğun ana-babayı suçlaması
- Vücutta farklı renklerde ekimozlar olması
- Göğüs, sırt, genital bölge, üst kol, yüz, üst dudak, üst damak ve gözlerdeki yaralanma
- Kafatası kırıkları, kafa travmaları, iç organ yaralanmaları ve kanamaları, kaburga kırıkları, deride ısırık, morarma, yanıklar, ağız-kulak içi kanamalarıdır (9,27,28).

Bütün bu sayılan durumlara rağmen şiddet gören çocuklar, şiddetin zararlı etkilerinden çabuk kurtulabilme özelliğine sahiptirler; bu konuda en iyi ilaç zamandır (9,27). Etkili olan noktalar, diğer ebeveynin sıcak, olumlu yaklaşımı, güçlü ailesel bağlar, arkadaşlık bağları, daha az stresli ortam yaratılması, destekleyici akraba ve öğretmenlerdir (9,27).

Çocuk istismarını önleme yöntemleri:

Birincil:

- Halkı bilinçlendirme
- Doğum öncesi ve sonrası izlem
- Ev ziyaretleri
- Aile terapileri
- Ebeveynlere çocuk yetiştirme, ebeveynlik eğitimleri verme
- Stres yönetimi
- İstismar ve korunma yöntemlerini anlatma

İkincil:

- Risk altındaki bireyler için potansiyeli artırıcı etmenlerin azaltılması
- İstismarın tedavi ve rehabilitasyonu
- Tekrarlanmaması için müdahaleler yapma (16,28).

İstismarı sağlık mensubu fark eder de bildirmezse 5237 sayılı TCK'nın 280. maddesine göre bir yıla kadar hapis cezası ile yargılanır; bildirimi yapmayan bir kamu görevlisinin ise (öğretmen gibi) aynı kanununun 279. maddesi uyarınca 6 aydan 2 yıla kadar hepsi istenebilir (28).

YAŞLIYA YÖNELİK ŞİDDET

Yaşlı ihmali, günlük ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumda olan yaşlının ihtiyaçlarının gerektiği gibi karşılanmaması; istismarı, yaşlıyı strese sokacak, zarar verecek uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır (30). Topluma dayalı çalışmalarda Dünya’da yaşlıların %4-6’sının evlerinde istismara uğradıkları belirtilmektedir (16). Türkiye’de yapılan çalışmalar yaşlı istismarının %14-25 arasında olduğunu, fiziksel ve mental olarak zayıf, ekonomik olarak bağımlı, düşük eğitimli yaşlı kadınların daha fazla risk altında bulunduğunu göstermektedir (30).

YASAL DÜZENLEMELER

4320 sayılı Yasa’nın Uygulanması Hakkındaki Yönetmeliğin 4/e maddesinde aile içi şiddet; “Aile bireyinin fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik zarar görmesi ile veya acı çekmesi ile sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözel ve ekonomik her türlü davranış” olarak tanımlanmıştır.

Anayasanın 10., 17., 19. ve 41. maddeleri ile kadın-erkek eşitliği, ailenin önemi vurgulanmış, şiddet yasaklanmıştır. Anayasa başta şiddeti ve ayrımcılığı yasaklayarak ve bu konuda devlete bir takım koruma yükümlülükleri yükleyerek toplumun yapı taşı olan aileyi korumayı öngörmüştür (10).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun “Aile Düzenine Karşı Suçlar” bölümü ile aile içi şiddete ilişkin hükümler düzenlenmiş, ayrıca kasten öldürme, yaralama, eziyet, cinsel dokunulmazlığın ihlali, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, kötü muamele gibi suçlar aile bireylerine karşı işlendiğinde ceza arttırılmıştır (10,21). Yine aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali (çocuk istismarı gibi) ve çocuğun (aile bireyleri tarafından) kaçırılması gibi durumlar da ceza verilmesini gerektiren durumlar içinde sayılmıştır (10). 4230 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, sadece şiddet halinde evliliğe müdahaleyi öngörmekte ve tüm aile bireylerinin korunma amacı ile başvuru yapabileceğini belirtmektedir (10).

Uluslararası düzeyde 1946 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından kurulan Kadının Statüsü Komisyonu kadın haklarını, ayrımcılığın nedenleri ile sonuçlarını araştırarak önemli aşamalar kaydetmiş; Kadınların Siyasi Hakları Sözleşmesi 1952’de, Evli Kadınların Vatandaşlığı Sözleşmesi 1957’de, Evlilikte Rıza ve Asgari Evlilik Yaşı ve Evliliklerin Kayıt Altına Alınması Konusundaki Sözleşme ise 1962’de BM Genel Kurulunca kabul edilmiştir (10). 1979’da şu ana kadar 165’ten fazla ülkenin imzaladığı Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) ortaya çıkmıştır (10,21). Türkiye 1985 yılında sözleşmeye taraf olmuştur. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1989’da kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (CHS), Türkiye tarafından 1995 yılında imzalanmıştır (10).

SONUÇ

AİŞ, bir sağlık, sosyal ve hukuksal boyutu olan sorun olmasının yanında aynı zamanda bir insan hakları ihlalidir. Sadece bireye değil gelecek nesillere, topluma da çok ciddi

zararlar verir. Bu yüzden önlenmesi ve mağdurların rehabilitasyonu dünyaya çok büyük artılar kazandıracaktır. AİŞ'yi önlemek için toplumdaki kadının geleneksel rolü ile ilgili genel kanının değişmesi, toplumun tüm seviyelerinin ve bütün kuruluşlarının hep birlikte çalışması gerekmektedir. Burada aile hekimlerine de öncelikle AİŞ varlığının tespiti konusunda roller düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. WHO Violence. <http://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>. Erişim Tarihi: 23.02.2016.
2. Trevillion K, Agnew-Davies R, Howard LM. Domestic violence:responding to the needs of patients. Nursing Standard. 2011;25(26):48-56.
3. Global Status Report on Violence Prevention 2014. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014. Erişim Tarihi: 23.02.2016.
4. Söylemez M, Ardic T. Aile içi şiddet. Tüm Yönleriyle Şiddet (Çalıştay Raporu). Ed: Eyigün S, Oral B, Günay R, Başaran S, Yıldız H, Efe R. Dicle Üniversitesi Basımevi, 2013, Diyarbakır, s.3-8.
5. Page AZ, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. Türk Psikoloji Yazıları. 2008;11(22):81-94.
6. Mears DP, Visher CA. Trends in understanding and addressing domestic violence. Journal of Interpersonal Violence. 2005;20(2):204-11.
7. Gaines KK. Domestic violence. Urologic Nursing. 2008;28(5):331.
8. Butler A. Standing up against domestic violence. ANMJ. 2015;23(2):48.
9. Okan İbiloğlu A. Aile içi şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2012;4(2):204-22.
10. Akın M. Aile içi şiddet. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası. 2013;71(1):27-42.
11. Özgentürk İ, Karğın V, Baltacı H. Aile içi şiddet ve şiddetin nesilden nesile iletilmesi. Polis Bilimleri Dergisi. 2012;14(4):55-77.
12. Walsh J, Spangaro J, Soldatic K. Global understandings of domestic violence. Nursing and Health Sciences. 2015;17:1-4.
13. Violence. http://www.who.int/features/2015/health_survey/violence/en/. Erişim Tarihi: 23.02.2016.
14. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 2006;368:1260-9.
15. Michau L. Good practice in designing a community-based approach to prevent domestic violence. <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-gp-2005/docs/experts/michau.community.pdf> Erişim Tarihi: 24.02.2016.
16. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet. 2002;360:1083-8.
17. Yetim D, Şahin EM. Aile hekimliğinde kadına yönelik şiddete yaklaşım. Aile Hekimliği Dergisi. 2008;2(2):48-53.
18. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. Violence Against Women. 1998;4:262-90.

19. Yıldırım F, Öztaş D, Hablemitoğlu Ş. Bir sağlık sorunu olarak aile içi şiddetin önlenmesinde “Ekolojik Yaklaşım”. Sosyal Bilimler Dergisi. 2013;1(1):77-87.
20. Bandura A. Social learning theory of aggression. J Commun. 1978;28(3):12-29.
21. Polat O. Cinsiyete dayalı şiddet olgularına sağlık personelinin yaklaşımı. T.C. Sağlık Bakanlığı Üreme Sağlığı Programı, 2005.
22. New study highlights need to scale up violence prevention efforts globally. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-prevention/en/>. Erişim Tarihi: 23.02.2016.
23. Litten H. Domestic violence. Nursing Standard. 2014;28(32):19.
24. Picton C. Dealing with domestic violence. Emergency Nurse. 2013;21(2):3.
25. Plat-Jones JD. Domestic violence: the role of health professionals. Nursing Standard. 2006;21(14-16):44-8.
26. Pugh C. Domestic violence. Nursing Standard. 2011;25(46):49.
27. Heise L, Fulu E. What works to prevent violence against women and girls? https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/337603/What-know-what-knowledge-gaps-D.pdf Erişim Tarihi: 24.02.2016.
28. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi. 2009;9(1):49-62.
29. Khan Z. Domestic violence. Nursing Standard. 2012;26(22):59.
30. Lök N. Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistematik derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(2):149-56.

Konu 45

BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLAM ÇOCUK TAKİBİ

Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK, Dinçer ATİLA

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların birinci basamakta sağlam çocuk takibi hakkında bilgi ve tutum sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Birinci basamakta sağlam çocuk takibi hakkında tutum sahibi olmalı,
- Sağlam çocuk izleminin temel basamaklarını sayabilmeli,
- Sağlam çocukta izlem sıklığını ve içeriğini tanımlayabilmeli,
- Gerekli taramaları sayabilmeli,
- Uygulanması önerilen kemoproflaksileri sayabilmeli,
- Sağlam çocuk izleminin önemini savunmalı.

ÖZET

Birinci basamakta sağlam çocuk takibi antenatal dönemden başlayarak adölesan dönemin sonuna kadar devam eder. Çocuk izlem protokollerine göre yapılandırılmış sağlam çocuk takipleri pek çok farklı hastalığın önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesine yönelik koruyucu önlemleri de içerdiğinden sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi için en kolay ve maliyet etkin yöntemdir.

GİRİŞ

Sağlam çocuk izlemi, birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturan tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadığı değerlendirildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu hizmettir. Sağlam çocuk izleminde sağlığın sürdürülmesi, bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık ve sakatlıkları azaltmak ve önlemek amaçlanmaktadır (1).

Önemli Noktalar

- Sağlam çocuk izlemi, koruyucu hekimlik uygulamaları ve aile hekimliği klinik pratiğinin önemli bir bileşenidir.
- Sağlam çocuk izlemlerinin uygun ve yeterli şekilde sağlanabilmesi toplum sağlığının geliştirilmesinde etkili olmasının ötesinde temel insan hakları arasında yer almaktadır.

SAĞLAM ÇOCUK İZLEM BASAMAKLARI

Gözlem

Öykü ve fizik muayeneden önce aile ile karşılaşıldığı andan itibaren her değerlendirme sırasında bebeğin anne, baba, bakıcı ve çevresi ile ilişkilerinin gözlenmesi; aile ve bebek hakkında önemli bilgiler vereceği unutulmamalıdır.

Öykü Alma

Bebekle ilgili ilk değerlendirme yapılırken prenatal, natal ve soygeçmişle ilgili öykü alınarak her ziyarette güncellenmelidir. Her ziyarette çocukla ilgili, uyku, dışkılama, beslenme, aşı yan etkisi gibi konularda güncel bir şikayet olup olmadığı, ince ve kaba motor gelişim ve dil gelişimiyle ilgili ayrıntılı sorular sorularak çocuğun gelişiminin hangi aşamada olduğu ve yaşına uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir. İzlemlerde beslenme; anne sütü alıp almadığı, aldı ise ne kadar süreyle aldığı, ek gıdaların ne zaman başlanıldığı, vitamin ve mineral desteği alıp almadığı mutlaka kaydedilmelidir.

Fizik Muayene

Çocuk izlemi intrauterin dönemden itibaren yapılan gebe izlem sürecinde başlamaktadır. Sağlam çocuğun fizik muayenesi eksiksiz olmalı, şikayeti olmasa dahi tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Muayene sırasında uygun ısıda, temiz, havalandırılmış, mahrem alan sağlanması ve değerlendirmenin aile ile paylaşılması önemlidir. Her izlemede vücut ısısı, boy, ağırlık ve en az iki yaşına kadar baş çevresi saptanarak büyüme parametreleri büyüme çizelgeleri ile izlenmelidir. Fizik muayenenin çoğu hastalıkta (yenidoğan sarılığı, konjenital anomaliler, büyüme gelişme geriliği, gelişimsel kalça displazisi, kalp anomalileri, inmemiş testis, umbilikal/ inguinal herni vs.) erken tanı için çok önemli olduğu unutulmamalıdır (2).

Büyüme ve Gelişiminin Değerlendirilmesi

Bebek çocuk izlemlerinin niteliğini arttırmak ve standartlarını belirlemek amacıyla “Bebek ve Çocuk İzlem” Protokolleri hazırlanmıştır. Tüm bebek ve çocukların değerlendirilmesi, varsa sorunların tespiti, soruna yaklaşım, rutin uygulamalar gibi konuları içeren izlemler çerçevesinde; doğumdan sonra ilk 48 saat içinde, 15 ve 41. günde, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 18, 24 ve 36 ayda, 4 ve 5 yaşta izlemleri gerçekleştirilmelidir (3,4). Özellikle ilk izlemler sırasında ihtiyaca göre tekrarlanmak üzere aileye emzirme,

gaz çıkarma tekniği, kundaklamanın zararları, emzik ve biberon kullanmama, el yıkama, bebek ile sağlıklı iletişim, göbek bakımı, önemli hastalık bulguları (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs.), bebek hijyeni ve banyosu ile kazalardan korunma konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca her izlemin sonunda mutlaka bir sonraki izlem planlanarak aileye izlem tarihi konusunda gerekli açıklama yapılmalıdır.

Vücut ağırlığı: Çocuklarda büyüme ve gelişmenin genetik potansiyel ve çevresel faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (5). Ağırlık ölçümü çocuğun giysileri tamamen çıkartılarak yapılmalıdır.

Yenidoğan bir bebek ortalama 2800-3200 gram ağırlığındadır. Doğumu takiben ilk günlerde görülen %5-8 ağırlık kaybı fizyolojik kabul edilmektedir. Bebek genellikle 10-14 günde yeniden doğum ağırlığına ulaşmaktadır. Vücut ağırlığı ilk üç ayda 30 gr/gün, ikinci üç ayda 20 gr/gün, üçüncü üç ayda 15 gr/gün, dördüncü üç ayda 12 gr/gün artmaktadır. Bebeklerin 4-5 aylık olduğunda doğum ağırlığının iki katına, bir yaşında üç katına, iki yaşında ise dört katına ulaşması beklenmektedir (6-8).

Boy ölçümü: Doğumda ortalama boy 48-52 santimetredir. Üçer aylık dönemlerde 8+8+4+4 cm, bir yılda toplam 24-28 cm 1-2 yaş arasında yılda 11-13 cm uzama beklenmektedir (6-8). Genellikle iki yaşından sonra ayakta baş dik, omuzlar geride, dizler düz, ayaklar bitişik iken ölçüm yapılmalı, diurnal değişiklik görülebileceği unutulmamalıdır (6).

Baş çevresi: Ölçüm esnek olmayan bir mezura ile oksipital kemiğin en çıkıntılı noktasından, kulaklar ve kaşların üzerinden geçirilerek yapılmaktadır. Santral sinir sisteminin büyümesini gösteren bir parametredir. 0-3 yaş arasındaki çocuklarda düzenli olarak takip edilmelidir. Doğumda 35 cm'dir. İlk iki ayda ortalama 2 cm/ay, 2-6. aylarda 1 cm/ay, 6-12. aylarda 0,5 cm/ay artmaktadır (5,8).

Demir ve D Vitamini Profilaksisi

Bebek ve Çocuk İzlem Protokollerine uygun değerlendirme yapılarak preterm bebekte iki, term bebekte dördüncü aydan itibaren bir yaşına kadar demir profilaksisi yapılmalı, 9 aylık olduklarında hemogloblin değerleri tetkik edilmelidir. Fiziki muayenede palmar solukluk saptanmışsa demir eksikliği tedavisi uygulanarak aylık kontroller yapılmalıdır. Beş yaş ve erken orta ve geç adolesan döneminde birer kez hemogloblin bakılmalıdır.

Doğumdan itibaren en az bir yaşına kadar, tercihen 3 yaşına kadar tüm bebeklerde günde 400 IU D (günde 3 damla) vitamini verilmelidir (9).

TARAMALAR

Neonatal Tarama Programı

Fenilketonüri Taraması: Hayatın ilk 3.-5. günleri arasında fenilketonüri erken tanısı için yenidoğan taraması yapılmalı, topuk kanı alınıp alınmadığı sorgulanmalı, alınmadı ise topuk kanı alınmalıdır (10). Fenilketonüri kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Kanda ve diğer vücut sıvılarında artmış olan fenilalanin ve yıkım ürünlerinin beyinde hasar yapabileceği unutulmamalıdır (11).

Konjenital Hipotiroidi: Hayatın ilk 3.-5. günleri arasında konjenital hipotiroidinin erken tanısı için topuk kanı alınmalıdır (12). Konjenital hipotiroidi yenidoğan

döneminde en sık görülen endokrinolojik problem olup, tanı ve tedavinin gecikmesiyle geri dönüşümü olmayan mental retardasyona neden olabilmektedir (13).

Biotinidaz enzim eksikliği: Hayatın ilk 3.-5. günleri arasında biotinidaz eksikliğinin erken tanısı için topuk kanı alınmalıdır (13,14). Biotinidaz eksikliği, otozomal resesif bir kalıtsal bozukluk olup, başlıca sinir sistemi ve deri bulgularına yol açmaktadır (15).

Kistik Fibrozis: Neonatal Tarama Programına 2015 yılı itibariyle dahil edilmiştir. Yine hayatın ilk 3.-5. günleri arasında topuk kanı ile taranmaktadır. Kistik fibrozis mortalite ve morbiditeye yol açabilen nadir multisistemik bir hastalıktır. Erken teşhis ve tedavi beslenmede, solunum sisteminde ve bilişsel yeteneklerde başarı sağlar (16).

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD)

Doğumdan sonra ilk 48 saatte ailenin bilgilendirilmesi, 3. ve 4. haftada bebeğin gelişimsel kalça displazisi açısından tarama protokolüne uygun olarak risk değerlendirmesi ile fizik muayeneleri yapılmalı, kalça ultrasonografisi için yönlendirilmelidir. Riskli vakalarda ilgili uzmanlık alanına yönlendirme önerilmektedir. Sevk edilen bebeklerin tarama sonuçları en geç ikinci ay izleminde kayıtlara geçilmelidir (17).

Yenidoğan İşitme Taraması

İşitme taraması testinin bebek doğduktan sonraki ilk 72 saat içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması önerilmektedir. Bir ay içinde taramanın tamamlanması, kayıp varsa üç ay içinde tanı alması ve bebeğin 6. ay izleminde ise cihazlandırılması istenmektedir. Bu süreçte aile hekimlerinin taramaların önerilen şekilde yapılıp yapılmadığını sorgulamaları, yaptırmayanları ilgili merkeze yönlendirmeleri ve tanı alma aşamasında ya da tanı almış bebek ve çocukların takiplere devamlılıklarını kontrol etmeleri gerekmektedir (18).

Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi

Yenidoğanın 15. gün izlemi ve sonrasında her izlemde bebeğin görmesi değerlendirilmeli, üç yaştan sonra görme keskinliği muayenesi yapılmalı gerektiğinde göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir.

36-42 aylık çocuklarda aile hekimi tarafından kırmızı refle testi yapılmalı ve aile sağlığı elemanlarınca 'Lea Eşeli' ile annesinin kucağında, tek göz kapatılarak üç metre mesafeden 'Lea Eşeli' ile görme keskinliği testi uygulanmalı; iki testin ardından her iki göz tek tek 5/10 görmüyorsa, iki göz arasında okuma eşelinde iki sıra fark varsa veya çocuk risk grubundaysa göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir.

Prematür retinopatisi açısından 32 hafta ve/veya 1500 gramın altında doğan tüm bebekler göz hastalıkları kliniğine yönlendirilmelidir.

İnmemiş Testis

6 ay-1 yaş arası erkek bebek takiplerinde en az bir kez inmemiş testis muayenesi yapılmalıdır.

Arteriyel Tansiyon Ölçümü ve Hiperlipidemi Araştırılması

Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların erken tanısı amacıyla 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır. Ailede koroner kalp hastalığı öyküsü olan iki yaşından büyük çocuklarda açlık lipid düzeyleri değerlendirilmelidir.

Obezite Taraması

Normal sağlam çocuk izleminde obez ya da fazla kilolu olduğu belirlenen çocukların 3-6 ayda bir izlenmesi gerekmektedir.

Okul döneminde (6-18 yaş) obezitenin önlenmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, beden kitle indeksi ölçümlerinin yapılması, bu ölçümler sonrasında gerekli görülen durumlarda sağlıklı beslenme, psikososyal destek ve fiziksel aktivite danışmanlığı almak üzere yönlendirme önemlidir.

Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba-Motor ve İnce-Motor gelişim Taranması

Bebek Çocuk izlem Protokolüne ve Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programına göre 0-6 yaş döneminde bebek ve çocuğun bilişsel gelişimi, dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişimi, kaba-motor ve ince-motor gelişimi ile ilgili izlemlerin eğitilmiş bir personel tarafından yapılması ve sorunların saptanması halinde ilgili merkeze yönlendirilmesi önerilmektedir.

Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması

Tüm çocukların 18-36 aylar arasında bir kez otizm, 48-60 ay arasında da bir kez dikkat eksikliği hiperaktivite ve özgül öğrenme güçlüğü açısından değerlendirilmesi şüphelenilen durumlarda ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi önemlidir.

Sağlıklı Diyet Danışmanlığı ve Beslenme

Gebeliğin 32. haftasından itibaren bütün gebe izlemleri ile yenidoğandan itibaren 2 yaşa kadar olan tüm bebek izlemlerinde beslenme yetersizliği ve neden olduğu hastalıklardan korunma amacıyla anne sütü ile beslenme ve emzirme konusunda bilgilendirme, protokole uygun değerlendirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

Bebeklik (0-1 yaş arası), okul öncesi (1-5 yaş arası), okul dönemi (6-18 yaş arası) olmak üzere her dönemde en az bir kez sağlıklı diyet danışmanlığı sağlanmalıdır.

Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız diş sağlığının korunması amacıyla bebekte ilk süt dişinin çıkmasıyla birlikte ağız ve diş sağlığı bakımı ebeveynlere öğretilmeli diş hekimi tarafından 6 aylık periyodlarla değerlendirilmesi önerilmektedir. Dişlerde çürük, diş eti hastalıkları, anomaliler ve diş travmalarını önlemek amacıyla 6-7 yaş arası, 12-13 yaş arası ve 15-16 yaş arasındaki çocuklar en az birer kez diş hekimine yönlendirilmelidir.

Çocuklarda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Durumunun ve Tütün Ürünü Dumanından Pasif Etkilenmenin Değerlendirilmesi

Çocuk izlemlerinde 5 yaşa kadar olan çocuklarda her izlemde, 6-18 yaş grubunda ise yılda en az bir kez olmak üzere her klinik karşılaşmada tütün ve dumana pasif maruziyet

sorgulanmalı, zararları hakkında aileler bilgilendirilmelidir (19). Yılda en az bir kez olacak şekilde 18 yaş altı çocuğu olan ailelere türün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin zararları konusunda eğitim verilerek farkındalık yaratmak sağlanmalıdır.

13-18 yaş grubu çocuklarda ise her klinik karşılaşmada, tütün ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımı sorgulanarak bilgilendirme yapılmalı ve kullanımın tespiti halinde ilgili merkezlere yönlendirilmelidir.

Kazalardan Korunma Konusunda Danışmanlık

Çocuklarda düşme, yanık, suda boğulma, araç içi ve dışı yaralanmalar ile ev kazaları sıkça rastlanan morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Bu açıdan ailelere mümkün olduğunca her ziyarette bilgi verilmesi farkındalık artışı sağlayacaktır.

Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması

Çocuk izlemleri sırasında 6 yaşından küçük çocukların her muayenede, 7-18 yaş çocuklarda ise yılda bir kez çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili gözlem ve muayene ile değerlendirilmesi, şüphe halinde kötü muamelenin sorgulanması önerilmektedir. Çocuk istismarını ve kötü muameleyi düşündürecek bulgular saptandığında ilgili merciler bilgilendirilerek danışmanlık hizmetine yönlendirilmesi gerekmektedir.

Kan Yolu İle Bulaşan Hastalıklar

On sekiz yaşın altındaki kişiler ailenin talebi üzerine onay alınarak hepatit B, hepatit C, HIV gibi kan teması ile bulaşıcı hastalıkların erken teşhisine yönelik testler planlanmalıdır (20).

BAĞIŞIKLAMA

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomiyelit, hepatit B, hepatit A, varicella, hemofilus influenza tip B'ye bağlı hastalıklar ile streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşip bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içermektedir (21). Günümüzde önerilen genişletilmiş bağışıklama programı aşı uygulama şeması tablodaki gibidir (Tablo 1).

Tablo 1. Ulusal Aşı Takvimi

Aşılar	Doğum	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ay sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğret 1. sınıf	İlköğret 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A*							I	II		
Suçiçeği**						I				

*Ekim 2012'den itibaren **Aralık 2012'den itibaren

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aseklüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
KPA: Konjuge Pneumokok Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, Aseklüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtü Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

Ülkemizde onaylı olan ancak genişletilmiş bağışıklama programında yer almayan rota virüs aşısı, meningokok, mevsimsel grip ve insan papilloma virüs (HPV) gibi diğer bazı aşılar da uygulanmaktadır. Ailelerin bu aşılar konusunda da bilgilendirilmesi, gerektiğinde aşığı temin eden ve uygulanmasını talep eden ailelerin çocuklarına aşı uygulanması da sağlanmalıdır.

Son yıllarda ülkemizde kontrolsüz göçlerden kaynaklanabilecek salgınları önlemek amacıyla rutin aşı takvimine ilaveten 9.-11. aylarda takvim dışı bir kez kızamık aşısı önerilmektedir.

SONUÇ

Birinci basamakta sağlam çocuk takibi pek çok bileşenden oluşmaktadır. Çocuklarda sağlığın sürdürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında aile ile işbirliği içinde izlem protokollerine göre yapılandırılmış izlemlerin uygulanmasında aile hekimleri önemli bir role sahiptir. Uygun şekilde yapılan çocuk izlemleri sağlıklı nesiller yetiştirebilmenin ilk ve en önemli unsurlarındandır.

KAYNAKLAR

1. Vitrinel A, Erdağ GÇ. Sağlam Çocuk İzlemi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2007;11(3):101-6.

2. Gür E. Sağlam Çocuk İzlemi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi 2003;35: 9-16.
3. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-103174/h/bebekcocukergenzilemprotokolleri.pdf> Erişim Tarihi: 13.01.2016.
4. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü konulu 2008/45 Genelge. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6946/bebek-ve-cocuk-izlem-protokolu-genelgesi-2008--45.html> Erişim Tarihi: 13.01.2016.
5. İnce OT, Kondolot M, Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi ve Büyümenin Duraklaması. Turkish J Pediatr Dis 2011;5(3):181-92.
6. Himes JH. Challenges of accurately measuring and using BMI and other indicators of obesity in children. Pediatrics 2009;124:3-22.
7. Günay S. Çocuklarda Büyüme Gelişiminin İzlenmesi. D.E. Tıp Fak. Halk Sağlığı Bölümü Ders Notları. Mayıs 2011.
8. Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi. Katkı Pediatri Dergisi 2003;25:43-63.
9. Demir Gibi Türkiye Projesi konulu 2004/21 Genelge <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-584/demir-gibi-turkiye-projesi--genelgesi-2004--21.html> Erişim Tarihi: 13.01.2016.
10. Neonatal Tarama Programı Konulu 2006/130 Genelge <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3295/neonatal-tarama-programi-genelgesi-2006--130.html> Erişim Tarihi: 13.01.2016.
11. Al Hafid N, Christodoulou J. Phenylketonuria: A Review of Current and Future Treatments. Transl Pediatr 2015;4(4):304-17.
12. Yenidoğan Tarama Programı Konulu 2014/7 Genelge http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/05_05_2014_10_2_1_58.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2016.
13. Ataş A, Çakmak A, Karazeybek H. Konjenital Hipotiroidizm – Derleme. Güncel Pediatri 2007;5:70-6.
14. Yenidoğan Tarama Programı Gözden Geçirme Toplantısı sunumu 2012. www.ihs.gov.tr/indir/ceku/YTP07112012sunum.ppt Erişim tarihi: 13.01.2016
15. Kavasoğlu AN, Onay H, Köse M, Durmaz A, Kalkan S, Çoker M, Özkınay F. Yenidoğan Tarama Testinde Biotinidaz Eksikliği Saptanan Bir Olgu. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2014;23(1):49-52.
16. Brewington J, Clancy JP. Diagnostic Testing in Cystic Fibrosis. Clin Chest Med 2016;37(1):31-46.
17. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Konulu 2013/4 Genelge <http://sakaryahsm.gov.tr/duyuru/64/20134-tarih-ve-sayili-gelisimsel-kalca-displazisi-konulu-genelge.aspx> Erişim Tarihi: 13.01.2016.
18. Yenidoğan İditme Taraması Programı Konulu 2014/27 Genelge http://www.ihs.gov.tr/indir/mevzuat/genelgeler/G_201427_1.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2016.
19. Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı 2015-2018. http://www.havanikoru.org.tr/dosya/eylem_plani/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-plani.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2016.
20. HIV / AIDS Tani Tedavi Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No 919, Ankara 2013. http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/bulasici-hastaliklar-db/hiv_aids_tani_tedavi_rehberi_2013.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2016.

21. Genişletilmiş Bağişıklama Programı Genelgesi Konulu 2009/17 Genelge
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8187/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html> Erişim Tarihi: 13.01.2016.

Konu 46

ENGELLİ SAĞLIĞI

Sercan BULUT ÇELİK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların engelli sağlığı hakkında bilgi ve tutum sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Engelliliğin tanımını yapabilmeli,
- Dünya’da ve Türkiye’deki engellilik sıklığını belirtebilmeli,
- Engelli türlerini sayabilmeli,
- Engelli sağlığının önemini savunmalı,
- Engellilik oranının azaltılmasına yönelik tarama ve destekleme programlarını bilmeli,
- Engelli hastaya yaklaşım konusunda dikkat edilmesi gereken hususları sayabilmelidir.

ÖZET

Engellilik, bir sağlık sorunu olan bireyle (serebral palsi, Down sendromu veya depresyon gibi) kişisel ve çevresel faktörler (olumsuz davranışlar, binalarda ve açık alanlarda ulaşılabilirliğin sağlanmaması ve sınırlı sosyal destekler gibi) arasındaki etkileşimdir. Bu derste engellilik tanımı, Dünya’da ve Türkiye’deki sıklığı, engellilik değerlendirilirken dikkat edilecek noktalar, sağlık hizmetine ulaşım konusunda neler yapılması gerektiği literatürdeki bilgiler ışığında özetlenmiştir.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engellilikle ilgili olarak hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflama yapmıştır (1). DSÖ'nün tanımına göre;

Noksanlık (Impairment): Sağlık bakımından “noksanlık”; geçici veya kalıcı olabilen psikolojik ya da fiziksel yapı veya fonksiyonlarındaki bir kaybı veya anormalliği ifade eder. Bu tanım organ düzeyindeki bozuklukları ifade eder, hastalığın belirti ve bulgularını içerir.

Önemli Noktalar

- Engelli sağlığı ile ilgili konularda bilgilendirme, birinci basamakta ele alınması gereken önemli sağlık hizmetlerinden biridir.

Özürlülük (Disability): Bir noksanlık sonucu meydana gelen ve bir insan için normal kabul edilebilecek sınırlar içinde, bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi veya kısıtlanması durumunu ifade eder. Bu tanım bireysel düzeydeki fiziksel ve zihinsel yeti kaybını ifade eder.

Maluliyet (Handicap): Bir noksanlık veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder.

DSÖ'nün 2011 Dünya Engellilik Raporu tüm dünyada 18 yaş üzeri nüfusun %15,6'sının engelli olduğunu, bu oranın yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde %11,8'e düştüğünü, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde ise %18,0 düzeylerine çıktığını bildirmiştir (2). Türkiye genelinde engellilerle ilgili ilk büyük çalışma 2002 yılı nüfus sayımında gerçekleştirilen “Türkiye Engelliler Araştırması”dır. Bu araştırmanın sonuçları 2003 yılında yayınlanmıştır ve bu araştırmaya göre nüfusumuzun %12,8'ini engelli bireyler oluşturmaktadır. Aynı araştırma en yüksek engelli grubunun ortopedik engelliler olduğunu ortaya koymuştur (%1,25). Görme engelliler %0,6, işitme engelliler %0,4, zihinsel engeli olanlar %0,5, dil ve konuşma engeli olanlar %0,4 ve ruhsal ve kronik hastalığı olanlar da %9,7 oranındadırlar. Birden fazla engeli olanlar %11,4'ü oluşturmaktadır (3). Türkiye’de yaklaşık her 9 kişiden biri kısıtlayıcı engelliliğe sahiptir (4).

Engelli türleri şu şekilde sınıflandırılabilir (5):

Ortopedik Engelli

Kas iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı olan kişidir. El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında, kısıklık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi, spastikler ve sipina bifida olanlar bu gruba girmektedir.

Görme Engelli

Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir. Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü (tavuk karası) olanlar bu gruba girer.

İşitme Engelli

Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan kişidir. İşitme cihazı kullananlar da bu gruba girmektedir.

Dil ve Konuşma Engelli

Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşmanın hızında, akıcılığında, ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan kişidir. İşittiği halde konuşamayan, gırtlaklı alınanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil-dudak-damak-çene yapısında bozukluk olanlar bu gruba girmektedir.

Zihinsel Engelli

Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan kişidir. Zekâ geriliği olanlar (mental retardasyon), Down Sendromu, fenilketonüri (zeka geriliğine yol açmışsa) bu gruba girer.

Kronik Hastalık

Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklar bu gruba girer (kan hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları, HIV gibi).

Ülkemizde doğumsal sebeplere bağlı engellilik oranının azaltılmasına yönelik bazı tarama ve destekleme programları mevcuttur (5). Bu programlar;

- Fenil Ketonüri (FKÜ), Hipotiroidi, Biyotidinaz Enzim Eksiklikleri ve Kistik Fibrozisle İlgili Olarak Ulusal Yenidoğan Tarama Programı
- Yenidoğan İşitme Taramaları Programı
- İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı
- Hemoglobinozemi Kontrol Programı
- Bebeklerde Raşitizmin Önlenmesi ve Kontrolü Programı
- Neonatal Resüsitasyon Programı
- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı
- Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Eksikliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü
- Erken Çocukluk Gelişim ve Eğitimi Programı
- Ergenler için Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi Projesi
- Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu İçin Ulusal Strateji Eylem Planının Güncelleştirilmesi Programı
- Toplumda Dayalı Üreme Sağlığı/Aile Planlaması Bilgilendirme ve Eğitim Hizmetleri Projesi

Sağlık Bakanlığı 2008 yılında sağlık kuruluşlarında engelliler için uygun hizmet sağlanması için bir genelge yayınlamıştır (6). Bu genelgeyle birlikte engelli bireylerin sağlık hizmeti taleplerinin, ihtiyaçlarının durumlarına uygun ortamlarda beklentilerinin tam ve sürekli karşılanması sağlanmaya çalışılmaktadır.

BİRİNCİ BASAMAKTA ENGELLİ SAĞLIĞI

Birinci basamak uygulamaları içinde engellilik bakımına yönelik hizmetler şu şekilde artırılabilir (7): “Engellilerle çalışan herkesin daha fazla eğitime ihtiyacı vardır!”

- Engellilik durumu, toplumsal kaynaklar, kültürel duyarlılık, ruh sağlığı, cinsellik, yardımcı teknoloji, engelli formları konusunda öğrenci ve asistan eğitimleri vermek.
- Engelli hastalar için yeterli fiziksel erişim sağlamak.
- Fiziksel engelliler için engelli otoparkı, geniş otomatik kapı, asansörler, tekerlekli sandalyeler, yüksek-düşük tablolar, geniş odalar düzenlemek.
- Görme engelliler için büyük baskı ve yüksek kontrastlı ofis dekoru, iyi aydınlatma ve yüksek kontrastlı işaretler, kaldırımda "işitsel" eskortlar düzenlemek.
- Başvuru sırasında sadece engellilik değil ana şikayeti üzerine odaklanmak.
- Başvuranların ihtiyaçlarını dinlemek ve takipleri için zaman ayırmak.
- Engelliler için olumlu bir imaj oluşturmak, örneğin engelli personeli çalıştırmak.

Engelli bireylerin ailelerine kronik hastalıklarla başa çıkma ve sık görülen hastalıkların önlenmesi, hijyen gibi konularda periyodik olarak bilgilendirmeler yapılmalı, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde engelliler rutin izleme programlarına alınmalıdır.

SONUÇ

Engelli sağlık bakımında kaliteyi yakalayabilmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, tıbbi ve tıbbi olmayan müdahalelerin gerekliliği ve geçerliliği, sağlık hizmet sunucularının klinik bilgi, beceri ve algılamalarını geliştirecek eğitim programlarının hazırlanması ile ilgili araştırmalar ve projeler geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Barbotte E, Guillemin F, Chau N, the Lorhandicap Group, Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature, Bulletin of the World Health Organization 2001;79(11):1047–55.
2. World Report on Disability 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 068521 5 (PDF);Chapter 2;25-28.
3. DİE, 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması. Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 2004;5-15-29-18.

4. Öztürk M. Türkiye’de Engelli Gerçeği. MÜSİAD, 2009:9-20.
5. İnan S, Ceyhun Peker G, Tekiner S, Ak F, Dağlı Z. TAF Prev Med Bull, 2013;12(6):723-8.
6. Sağlık Bakanlığının Özürlü Kişilere Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Konulu 5-6-2008 tarih ve 2008/43 sayılı Genelgesi <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6908/ozurlukisilere-yonelik-saglik-hizmetlerinin-sunumu-hak-.html> Erişim Tarihi: 11.06.2016.
7. Morrison EH, George V, Mosqueda L. Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. Fam Med. 2008;40(9):645-51.

Konu 47

AİLE HEKİMLİĞİNDE KLİNİK GÖRÜŞME

Murat NAVRUZ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu bölümde, klinik görüşme ve muayene uygulamasının birinci basamaktaki yeri ve öneminin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Klinik görüşme ve muayene uygulamasının temel ilkelerini sayabilmeli,
- Görüşme ve uygulama sırasında öncelikli ele alınması gereken konuları belirtebilmeli,
- Klinik görüşme prensiplerinin ele alınış biçimlerini tartışabilmeli,
- Görüşme veya uygulama sırasında söylenmemesi gereken söz veya yapılmaması gereken tavır veya davranışları belirtebilmeli.

ÖZET

Klinik görüşme, birinci basamak hekiminin elinde, mesleğinin sanat yönünü en iyi gösterebildiği ve teknolojik gelişmelere rağmen öneminin azalması bir tarafa giderek arttığı, kendisini hastası hakkında vereceği kararda çok önemli verilere ulaştıran, genel özellikleri olsa da hastadan hastaya yaklaşım farklı şekillerde olacağı için standart bir formatı olmayan, belki de öğrenilmesi hiç bitmeyecek bir bilgi ve tecrübe birikimidir.

Klinik görüşme, çevresel şartları yeterli, empatik, hastanın kendini tam olarak ifade edebildiği, yargılamayan ve tıkanıldığında görüşmeye işlevlik kazandıran planlı soruların sorulduğu bir süreçtir. Tanışma-selamlamadan önce hasta görülür görülmez başlar, hastanın belirtilerini pek çok yönden değerlendirir ve en sonunda özetlenerek hastanın ne kadar ve nasıl anlaşıldığı gösterilir ve hastaya eklemek istedikleri için fırsat verilir.

Kısıtlı zaman, zor hasta, dil problemleri gibi zorlaştırıcı faktörlerin yanında, doktorun görüşme sürecini iyi yönet(e)memesi, amaçlanan faydaya ulaşmayı engelleyecektir. Tüm bu zorlukların üstesinden gelerek bir hastanın “Nihayet beni gerçekten dinleyen bir doktor buldum” demesi her zaman mutluluk verici olacaktır.

GİRİŞ

Klinik görüşme özellikle günümüzde önemini giderek daha fazla hissettirmektedir. Hızla ilerleyen teknolojik gelişmelere rağmen hasta, doktoru tarafından gerçekten dinlenmek ve kendisinin önemsendiğini görmek istemektedir. Böylece tanı, tedavi ve takip süreçleri de bu tür bir görüşmeden etkilenerek verimli bir şekilde sonuçlanabilecektir.

Klinik görüşme ve muayene uygulaması, Mezuniyet Öncesi Eğitim Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014 (ÇEP 2014)'de eğitim içeriğinin belirlenmesi sırasında temel alınacak ana listeler arasında sayılmış ve Temel Hekimlik Uygulamaları Listesinin alt başlıkları: (a) Genel ve soruna yönelik öykü alma (b) Genel ve soruna yönelik fizik muayene olarak yer almıştır (1). Yine Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı Wonca Europa 2002'de yer aldığı üzere Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri arasında; "Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar" belirtilmektedir. Bununla beraber, Genel Pratisyen/Aile Hekimi'nin sahip olması gereken çekirdek yeterlikleri sayarken, özgün problem çözme becerilerine sahip olması beklenmektedir (2). Bunun için de etkin ve yeterli bir klinik görüşme gerekmektedir.

KLİNİK GÖRÜŞME

Klinik görüşme, birinci basamak hekiminin elinde tanı ve tedavide kullanabileceği çok yönlü bir araçtır (3). Bununla birlikte görüşme, uzmanlaşması en zor klinik beceriler arasındadır. Doktor olan kişiden, hem entelektüel hem de duyuşsal yeterlilik beklenmektedir. Teşhise yönelik analitik muhakeme kurarken hasta ile anlaşma ve iletişim kurma dengesinin oluşturulması gerekmektedir. Klinik görüşme, bilimden ziyade bir sanattır. Bunun böyle olduğu onun tam olarak açıklanamayan büyüklüğü ve gizemli özelliğinden kaynaklanmaktadır (3).

Önemli Noktalar

- Klinik görüşme, birinci basamak hekiminin elinde tanı ve tedavide kullanabileceği çok yönlü bir araçtır.
- Klinik görüşme, bilimden ziyade bir sanattır.
- Klinik görüşme sırasında doktorun empati kurması ile hasta kendini daha iyi ifade edebilecek ve gereksiz veya gecikebilecek müdahaleler engellenecektir.
- Görüşme süreci her hasta için belli standartlar içerisinde aktif olarak yapılandırılır.
- Problemler açık uçlu sorularla başlanarak ele alınmalı, alınan cevaplardaki boşluklar, giderek odaklanan sorularla doldurulmaya çalışılmalıdır.
- Belirtiler sorgulanırken; kronoloji, yerleşim, kalite, miktar, çevre, azaltan ve artıran faktörler ve ilişkili bulgulardan oluşan belirtilere ait olabilecek 7 boyut ele alınır.
- Sistem sorgulaması ile önemli fakat atlanan belirtiler kontrol edilir.
- Görüşme süresince görüşmeye ait problemler kontrol edilmeli, görüşmeci kendinden başlayarak düzeltilebilecek problemleri çözmeye çalışmalıdır.

GÜNÜMÜZ ŞARTLARINDA KLİNİK GÖRÜŞME

Hekimin hastasıyla teması, asil bir şekilde olmalıdır..... onların kaba davranışlarını sakinlik içerisinde karşılamalı, komik sorularını hafife almamalı ve görüşmenin ciddiyetini zedeleyecek kadar hastayla yüzgöz olmamalı.

Rush 1812 (4).

Yıllar boyu klinik görüşme bilgi ve becerisi, öğrencilerin mezuniyet öncesi aldıkları staj dersleri sırasında veya uzmanlıkları boyunca edinilmiştir. Staj dersleri sırasında yapılan poliklinik ve servis pratikleri veya son sınıfta bir uzman veya asistanın yanında hasta-hekim görüşmesinin izlenmesi ve ara sıra hastayla birebir klinik görüşme yapma fırsatı mezuniyet öncesi klinik görüşme eğitiminin temelini oluşturuyordu (4). Günümüzde hala oldukça istifade edilen eski yıllara ait ders kitapları mevcut olduğu gibi, bazı tıp fakültelerimizin daha ilk yıllarında bu konuda oyunlaştırma (role-playing) uygulamaları eğitim müfredatına girmiş bulunmaktadır.

Ne kadar kitap okunursa okunsun, klinik görüşme deneyimi ve tecrübesi ancak hasta ile yüz yüze gelinerek kazanılabilir. Özellikle öğrencinin yaptığı ve kritiğe tabii tutulan görüşmelerle bu kazanım zirve yapar (3).

GÖRÜŞMENİN TABİATI VE AMACI

Klinik görüşme ile üç hastanın ikisini çözebildiğimiz gibi, gereksiz tetkiklerin istenmesinin de önüne geçmiş oluruz. Empatik bir klinik görüşme ile hasta kendini daha iyi ifade edebilecek ve gereksiz veya gecikebilecek müdahaleler engellenecektir. Burada normal bir konuşma ile klinik görüşmenin farkını öğrencilerimiz merak edeceklerdir. Klinik görüşmede doktor hastasına faydalı olabilmek için hastasının her anlattığını değerlendirmeli ve vereceği son karara kendini ulaştırabilecek anlaşılır, ilişkili ve iyi zamanlanmış sorular sormalıdır.

Probleme Odaklı veya Sağlığı Teşvik Edici Klinik Görüşmeler

Klinik Görüşmeler iki ana gruba ayrılırlar, probleme odaklı veya sağlığı teşvik edici klinik görüşmeler. Bir şikâyet üzerine gelen hasta ile probleme dayalı görüşme yapılırken, koruyucu sağlık önlemi almak, periyodik sağlık muayenesine gelen hastanın değerlendirilmesi gibi durumlarda sağlığı teşvik edici görüşmeler yapılır. Aslında birçok görüşme sırasında her iki tip görüşme de yapılmaktadır.

Tanısal Fonksiyonlar: Görüşmenin Süreci ve İçerik

Hasta görüşme süresince, ifade tarzından, etrafındakilere karşı gösterdiği davranışlara kadar birçok farklı ve önemli bilgiyi paylaşacaktır. Hastalığıyla ilgili bu bilgiler, kitaplarda olandan farklı olarak dağınık veya bazen ilgisiz olabilir. Tüm bu karmaşanın içinde doktor, görüşme sürecini kontrol etmeli ve kendine gereken bilgileri ayıklayarak daha sonra kolayca ulaşacak şekilde organize edebilmelidir.

Terapötik Görev: Yardımsever Bir İlişki Kurulması

Hastanın, doktorunu kendisine yardım etmeye hazır bir yardımsever olarak görmeye başlaması, kendisini, hastalığın tanı, tedavi ve takip süreçlerine daha aktif katılmasını sağlayacaktır. Yardımsever görünmek için, yargılamasız bir ilgi, empati, hastanın doktoru için özel olduğu doktorun hastayla olan ilişkisine yansımalıdır.

GÖRÜŞMENİN ORGANİZASYONU

İlk Dakikalar: Selamlama ve Hastanın Rahatını Sağlama

İlk görüşmede kendini net olarak tanıtmak, görüşmenin ilk dakikalarında etkili bir iletişim için çok önemlidir. Doktor (öğrenci) hastaya ismiyle hitap ederek kendini kısaca tanıtmalı ve amacını belirtmelidir. Örneğin; “Merhaba Ahmet bey, ben doktor Murat, (ben tıp fakültesi ikinci sınıf öğrencisiyim) izin verirseniz sizinle yaklaşık 20 dakika rahatsızlıklarınız ve bunların sizi nasıl etkilediği konusunda bir görüşme yapmak istiyorum” şeklinde olabilir. Görüşmeler sırasında hastanın otonomisini zayıflatacak veya görüşmeye katılımını kısıtlayacak çevresel şartlar en aza indirilmelidir (3).

Soru Sorma, Dinleme ve Gözleme

Tanışma ve izinden sonra çoğu hasta doktorunun rahatsızlığıyla ilgili sorular sormasını beklemektedir. Burada, “Sizi buraya getiren problem nedir” veya “Benimle paylaşmak istediğiniz hangi rahatsızlıklarınız var?” gibi açık uçlu sorular sorulmalı ve hastayı en az birkaç dakika kesmeden dinlemelidir (3). Hastanın kendini yeterli ifade edecek süre bulamadığı durumlarda veya doktorun açık uçlu sorulardan kısa sürede kapalı uçlu sorulara geçtiğinde, en önemli sorunu tespit etmek genellikle daha zor olur.

Kolaylaştırıcı Teknikler

Hastanın ilgiyle dinlendiğini görmesi, hastayı dinlerken duruşumuzla, mimiklerimizle, “evet..., anlıyorum..., daha sonra...” gibi motive edici bağlaçlar kullanılması hastanın kendini ifade etmesini kolaylaştırır. Bazen hasta ile beraber bir miktar sessiz beklemek onun söyleyeceklerine odaklanmasına ve duygularını daha iyi yansıtmaya olanak sağlayacaktır.

Temel Şikâyet

Görüşmenin sonuna doğru “Eklemek istediğiniz başka bir şey var mı?” gibi bir soru sorulmalıdır. Elimizde uzun bir şikâyetler listesi oluşmuşsa bunlardan öncelikle hangisi/hangilerinin kendisi için daha öncelikli olduğu sorulmalıdır.

Soru Çeşitleri

Hemen her konuya açık uçlu sorularla başlamalı ve gerekli ve önemli bilgiye ulaşmak için boşluklar, giderek odaklanan sorularla doldurulmalıdır. Sorular açık ve anlaşılır olmalı ve cevabı iki seçenekli veya yönlendirilmiş sorular sorulmamalıdır.

Hasta Semptomlarının Karakterizasyonu

Engel (1982), duyuşsal veya vücuda ait belirtilerin 7 boyutunu tanımlamıştır. Bunlar; kronoloji, yerleşim, kalite, miktar, çevre, azaltan ve artıran faktörler ve ilişkili bulgulardır. Hastadan gerekli bilgileri almak için yol gösteren açıklayıcı bir dil kullanmak gerekir.

Kronoloji

Bazı hastalarda belirtilerin tam olarak ne zaman başladığını öğrenmek pek mümkün olmayabilir. En azından yaklaşık tarihler tespit edilmelidir. Kronolojik bilgi toplarken, belirtinin süresi, periyodu, zaman ile şikâyetlerinde iyileşme ya da kötüleşme olup olmadığı da sorulmalıdır.

Yerleşim ve Dağılımı

Hastanın yaşadığı sıkıntıyı tam olarak tarif etmesine olanak sağlamalı ve gerektiğinde el hareketleriyle yerini, yayılımını ve varsa diğer şikâyetlerini de ayrı ayrı detaylı bir şekilde anlatmasına imkan verilmelidir.

Kalite

Hasta rahatsızlığını kendi ifadeleriyle tanımlamalıdır. Sıklıkla çoğu hasta bunun için örneğin, “Boğazımdan sanki çalı çekiyorlar” gibi benzetmeli ifadeler kullanırlar. Kendini tam olarak ifade edemeyen hastalar için bazen şikâyetlerinin karakterini tanımlamada yardımcı olabilecek “Ağrınız künt mü ya da bıçak batar tarzda mı?” şeklinde seçenekli sorular sorulabilir.

Miktar

Rahatsızlığın miktarını sorgularken, 1’den 10’a kadar bir skala üzerinde kendi rahatsızlığının miktarını sorabiliriz. Fiziksel aktivitelerle ortaya çıkan rahatsızlıklarda, hangi aktivite şiddetinde daha belirgin ortaya çıktığını saptamaya yönelik sorular sorulmalıdır.

Çevre

Çevre; belirtilerin ilk nasıl, nerede, ne yaparken ortaya çıktığını bulmaya yönelik sorulardır. Hastalıkla ilişkili olabilecek fiziksel, sosyal ve duygusal etkileşimleri de ortaya çıkarmayı amaçlar.

Artıran veya azaltan faktörler

Hastanın rahatsızlığını dinlerken bu konuda bazı ipuçları edinilebilir. Hastaya rahatsızlığını nelerin artırıp azalttığı ve varsa kullandığı ilaçların veya kendi başına yaptığı çözüm yollarının işe yarayıp yaramadığı sorulmalıdır.

İlişkili Bulgular

Hastanın rahatsızlığının tam olarak tanımlanması için, ilişkili bulguların da sorulması gerekir. Ön tanıların şekillenmesinde ve ayıklanmasında ilişkili bulguların sorgulanması önemlidir.

Belirtinin Diğer Yönleri

Belirtinin kendisi kadar hastayı nasıl etkilediği de önemlidir. Hastanın rahatsızlığının çözümü konusunda doktordan beklentisi, gerçekçi veya gerçekçi olmayan beklentileri ileriki zamanlarda karşılaşılabilecek gelişmelere etkisi olacaktır. Görüşmenin, bu konularda da faydalı olması beklenir.

Özetleme

Görüşmenin doktor tarafından özetlenmesi, hastaya nasıl anlaşıldığını görme fırsatını vermekle beraber, söylemeyi unuttuğu veya yanlış anlaşılan bilgileri düzeltme fırsatı da verecektir. Tabi ki yeni ve işe yarar bilgilere daha sonra da ulaşılabileceği bilinmelidir.

Geçiş Konumları

Görüşme sırasında, konu başlığının değiştirilmesi durumlarında doktorun sözü alması ve hastaya “..... konuda anladım. İsterseniz biraz da konuda konuşalım” şeklindeki yönetimidir.

Tıbbi Özgeçmiş

Tıbbi özgeçmiş, hali hazırda ve gelecekte bizim için veri özelliği olan konuları içermelidir. Yapılan aşilar, alerjiler yada sağlığı koruma adına alınan önlemler gibi.

Soy geçmiş

Soy geçmiş, genetik bağlantılı hastalıklarda veya şüphe uyandıran durumlarda sorulmalıdır. İleri yaştaki hastalarda bazı durumlarda soy geçmiş bilgisi, rahatsızlığı çözümlenmede oldukça işe yarar bilgiler içerebilir.

Hasta profili ve sosyal hikâyesi

Hastanın eğitimi, mesleği, olağan günlük faaliyetleri, fonksiyonel durumu, arkadaşlarıyla ilişkileri, mali durum ve alışkanlıkları gibi sağlığını ilgilendiren konular da ele alınmalıdır.

Sistem Sorgulaması

Fizik muayeneye geçmeden önce hastanın sistem sorgulamasını tamamlamak gerekir. Belli bir liste halinde sorulacak belirti ve bulgulardan hastada var olanların belirtilmesi istenir. Hastanın daha önce belirttiği bulguları tekrar tekrar doktora hatırlatması, dikkat çekmek ve duyuşsal destek istediğinin göstergesidir.

Görüşmenin Bitirilmesi

Görüşme bitirilmeden önce, hastaya, ekleyeceği veya soracağı herhangi bir şey olup olmadığı sorulmalıdır. İlginç olan, bazı hastaların muayene sırasında daha önce vermedikleri önemli bilgileri vermeleridir. Bunun muayene sırasında hastanın kendini güvenle doktorun muayenesine bırakması veya muayene sırasında oluşan hislerin hastaya bazı şeyleri hatırlatması olabilir.

GÖRÜŞMEYE AİT PROBLEMLERİN SAPTANMASI VE ÇÖZÜMLENMESİ

En tecrübeli klinisyenlerin bile bazı klinik görüşmelerde problemlerle karşılaşması mümkündür. Karşılaşılan bu problemler genel olarak 3 ana gruba ayrılabilir:

- 1- Hastaya ait problemler (yoğun duyuşsal tepkiler, gerçekçi olmaya beklentiler gib)
- 2- Görüşmeciye ait problemler (yargılamalı tutum, fazla yönlendirici sorular, dinlememe gibi)
- 3- Hasta-Hekim ilişkisini engelleyen problemler (dil engeli, ortak amaç eksikliği gibi)

Bu tür problemlerin üstesinden gelebilmek için doktor en baştan kendine sık sık şu soruları sormalıdır; “Hastam ile uyumlu bir görüşme yapıyor muyum?, İşe yarar bir görüşme yapıyor muyum?, Yeterince veri toplayabiliyor muyum?”.

Bununla beraber klinisyen, görüşme sırasında kendini kontrol etmeli ve kızgınlık, bıkkınlık veya hayal kırıklığı yaşayıp yaşamadığını tespit etmelidir. Böyle bir durumda doktor, bir adım geriye giderek nerede eksik ya da hata yaptığını tespit etmeye çalışmalıdır. Örneğin, görüşme sırasında kendisi hakkında negatif düşünceye sahip hastasının aslında depresif bir ruh hali içerisinde olduğunu saptayabilir. Yine dil farkından kaynaklanan problemler, tercüman yardımıyla aşılabılır. Dağınık anlatımlar için yönlendirici sorular sorulabilir, gerçekçi olmayan beklentiler için doktor, hastaya yapabileceklerini ve limitlerini hatırlatmalıdır.

Özel durumların sorulması ayrı bir özen gerektirir. Örneğin, “Cinsel hayatınız nasıl?” gibi sormak yerine, “Bazı kalp hastalarının cinsel fonksiyonlarında bozukluklar olabilir, siz bu konuda herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz?” şeklinde olmalıdır.

Empati, hastanın doktoruna duyacağı güvencenin ana kaynağıdır. Öncelikle hastanın ne hissettiğinin anlaşılması ve ifade edilmesi gerekir. Hastaya gösterilecek empatinin derecesi genel olarak doktorun hastasıyla geliştirdiği ilişkinin derinliğiyle bağlantılıdır.

Görüşme sırasında hasta bazen ağlayabilir. Bu durumda hastanın duygu boşalmasını yaşamasına fırsat vermeli, sakinleşmeye başladığında kendisini ağlatan veya öfkeleniren sebebi ve bu konuda konuşmak isteyip istemeyeceği sorulmalıdır.

Bazen hastanın paylaşmak istemediği önemli bilgileri edinmek için hastaya nazik bir ikaz yapmak gerekebilir. Örneğin, “Benimle bazı problemlerinizi konuşmaktan çekindiğinizi görüyorum, bu konuda sizin güveninizi tam olarak sağlayamadım herhalde?” ya da “Size yardım edebilmem için probleminiz hakkında mümkün olan en fazla bilgiye ihtiyacım olabilir” hatırlatması uygun olacaktır.

Zaman Sınırlaması

Birçok klinik uygulamasında zaman sıkıntısı yaşanmaktadır. Bazı hastalar bunun farkında olmadan gereksiz yere doktorun zamanını kullanmakta, bir sürü problemin bir klinik görüşmede ele alınmasını bekleyebilmektedir. Bu gibi durumlarda hastaya muayeneye gelmeden önce hangi problemlerinin öncelikle ele alınmasını istediğine karar vermesi hatırlatılmalıdır.

Sık görülen problemlere genel bir bakış;

- 1- Geleneksel yazılı tıbbi hikaye karşısında, hastanın görüşme sırasında ilettiği tıbbi hikaye karışıklığı
- 2- Aşırı yönlendirilmiş ve kapalı uçlu sorularla hastanın görüşmenin işe yararlılığı konusunda cesaretinin kırılması
- 3- Görüşme sırasında hastanın duygusal tepkilerinin göz ardı edilmesi
- 4- Görüşme konusunun alanının çok dar tutulması
- 5- Belirtilerin 7 boyutuyla ele alınmaması
- 6- Problemin tek seansta çözülmeye çalışılmasının zorlanması
- 7- Yeterli veri toplamadan, ön tanıların listelenmesi
- 8- Fazla karışık, çift anlamlı ya da anlamsız sorular sorulması

- 9- Görüşme sırasında temel nezaket kurallarına uyulmaması
- 10- Hastanın probleminin sebebinin kendi ifadeleriyle ortaya çıkmasının engellenmesi
- 11- Not alırken görüşmenin kesintiye uğraması.

KAYNAKLAR

1. Gölpinar M. A. GE, Songur A., Vitriuel A. (2014) Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı.
2. Okay Başak. Aktürk Z, Topsever P. (2002) Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı Wonca Europe.
3. H Kenneth Walker WDH, J Willis Hurst (1990) Clinical Methods. 3 ed, The Medical Interview. Georgia: Emory University School of Medicine.
4. E. RR (2002) Rake! Texbook of Family Practise. 6 ed, Interviewing Techniques. The Curtis Center Independence Square West Philadelphia, Pennsylvania, Saunders.

Konu 48

AİLE HEKİMLİĞİNDE FİZİK MUAYENE

Murat NAVRUZ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu konu sonunda katılımcıların fizik muayene uygulamasının birinci basamaktaki yeri ve önemi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Fizik muayene uygulamasının temel ilkelerini açıklayabilmeli,
- Muayene sırasında öncelikli ele alınması gereken konuları belirtebilmeli,
- Aile hekimliğinde yapılması gereken muayeneler ve bu muayenelerin ele alınış biçimlerini tartışabilmeli,
- Fizik muayene uygulama sırasında yapılmaması gereken tavır veya davranışları belirtebilmeli.

ÖZET

Fizik muayene uygulaması, hastanın, gözlem, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon tekniklerinden en az biriyle değerlendirilmesidir. Hastanın ilk görülmesiyle başlar, tedavi sonuçlarını değerlendirirken bile devam edebilir. Fizik muayene için en iyi ortam, hastanın kendini tam olarak ifade edebildiği, önemsendiğine inandığı, sessiz ve yeterli donanıma sahip ortamdır.

Fizik muayene için en önemli gereç meraklı ve hassas bir zihindir. Peşinden gözlem, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon teknikleri ve bunları kullanırken ihtiyaç duyduğumuz tansiyon aleti, stetoskop, mezura, termometre gibi tıbbi araç gereçler gelir. Tam ve sistemli bir fizik muayene yapmak için izlenmesi gereken basamaklar hastanın rahatını sağlamakla başlar. Optimum ortam sağlandıktan sonra vital bulgular ve genel görünüm değerlendirilir. Baş muayenesi sırasında, gözler ve kulaklara bakılır, oftalmoskop ile detaylı incelenir. Burun, ağız, yüzün değerlendirilmesiyle baş bitirilir. Sonrasında boyun, ön gövde, arka gövde ile muayenenin oturur kısmı tamamlanır. Hasta sırt üstüne yatarken, gövde, abdomen, alt ekstremitelerin proksimal kısmı, kadın hastaların uygun pozisyonda pelvik ve rektal muayeneleri yapılır. Son olarak erkekler için hasta ayaktaiken pelvik ve rektal muayene yapılır. Her muayene en uygun pozisyonda yapılmalıdır.

Fizik muayene, hastanın ihtiyacına göre esnetilebilen içeriğe sahip olmalıdır. Genel sağlığın değerlendirildiği periyodik fizik muayeneler kapsamlı olmalı, ancak şikâyet belli ise, tanısını bulma yolunda şikâyete yönelik fizik muayene yapılmalıdır. Hekimden

hekime varlık karakteri değişebilecek semptomları kayıt altına alırken mümkün olduğunca net ve ölçülebilir ifadeler kullanılmalıdır.

TANIM

Fizik muayene, objektif anatomik bulguların gözlem, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon ile değerlendirilmesi işlemidir. Bu değerlendirmenin amacının hasta veya yakını tarafından biliniyor olması ve hastanın şikâyetlerine ve olabilecek hastalıkların patofizyolojilerine uygun olması gerekir. Hastanın mevcut teşhisi ve önerilecek tedavisi için gerekli verilerin yaklaşık %20'sini fizik muayene ile elde edebiliriz.

Fizik Muayene İçeriği

Neredeyse istisnası olmayacak şekilde hemen hemen tüm fizik muayene işlemleri sırasında hastadan hikâye de alınır. Çok nadiren bazı hastalardan hikâye alınmaz veya acil durumlarda sadece kayıtlardan yararlanır. Fizik muayene ile ilgili bilgiler, hastanın konuşması, mimikleri, kıyafeti, yürüyüşü ile alınmaya başlanır. Hastaya ait pigmentler, terleme, kızarıklıklar da birçok patoloji için ipucu verir.

Hekim-Hasta Etkileşimi

Mekân, her zaman hastane odası veya poliklinik gibi sessiz ve özel donanımlı bir yer olmayabilir. Bu alanların dışındaki yerlerde muayene için gerekli asgari şartları sağlamada zorluk çekilmesi kaçınılmazdır. En iyi ortam, hastanın kendini tam olarak ifade edebileceği, kendisinin önemsendiğine inandığı, paylaşımlarının güvenini hak ettiğini düşünebildiği yeterince sessiz ve yeterli donanıma sahip ortamlardır. Muayene sırasında kibar bir dil kullanılmalı ve ne yapmak istediğimizi açıklamalıyız. Hastadan bize yardımcı olmasını istediğimiz durumları da açıkça belirtmeliyiz. Gerektiğinde hasta muayenenin rahatsız edici kısımları için hazırlanmalıdır.

Fizik muayene boyunca gerekli açıklamalar dışında sürekli konuşulmamalıdır. Hastayı utandıracak bir duruma meydan verilmemelidir. Özel bölgelerin muayenesi sırasında ve açık kalmasının muayeneye bir fayda vermediği durumlarda ilgili bölgeler bir örtü kullanılarak örtülmelidir. Fizik muayene hastanın beklemediği bir şekilde aniden bitirilmemelidir. Böyle bir durum hasta-doktor ilişkisinin değerini azaltacak ve tedavinin etkinliğini kötü yönde etkileyecektir. Doktor, fizik muayene sonunda hastasına anlayabileceği dilde ve bir sıralama içerisinde hastasında saptadığı ve ilgili olabilecek bulguları özetlemelidir.

Araç- Gereçler

Fizik Muayene için en önemli işe yarar ilk araç meraklı ve hassas bir zihindir. İkinci en önemli husus ise gözlem, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon tekniklerinin

Önemli Noktalar

- Fizik muayene, hastanın ilk görülmesiyle başlar, gözlem, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon tekniklerinden en az biri kullanılır ve tedavi sonuçlarını değerlendirirken bile devam edebilir.
- Fizik muayene en iyi hastanın kendini tam olarak ifade edebildiği, önemsendiğine inandığı, sessiz ve yeterli donanıma sahip bir ortamda yapılır.
- Tam ve sistemli bir fizik muayene yapmak için izlenmesi gereken basamaklar oluşturulmalıdır.
- Fizik muayene, hastanın ihtiyacına göre esnetilebilen içeriğe sahip olmalıdır.
- Genel sağlığın değerlendirildiği periyodik fizik muayeneler kapsamlı olmalı, ancak şikâyet belli ise, tanısını bulma yolunda şikâyete yönelik fizik muayene yapılmalıdır.

kullanılmasıdır. Daha az önemde ofisimizde kullanılacak araç ve gereçler gelmektedir. Bu araç ve gereçler Tablo 1’de sıralanmıştır.

Tablo1. Fizik muayene için gerekli bazı malzemeler

Pamuk	Tansiyon aleti
Işık Kaynağı	Stetoskop
Kayganlaştırıcı	Mezura
Midriatik damla	Termometre
Oto-oftalmoskop	Spanç
Kağıt havlu	Dil basacağı
Cep göz kartı	Tuning çatal (128 Hz)
Muayene eldiveni	Kahve veya tarçın yağı
Refleks çekici	

MUAYENE

Fizik muayene odasının çevresi sessiz ve sadece hastaların muayenesi için özel olmalı, gerektiğinde oda karanlıklaştırılabilmesi, hasta ve hekim için asgari konfor standartlarına sahip olmalıdır.

Fizik muayenenin tam olarak yapılabilmesi, bazı bölgelerin atlanmaması için hastanın belli bir sırada ve pozisyonunu en az sayıda değiştirerek yapılması daha uygun olacaktır (Tablo 2). Bunu yaparken örneğin baş boyun muayenesi sırasında nörolojik, lenfatik ya da iskelet sistemi gibi birden çok sistemlerin bir arada değerlendirilmesi gerekecektir. Tersine örneğin önce sadece tüm damar sisteminin muayene edilmesi daha sonra ise tüm nörolojik sistemin ele alınması hem hastayı hem de doktoru daha fazla yoracaktır. Muayene sırasında herhangi bir anormallik fark edildiğinde kliniğe uygun ve ilgili sorular zamanında sorulmalıdır.

Duruma göre değişen birçok fizik muayene formu oluşturulabilir. En sık olarak, doktor hastasının vücudunu genel olarak inceler, anormallikler arar. Hikâyeden çıkarılan ipuçlarıyla ilgili sistemler daha detaylı olarak muayene edilir. Tam ve sistemli bir fizik muayene sıklıkla aşağıdaki basamaklara göre yapılır.

Fizik Muayene Basamakları

- 1- Hastanın rahatı: Hasta, rahat bir pozisyonda ve uygun bir şekilde örtülmüş olmalıdır.
- 2- Optimum ortam: Muayene yüzeyinin yüksekliği, ışık kaynağı, perdeler uygun konumda olmalı, gürültü kaynağı olabilecek televizyon ya da radyo gibi cihazlar kapatılmalıdır.
- 3- Vital bulgular ve genel görünüm: Hastanın radyal nabızı alınmalı, brakial arter kan basıncı ölçülmelidir. Genel görünüm, saçların durumu, kas kitlesi, eklem ve

- genel vücut hareketleri, anormal kokular ve solunumun yapısı değerlendirilmelidir.
- 4- Baş:
- a. Gözler: Gözün konjunktivası, sklera, kornea ve iris değerlendirilmelidir. Pupiller, düzensizlik, odaklama ve ışık reaksiyonu açısından test edilmelidir. Görme alanı, keskinliği (2. kranial sinir) değerlendirilmeli, ekstra oküler hareketler ve korneal reflekse bakılmalıdır.
 - b. Kulaklar: Kulak kepçesi ve etrafındaki yapılar incelenmeli, duyma keskinliğine bakılmalı, Weber ve Rinne testleri yapılmalıdır (8. kranial sinir).
 - c. Oftalmo-otoskop: Oftalmoskop ile karartılan odada pupil aralığından gözün iç kısmını incelenir. Özellikle retina, optik disk, damarlar ve makula lutea'ya dikkat edilmelidir. Oda karanlıkken otoskop ile kulak yolu ve kulak zarı da incelenmelidir.
 - d. Burun: Burun spekulumu ile burun kanatları, burun mukozası, septum ve konkaların durumu incelenmelidir.
 - e. Ağız: Vermilyon sınırı, ağız mukozası, dil incelenmelidir. Tükrük bezi kanalı ağzı belirlenmeli, diş çürükleri, tedavileri, yanak ve dildeki ısırik izleri incelenmelidir. Farenks gözlenmelidir.
 - f. Yüz: Simetri, gülümseme, kaşların çatılması, çene hareketlerine bakılarak kranial sinirlerin 5. ve 7.'si hakkında değerlendirme yapılmalıdır.
- 5- Boyun: Boyunda, tükürük bezleri, lenf bezleri ve tiroid bezi palpe edilmelidir. Trakeal deviasyona bakılmalı, karotid arterler oskülte edilmeli, juguler ven dolgunluğu değerlendirilmelidir. Gerek duyulduğunda hasta yatırıldığı zaman juguler ven dolgunluğu ve arkasına geçildiğinde tiroid bezi tekrar muayene edilmelidir. 11 ve 12. kranial sinirlerin muayenesi için, sternokloidomastoid ve trapezyus kaslarının kuvveti değerlendirilmelidir.
- 6- Ön gövde: Hasta otururken, epitroklear ve aksiller lenf nodları muayene edilmelidir. Memeler incelenmeli, kalp; gerekirse hastayı öne doğru eğdirerek dinlenmelidir.
- 7- Arka gövde: Spinal kıvrım ve sırt deformiteleri açısından gözlenmeli, arka ve yan akciğer yüzey alanları oskülte edilmelidir.
- 8- Muayenenin oturur kısmı tamamlanırken: Proksimal ve distal motor gücü, derin tendon refleksleri, uzak nabızlar ve ekstremitte duyusu değerlendirilmelidir.
- 9- Hasta sırt üstüne yatarken:
- a- Gövde: Memeler, kalp tekrar incelenir, akciğerlerin ön kısmı dinlenir.
 - b- Abdomen: İnspeksiyondan sonra barsak sesleri ve olabilecek üfürümler oskülte edilir. Peşinden karaciğere ve dalağa ait büyümeler dikkate alınarak abdomen perküsyon ve palpasyonla değerlendirilir.

- c- Proksimal alt ekstremiteler: Nabız ve lenfadenopatiler için inguinal, femoral ve popliteal bölgeler incelenir. Ayak bileği, diz ve kalça ekleminin hareket açıklığı değerlendirilir.
- 10- Hasta ayakta: Her iki cinsiyette de duruş ve yürüme, erkekte dış genital organlar değerlendirilir.
- 11- Pelvik ve rektal muayene: Kadınlarda pelvik muayene kadın doğum muayene masasında ayaklar desteklenerek yapılmalıdır. Rektal muayene sırasında, bakılacaksa gaitada gizli kan da bakılmalıdır. Erkeklerde, rektal muayene en iyi hasta öne eğilir pozisyonda yapılır.

Tablo 2. Hasta ve Hekimin Konumları

Anatomik alan veya aktivite	Hasta	Hekim
Vital Bulgular, genel izlenim	Oturur, uzanmış	Yatak başında veya ayakta önünde
Baş-Boyun	Oturur	Hastanın önünde duruyor
Ön gövde	Oturur	Önce hastanın önünde duruyor, sonra arkasında.
Sırt	Oturur	Hastanın yanında
Göğüs ve batin	Sırtüstü	Hastanın önünde duruyor
Erkek genital organlar	Ayakta	Hastanın önünde duruyor
Yürüme, koordinasyon	Farklı durumlarda	Hastanın önünde duruyor
Kadın genital organlar	Dorsal litotomi pozisyonunda örtülü olarak	Ayakta veya tabure üzerinde

Klinik olarak ideal fizik muayene, hastanın ihtiyacına göre esnetilebilen içeriğe sahip olmalıdır. Genel sağlığın değerlendirildiği periyodik muayeneler, birçok hastane muayeneleri gibi kapsamlı olmalıdır. Buna karşın, üst solunum yolu enfeksiyonu ya da idrar yolu enfeksiyonu için gelen bir hastada tam fizik muayene yapılması maliyet etkin olmayacaktır.

SONUÇ

Fizik muayene, hastalığın hikâyesinden başlayıp, tedavinin sonuçlarına dek devam eden ve anahtar role sahip bir uygulamadır. Kaliteli bir hikâye alma ve fizik muayene sonrası istenecek tetkikler, genellikle doktorun kendini doğruladığı sonuçları ortaya koyacaktır. Bunun yanında özensizce yapılan fizik muayenelerin bu sonucu doğurması beklenmemelidir. Fiziksel anormalliğin patofizyolojisinin anlaşılması, doğru teşhis ve

tedavi için gereklidir. Örneğin, karotid üfürümlerinin kalp kapağı kaynaklı olabileceği ayırımının yapılabilmesi, kritik öneme sahip olacaktır.

Hastalıklar hakkında bilgiler çoğaldıkça, fizik muayene teknikleri de artmaktadır. Akıllı doktor, fizik muayenesini devamlı gözden geçirir ve repertuarına yeni muayene teknikleri ekler.

Fizik muayeneyi, sensitivitesi ve spesifitesi açısından değerlendirmek zordur. Bir fizik muayene bulgusunun yorumlanması, ona ait hikâye bilgisine ve beraberinde bulunan diğer bulgulara bağlıdır. Örneğin, parmaklarda çomaklaşma (clubbing of fingers) olup olmadığı, gözlemciler arasında değişkenliği yüksek bulunmuş ve hastanın klinik görünümünün bunu etkilediği saptanmıştır.

Fizik muayene bulgularında görülen çok zengin değişiklik nedeniyle aşağıdaki önermeleri, fizik muayene bulgularını raporlarken veya yorumlarken dikkate almak faydalı olacaktır;

- 1- İkili duruma sahip bulgular daha çok vurgulanmalıdır (var olan yada olmayan bulgular; örneğin rallerin var olup olmadığı gibi).
- 2- Bazı fiziki bulgular ancak tam olarak anormal olduklarında rapor edilmelidir (örneğin çomak parmak). Bu tür bulgular sınırda ise dikkate alınmamalıdır.
- 3- Kişilere göre değişebilen bulguların değerlendirilmesi önemlidir. Batında az miktarda asit varlığı buna iyi bir örnektir. Bu bulguların tekrarlanabilirliği, bulgular hakkındaki vurguyu güçlendirecektir.
- 4- Vücudun simetrisi bir avantaj olarak kullanılmalıdır. Akciğer alanlarındaki solunum seslerinin farklı duyulması, genel olarak akciğer seslerinin azalmasından, klinik olarak daha önemlidir.

Eğer bu konular akılda iyi tutulursa, fizik muayene hastanın bakımında olması gereken önemde kullanılmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Campbell EJ, Lynn CK (1990) The Physical Examination. In Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations, 3rd ed. (HK Walker, WD Hall and JW Hurst, editors). Boston.
2. E. RR (2002) Rakel Textbook of Family Practise. 6 ed, Physical examination. The Curtis Center Independence Square West Philadelphia, Pensiylvania, Saunders.

Konu 49

BİRİNCİ BASAMAKTA TANI VE TARAMA TEST SONUÇLARININ KLİNİK KARAR VERME SÜRECİNDE KULLANILMASI

Memet IŞIK, Aziz AVCI

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcılara aile hekimliğinde kullanılan tanı ve tarama testlerinin sonuçlarının klinik karar verme sürecindeki kullanım prensipleri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- “Altın standart test” kavramını açıklayabilmeli,
- Prevalans ve insidans kavramlarını açıklayabilmeli,
- Duyarlılık ve özgüllük kavramlarını açıklayabilmeli,
- Pozitif ve negatif öngörü değerlerini açıklayabilmeli,
- Odds oranını açıklayabilmeli,
- Fagan nomogramını ve tanı testlerindeki kullanımını açıklayabilmeli.

ÖZET

Tanı testlerinin aile hekimliği ve diğer branşlardaki kullanımları farklılıklar arz etmektedir. Aynı tanı testinin birinci basamak ve ikinci-üçüncü basamaktaki değeri farklı olabilir. Aile hekimleri tanı testlerinin teknik ve klinik özellikleri ve bunların tanı sürecinde nasıl kullanılacakları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

GİRİŞ

Bu yazıda birinci basamakta çalışan hekimlerin tanı koymada kullanma ihtiyacı duydukları testlerin, klinik karar verme sürecinde ne kadar etkili olduğu konusu irdelenecek; hastalığın yaygınlığı ile ilgili prevalans ve insidans, testlerle ilgili duyarlılık (sensitivity), özgüllük (specificity), pozitif öngörü değeri (positive predictive value), negatif öngörü değeri (negative predictive value), olabilirlik oranı (likelihood ratio), test öncesi ihtimal (pretest probability), test sonrası ihtimal (posttest probability) ve Fagan nomogramı gibi istatistiksel kavramlar tartışılacaktır.

Önemli Noktalar

- Tanı testlerinin aile hekimliği uygulamasındaki değeri diğer disiplinlerden farklıdır.
- Tanı testlerinin teknik ve klinik özelliklerini bilmek gerekir.
- Fagan nomogramı testin klinik karar verme sürecinde kullanılabilir.

Birinci basamak düşük prevalans hekimliği olduğu için, kullanılan tanı testlerinin hastalıkları ön görme değeri oldukça düşüktür. Test sonuçları hekimlerin klinik karar verme sürecinde etkin bir araç olmasına rağmen, uygulamada çoğu zaman bu sonuçlar istatistiksel olarak bir değerlendirmeye tabii tutulmadan yorumlanmaktadır. Hekim, kapıdan girer girmez hastayı şüurlu veya gayri ihtiyari incelemeye başlar. Doğru tanı koymak için ilk yapılması gereken, önce ayrıntılı bir hikâye almak ve dikkatlice fizik muayene yapmaktır. Hikâyenin iyi alınması ve fizik muayenenin özenle yapılması birinci basamakta çoğu zaman tanı koymak için yeterli olabilir. Tanı için bir teste ihtiyaç duyulması durumunda ise istenen testin her zaman tanı koymada yüzde yüz başarılı olamayacağı unutulmamalıdır. Test sonuçları belli oranlarda doğru sonucu yansıtır. Kanıta dayalı tıbbi uygulama yapmak için, hekim hastadan aldığı hikâyeyi ve fizik muayene bulgularını, kendi bilgi ve tecrübeleriyle yorumlayıp, test sonuçları ile harmanlayarak bir sonuca varmalı ve kararını da hasta ile paylaşmalıdır. Tanı sonrası tedavi düzenlerken hastaya tedavi seçeneklerini sunmalı ve hastanın da onamını alarak uygun gördüğü tedaviyi uygulamalıdır.

Doğru tanı koymada en etkili faktör araştırılan hastalığın toplumdaki yaygınlığıdır. Yaygınlığı çok düşük olan bir hastalığın araştırılmasında kullanılan testin, duyarlılık ve özgüllüğü çok yüksek olması durumunda bile pozitif ön görü değeri çok düşük kalacaktır. Bu konu örneklerle açıklanacaktır.

ALTIN STANDART TEST

Altın standart test, herhangi bir hastalık şüphesiyle tetkik edilen hastalarda en güvenilir sonucu veren testtir. Bir hastalık teşhisinde kullanılan birçok test olabilir. Ancak bunlardan bir tanesi "referans test" olarak kabul edilir. Yeni ve daha güvenilir bir test ortaya çıktığında altın standart değişebilir. Altın standart testin, duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek olmalıdır. Kullanılan testlerin duyarlık ve özgüllükleri altın standart bir test ile mukayese edilerek değerlendirilir.

PREVALANS VE İNSİDANS

Bir hastalığın **prevalansı**, belli bir anda, belli bir bölgede, tanımlanan nüfustaki mevcut vakaların sıklığıdır. Prevalans nüfusta var olan hasta sayısının, risk altındaki nüfusun sayısına bölünmesiyle hesaplanır. **İnsidans** ise belirtilen nüfusta belirli bir sürede ortaya

çıkan **yeni vakaların** görülme hızıdır. İnsidans ile prevalans hastalığın seyir süresine bağlı olarak farklılık gösterir. Mesela belli zamanlarda soğuk algınlığı salgını görülebilir. Bu durumda soğuk algınlığı insidansı yüksek olurken (yeni vaka sayısı fazla olduğundan) prevalansı; hastalık kısa sürdüğü için düşük olacaktır. Oysa diyabet gibi ömür boyu süren hastalıkların insidansı düşük iken prevalansı yüksektir. Prevalans, genellikle 100 (yüzde) veya 1000 kişide görülen vaka olarak ifade edilir (1). Birinci basamakta bir hastalığın görülme ihtimali bu hastalığın toplumdaki prevalansına yakındır.

Prevalans, risk altındaki toplumda test yapılmadan önce araştırılan hastalığın bulunma ihtimali olarak da adlandırılır (prior probability of disease).

DUYARLILIK (SENSİTİVİTY) VE ÖZGÜLLÜK (SPECİFİCİTY)

Duyarlılık ve özgüllük, hastalık var veya yok şeklinde sonuç veren durumlarda kullanılacak istatistiksel kavramlardır. Birinci basamakta en sık kullanılan testler hastalık var veya yok şeklinde sonuç veren testlerdir. Gerçek pozitif oran olarak da adlandırılan **duyarlılık**, hasta olanlarda kullanılan testin hasta dediklerinin gerçek hastalara oranıdır. Gerçek negatif oran olarak da adlandırılan **özgüllük** ise sağlıklılara, testimizin sağlıklı dediklerinin gerçekten de sağlıklı olanlara oranıdır. İfadeleri daha basitleştirir isek, duyarlılık hasta olanlarda testin pozitif çıkma ihtimali, özgüllük ise sağlıklılarda testin negatif çıkma ihtimalidir. Dört gözlü bir tablo yaparak bu durumu daha iyi anlayabiliriz.

Test Sonucu	Hastalık		Toplam
	Var	Yok	
Test sonucu olumlu (+)	(a) Gerçek pozitif	(b) Yalancı pozitif	a+b
Test sonucu olumsuz (-)	(c) Yalancı negatif	(d) Gerçek negatif	c+d
Toplam	a+c	b+d	

$$\text{Duyarlılık} = \frac{a}{a+c} = \frac{\text{Gerçek pozitif}}{\text{Gerçek pozitif} + \text{Yalancı negatif}}$$

$$\text{Özgüllük} = \frac{d}{b+d} = \frac{\text{Gerçek negatif}}{\text{Yalancı pozitif} + \text{Gerçek negatif}}$$

Çekilen bir MR, X ray filmi veya bir biyopsi neticesinde, hastalar aranan hastalık bulgularının ve semptomlarının olup olmasına göre hastalık var veya yok diye iki gruba ayrılırlar. Mesela kolon kanseri ön tanısı ile araştırılan 344 hastayı, kolon kanseri tanısında altın standart test olarak kabul edilen kolonoskopi ve bizim geliştirdiğimiz tanı testi (X Testi) ile değerlendirdiğimizi ve şöyle bir tablo ile karşılaştığımızı düşünelim:

Kolon kanseri taramasında kullanılan X Testi ile Kolonoskopi arasındaki ilişki

Kolon Kanseri			
	Hastalık Var	Hastalık Yok	
X Testi	(+)	(-)	Toplam
Test sonucu +	231	32	263
Test sonucu -	27	54	81
Toplam	258	86	344

Bu tabloya göre X testimiz kolonoskopiye göre ne kadar başarılıdır? Kolon kanserlerini, altın standart test kabul edilen kolonoskopiye göre ne kadar doğru tespit ediyor?

Bu soruların cevaplanmasında kullanılacak en kolay yol bizim testimizin sonuçları ile kolonoskopi sonuçları (gerçekten hastalık var veya yok olduğunu gösteren altın standart test sonuçları) arasında bir oranlama yapmaktır. Buna göre gerçekte 258 hasta varken bizim testimiz sadece bu gerçek hastaların 231'ini tespit edebilmiş ve 32 hastaya da yanlış pozitif sonuç vererek 263 kişide hastalık var demiştir.

$$\text{Örneğimizdeki testin duyarlılığı} = \frac{231}{258} = 0,90$$

$$\text{Özgüllüğü ise} = \frac{54}{86} = 0,63 \text{ 'dür.}$$

Kullandığımız X testine göre, kolon kanseri çıkan hastaların %90'ında gerçekten kolon kanseri olabileceğini, kolon kanseri yok çıkan hastalarımızın ise sadece %63'ünün gerçekten sağlıklı olabileceğini öngörebiliriz.

Duyarlılık ve özgüllük bir klinik testin tanı koymadaki etkinliğini değerlendirmede kullanılacak yöntemlerden biridir. Biz klinisyenler, elimize gelen test sonucunun duyarlılığına ve özgüllüğüne dikkat etmeden, sadece sonucun pozitif veya negatif olduğuna odaklanıyoruz. Oysa test sonucuna göre hastalık olan bir vakada, gerçekten hastalık olma ihtimalinin, kullanılan testin duyarlılık ve özgüllüğüne göre değiştiğini düşünmemiz gerekir.

Duyarlılığı yüksek olan bir test ile elde edilen negatif bir sonuç bir hastalığı dışlamak için kullanılabilir. Duyarlılığı yüksek olan bir test, test sonucu negatif olduğunda güvenilirdir. Çünkü yüksek duyarlılıklı bir test, *hastalığı olanlarda* yanlış tanı koyma ihtimali çok düşüktür. Duyarlılığı yüzde yüz olan bir test, hastalığı olanların tamamını saptar. Böyle bir testin negatif sonuç vermiş olması, test yapılan kişide kesinlikle hastalığın olmadığını gösterir.

Yüksek duyarlılığı olan bir testin uygulandığı kişide pozitif sonuç çıkması bu kişide hastalığın gerçekten var olduğu anlamına gelmez. Bunu anlamak için şu örneği kullanabiliriz. Mesela çok kaliteli testler üreten bir firmanın ürettiği ve duyarlılığı da %100 olan bir testin sahtesinin yapıldığını düşünelim. Bu sahte test uygulandığında her zaman pozitif sonuç veriyor olsun (negatif sonucu olmayan bir test). Gerçek test

kullanıldığında hastalık belirlenen her hastada sahte test de pozitif sonuç vereceğinden, bu sahte testin de duyarlılığı %100 olacaktır. Tamamen sağlıklı insanlara da bu sahte testi uyguladığımızda, her test yapılan şahısta pozitif sonuç verdiği için duyarlılık yine %100 çıkacaktır. Duyarlılık hesaplamasında yalancı pozitifler hesaba katılmadığından, sahte testin yalancı pozitiflik değeri %100 olmasına rağmen duyarlılığı da %100'dür. Bu yüzden bir kişide hastalığın var olduğunu sadece testin duyarlılığına bakarak karar veremeyiz. Yüksek duyarlılığı olan bir testin tip II hata oranı düşüktür.

Yüksek özgüllüğü olan bir testin pozitif çıkması hastalığın olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Böyle bir testin sağlıklı insanlarda pozitif sonuç verme ihtimali düşüktür. Özgüllüğü %100 olan bir test, sağlıklı olanlarda hastalığı %100 dışlar. Böyle bir testin pozitif çıkması yüksek bir ihtimal ile hastalığın var olduğunu gösterir. Özgüllüğü yüksek olan bir testin negatif çıkması hastalığı dışlama açısından faydalı değildir. Yukarıda sahte test örneğimizi tekrar ele alarak, bu defa da sahte testimizin her yapıldığında negatif sonuç verdiğini farz edip, tamamen sağlıklı olan bir topluma bu testin uygulandığını düşünecek olursak, testimizin bütün hastalarda negatif çıkacağını, dolayısı ile de özgüllüğünün %100 olacağını görürüz. Özgüllük hesaplamasında yalancı negatifler kullanılmaz. Aynı test hasta bir topluma uygulandığında da sonuçlar negatif çıkar. Bu testin yalancı negatiflik değeri %100'dür. Bu nedenle hastalığı dışlama açısından bu testin hiçbir faydası yoktur. Yüksek özgüllüğü olan bir testin tip I hata oranı düşüktür (2).

Duyarlılık ve özgüllük bir teste ait teknik değerlerdir. Hastalık prevalansı ile değişmezler. Pozitif ve negatif ön görü değerleri ise hastalık prevalansına göre değişir. Hastalığın prevalansı arttıkça tanı testinin öngörü değeri de artar.

ÖNGÖRÜ DEĞERLERİ (PREDICTIVE VALUES)

Tanı koyma amacıyla yapılan diagnostik bir testin doğru tanı koyma ihtimalini bilmemiz gerekir. Yukarıda anlatıldığı gibi sadece bir testin duyarlılık ve özgüllüğüne bakarak bu bilgiye ulaşamayız; testin öngörü değerlerine bakmamız gerekir.

Pozitif Öngörü Değeri (Positive Predictive Value)

Test sonucu pozitif çıkan ve doğru tanı konulanların, test sonucu pozitif çıkanlara oranıdır. Başka bir ifade ile testi pozitif çıkanların, hasta olma ihtimali diye de ifade edebiliriz. Yukarıdaki dört gözlü tablomuzu dikkate alarak şu formülü yazabiliriz:

$$\text{Pozitif Öngörü Değeri} = \frac{a}{a + b} = \frac{\text{Gerçek pozitif}}{\text{Gerçek pozitif} + \text{Yalancı pozitif}}$$

Yukarıdaki örneğimizi göz önüne aldığımızda bu testin pozitif ön görü oranı:

Pozitif öngörü değeri = $\frac{231}{231+32} = 0,88$ 'dir. Yani testi pozitif çıkan hastaların %88'i gerçekten hastadır, ya da testi pozitif çıkan bir kişinin gerçekten hasta olma ihtimali %88'dir.

Negatif Öngörü Değeri (Negative Predictive Value)

Sağlıklı olup testi negatif çıkanların, testi negatif çıkanların toplamına oranıdır.

$$\text{Negatif Öngörü Değeri} = \frac{d}{c + d} = \frac{\text{Gerçek negatif}}{\text{Yalancı negatif} + \text{Gerçek negatif}}$$

Yukarıdaki örneğimize göre, testimizin negatif ön görü değeri ise:

Negatif Öngörü Değeri = $\frac{54}{81} = 0,67$ 'dir. Buna göre testi negatif çıkan hastaların %67'si gerçekten sağlıklıdır veya testi negatif çıkan bir hastanın gerçekten sağlıklı olma ihtimali %67'dir.

Klinik uygulamada, sadece bu değerlere bakarak bir testin ne kadar bir ihtimal ile doğru tanı koyduğunu söylemek çok doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Daha önce de değinildiği gibi, bir testin pozitif ve negatif ön görü değerleri, test edilen hastalığın toplumdaki prevalansına bağlı olarak değişir. Örneğimizdeki kolon kanseri prevalansı 258/344=%75'dir. Bu durumda örneğimizin kolonoskopi yapılan bir üçüncü basamak sağlık hizmeti veren gastroenteroloji polikliniğinden seçildiğini söyleyebiliriz. Kolon kanseri dünyada görülme sıklığı kadınlarda 14-15/100000 iken; Avrupa'da 23-25/100000, ülkemizde ise 8/100000'dir (3). Aile hekimliği polikliniğinde kolon kanseri prevalansı yaklaşık olarak 8/100000'dir. Üçüncü basamakta kullandığımız aynı testi birinci basamakta kullanacağımızı düşünerek hesaplamalarımızı yeniden yapacak olursak:

Kolon kanseri prevalansı=8/100000

Testin duyarlılığı=90/100

Testin özgüllüğü=63/100

(duyarlılık ve özgüllük testin teknik özellikleridir, prevalanstan etkilenmez)

Tablomuzda değerleri yerine koyalım:

Kolon kanseri taramasında kullanılan X Testi ile Kolonoskopi arasındaki ilişki

Kolon Kanseri			
	Hastalık Var	Hastalık Yok	
X Testi	(+)	(-)	Toplam
Test sonucu +	a	b	
Test sonucu -	c	d	
Toplam	8	99992	100 000

Örneğimizdeki testin duyarlılığı = $\frac{a}{a+c} = 0,90$

100000 kişide sadece 8 hastada kolon kanseri olduğunu prevalansın $8/100000$ olmasından çıkarıyoruz. Yani $a+c=8$, $\frac{a}{a+c} = 0,90 \Rightarrow a \cong 7, c \cong 1$ dir.

Özgüllüğü $\frac{d}{b+d} = 0,63$ olarak verilmiştir. Buna göre:

$b+d = 99992$ kişi $\Rightarrow b = 36997$ ve $d = 62995$ ' dir.

Bu sonuçlarla testin;

Gerçek pozitif değeri = 7

Yalancı pozitif değeri = 36997

Yalancı negatif değeri = 1

Gerçek negatif değeri = 62995' dir.

Testimizin pozitif ön görü değeri $= \frac{a}{a+b} = \frac{7}{7+36997}$ gibi çok düşük bir rakam çıkar ki; bu testin birinci basamakta tanı koyma amacıyla kullanılmasının hiçbir anlamı yoktur.

Testimizin negatif ön görü değeri $= \frac{d}{c+d} = \frac{62995}{1+62995}$ gibi yüzde yüze yakın, çok yüksek bir değer çıkar.

Şunu unutmamak gerekir ki, araştırılan hastalığın prevalansı düşük olduğu ölçüde, negatif çıkan bir test sonucunun doğru olma ihtimali o ölçüde yüksektir. Bizim birinci basamaktan verdiğimiz örneğimizde negatif öngörü değerinin %100 çıktığını görmekteyiz. Bu testin birinci basamakta hastalık yok dediği insanların %100'ü sağlıklıdır. Fakat bu testin pozitif öngörü değeri o kadar düşüktür ki ($7/37004$) matematiksel olarak dikkate almaya bile değmez. Bu testin hastalık tespit ettiği insanların çok büyük bir kısmı (nerdeyse tamamına yakını) aslında sağlıklıdır. Prevalans arttığında ise test sonucu pozitif olan bir kişinin gerçekten hasta olma ihtimali artmakta iken, test sonucu negatif olan birinin sağlıklı olma ihtimali ise azalmaktadır.

Pozitif ve negatif ön görü değerleri test sonrası hastalık olma ihtimali olarak da isimlendirilir (posterior probabilities). Test sonrası ihtimal ile test öncesi ihtimal (prevalans) arasındaki fark, kullanılan testin yararlılığını gösteren değerlendirme araçlarından birdir.

OLABİLİRLİK ORANI (LİKELİHOOD RATIO)

Bir test sonucu için olabirlik oranı, gözlemlenen sonucun hasta olanlarda gerçekleşme ihtimalinin, hasta olmayanlar arasındaki gerçekleşme ihtimaline oranıdır. Test sonucu pozitif veya negatif olabilir. Bu nedenle bu iki sonuç için pozitif ve negatif olabirlik oranı hesaplanmaktadır.

Pozitif olabilirlik oranı (OO+): Gerçekte hasta bir kişide test sonucunun pozitif çıkma ihtimalinin, hasta olmayan bir kişide test sonucunun pozitif çıkma ihtimaline oranıdır. Gerçekte hasta bir kişide test sonucunun pozitif çıkma ihtimali duyarlılık, hasta olmayan bir kişide test sonucunun pozitif çıkma ihtimali ise 1 – (eksi) seçicilik olarak tanımlanır. Bu durumda pozitif olabilirlik oranı şöyle hesaplanır:

$$OO+ = \frac{\text{duyarlılık}}{1 - \text{özgünlük}}$$

OO+ bir test sonucunun, gerçek olma ihtimalini tahmin etmede, klinik açıdan daha kullanışlı ve güvenilirdir (4, 5).

Yüksek bir OO+ değeri testin faydalı olduğunu gösterir, fakat kesin hastalık olduğu anlamına da gelmez.

Negatif olabilirlik oranı (OO-): Gerçekte hasta olan bir kişide test sonucunun negatif çıkma ihtimalinin, sağlam olan bir kişide test sonucunun negatif çıkma ihtimaline oranıdır. Örneğimizle devam edecek olursak:

$$\text{Gerçekte hasta olan kişide test sonucunun negatif çıkma ihtimali} = \frac{27}{258}$$

$$\text{Sağlam olan bir kişide test sonucunun negatif çıkma ihtimali} = \frac{54}{86}$$

$$OO- = \left(\frac{27}{258} \right) / \left(\frac{54}{86} \right) = 0,16$$

Gerçekte hasta olan bir kişide test sonucunun negatif çıkma ihtimali 1 – (eksi) duyarlılık, sağlıklı olan bir kişide test sonucunun negatif çıkma ihtimali ise seçicilik olarak tanımlanır (6).

Pratik olarak negatif olabilirlik oranı şöyle hesaplanır: OO- = 1-duyarlılık / seçicilik.

Bizim örneğimizi bu formüle göre yapacak olursak:

$$OO- = \frac{1-0,90}{0,63} = 0,16$$

Bu sonuçları nasıl yorumlayalım ya da hastaya nasıl anlatalım? Hastaya şöyle demek doğru olabilir; “sizin hastalığınıza sahip bir kişide bu testin negatif çıkma ihtimali, sağlıklı bir kişide bu test sonucunun negatif çıkma ihtimalinden 0,16 kat daha fazladır”. “0,16 kat” demek kafa karıştırıcı olabileceği için, doğrudan “sizin hastalığınıza sahip bir kişide bu testin negatif çıkma ihtimali, sağlıklı bir kişide bu test sonucunun negatif çıkma ihtimalinden 6,25 kat (1/0,16=6,25) daha azdır” denilebilir.

OO-'nin 1'den küçük olması hasta insanlarda testin negatif çıkma ihtimalinin hasta olmayan insanlarda testin negatif çıkma ihtimalinden daha düşük olduğunu göstermektedir. Genel olarak OO- 10'dan büyük olması hastalık ihtimalini kuvvetlendirirken, 0,1'den az olması ise hastalık olmaması ihtimalini güçlendirir (5, 7).

Bu konuyla ilgili bütün hesaplamaları yapabilen internet siteleri pratik olarak günlük uygulamalarımızda bize yardımcı olabilir. <https://kennis-research.shinyapps.io/Bayes-App/>. internet adresini buna örnek verebiliriz.

ODDS ORANI

Test öncesi hastalık oddsı, herhangi bir test uygulamadan önce hedef nüfusta hasta olanların (yani prevalansın) hasta olmayanlara oranıdır.

Örneğimizde kolon kanseri prevalansı %75 idi. Test öncesi hastalık oddsı $= \frac{0,75}{1-0,75} = 3,0$. Her 4 kişiden 3'ü hasta iken 1'i sağlıklıdır. Testimizin duyarlılığı %90 ve özgüllüğü %63 idi. Testin pozitif çıkması durumunda, test sonrası hastalık oddsunu şöyle düşünerek hesaplayabiliriz. Testimizi uyguladığımız ve sonucu da pozitif çıkan hastalarımızdan (263 vakada testimiz pozitif çıkmıştı) altın standart teste göre 231'i hastaydı. Test sonrası hastalık prevalansı görüldüğü gibi %87,8 oldu ($\frac{231}{263} = 0,878$). Bu durumda test sonrası hastalık odds'u $= \frac{0,878}{1-0,878} = 7,2$ olarak hesaplanır. Yani testimizin sonucuna göre hasta olanların 100'ünden yaklaşık 14 tanesi sağlıklı, kalan 86 tanesi ise gerçekten hastadır (100/7,2). Test sonrası OO+ da $= \frac{0,90}{1-0,63} = 2,4$.

Yapılan teste göre hasta olanlarda post test odds'u hesaplamamızın başka bir pratik yolu ise, test öncesi odds'un olabilirlik oranı ile çarpımıdır. Örneğimizde test öncesi odds = 3, olabilirlik oranı ise 2,43 bulunmuştu. Post test odds = $3 \times 2,4 = 7,2$.

FAGAN NOMOGRAMI (ÇÖZÜM GRAFİĞİ)

Test öncesi ve test sonrası ihtimaller arasındaki ilişki Fagan çözüm grafiği ile de kolayca gösterilebilir. Fagan grafiği aşağıdaki şekilde de görüldüğü gibi, solda test öncesi ihtimali (pre-test probability) ortada olabilirlik oranı ve sağda da test sonrası ihtimali (post-test probability) gösteren dikey çizgiler olan bir çizelgedir (Çizelge 1).

Fagan grafiğinde test öncesi ihtimal ile olabilirlik oranı arasında çizilen doğrusal çizginin test sonrası ihtimal çizgisini kestiği değer, test sonrası ihtimal değerini gösterir. Aynı hastada ayırıcı tanı için başka bir test yapılacak ise bu şekilde bulunan test sonrası ihtimal değeri yapılacak olan yeni test için test öncesi ihtimal değeri olarak kabul edilir. Kullanılacak yeni testin olabilirlik oranı da yukarıda anlatıldığı şekilde hesaplanarak bu test için test sonrası hastalık ihtimali hesaplanır. Eğer birden çok ardışık testler yapılacak ise bulunan test sonrası ihtimal, aynı şekilde, bir sonraki test için test öncesi ihtimal olarak kabul edilerek en son yapılan test için test sonrası ihtimal değeri hesaplanır (8). Örnek verecek olursak, test öncesi ihtimali (prevalansı) %10 olan bir hastalığın tanısı için duyarlılığı da özgüllüğü de %90 olan bir test kullandığımızı varsayalım:

$$OO+ = \frac{0,90}{1-0,9} = 9 \text{ hesaplanır.}$$

Soldaki test öncesi ihtimal çizgisi üzerindeki 0,1 noktası ile ortadaki olabilirlik oranı çizgisi üzerindeki 9 nokta arasında düz bir çizgi çizerek sağdaki test sonrası ihtimal çizgisine kadar devam ettirdiğimizde, 0,5 noktasından test sonrası ihtimal çizgisini kestiğini görürüz. Yani prevalansı %10 olan bir hastalığın tanısında kullanacağımız, duyarlılık ve özgüllüğü %90 olan bir testin sonucunun pozitif çıkması halinde, kullanılan bu test sonucuna göre, bu kişinin hasta olma ihtimali %50'dir. Sadece testlerin sonucuna bakarak tanı koymak yanlış pozitif veya yanlış negatif tanılara neden

olabilir. Duyarlılık ve özgüllüğü yüksek görünen (örneğimizde %90) bir testin bile prevalansı %10 olan bir hastalığın tanısını koymada ancak yazı-tura atmak kadar (%50 ihtimal) bir seçiciliği vardır (Çizelge 2a). Fakat aynı test üçüncü basamakta kullanıldığında tanı koymada çok etkili olabilir. Bu testi prevalansın %50 olduğunu tespit ettiğimiz bir üçüncü basamak polikliniğinde yaptığımızı düşünecek olursak Fagan çizelgesinde test sonrası ihtimalin %90'lara çıktığını görürüz (Çizelge 2b).

<p>Çizelge 1. Fagan nomogramı</p>	<p>Çizelge 2a. Birinci basamakta test öncesi ihtimal %10, test sonrası ihtimal %50</p> <p>Çizelge 2b. Üçüncü basamakta test öncesi ihtimal %50, test sonrası ihtimal %90</p>

SONUÇ

Bir testin duyarlılık ve özgüllüğü, bir kişide test sonrası hastalık olasılığını tahmin etmede yeterli değildir. Bunun yerine pozitif ve negatif öngörü değerleri test sonrası hastalık ihtimalini tahmin etmede kullanılabilirler. Test edilen hastalığın prevalansı ve test öncesi hastalık ihtimali test sonrası ihtimali etkileyen en önemli etmenlerdir. Klinik kullanımda test sonrası hastalık çıkma ihtimalini tahmin etmede nomogram kullanımı basit ve pratik bir yoldur. Klinik karar vermede tanı testleri hikaye ve fizik muayene

bulguları ile birlikte değerlendirilmeli; hekim kendi bilgi ve tecrübesini de işin içine katmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Temel Epidemiyoloji. 2nd edition ed: Dünya Sağlık Örgütü 2006. 230 p.i.
2. Sensitivity and specificity 2016. https://en.wikipedia.org/wiki/Sensitivity_and_specificity#cite_note-cebm-3. Erişim Tarihi: 22.02.2016.
3. Türkiye'de Kanser Kayıtlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı; 2016. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitligi/108-t%C3%BCrkiyede-kanser-kayitligi.html#sthash.5XgN1Veh.dpuf>. Erişim Tarihi: 22.02.2016.
4. Gordis L. Epidemiology. Fifth edition. ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2014. xv, 392 pages p.
5. Demir F. Tanı ve Tarama Test Sonuçlarının Klinik Karar Verme Sürecinde Kullanılması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;5(2):91-5.
6. Deeks JJ, Altman DG. Diagnostic tests 4: likelihood ratios. BMJ. 2004;329(7458):168-9.
7. Jaeschke R, Guyatt G, Lijmer J., Ie. Users' guides to the medical literature tests D, editor: AMA Press; 2002.
8. Pre- and post-test probability: Wikipedia; 2016. https://en.wikipedia.org/wiki/Pre_and_post-test_probability#cite_note-cebm-2. Erişim Tarihi: 17.05.2016.

Konu 50

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA BAĞIŞIKLAMA

Berrin TELATAR

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların primer korumanın en önemli bileşeni olan aşılama hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Bağışıklamanın önemini kavrayabilmeli,
- Bağışıklama ile korunulabilecek hastalıkları sayabilmeli,
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın hedeflerini sıralayabilmeli,
- Ülkemizde uygulanan Güncel Bağışıklama Şeması'nın içeriğini değerlendirebilmeli,
- Aşı çeşitleri, aşılarda uygulanan yolları, aşı kontrendikasyonları gibi konuları tartışabilmeli.

ÖZET

Aşılama önemli bir primer koruma yöntemidir. Aşılarla korunulabilen hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranlarında ciddi düşüşler saptanmıştır. Dünyada eradikasyonu sağlanmış tek enfeksiyon hastalığı Çiçek'tir. Çocuk felci de çoğu ülkede elimine edilmiştir. Ülkemizde 13 antijenle bağışıklama programı uygulanmaktadır. Aşıların uygulanmasında dikkat edilmesi gereken kurallar bulunmaktadır.

AŞILAMANIN TANIMI VE AMACI

Aşılama koruyucu hekimlik ilkelerinin en önemlisidir. Aşılama ile aktif yapay bağışıklık elde edilmektedir. Aşılar uygulandıkları kişide temas edilmesi olası patojene karşı bir immün cevap ortaya çıkarır. Çocukluk çağı aşılama için önemli bir dönemdir, çünkü henüz bakteri ve virüslerle tanışılmamıştır. Bu nedenle ülkelerin aşılama programlarında özellikle çocukluk çağı aşıları önemli bir yer tutar. Aşılar mikroorganizmaların zayıflatılmış ya da öldürülmüş formlarını, toksinlerini ya da yüzey proteinlerini içerir. Doğal enfeksiyonun geçirilmesine benzer bir şekilde uyarı yaparlar, ancak genelde ciddi komplikasyonlara neden olmazlar.

Önemli Noktalar

- Aşılama koruyucu hekimliğin kilometre taşıdır.
- Aşı uygulamalarında belirli kurallara ve endikasyonlara uymak hayati önem taşır.
- Aşıların genel ve özel kontraendikasyonları mutlaka bilinmelidir.
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı aşı ile korunulabilen hastalıkların, sakatlık ve ölümlerin engellenmesini amaçlar.
- Bulaşıcı hastalıklarla savaşta sadece aşılamının değil genel hijyen kurallarına uyulmasının, çevre ve üreme sağlığına özen gösterilmesinin önemi büyüktür.

Aşılamamın amacı, sadece aşılanan kişiyi hastalıklardan korumak değil; aynı zamanda o hastalığın toplumda kontrol altına alınması, eliminasyonu ve mümkünse eradikasyonudur. Tüm dünyada aşılamamın yılda yaklaşık 6 milyon aşı ile önlenebilir ölüm vakasını engellediği rapor edilmiştir (1). Ülkemiz için bu rakam 14296'dır (2).

GENİŞLETİLMİŞ BAĞIŞIKLAMA PROGRAMI (GBP)

Aşı ile korunabilir hastalıkları kontrol altına almak ve/veya tamamen ortadan kaldırmak amacı ile duyarlı yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmadan önce ulaşp, bağışıklanmalarını sağlayan ve aşı ile korunabilir hastalıkların, bu hastalıklardan kaynaklanan sakatlık ve ölümlerin engellenmesini amaçlayan programlardır.

İlk kez 1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından başlatılmıştır. 1990 yılına kadar çocukların aşı ile korunulabilir 6 hastalığa karşı bağışıklanması hedeflenmiş ve bu programda toplam 6 antijen ile aşılama önerilmiştir (BCG, DBT, Oral Polio, Kızamık).

1967-1977 yılları arasında yürütülen kampanya çalışmaları ile çiçek hastalığı eradike edilmiş ve 1980 yılından sonra tüm dünyada aşılamaya son verilmiştir. GBP Türkiye'de 1981 yılında başlatılmıştır. Her bir antijen için ülke genelinde %95 aşılama oranlarına ulaşılması hedeflenmektedir (3).

TÜRKİYE'DE AŞILAMANIN KRONOLOJİK GELİŞİMİ

1930: Çiçek Aşılaması

1935: TT Aşılaması

1937: Difteri, Boğmaca (DB) aşılaması

1952: BCG Aşılaması (verem)

1963: Oral Polio Aşılaması (çocuk felci – OPV)

1968: DBT Aşılaması (difteri, boğmaca, tetanoz)

- 1970: Kızamık Aşılması
- 1981: Genişletilmiş Bağışıklama Programı (Çiçek aşılmasına son verilmesi)
- 1985: Türkiye Aşı Kampanyası
- 1995: Polio Ulusal Aşı Günleri
- 1996: Kızamık Hızlandırma Kampanyası
- 1997: Polio Mop-up
- 1998: Hepatit-B Aşılması
- 2003: Kızamık Okul Aşı Günleri
- 2005: Kızamık Aşı Günleri
- 2006: KKK, Hib
- 2008: DaBT-IPV-Hib (beşli aşı), KPA
- 2011: DaBT-IPV (dörtlü aşı) ve KPA (13 valanlı)
- 2012: Hepatit A
- 2013: Suçiçeği (4).

TÜRKİYE'DE UYGULANAN AŞILAMA PROGRAMLARI

Eradikasyon programları

- Polio (1989)

Eliminasyon Programları

- Maternal ve Neonatal Tetanoz (MNT) (08.08.2005/11300 sayılı yazı)
Türkiye, Nisan 2009 tarihinde Maternal Neonatal Tetanozu elimine etmiştir
- Kızamık (yerli) (2002-2010)
- Kızamıkçık (2006)

Kontrol Programları

- Difteri,
- Boğmaca,
- Hepatit-B,
- Tüberküloz,
- Kabakulak,
- Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar,
- Streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar,
- Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak (3).

AŞILARIN SINIFLANDIRILMASI

Canlı parenteral ve oral aşilar: KKK, Varisella, BCG, OPV, Rotavirüs, (Zoster, İnfluenza (nasal formu), RSV, Sarı Humma, Çiçek, Kolera, Tifo)

İnaktif aşilar: Boğmaca, influenza (IM)

Toksoid aşilar: Difteri, tetanoz

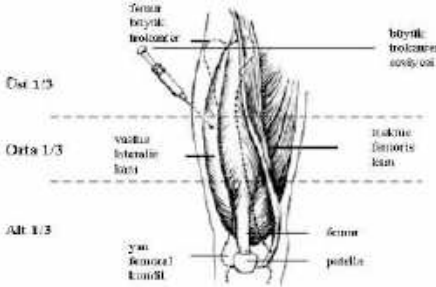
Rekombinant aşilar: Hepatit B, HPV

Polisakkarit aşilar: Pnömokok, Meningokok

Konjuge aşilar: Pnömokok, Hib, Meningokok (5).

AŞILARIN UYGULANMA YOLLARI

Aşilar 24 aya kadar olan bebek ve çocuklarda uyluktan uygulanır. Uyluğun orta veya üst 1/3 kısmında vastus lateralis kasının ön yan bölümü kullanılır. Üç yaş ve üzerinde deltoid kasi kullanılır.



Şekil 1. Bebeklere IM enjeksiyon uygulaması şeması (3)

- Aşiların çoğu IM yolla uygulanır.
- Cilt içi (intradermal) uygulanan tek aşı BCG aşısıdır.
- Oral uygulanan aşilar oral polio ve rota virüs aşilarıdır.
- İnaktif polio aşısı (IPV), 23 valanlı polisakkarit pnömokok aşısı (PPSV23) ve Td hem IM hem de SC uygulanabilir.
- Aşılama sırasında enjeksiyonu en ağırlı olan aşilar KKK, HPV ve PCV13'tür (3,6).

Subkutan uygulanan aşilar:

Error! Use the Home tab to apply Heading 2;Title to the text that you

- MMR (KKK)
- Suçiçeği (varisella) (VAR)
- MPSV4 (polisakkarit meningokok)
- Zona (Zoster- ZOS)

IM Uygulanan Aşılar:

- DTaB, Tdab, DT, Td
- Hib
- HepA
- HepB
- HPV
- İnfluenza aşısı
- MenB
- MCV4
- PCV13

Tablo 1. 2016 Yılı TC Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi (7)

Aşılar	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT-İPA-HiB			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

1-BCG AŞISI

BCG aşısı sol deltoid bölgeye bir yaşına kadar 0,05 ml, 1 yaş üzerinde 0,1 ml intradermal olarak uygulanır. Ciltte 5-6 mm büyüklüğünde bül oluşmalıdır. Diğer aşılar BCG ile eş zamanlı yapılabilir. Aşıdan 2-3 hafta sonra gelişen lokal reaksiyonu endürasyon, kabuk ve ülser oluşumu izler, sonrasında skarla iyileşir. Bu iyileşme 8-10. haftalara rastlar.

- Tüberküloz sıklığının düşük olduğu 34 ülkede (ABD, Hollanda, Avusturya vb.) BCG aşısı yapılmamaktadır (8,9). DSÖ tüm bebeklere doğumda tek doz BCG aşısı önermektedir. Çoğu ülkede tek doz BCG aşısı uygulanmaktadır. DSÖ'ne üye ülkelerin 158'inde (%82) bebeklik dönemi BCG aşısı ulusal programlarda yer almaktadır. Etkinliği gösterilememiş olmakla birlikte Rusya gibi 25 ülkede iki doz BCG aşısı uygulanmaktadır. Yine 6 ülkede ilk aşı uygulaması adölesan çağıda yapılmaktadır.

- 1997 yılına kadar dört doz uygulanmıştır (doğumda, ilkökul 1 ve 5, lise 1.sınıfta). Daha sonra aşı iki doza indirilmiş (yenidoğan ve ilkökul 1. sınıf) ve uygulama yenidoğan döneminden ikinci aya kaydırılmıştır. 2006 yılından itibaren aşı tek doza indirilmiştir. PPD kontrolü de yapılmamaktadır.

- Bir meta analizde tüberküloz menenjit ve miliyer tüberküloz için etkinliği %72-100 olarak bulunmuştur. Tüm tüberküloz formlarına etkinliği %50-51 olarak bildirilmiştir.

- Aşı liyofilize formda 2-8°C'de 1-2 yıl saklanmaktadır. Sulandırıldıktan sonra 4-6 saat içinde kullanılmalı, kalan aşı atılmalıdır. Isıya ve ışığa duyarlıdır.

- Aşılama bölgesinde yavaş iyileşen ülser (%2 oranında) en sık görülen yan etkidir.

- Lenf nodlarında hipertrofi ya da süpürasyon, lokal apse, osteit, dissemine enfeksiyon görülebilir (10).

2-HEPATİT B AŞISI

Yenidoğanlarda ve üç yaşından küçük çocuklarda HBV enfeksiyonu asemptomatiktir, sarılık görülmez. Kronik HBV taşıyıcılığı HBsAg'nin 6 ay veya daha uzun süre serumda bulunması durumudur. Kronikleşmeyi belirleyen en önemli faktör enfeksiyonun geçirildiği yaştır. Yenidoğan döneminde enfekte olan bebeklerin %90'ı, 1-5 yaş arası enfekte olanların %25-60'ı, >5 yaş olan çocukların %3-10'u kronik enfeksiyon geliştirir (11). HBIG kullanımı ile 3-6 ay için koruyuculuk elde edilir. İmmünglobulin 3 farklı durumda uygulanır:

- HBV enfeksiyonu olan kişinin iğnesinin batması ya da sağlam kişinin mukozalarına bu sıvıların bulaşması durumunda,
- Hepatit B taşıyıcısı anneden doğan bebeğe,
- Akut Hepatit B tanısı alan kişilerin cinsel eşlerine.
- Doz: 0,06 ml/kg olup maksimum doz 5 ml'dir (IM). Kuşku bulaşmanın olduğu ilk 48 saat içinde uygulanması ve immünizasyonun da başlaması önerilir.

Error! Use the Home tab to apply Heading 2; Title to the text that you

- Koruyucu antikor yanıtı ml'de 10 mIU'den fazla anti-HBs düzeyi olarak tanımlanabilir. Sağlıklı yetişkinlerin %90'ında, bebek ve çocukların en az %95'inde koruyucu antikor yanıtı elde edilmektedir.
- Herhangi bir yaş grubunda Hepatit B aşılması yapılmadan önce Hepatit B'ye yönelik serolojik inceleme yapılmasına gerek yoktur!!!
- Hepatit B aşısı doğumdan sonra en geç 72 saat (tercihen ilk 24 saat) içinde uygulanmalıdır. Hepatit B'nin 1. ve 2. dozu arasında en az 4 hafta, 2. ve 3. dozu arasında en az 8 hafta olmalı, ayrıca 3. doz 1. dozdan en az 16 hafta sonra yapılmalıdır. Asıl olan 0-1-6 şemasıdır (12).
- Taşıyıcı olduğu bilinen anneden doğan bebeklere doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde Hepatit B aşısı uygulanmalı ve Hepatit B immün globulini de eş zamanlı farklı ekstremiteden yapılmalıdır. 9-15. aylar arasında antikor titresi bakılmalı, negatif olanlara 2 ay arayla üç kez aşı uygulanmalıdır. Doğum ağırlığı 2000 gr'ın üzerindeki bebeklerde Hepatit B aşılama şeması aynen uygulanmalıdır.

2000 gr'ın altında doğum ağırlığı olan bebeklerde ise:

a) Anne Hepatit B taşıyıcısı ise veya taşıyıcılık durumu bilinmiyorsa, doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde aşının ilk dozu ve Ig yapılı (0.5 ml), daha sonra 1., 2. ve 6. aylarda aşı tekrarlanır (toplam 4 doz uygulanır). 9-12. aylar arasında HBsAg ve anti-HBs düzeylerinin bakılması önerilmektedir. Eğer negatif ise iki ay arayla 3 doz aşı yapılması gerekir (13).

b) Anne Hepatit B taşıyıcısı değilse, bebek 2000 gr'a ulaştığında veya 1. ayın sonunda ilk doz yapılır, ilk dozdan 1 ay ve 6 ay sonra aşı tekrarlanır (toplam 3 doz uygulanır).

3-POLİOMİYELİT (Çocuk Felci)

- Hastalık en sık 5 yaşından küçük çocuklarda görülür, erişkinlerde de seyrek olarak ortaya çıkabilir. Üç farklı tipi olan çocuk felci virüsü, ağız yoluyla vücuda girer, boğazda ve bağırsaklarda çoğalarak, vücudun diğer bölgelerine yayılır. Sıklıkla Tip I ve II etkindir.
 - 1955: Ölü polio aşısı (Dr. Jonas Salk) üretildi.
 - 1961: Üç tipe de etkili oral, canlı aşı (Dr. Albert Sabin) üretildi.
 - 1988: Dünya Sağlık Asamblesi polionun eradikasyonu kararı aldı.(350.000 vaka)
 - 1989: Türkiye'de polio eradikasyon programı başladı.
 - 1994: Amerika kıtası poliodan arındırıldı.
 - 1998: DSÖ Avrupa Bölgesinin son polio vakası Ağrı'da tespit edildi.
 - 2002: Avrupa bölgesi poliodan arındırıldı.
 - 2012: Polio Dünya'da üç ülkede endemik kaldı (Afganistan, Nijerya, Pakistan).

- 2013: Dünyada 416 vaka tespit edildi.
- 2016: Polionun artık sadece Afganistan ve Pakistan'da endemik olduğu tespit edildi (14,15).

OPV (oral polio aşısı): 5-10 dakika içinde kusulursa aşı dozu tekrarlanır. İkinci dozdan sonra kusulursa ertesi gün tekrar edilir. Anne sütü alımı OPV için engel oluşturmaz, aşı olan bebekler anneleri tarafından emzirilebilir. İshali olan çocuğa OPA uygulanabilir, ancak 4 hafta sonra fazladan bir doz daha yapılır.

4-DİFTERİ, BOĞMACA, TETANOZ AŞISI

- Boğmaca aşıları sadece ağır enfeksiyonları önlemede etkilidir, hafif enfeksiyonları önleyici etkileri azdır. DBT aşılarının etkinliği %37-92 arasındadır.
- Boğmacaya karşı immünite zamanla azalır, bu nedenle adölesan ve erişkinler çocuklar için enfeksiyon kaynağı olmaktadır. **“Koza stratejisi”** küçük bebekleri korumak için bebekle teması olan anne-baba-kardeş, bakıcı ve sağlık çalışanları gibi kişilerin aşılmasını amaçlayan bir uygulamadır. Adölesan ve erişkinlerde rapel doz olarak kullanılmak üzere Tdab aşısı geliştirilmiş olup gelişmiş ülkelerde önerilmektedir. Boostrix® ve Adacel®'in her ikisi de minimum 10 yaşında uygulanır (16).
- 1933 yılında ölü tam hücreli boğmaca aşısı geliştirilmiş, ancak yan etkisi görülünce, 1981 yılında aselüler form üretilmiştir.
- Ülkemizde 1937 yılında DB olarak başlayan aşılama 1968-2008 yılları arasında DBT olarak devam etmiştir, aşı uygulaması 2.,3.4. aylarda ve 16-24. aylar arasında yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı aşı şemasında 2008 yılından itibaren beşli aşı (DaBT-İPV-Hib) şeklinde 2.,4.,6. ayın sonunda olmak üzere üç doz şeklinde primer aşılama yapılmakta ve 18. ayın sonunda rapel doz uygulanmaktadır.

5-HEMOPHILUS INFLUENZAE TİP B AŞISI (HIB)

İnvazif Hib hastalığı 5 yaşından küçük çocuklarda görülür. Aşı dozu 0.5 ml'dir ve IM uygulanır. Prematüre doğan bebekler de iki aylıktan itibaren Hib aşısı ile aşılanmalıdır. Aşının tek ya da kombine formları bulunmaktadır. Aşının klinik etkinliği %95-100 arasındadır. Aşı konjuge aşıdır. Hib aşısı için üst sınır 6 yaştır (72 ay). Altı yaşın üzerindeki (72 ay) ve erişkinler genellikle Hib aşısına gereksinim duymazlar. Ancak aspleni, orak hücreli anemi durumunda, splenektomi operasyonu öncesinde, HIV enfeksiyonu olanlarda ve kemik iliği transplantasyonu sonrasında aşılama gerekir.

Tablo 2. Hib aşılama şeması (16)

Ay	Doz	Rapel
2-6 ay	3 doz, 2 ay arayla	12-15 ay
7-11 ay	2 doz, 2 ay arayla	12-15 ay
12-14 ay	1 doz	-
15-59 ay	1 doz	-

6-PNÖMOKOK (KONJUGE VE POLİSAKKARİT) AŞISI

- Pnömonokların neden olduğu hastalıklar her yaşta görülebilir. Vakaların en yoğun olduğu dönem ilk iki yaş ve yaşlılıktır. Bu enfeksiyonlarda esas kaynak asemptomatik taşıyıcılardır, taşıyıcılık okul öncesi dönemde çok yüksektir (% 38-60). Bakterinin virülans faktörü polisakkarit kapsüldür (17).
- İlk olarak polisakkarit aşılar geliştirilmiştir. Polisakkarit aşılar zayıf immünojenik özellik taşırlar, kısa süreli immünite oluştururlar, beş yılda bir tekrar edilmeleri gerekir ve iki yaşın altındakilerde etkili değildir; proteinle konjuge edildiklerinde immünojenik özellikleri artar (PPV23).
- Ülkemizde 2008 yılı itibariyle önce 7 valanlı, 2011 yılından itibaren de 13 valanlı aşı kullanılmaktadır.
- Primer aşılama 2.,4.,6., aylarda beşli aşı ile eş zamanlı olarak yapılmakta; rapel dozu 12. ayın sonunda KKK ve suçiçeği aşısı ile beraber uygulanmaktadır.
- Küçük yaş, erkek cinsiyeti, erken doğum, düşük doğum tartısı, yetersiz anne sütü alımı, pasif sigara içimi, kalabalık yaşam gibi faktörler invaziv pnömonok enfeksiyonu için predispozandır (18).

Tablo 3. Konjuge pnömonokok aşısı uygulama şeması

Yaş	Aşı	Doz sayısı	Rapel Doz (ay)*
2 - 6 ay	PCV13	3 doz	12-15
7 – 11 ay	PCV13	2 doz	12-15
12- 23 ay	PCV13	2 doz	-----
24 - 59 ay (sağlıklı çocuklar)	PCV13	1 doz	-----

*Rapel doz ile bir önceki doz arasındaki minimum süre 8 hafta olmalıdır.

Polisakkarit pnömokok aşısı 65 yaşın üzerindeki ve 2 yaşın üzerinde olup kronik hastalığı, anatomik ya da fonksiyonel aspleni, immün yetmezliği olan ve yüksek riskli ortamlarda yaşayanlara (kreş vs.) yapılmalıdır.

7-KKK (KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK)

- KKK aşısı 1971 yılında lisans almıştır.
- KKK aşısının ilk dozu 12-15.ayda, ikinci dozu ise (en az 28 gün ara ile) genellikle 4-6 yaşta yapılmalıdır.
- KKK aşısının uygulanmasında bu üç hastalıktan birini geçirmiş olmak ya da aşılanmış olmak engel değildir. Aşı SC ya da IM 0.5 ml uygulanır.
- Kızamık hastalığı ya da aşısı sonrasında lenfopeni (T lenfosit azalması) oluşma olasılığı nedeniyle, hücresel bağışıklık yetersiz kalabilir. Kızamık içeren aşılardan sonra BCG uygulamak için 4 haftalık bir süre bırakmak gerekir.

8-HEPATİT A AŞISI

- Hepatit A virüsü fekal oral yolla bulaşır. Hepatit A aşısı bir yaşından sonra iki doz olarak uygulanır, ikinci doz 6-12 ay sonra uygulanabilir. Ülkemizde 18. ayın sonunda ve 24. ayın sonunda olmak üzere iki doz uygulanmaktadır. Hepatit A enfeksiyonu kronikleşmez ve taşıyıcılığı da yoktur. Fulminan hepatit olguları daha çok B virüsü ile bağlantılı bulunmuştur.
- Ülkemizde Hep A aşısı 720 Ü/doz (pediyatrik form) 0,5 ml Havrix[®], 80 Ü/doz 0.5 ml Avaxim[®] (pediyatrik), 25 Ü/doz 0,5 ml Vaqta[®] formlarında bulunmaktadır. Aşılar IM uygulanır, 2-8°C'de kutusunda saklanmalıdır.

9-SUÇİÇEĞİ (Varicella) AŞISI

Suçiçeği çocukluk çağında görülen ve bulaşıcılığı çok yüksek olan döküntülü bir hastalıktır. Suçiçeğinde sekonder bakteriyel lezyonlar siktir ve gebelik sırasında özellikle ilk iki trimesterde geçirilirse bebekte doğumsal suçiçeği sendromu ortaya çıkma ihtimali vardır. Bu durum ekstremitelerde hipoplazisi, katarakt, korioretinit, mental retardasyon, kortikal atrofi ve düşük doğum ağırlığı ile karakterizedir. 2013 yılı başından itibaren tek doz olarak 12. ayın sonunda uygulanmaya başlanmıştır (Varilix[®], Okavax[®]) KKK ve KPA ile eş zamanlı uygulanmaktadır.

ÜLKEMİZDE AŞILAMA TAKVİMİNDE BULUNMAYAN AŞILAR

Human Papilloma Virüs (HPV) AŞISI: Servikal kanserlerin %99'unda yüksek riskli HPV virüsleri bulunmakta, bunların %70'inde de 16 ve 18 tipleri rol oynamaktadır. İki tip HPV aşısı bulunmaktadır. Bivalan aşı (Cervarix[®])(HPV 16,18) 0, 1 ve 6. aylarda olmak üzere üç doz, kuadrivalan aşı (Gardasil[®]) (HPV 6,11,16,18) 0, 2 ve 6. aylarda olmak üzere yine üç doz şeklinde uygulanmaktadır. Her iki aşı kansere karşı koruyucu iken; sadece kuadrivalan aşı aynı zamanda genital siğillere karşı da koruma sağlamaktadır. Aşının rutin olarak 11 veya 12 yaşında kullanımı tavsiye edilmektedir. Burada önemli olan cinsel aktivite başlamadan aşının uygulanmasıdır. Her iki aşı da HPV-16 ve 18'e karşı koruyucudur. Kuadrivalan aşı erkeklerde de kullanılabilir (12,19).

Rotavirüs Aşısı: Rotavirüs tüm Dünya' da her yıl diyare nedeniyle gelişen 500000 ölümden sorumludur. Rotavirüs ishalleri ciddi sıvı ve elektrolit kaybına yol açar. RV1-

Monovalan İnsan rotavirüs aşısı (Rotarix®) oral olarak 2. ve 4. aylarda iki doz şeklinde, RV5–Pentavalan İnsan-bovin reasortan aşı (RotaTeq®) 2., 4., ve 6. aylarda olmak üzere üç doz şeklinde oral olarak verilmektedir. Her iki aşı da canlı, attenuue aşıdır ve 6. haftadan önce uygulanması önerilmemektedir.

Meningokok Aşısı: Meningokoklar epidemiy yapabilen bir menenjit etkenidir. Bazı gruplar bu enfeksiyon açısından risklidir. (yatılı lise ve üniversite öğrencileri, erkek cinsiyet gibi). Aşının polisakkarid ve konjuge olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Her ikisi de tetralan formdadır (A,C,Y ve W -135).

- Polisakkarit aşı iki yaşın altında etkisizdir ve beş yıl aralıklarla tekrar edilmesi gerekir (MPSV4). Rutin uygulamada tercih edilen konjuge tetralan aşıdır (MCV4). Konjuge aşı 9 ay-55 yaş arası, polisakkarit aşı 55 yaşın üzerindekiilerde tercih edilmektedir.
- Konjuge aşı hem çocuklarda hem de erişkinlerde yüksek etkinliğe sahiptir. Hedef, adölesanların rutin aşılınmasıdır. İlk aşılanma için 11 veya 12 yaş, ikinci doz için 16 yaş tercih edilmektedir. Risk varsa 11 yaşın altı da aşılanabilir.

Grip (İnfluenza) Aşısı: Trivalan inaktive influenza aşısı (TIV) IM olarak uygulanır. 6 ay–18 yaş arası çocukların ve gençlerin rutin aşılınması önerilmektedir. Aşının koruyucu değeri 15 yaşına kadar olan çocuklarda %77-90 olarak rapor edilmiştir.

- Grip aşısının yapılması gereken risk grupları: 65 yaşından büyük kişiler, kronik pulmoner veya kardiyovasküler hastalığı olan çocuk ve erişkinler, metabolik hastalığı olanlar, renal disfonksiyonu olanlar, hemoglobinopatisi olanlar, immün yetmezliği olanlar, 6 ay-18 yaş arası uzun süreli aspirin tedavisi alan çocuk ve ergenler, uzun süre bakım evlerinde yaşayanlar ve sağlık personeli olarak tanımlanmıştır.

Tdab: Tetanoz, azaltılmış difteri toksoidi ve aselüler boğmaca içeren aşıdır. 2005 yılında kullanıma sunulmuştur. 11-12 yaşlarında yapılması önerilmiştir. Ayrıca 27-36 hafta arası gebeliklerde tek doz kullanımı önerilmektedir.

TÜM AŞILAR İÇİN KESİN KONTRAENDİKASYON OLUŞTURAN DURUMLAR (20)

- Bir aşıya karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, o aşının sonraki dozları için kesin kontrendikasyon oluşturur.
- Bir aşı bileşenine karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, bu maddeyi içeren tüm aşılar için kesin kontrendikasyon oluşturur.
- Yumurta karşı anafilaktik reaksiyon (influenza ve sarı humma aşıları için engel oluşturur)
- Canlı aşıların gebelikte kullanımı kontrendikedir. Bu aşıların kullanımından bir ay sonrasına kadar gebe kalınmamalıdır (KKK, Suçiçeği, OPA, BCG, sarı humma gibi).

AŞILARA ÖZEL KONTRAENDİKASYONLAR

BCG:

- Bağışıklık sistemi baskılanmış kişilere (HIV ile enfekte kişiler gibi) ve bağışıklığı bozulmuş kişilere (organ transplantasyonu adayı gibi) BCG yapılmamalıdır.

KKK:

- Neomisin veya jelatine karşı anafilaktik reaksiyon,
- Yumurtaya karşı anafilaktik veya anafilaktoid reaksiyon (anafilaksi dışındaki yumurta alerjileri engel değildir),
- Generalize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,
- Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.

DaBT-İPA-Hib:

- Daha önce uygulanan doza karşı anafilaktik reaksiyon geçirenlerde,
- İlk 7 gün içinde ensefalopati yaşayanlarda (boğmaca komponenti çıkarılmalıdır),
- 24 saat içinde düzelmeyen konvülsiyonu olanlarda (düzeliyorsa aselüler boğmaca yapılabilir),
- Hib aşısı için 6 haftadan küçük olma,
- İlerleyici tipte nörolojik hastalığı olanlarda (infantil spazm, kontrol edilemeyen epilepsi, progresif ensefalopati) yapılmamalıdır. İlerleyici değilse (serebral palsi gibi) yapılabilir.

OPA:

- Kişide HIV enfeksiyonu veya evde HIV ile enfekte birey olması,
- Generalize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,
- Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar,
- Ev temaslarında bilinen immün yetmezlik durumu.

Akut parolitik poliomiyelit görülme olasılığı; OPV'nin ilk dozundan sonra 750000 dozda, ikinci dozundan sonra 1,5 milyon dozda birdir. İmmün yetmezliği olanlarda bu risk 3200-6800 kat artmaktadır.

İPA: Neomisin, streptomisin veya polimiksin B'ye karşı anafilaksi

HEPATİT B: Ekmek hamuru mayasına karşı anafilaksi

ROTAVİRÜS: İnvajinasyon öyküsü

Genel olarak, malnütrisyon ve antibiyotik tedavisi aşılama engel değildir.

Tablo 4. Bir yaş üstü hiç aşılanmamış çocuklar için aşılama şeması (21)

	12-71 ay*	6-13 yaş	≥ 14 yaş
İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib, KPA Hep B, PPD ile TCT, Suçiçeği, Hep A**	DaBT-İPA Hep B, Hep A KKK, Suçiçeği	Td OPA Hep B, Hep A KKK, Suçiçeği
İlk karşılaşmadan 2 gün sonra	KKK ve TCT sonucuna göre BCG	-	-
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra	DaBT-İPA-Hib, KPA, Hep B, OPA	DaBT-İPA OPA Hep B KKK	Td OPA Hep B KKK
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	DaBT-İPA, Hep B, OPA, Hep A	DaBT-İPA OPA Hep B Hep A	Td Hep B Hep A

*Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşılı ile devam edilecektir.

- 59 ayın üzerindeki çocuklara DaBT-İPA şeklinde uygulanmalıdır. 15-59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir.

- DaBT-İPA-Hib aşısının ilk dozunun 12-24 aylık iken uygulandığı çocuklara ikinci doz da DaBT-İPA-Hib şeklinde uygulanmalıdır.

**Çocuk 18 ay ve üstünde ise Hep A aşısı ilk dozu yapılacaktır.

SONUÇ

Hastalıklara karşı aşılanmak her insan için bir hak. Dünya’da yürütülen tüm kampanyalara rağmen bazı aşılama için aşılanma yüzdeleri son derece düşüktür. Her antijen için %95 aşılanma oranlarına ulaşmak hedefimiz olmalıdır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede aşılanmanın yanı sıra çevre sağlığı, üreme sağlığı gibi alanlarda iyileştirme çabalarımız devam etmelidir.

KAYNAKLAR

1. Global Alliance For Vaccines and Immunisation (GAVI) Fact Sheet No:169, March 2001.
2. Ulusal Aşı Çalıştayı Raporu, 27-29 Mart 2014, Ankara.

3. Geniştirilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8187/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>. Erişim Tarihi:12.07.2016.
4. Türkiye Milli Pediatri Derneği. Ülkemizde Güncel Aşılar. <http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/asilama.pdf>. Erişim Tarihi: 12.06.2016.
5. Akşit S. Aşılarla İlgili Genel Kurallar. Arvas A (Ed). Klinik Gelişim. Aşı. Klinik Gelişim 2012;25(1):4-11.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine Administration. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/vac-admin.pdf>. Erişim Tarihi: 12.06.2016.
7. Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A. ve ark. Önceden Sağlıklı Çocuklarda Türkiye Ulusal Bağışıklama Çizelgesinde (Ulusal Aşı Takvimi) Yer Alan ve Almayan Aşılarla İlişkin Uygulama Öneriler –2015. J Pediatr Inf 2015;9:1-11.
8. Kırer G, Uçan ES. Tüberkülozdan Korunma Toraks Dergisi 2001;2(1):85-90.
9. The BCG World Atlas. <http://www.bcgatlas.org/> Erişim Tarihi: 19.06.2016.
10. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No:862, İstanbul 2011.
11. Cengiz AB. Hepatit B Aşıları. Mehmet Ceyhan (Ed.) Aşılamalar I-II. Katkı Pediatri Dergisi 2006;28(5-6):590-603.
12. Recommended Immunization Schedules for Persons Aged 0 Through 18 Years, United States 2016. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>. Erişim Tarihi: 12.06.2016.
13. Saari TN. Immunization of preterm and low birth weight infants. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Pediatrics 2003;112(1):193-8.
14. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Polio Eradikasyon Programı. http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/sunumlar_ve_seminerler/Polio_Eradikasyon_Programi_2015_5OCAK.pdf. Erişim Tarihi: 19.06.2016.
15. World Immunization Week 2016:Close the immunization gap. <http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2016/en/>. Erişim Tarihi: 17.06.2016.
16. Recommended Immunization Schedules for Persons Aged 0 Through 18 Years United States, 2016. <http://www.cdc.gov/vaccines/acip>. Erişim Tarihi: 19.06.2016.
17. Ceyhan M. Konjuge Pnömonokok Aşısı. Mehmet Ceyhan (Ed) Aşılamalar I-II. Katkı Pediatri Dergisi 2006;28(5-6):668- 80.
18. Arvas A. Konjuge Pnömonokok aşısı. Aşılarla Güncel Yaklaşım. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:59 Aralık 2007;s35-8.
19. Somer A, Törün SH. Human Papillomavirüs (HPV) Aşısı. Badur S, Bakır M. (Editör). Aşı Kitabı 2012, Akademi Yayınevi, İstanbul, 431-9.
20. Chart of Contraindications and Precautions to Commonly Used Vaccines <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/contraindications-vacc.html>. Erişim Tarihi: 19.06.2016
21. Ülkemizde Güncel Aşılar. Türkiye Milli Pediatri Derneği–Sosyal Pediatri Derneği Ortak Kılavuzu, 2014 Kasım, 24-38.

Konu 51

ELEŞTİREL DÜŞÜNME

Gülseren PAMUK

*“İnsanlar doğal olarak düşünen varlıklardır
ama bu onları iyi düşünür yapmaz”*

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcılarda eleştirel düşünmenin önemi ve gerekliliği konusunda farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Eleştirel düşünmenin tanımını yapabilmeli,
- Eleştirel düşüncenin özelliklerini açıklayabilmeli,
- Eleştirel düşünme becerilerinin ne olduğunu tartışabilmeli,
- Eleştirel düşünmeyi engelleyen faktörleri belirtebilmeli,
- Aile hekimliği disiplini içinde eleştirel düşünmenin önemini tartışabilmeli.

ÖZET

Her insan olağan olarak düşünür. Ancak düşünme şeklimizi doğal gidişata bırakır, yön vermezsek; düşünce sürecimiz çoğu zaman önyargılı, taraflı, kanıtlardan uzak, irdelenmemiş, üstünkörü ve indirgemeci bir hal alır. Oysa iyi düşünme, ancak sistematik yaklaşım ile mümkündür. Bu durumda karşımıza eleştirel düşünme kavramı çıkar. Eleştirel düşünme, bir konu ya da olay üzerinde mantıklı, tutarlı ve önyargısız bir şekilde konuyu ayrıntılı olarak ele alan ve her basamakta konuyu akılcı bir şekilde irdeleyen “nasıl, neden” sorularını soran; kendisi dışındaki kişilerin de fikirlerini ve kanıtları da dikkate alarak bir yargıya varmaktadır.

Uygulamalarında hızlı ve doğru kararların alınması önemli olan tüm meslek gruplarında olduğu gibi hekimlik mesleğinde de akılcı kararlar almak için eleştirel düşünme gücüne sahip olmak büyük önem taşımaktadır. Profesyonel olmada gerekli ve önemli bir unsur olan eleştirel düşünme, hekimlik için birçok kaynaktan elde edilen bilgilerin toplanması ve düzenlenmesi, bu bilgiler doğrultusunda neye gereksinim olduğunun saptanması, birçok olası yaklaşımdan birinin seçilmesi, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi gibi özellikleri içeren vazgeçilmez bir düşünme sürecidir. Böylece hekimler, klinik karar becerilerini artırarak, daha iyi ve bağımsız kararlar alabilirler. Sonuç olarak da uygulanan tanı ve tedavi hizmetlerinde kalite artar, hastaların iyileşme süreci hızlanır, yatış süreleri azalır. Bu yaklaşım aynı zamanda hekimlerin motivasyonunu da artırır.

GİRİŞ

Düşünme; bir sonuca varmak amacıyla bilgileri, gözlem, tecrübe, sezgi, akıl yürütme ile şekillendirip başka düşünceler elde etme şeklidir. Düşünme, mevcut bilgilerden başka bir şeye ulaşma ve eldeki bilgilerin ötesine gitme şeklinde de tanımlanmaktadır (1). Nickerson'a göre ise "Düşünme, içinde bulunulan durumu anlamak amacıyla aktif, amaca yönelik ve düzenli olarak yürütülen zihinsel işlem ve süreçlerdir". Sonuçta ortaya çıkan zihinsel ürüne düşünce denmektedir (2).

Önemli Noktalar

- Eleştirel düşünme, kişiyi hayatı ezbere yaşamaktan kurtarır. Kişi, hayatı ile aldığı kararları sorgular ve seçicidir, yanlışları körü körüne kabullenmez.
- Hekimlik mesleğinde de eleştirel düşünme, hekime klinik karar verme sürecinde var olan bilginin sentez edilip, yorumlanması ve en iyi seçeneğinin bulunup uygulanmasında yol gösterici ve gereklidir.

Her insan olağan olarak düşünür. Ancak düşünme şeklimizi doğal gidişata bırakır, yön vermezsek; düşünce sürecimiz çoğu zaman önyargılı, taraflı, kanıtlardan uzak, irdelenmemiş, üstünlük ve indirgemeci bir hal alır. Oysa iyi düşünme, ancak sistematik yaklaşım ile mümkündür. Bu durumda karşımıza eleştirel düşünme kavramı çıkar (3).

ELEŞTİREL DÜŞÜNME

Eleştirel düşünme, kişinin düşünce sistemine entelektüel standartlar getirir. Bu şekilde kişi, düşünme elemanlarını iyi bir şekilde yönetir ve düşünme yönteminin kalitesini arttırır. Kısacası eleştirel düşünme, kişinin kendisini sorguladığı, disipline ettiği, eleştirdiği bir düşünme yöntemidir. Yüksek eleştirel standartlara sahip olmayı ve bunları sistematik bir şekilde kullanmayı gerektirir. Eleştirel düşünme ile kişi sahip olduğu benmerkezciliği aşar, kendini disipline eder (3).

Eleştirel düşünmeyi, düşünme üstüne düşünmemizi sağlayan bir "üst düşünme becerisi" olarak da ifade edebiliriz. Öncelikle okuma, anlama gibi daha basit ve kolay alt becerilere sahip olunmalıdır ki, eleştirel düşünme üst düşünme becerisi olarak onun üzerine inşa edilebilsin. Bu alt beceriler olmadan, eleştirel düşünmenin olması mümkün değildir. Ancak, alt becerilerin varlığı da tek başına yeterli değildir. Bunların doğru ve tutarlı bir şekilde bir araya getirilmesi gereklidir (4).

Eleştirel düşünme, irdelenmemiş, kanıta dayanmayan düşünme biçimlerini reddeden bir düşünmedir. Ancak sadece hata ya da kusur bulma niyetiyle gerçekleştirilen negatif bir düşünme değildir. Bir eleştirel düşünür başkalarının veya kendisinin karar ve yargılarını tarafsız ve önyargısız bir şekilde değerlendirir (5). Eleştirel düşünme, negatif bir düşünme olmadığı gibi, kişileri tek düze düşünmeye iten standart bir düşünme de değildir. Eleştirel düşünme, insanı duyguları ile bir bütün olarak ele alır. Duyguları hiçe sayıp yerine geçmeye çalışmaz. Ama duygularla acele ve rastgele kararlar verilmesinin önüne geçer. Böylece duyguları, algıları, değerleri farklı eleştirel düşünürlerin, farklı karar ve yargıları olabilir (5). Görüldüğü gibi eleştirel düşünme, bir kişinin ya da herhangi bir toplumun onayladığı fikirleri savunma amacı güden benmerkezciliği veya toplum merkezci bir düşünme olmadığı gibi sadece bilimcilik de değildir (3). Karşılaşılan problemleri çözmeye ya da yargıda bulunmaya yardımcı olduğu gibi kendisi de yeni problemler üretir (6).

Eleştirel düşünmenin geçmişi Sokrates'e kadar uzanmaktadır (7). Sokrates milattan önce beşinci yüzyıl Atinası'nda, sadece kendi çıkarlarını ve mutluluklarını düşünen, başkalarına ve toplumlara karşı rol ve sorumluluklarını unutmuş insanların yarattığı ahlaki krizi, bir filozof olarak, eleştirel düşünme ile çözmüştür. Başka bir deyişle Sokrates, içinde yaşadığı toplumdaki kişileri, kendi düşüncelerini sorgulamaya, var olan inanışları, kavramları ve önyargıları irdelemeye yöneltmiş ve kişilerin nerede yanlış yaptıklarını görmelerini sağlamaya çalışmıştır. Böylece din, inanç, dürüstlük, adalet, hak gibi kavramları aslında bilmediklerini göstererek; farkındalık oluşturmaya çalışmıştır (8).

Sokrates sonrası da pek çok araştırmacı eleştirel düşünme üzerine çalışmıştır. 1970'li yıllarda ilk defa Perry tarafından, daha sonra da Belenky ve arkadaşları tarafından eleştirel düşünme kalıbı oturtulmuştur (1). Pek çok araştırmacı tarafından farklı açılardan ele alınmış ve pek çok tanımı yapılmıştır.

Örneğin Kökdemir eleştirel düşünmeyi, "kendi düşüncemizi ve başkalarının düşüncelerini daha iyi anlayabilmek ve açıklayabilmek için gerçekleştirilen etkin, örgütlü ve işlevsel bir bilişsel süreç" olarak tanımlamaktadır. Bu sürecin en önemli özelliği, bir yargıya varabilmek ve olaylar arasında bir ilişki kurabilmek için "neden" sorusunun sorulabilmesidir (9).

Özdemir'e göre ise, öncelikle ortaya atılan karmaşık durumların çözümlenip, karara varılması için gereken zihinsel işlemlerdir. Bu zihinsel işlemler, olayı irdelerken akıl ve mantığın kullanılmasını zorunlu kılar. Olaylar arasında ilişki kurmayı, ortaya atılan her konunun bir kanıtla dayandırılmasını ve konuya farklı açılardan bakılmasını gerektirmektedir (10).

Amerikan Felsefe Birliği, 1990 yılında eleştirel düşünme uzmanları ile Delphi projesi adı altında bir araştırma yürütmüş ve bunun sonucunda eleştirel düşünmenin tanımını söyle yapmışlardır. Buna göre; "eleştirel düşünme, kişinin kendi kararlarını yorumlaması, analiz etmesi ve değerlendirmesi sonucunda amaçlı bir biçimde düzenlemesi ve sonuç olarak kararının üzerindeki temel düşüncelerin içeriklerini, kriterlerini kanıtla dayalı Raporu" olarak bilinmektedir (11,12).

Bütün bu tanımlardan yola çıkarak kapsamlı bir tanım yapan Gündoğdu eleştirel düşünmeyi, "herhangi bir konu, olgu ve fikir üzerinde açıklık, tutarlılık, mantıklılık, şüphecilik ve doğru akıl yürütme gibi bazı ölçüt ve yöntemleri esas alarak; doğru olmayan düşünme biçimlerini tanıyan, kanıtlara ve sonuçlara önem veren araştırma temelli daha derin bir düşünme eğilimi, tutumu ve becerisi sergileyen, böylelikle de sadece herhangi bir sonuca değil ama tutarlı, makul sonuçlara ve yargılara ulaşmayı amaçlayan, hem problem çözme hem de problem görme kapasitesi sayesinde, kendi düşünme sürecini sürekli denetim altında tutarak değişmeye ve kendi kendini düzeltmeye açık olan bir düşünmedir" şeklinde tanımlamıştır (13).

Düşünmenin eleştirel olması için bir takım düşünme becerilerini içeriyor olması gerekir. Açıklık, ilişki kurma, eleştirme, eşleştirme, benzetme, sentezleme gibi bazı standartları karşılayacak belli beceriler eşliğinde gerçekleştirilmesi gerekir. Eleştirel düşünme üzerinde çalışan neredeyse tüm araştırmacılar eleştirel düşünmenin temeli olarak gördükleri belli başlı düşünme becerilerine dair bir liste hazırlamıştır. Örneğin Glaser'a göre eleştirel düşünen kişi bir konuyu ele alırken öncelikle problemi tanıyıp ve problemin

çözümü için veri, bilgi ve kanıt toplar, farklı bakış açılarını inceler; bunu yaparken dayandığı varsayım, veri, bilgi ve kanıtları tekrar tekrar gözden geçirir. Elde ettiği verileri dili doğru, açık ve net bir şekilde kullanarak yorumlar, kanıtları ve delilleri değerlendirip, önermeler arasındaki mantıksal ilişkileri tanır, sağlam sonuçlara ve genellemelere ulaşır, ulaşılan genelleme ve sonuçları sınar ve sonuçların geçerliliği ve sağlamlığı hakkında bir yargıya varır (14).

Tüm bunlar dikkate alındığında bir eleştirel düşünür olmak için sadece istemek yetmez. Eleştirel düşünür olmanın olmazsa olmazı, eleştirel düşünür olma istekliliği yanında, eleştirel düşünür olma eğilimi ve tutumudur (15). Kişi öncelikle eleştirel düşünme becerilerini bilmeli ve bunları kullanabilmelidir. Bununla birlikte eleştirel düşünmeyi engelleyen durumları tanımalı, bundan kaçınmalı ve eleştirel düşünür olma tutumunu benimsemelidir (13). Bilgisizlik, toplum içinde var olan görüşleri sorgulamadan körü körüne bağlılık, benmerkezci olmak, tembellik, peşin fikirlilik ve önyargılar eleştirel düşünmenin önündeki engellerdir (15). Bunlar dışında eleştirel düşünürün sahip olması gereken bir takım özellikler vardır. Bu kişiler, genellikle aktif iletişim kurabilen, dürüst, iyi niyetli, içten, cesur, azimli, sabırlı, önyargısız ve alçak gönüllüdür (16,17). Bir eleştirel düşünür gerçeğin değerini her şeyin üzerinde tutar. Gerçek ile söylentiye ve önyargıyı birbirinden ayırt eder. Meraklıdır, sürekli sorular sorar. Değişime açıktır, empati yeteneği gelişmiştir. Farklı düşünceleri araştırır, kendisi gibi düşünmeyenlerin düşüncelerinin de kendisinininki kadar değerli olabileceğini bilir. Kararlarını yeterli kanıt topladıktan sonra verir. Bilimsel tutum ve davranışlara sahiptir. “Evet, fakat” demesini bilir. Benzerlik ve farklılıkları değerlendirip akılcı çıkarımlarda bulunur. Etkin dinleme, etkin okuma, problem çözme ve disiplinler arası ilişki kurma yeteneklerine sahiptir (17).

Bu yeteneklerin oluşmasında kişinin sahip olduğu genetik özellikler kadar, kendini geliştirmesi de önemlidir. Ayrıca kişinin içinde bulunduğu çevresel faktörleri de dikkate almak gerekir. Çevresel faktörler aile, toplum, okul olarak sıralanabilir. Kişinin eleştirel düşünme becerileri kazanmasında ailenin rolü önemlidir. Aşırı otoriter ailelerde yetişen kişiler kendine olan güvenini kaybeder. Aksine, ailesi tarafından belli kalıplara sokulmadan, günlük hayatta yaşanan olaylara karşı “ne, neden, nasıl, hangi amaçla” sorularının sorulduğu evlerde yetişmek eleştirel düşünme becerileri açısından önemlidir (17).

Benzer şekilde okulda da baskıcı tutum olmadan, düşünmeye ve irdelemeye yönelten eğitim şekli ile eleştirel düşünme mümkün olabilir. Kişinin ne düşüneceğinden fazla nasıl düşüneceği üzerinde durulmalı, doğru soru sorma çalışmaları yapılmalıdır. Olaylara geniş açıdan bakma, eleştirel düşünme ve yaratıcı problem çözme yeterliliği kazandırılmaya çalışılmalıdır (16,17). Eleştirel düşünme yüksek öğretimde, özellikle profesyonelleşmede, eğitim sonucunda istenen bir yetenektir. Eleştirel düşünen bireylerin yetiştirilebilmesi için öncelikle eleştirel düşünmeye olanak sağlayan eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir (18,19).

Eleştirel düşünmenin insan yaşamına kazandırdığı bakış açısının en önemli sonuçlarından biri, “bireyi ezbere yaşama durumundan kurtarması”dır. Ezbercilik, sadece eğitim ile ilintili değildir. Aynı zamanda bazı insanlar için bir yaşama biçimidir. Olup biteni ve çevresini sorgulamadan yaşamaktır. Oysa yaşamları ile eleştirel düşünmeyi bağdaştırmış insanlar, içinde yaşadıkları toplumun farkındadır. Hem kendileri hem de çevreleri için daha güzeli, daha doğruyu ararlar (20). Bu kişiler hayata

dair sorular sorar ve bunlara çözüm ararlar. Doğru-yanlış, kötü-iyi, güzel-çirkin, gerçek olan-olmayan ayrımlarını yapar, yeni bakış açılarını değerlendirir ve problemleri çözerler. Böylece eleştirel düşünme ile kişi boş vermişlikten korunur, yanlışları körü körüne kabullenmez. Bu kişiler eleştirel düşünmeyi yaşamlarının bir parçası haline getirmiştir. Eleştirel bakış açısı ile kişi, hayatı ile aldığı kararları daha iyi sorgular ve seçicidir. Bunu yaparken aklını, mantığını ve eleştirel düşünme becerilerini kullanır (21). Sokrates'in "Sorgulanmamış yaşam yaşanmamış demektir" yargısı da benzer kaygıların ürünüdür ve eleştirel düşünmenin, bireysel yaşam açısından taşıdığı değeri göstermesi bakımından dikkate değerdir (22).

Uygulamalarında hızlı ve doğru kararların alınması önemli olan tüm meslek gruplarında olduğu gibi hekimlik mesleğinde de akılcı kararlar almak için eleştirel düşünme gücüne sahip olmak büyük önem taşımaktadır. Profesyonel olmada gerekli ve önemli bir unsur olan eleştirel düşünme, hekimlik için birçok kaynaktan elde edilen bilgilerin toplanması ve düzenlenmesi, bu bilgiler doğrultusunda neye gereksinim olduğunun saptanması, birçok olası yaklaşımdan birinin seçilmesi, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi gibi özellikleri içeren vazgeçilmez bir düşünme sürecidir. Böylece hekimler, klinik karar becerilerini artırarak, daha iyi ve bağımsız kararlar alabilirler.

Gelişen teknoloji ve bilgi artışı, hekimler gibi tüm sağlık çalışanlarının gerekli bilgi ve beceriler ile donanımlı olmasını zorunlu hale getirmiştir (23). Hekimlerin toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilmesi için bilgiyi araması, sorgulaması, eleştirel düşünebilmesi, sorunlara çözüm getirebilmesi ve toplumsal duyarlılığa sahip olması beklenir. Eleştirel düşünme hekimlik uygulamalarında hastanın tanısını koyma ya da çözüm yollarını belirlemede önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bir hekimin eleştirel düşünür olması için öncelikle mesleğinin gerektirdiği bilgi, donanımına sahip olması ve sürekli bilgi ve becerilerini yenilemesi gerekir. Bunun yanında bir eleştirel düşünürde olması gereken özelliklere sahip olmalıdır. Buna göre; meraklılık alışkanlığı olan, iyi bilgi alan, nedenlere güvenen, açık fikirli, esnek, değerlendirmede tarafsız, karşılaştığı kişisel eğilimlerinde dürüst, kararlarında mantıklı, düşünmeye istekli, açık fikirli, karmaşık konuları düzenleyen, konu ile ilgili bilgileri ararken dikkatli, kriterleri belirlemede mantıklı, sorgulamaya odaklı, olasılığı kesin olan sonuçları aramada ısrarlı ve durumları sorgulamaya izin veren hekimler iyi bir eleştirel düşünür olmanın yanında doğru klinik kararlar alabilirler. Klinik karar verme süreci zor bir süreç olup var olan bilginin sentez edilip, yorumlanması ve en iyi seçeneği bulup uygulamayı gerektirir (24,25).

Eleştirel düşünen hekimler “biz her zaman en iyisini biliriz” diyen hekimler değildirler. Eleştirel düşünen hekimler, sorular soran, hastanın problemlerini ayrıntıları ile ortaya koyan, her eleştirel düşünür gibi hastanın şikayet ve semptomlarına önyargısız yaklaşan ve bunları her basamakta ulaşabildiği en iyi kanıtı dayandıran hekimlerdir. Bu şekilde eleştirel düşünme, hekimlerin klinik karar becerilerini arttırarak hastalar hakkında daha iyi kararlar alınmasını imkan verir. Tanının konulup, kararların alınması için eleştirel düşünme yeterliliği, eleştirel düşünme için gerekli tutumlar ve mesleki bilgi ve klinik deneyim önemlidir (26).

Hekimler tanı koyma sürecinde hastaların sorunlarını değerlendirip, elde ettiği verileri kanıtla dayalı olarak değerlendirdikleri eğitimlerin verildiği tıp fakültelerinde ve uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinde, hatta tüm sağlık personelinin eğitimlerinde

kişiler eleştirel düşünmeye yönlendirilmelidir. Bunun için grup tartışmaları, vaka çalışmaları, beyin fırtınası gibi aktif öğrenme şekilleri ile laboratuvar ve hasta başı uygulama derslerine de yer verilmelidir (23).

Tüm hekimlerin ve tüm sağlık çalışanlarının sahip olması gereken eleştirel düşünme aile hekimliği disiplini belki daha da önem arz eder. Aslında aile hekimliği disiplini yer alan her aile hekiminin kendisinde geliştirmesi gereken çekirdek yeterlilikler ancak eleştirel düşünme ile mükemmel olabilir. Bu açıdan daha önce de bahsettiğimiz gibi hekimlerin tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimleri eleştirel düşünmeyi öğretecek şekilde verilmelidir.

SONUÇ

Neyi düşünmesi, neye inanması, ne yönde karar vermesi, nasıl davranması hatta neye gülmesi gerektiği konusunda bir otorite figürüne bağımlı olan, eleştirel düşünmeyen, sorgulamayan kişilerden; kendilerini, toplumu ya da evreni anlamaları beklenemez. Kişilerin, hayatı sorgulamaları; doğruyu ve yanlış ayırt etmeleri; başkalarının düşüncelerini önyargısız olarak eleştiri süzgecinden geçirmeleri; yargılarında dürüst olmaları; fikirlerini kanıtla dayandırmaları ancak akıllarını kullanmaları ile olanaklıdır. Bu da bireylerin zihinsel süreçleri ile ilgilidir ve doğrudan (eleştirel) düşünme becerilerini kullanarak mümkün olabilir (27).

KAYNAKLAR

1. Özden Y. (2008). Öğrenme ve Öğretme. 8. Baskı, Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
2. Nikerson, R. S. (1988), On Improving Thinking Through Instruction, Review of Research in Education, vol. 15, 1988, p.3-57
3. Paul, Richard; Elder, Linda (2008). Minik Eleştirel Düşünme Kılavuzu: Kavramlar ve Araçlar, (çev. Merih Bektaş Fidan), Foundation for Critical Thinking, <http://www.Criticalthinking.org/resources/international/Turkish.cfm>. Erişim Tarihi:10.01.2016.
4. Gelder, Tim Van. (2005). Teaching Critical learning: Some Lessons from Cognitive Science, College Teaching, vol. 45, n.1, pp. 1-6.
5. Haskins, Greg R. (2006). A Practical Guide to Critical Thinking August 2006, bkz. <http://skepdic.com/essays/haskins.pdf>. Erişim Tarihi: 10.01.2016.
6. Halpern, Diane F. (2003). Thoughts and Knowledge: An Introduction to Critical Thinking, New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Kaya, H. (1997). Üniversite öğrencilerinde eleştirel akıl yürütme gücü. Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
8. Cevizci, A. (2010). Felsefeye Giriş. Nobel Yayınevi, Ankara.
9. Kökdemir D. Sahte bilimlerin çekiciliği altında bilimsel araştırma ve eleştirel düşünme. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 3. Ulusal Sempozyumu. Ankara-Türkiye, 8-9 Nisan 2005.
10. Özdemir O. (2008). Eleştirel Düşünme, 1. Baskı, Kriter Yayınevi İstanbul.
11. Cowen P S, Moorhead S. Current Issues in Nursing. 7th Ed., St. Louis, MO: Mosby/Elsevier, 2006:93-9.

12. Facione NC, Facione PA. Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgement. Nursing Outlook. 1996;(44):129-36.
13. Gündoğdu H. Eleştirel Düşünme ve Eleştirel Düşünme Öğretimine Dair Bazı Yanılgılar Sosyal Bilimler, 2009;7(1):57-74
14. Fisher, Alec (2001). Critical Thinking: An Introduction, Cambridge: University Press, Cambridge.
15. A Practical Guide to Critical Thinking August 2006, <http://skepdic.com/essays/haskins.pdf>. Erişim tarihi: 10.01.2016.
16. Seferoğlu S S, Akbıyık C. Eleştirel düşünme ve öğretimi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006;30:193-200.
17. Aybek B. Konu ve Beceri Temelli Eleştirel Düşünme Öğretiminin Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2006.
18. Kürüm D. Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Gücü. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2002.
19. Semerci Ç. Eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi. Eğitim ve Bilim Dergisi, 2003;28(127):64-70.
20. Günay, M. (2004). Metinlerle felsefeye giriş. Karahan Kitabevi, Adana.
21. Honer SM. (1996). Felsefeye çağrı. (Çev: H. Ünder). İmge Kitabevi, Ankara.
22. Topdemir, HG. (2008). Felsefe. Pegem Akademi, Ankara.
23. Ay FA. Sağlık bakım profesyonellerinde eleştirel düşünme. (2011) Ay FA, editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri; p.106-115. İstanbul.
24. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi. Ağrı Dergisi. 2006; 8(4):36-43.
25. Yurtsever S, Altıok M. Kanıtta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik. F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi.2006;20(2):159-66.
26. Frank DH, Sharon L, Arthur SE. Critical Thinking and Clinical Decision Making In Critical Care Nursing. The Journal of Acute and Critical Care 2003;32(3):169-80.
27. Alkın Şahin S., Tunca N. Felsefe ve Eleştirel Düşünme :Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015;5(2):192-206.

Konu 52

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ

Nurver TURFANER SİPAHİOĞLU

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu bölümde hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiği, bu ilişkiyi bozan ve iyileştiren faktörler, birinci basamak hekiminin bu ilişkide rolü ve öneminin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Tıbbi görüşmenin yapılandırılması ve kalitesinin artırılmasında hekime düşen görevleri tartışabilmek,
- Hekim-hasta ilişkisini olumlu veya olumsuz etkileyebilecek kurumsal faktörleri açıklayabilmek,
- Hekim-hasta ilişkisinin iyileştirilmesinde hasta merkezli yaklaşımın önemini savunmak.

ÖZET

Doktor-hasta ilişkisi, sağlıkta bakımın anahtar noktasıdır. Bu ilişki dahilinde veriler toplanır, tanı konur, tedavi planlanır, uyum sağlanır ve hasta motivasyonu ve desteği ile iyileşme sağlanır. Doktor-hasta ilişkisi hastaların bazı kurumları tercih etmeleri için kritik bir faktördür.

Özel sağlık kuruluşlarında bu konunun önemi, ayrıca pazar rekabetini de etkiler. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin algılanan ve korkulan yıkıcı etkileri hizmet sağlayıcılar tarafından fark edilmeli ve önlenip düzeltilmeye çalışılmalıdır.

Hasta-hekim ilişkisi, hastanın başvurusu ve ihtiyacı ile kurulur. Bu ilişkide temel amaç, hastanın gereksinim ve beklentilerinin karşılanmasıdır. Sağlık hizmetlerinde en önemli ortam tıbbi görüşmedir. Farklı felsefi yaklaşımlara bağlı üç türlü hekimlik pratiği mevcuttur. *Otoriter hekim*, hekim merkezli tıp uygulaması yapar. *Danışman hekim* davranışı bu modelin tam aksidir. Sadece danışmanlık yapar. Hastaya bilgiler verir, alternatifleri açıklar. Sonuçta kararı hastaya bırakır ve hastanın isteği neyse o uygulamayı başlatır ve yürütür. *Katılımcı hekim* ise hastayla birlikte sorunu çözmeye çalışır. Hasta-hekim ilişkisinin iyileştirici fonksiyonunun korunması için hekimin hastasının iyiliği için elinden geleni yaptığına dair toplumun güveni devam etmelidir. Özel sağlık kuruluşları esasen birinci basamağa önem vermektedir. Genelde yönetim, koordinasyon ve diğer servislere erişim sağlamak için birinci basamak hekimlerine güvenilir. Birinci basamağın önem kazanması hekimler ve hastaları arasında güçlü ilişkilerin gelişmesi için olanak yaratmıştır.

GİRİŞ

Hekimlik insan odaklı bir uğraştır. Hekimler, mesleklerini icra ederken hasta, hasta yakınları, meslektaşlarıyla birlikte hizmet ürettikleri sağlık çalışanlarıyla ve diğer taraflarla (finansman kurum görevlileri, aracı kişiler, idari görevliler gibi) sürekli bir ilişki içerisindeyler. Hekim meslek pratiğini sürdürmek için mesleki bilgi ve becerisi yanında iletişim konusunda da yeterli bilgi, beceri ve doğru tutum sahibi olmalıdır. Hasta-hekim ilişkisinde güç dengesi hekim lehinedir. Bu dengesizlik, hekimin hastasına sorunla ilgili geniş bilgi vermesi; hastanın sorularına olabildiğince açık olması; soru ve endişelerini dile getirmesi için onu cesaretlendirmesi; ilişki sırasında hastadan kaynaklanan hata ve eksikliklere tepkisel değil tamamlayıcı davranması ile giderilebilir.

Önemli Noktalar

- Hasta-hekim ilişkisinde hasta merkezli yaklaşım ve katılımcı hekimlik uygulamalarını kullanmanın olumlu yönleri vardır.
- Birinci basamak hekimi, sağlık sistemine girişte ve koordinasyonda görev aldığından hasta-hekim ilişkisini kurmak ve iyileştirmekte önemli rol oynar ve güvenilir olmakla yükümlüdür.
- Hekim hastasına zaman ayırmalı, savunuculuğunu yapmalı ve yalnız hastalığı değil hastayı da tedavi etmelidir.
- Hasta-hekim ilişkisi hastayı ön plana alsada hekime zarar verici bir duruma dönüşmemelidir.

Hasta-hekim ilişkisi, hastanın başvurusu ve ihtiyacı ile kurulur. Bu ilişkide temel amaç, hastanın gereksinim ve beklentilerinin karşılanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde en önemli ortam tıbbi görüşmedir. Tıbbi olarak gelişen çoğu ilişki hasta ile hekim arasındaki müzakerelerle geçer. Görüşmenin üç fonksiyonu ve 14 yapısal ögesi bulunur (Tablo1). Bu üç fonksiyon; bilgi toplama, terapötik/televiyeye yönelik bir ilişki kurma ve bu ilişkiyi yürütme ile bilgi aktarımıdır. Bunlar birbirleriyle kaçınılmaz olarak etkileşim içindedir. Telaş içinde olan veya endişeli bir hasta kendisine verilen bilgileri net olarak algılayamaz. Bu nedenle de ilişki paylaşılan ve üzerinde görüş birliğine varılan bilginin bütünlüğünü ve kalitesini doğrudan belirler. Hasta-hekim ilişkisi, hekim ve hasta tatmininde en önemli etkidir ve bakımın sürdürülmesi ile hekimde moral çöküşünün ve tükenmenin engellenmesine, uyumun sağlanmasına katkıda bulunur. Soru sormaya ve kendi sağlığı için söz sahibi olmaya hastaları yüreklendirmek, hastanın biyolojik olarak, yaşam kalitesine ve doyumuna katkı sağlar.

Hasta-hekim ilişkisinde iki farklı felsefi arka plan söz konusudur. *Hekim merkezli tıp uygulamalarında* tanı ve tedavi sürecinde aktif olan, yönlendirici, belirleyici kişi hekimdir. Hasta inisiyatifli hekime verir ve tamamen edilgen bir konuma itilir. *Hasta merkezli tıp uygulamalarında* ise, hasta, hekim otoritesi gölgesinde kalmaktan korunmuştur. Hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir. Hekim bir taraftan hastalığın ne olduğu sorusuna yanıt ararken; diğer taraftan hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığı ve hastanın yaşamında ne tür değişiklikler meydana getirdiği, onun için ne anlam taşıdığını öğrenmeye çalışır. Sadece sorunu gidermekle yetinmez sorunun yol açtığı tüm olumsuz sonuçların ortadan kalkması için çaba sarf eder ve hastalığı değil hastayı tedavi etmeye çalışır.

Farklı felsefi yaklaşımlara bağlı üç türlü hekimlik pratiği mevcuttur. *Otoriter hekim*, hekim merkezli tıp uygulaması yapar. *Danışman hekim* davranışı bu modelin tam

aksidir. Sadece danışmanlık yapar. Hastaya bilgiler verir, alternatifleri açıklar. Sonuçta kararı hastaya bırakır ve hastanın isteği neyse o uygulamayı başlatır ve yürütür. *Katılımcı hekim* ise hastayla birlikte sorunu çözmeye çalışır. Kararları hasta verir ancak hekim yol gösterir.

Hastayla hekim aynı amacı gerçekleştirmeye çalışan bir ekibin doğal iki tarafıdır. Amaçlanan faydanın elde edilebilmesi için taraflar arasında uyumlu bir işbirliği şarttır. Görüşmenin yapısal öğelerinin etkin kullanımı, aynı zamanda terapötik ilişkiler ve yaşamın biyolojik ve sosyopsikolojik kalitesi, uyum sağlama ve memnuniyet gibi önemli sonuçları etkiler. Etkin kullanım hastalara birilerinin onları dinlediği ve önemli sıkıntılarını dile getirme şansı tanıdığı hissini verdiği gibi saygı, şefkat, empati, kendini ifade etme, olumlama, uyumlu görüş birliği ve anlayış duygularını da destekler. Ayrıca hastalara duygularını anlatma ve açıklama olanağı sağlayarak hikayelerini kendi kelimelerine dökebilme fırsatı yaratır. İlginçtir ki; birlikte geçirilen zaman hastaların bu zaman içinde konunun odağının kendilerinin olduğu ve gerçekten dinleniyor oldukları hissini duymalarından daha kritik bir öneme sahip değildir. Bu ilişkide önemli diğer noktalar hastaların hastalıklarını kendi dillerince anlatmalarına izin vermek, hastalara bilgi vermek, hastaların tedavi planının oluşturulmasına katılımlarını sağlamaktır. Hastanın hastalığı ile başa çıkması için gereksinim duyacağı her türlü bilgi, beceri ve motivasyona sahip olacak şekilde eğitilmesi, yüreklendirilmesi, sorularının yanıtlanması, endişe ve korkularının giderilmesi, teselli edilmesi ve katılımını sağlayacak şekilde ortaklık kurulması gerekir. Hekim hastayla görüşmesi sırasında başka işlerle (telefon, bilgisayar, üçüncü kişiler gibi) ilgilenmekten kaçınılmalı ve hastasına odaklanmalıdır. Hastasını sabırla, sözünü kesmeden dinlemelidir.

Doktor hasta ilişkisinde bir dizi kurumsal ya da sistem faktörlerinin de etkisi bulunur. Hem idari hem de klinik personelin ulaşılabilir olması, nezaket düzeyleri gibi bekletilme sürelerinin makul ölçüde olması ve sağlanan konfor da hastalara önemsendikleri ve kendilerine saygı gösterildiği duygusunu verir. Nöbetçi doktor ve hemşirelerin varlığı bir güvenlik duygusu oluşturur. Kullanımı kolay eğitsel materyaller de bir şefkat ve ilgi ortamı yaratır. Hasta odaklı kültür ya da kar odaklı kültür ile yapılan kurumlar klinik ilişkilerin sürekliliğini etkileyebilir. Örneğin; sağlık sigortası bulunan pazara dayalı bir sistemde, işverenin isteklerine göre yönlendirilip, hasta kaydetmek için girilen rekabette genellikle bir takım abartılı sözler verip sonra pek azını gerçekleştirerek uzun soluklu ve güvene dayalı bir doktor-hasta ilişkisi engellenir.

Doktor-hasta ilişkisi, doktorlarının işinin ehli, becerikli, yetenekli ve iyi niyetli olmalarına daha fazla güvenmek isteyen hassas hastalar için çok daha kritiktir. Doktorlar kendi çıkarlarıyla çelişse bile hastalarının çıkarlarını gözeterek hareket etmekle yükümlüdürler.

İnsanların hayatlarının dönüm noktalarında ya da hayatlarını değiştirecek anlarda; doğum, ölüm, ciddi hastalık ve ağır tedavi zamanlarında hekim önemlidir. Yetkin olmayan bir doktor sadece iş hayatında başarısız bulunmakla kalmaz, aynı zamanda ahlaki açıdan da suçlanır, hastaların beklentilerini yerine getiremediği ve güveni sarstığı söylenir. Güven kolaylıkla kırılabilen bir durumdur. Aldatmak ve kandırmak veya küçük sözler verip de yerine getirmemenin ağırlığı muhtemelen güvenen tarafın hassasiyet derecesine bağlı olarak oluş sıklıklarıyla değerlendirilir.

Birinci basamak sağlık hizmeti hekimlerinin diğer hizmetlerin koordine edilmesinde ya da girişin engellenmesinde kullanılması, kaynakların kullanılmasında olduğu kadar bireysel olarak hastaların bakımı ve tedavisinde de güvenilir olmasını gerektirir. Bireysel olarak hastalara, bir hasta grubuna ya da kuruma karşı olan güvenilirlik açık ve belirgin olmalıdır.

Hizmet sağlayan kurumların hasta olanlara karşı yetkinlik, beceri ve sadakat gibi görevleri vardır. Ödeme yapan kurumların hizmet sağlayan kurumlarla çelişebilecek idarecilik ve adalet gibi görevleri vardır.

Hastalar haklı olarak doktorların onlarla ve tedavileri ile mi yoksa kendi işleri ve ücretleriyle mi ilgilendiklerini düşünür. Bu muğlaklık güveni sarsar, düşmanca tavırlara yol açabilir ve hasta odaklı sağlık hizmetini engeller.

Özel sağlık organizasyonlarının diğer bir özelliği, esasen birinci basamağa önem vermesidir. Genelde yönetim, koordinasyon ve diğer servislere erişim sağlamak için birinci basamak hekimlerine güvenilir. Bu organizasyonlardan hizmet alanların, birinci basamak hekimini seçmeleri ya da bir hekime yönlendirilmeleri gerekir. Birinci basamağın önem kazanması hekimler ve hastaları arasında güçlü ilişkilerin gelişmesi için olanak yaratmıştır. Ek olarak, birinci basamağı ve sağlığın korunmasını ve iyileştirilmesini vurgulayan bu sistemde, daha önce hiç başvuru yapmamış ve nadiren doktor-hasta ilişkisi kuran hastalarla da yeni bağlantılar kurulabilme olasılığı vardır.

Özel sağlık kuruluşları, bakımın kalitesini arttırmak ve doğrulamak, masrafları en aza indirmek için bazen benzer hastalıkları olanlar benzer şekilde tedavi edilir. Yalnız verilere dayanmak, hastanın kendi öyküsünü dışlar, böylece hastalığın kişisel yanları ile ilgili özgün kanıtlar, anlamı ve değeri dikkate alınmaz. Kişiyi dışlamak ise ilişkinin değerini düşürür.

Hasta-hekim görüşmesi kısaldığında ilk önce psikososyal tartışma kısılır. Hekimler de, hastalar da, zaman baskısını daha fazla hisseder ve hastalar üretim odaklı bir hekim ile sevk sırasında oldukları konusunda endişelenebilirler. Az miktarda iyi iletişim bile endişeli bir hastayı sakinleştirmek ya da baştan savma bir öyküyü düzeltmek için gereksiz hatta zararlı birçok harcamayı engeller. Hasta-hekim ilişkisinin iyileştirici fonksiyonunun korunması için hekimin hastasının iyiliği için elinden geleni yaptığına dair toplumun güveni devam etmelidir. Endüstri ve anonim şirketler yönetimin esas kaynağını oluşturduğunda, ilgi ve bakım sonuçta zarar görecektir. Ancak kullanıcılar ve sağlık personeli birlikte hareket ettiğinde ve doktor-hasta ilişkisini koruyan standartlarda ısrar ettiğinde bu tehlike geçebilir.

HEKİMLER NE YAPABİLİR

Hekimler hastaları ile, diğer klinisyenlerle (uzmanlar ve hemşireler) ve kurumun bütünü ile ilişkilerinde süreklilik konusuna yoğunlaşmalıdırlar. Güven, bir ilişkide inanılabilirlik, savunuculuk, yararlılık ve iyi niyet öyküsü olduğunda gerçekçi bir kavramdır. Süreklilik, güveni destekler, hastalar ve sağlayıcılara birbirlerini kişi olarak tanıma fırsatı verir ve belirli bir kişi için karar vermede temel oluşturur. Hekimler hastalarını daha iyi savunur, hastalar da hekimle ilişkilerinde güç kazanır.

Hastaya ait ve tıbbi bakımıyla ilişkili kişisel bilgilerin üçüncü taraflarla paylaşılmaması; hasta onurunun korunması; hekim seçme/değiştirme, konsültasyon isteme, tedaviyi

reddetme hakkına saygı gösterilmesi; hastaya uygulanacak her türlü tıbbi işlem öncesinde hastadan aydınlatılmış onam alınması; tıbbi bakım ve tedavi süresince hastanın refakatçi ve ziyaretçi bulundurma, manevi ve moral destek alma isteklerinin olabildiğince gerçekleşmesine izin verilmesi; hastaya hastalığı, tedavisi ve prognozuyla ilgili doğru bilgi edinme ve kendisiyle ilgili kayıtlara ulaşma hakkı tanınması gibi konular genel kabul gören yaklaşımlardır.

Hekimler hastaların seçimlerini ve çıkarlarını korumalıdır. Hekim-hasta ilişkisinde tıp etiğinin dürüstlük, zarar vermeme ve özerklik ilkeleri esastır. Sağlık bakımı yöneticileri yeterlilik, merhamet ve bireyselleştirme konularının önemini göz ardı etmemelidirler. Hekim hastaları arasında ayrımcılık yapmaz. Mesleki yetkisini tıbbi amaçlar dışında kullanmaz. Hasta savunucuları olarak hekimlerin rolü, kuralların dışında kalan veya özel gereksinimleri olan hasta bireylerin de ihtiyaçlarına cevap vermektir. Bu güç, hekimlerin bireysel olarak kapasiteleri dışında olabilir ve mesleki düzeyde organizasyon gerektirebilir.

Kalite geliştirme çalışmalarına hekimler de katılmalıdır. Hekimler, hangi durumlarda erişimin fazla kısıtlandığını ve hasta bakımının kötüleştiğini, bazı ilaç ve cihazlara kısıtlama gelmesinin bakım kalitesini kabul edilemez şekilde etkilediğini ve bazı işlemlerin ne zaman gereksiz olduğunu bilirler. Hekim hastasına gereksiz harcama yaptırmamalıdır.

Hekim hastasının kültürel, sosyal, dini, felsefi ve politik değerlerini yargılamamalı, bunları benimsemese ve beğenmese de eleştirmemeli, küçümsememelidir. Hasta ve hasta yakınları ile ilişkisi, herhangi iki kişi arasındaki ilişkiden çok farklı özellikler gösterir. Sadece hastasının yararını amaçlar. Gerçekleştirmeyi amaçladığı, kendisine özgü meşru amaçları (para kazanma, ün kazanma, bilimsel yayın yapma) veya çalıştığı kurumun, geri ödeme kurumunun çıkarlarını (para kazanma, kar etme, hasta kaçırmama) önceleyerek, hastasına tıbben gerekli olmayan, doğru olmayan veya hastaya zarar veren bir girişimde bulunamaz veya tıbben gereken bir girişimi yapmaktan kaçınmaz.

Hasta-hekim ilişkisi her ne kadar hastayı ön plana alan bir kurguya sahip ise de, bu ilişkinin hekime zarar verici bir duruma dönüşmesi düşünülemez. Hekimin gücünü aşan aşırı sorumluluk ve iş yükü altında bırakılması; sağlığını tehdit edecek risklere maruz bırakılması; emeğinin ve zamanının istismar edilerek angaryaya tabi tutulması; hakaret ve saldırılara uğratılması; onurunun rencide edilmesi; işini yerine getirmesi için gerek duyduğu haklı isteklerinin (mesleki gelişim, güncel tıbbi uygulama, baskı altında kalmadan bilime ve etiğe uygun karar verme, tanıklıktan çekilme, hastayı reddetme, doğru bilgi alma, emeğinin karşılığını alma gibi) göz ardı edilmesi kabul edilemez durumlardır.

Tıbbi Görüşmenin Fonksiyonları ve Öğeleri

Fonksiyonlar:

1. Problemin doğasını saptayıp monitörize etmek
2. İyileştirici ilişkiyi geliştirmek, korumak ve sonlandırmak
3. Hasta eğitimini sürdürmek ve tedavi planlarını uygulamak

Yapısal Öğeler:

1. Ortamın hazırlanması
2. Kendini hazırlama
3. Hastayı gözlemlemek
4. Hastayı selamlamak
5. Görüşmeyi başlatmak
6. İletişim engellerini fark edip üstesinden gelmek
7. Problemleri araştırmak
8. Önceliklere karar vermek
9. Öyküyü oluşturmak
10. Hastanın yaşam biçimini tespit etmek
11. Bir koruma ağı oluşturmak
12. Bulguları ve seçenekleri ortaya koymak
13. Tedavi planını görüşmek
14. Görüşmeyi bitirmek

KAYNAKLAR

1. Tamblyn R, Berkson L, Dauphinee W, et al. Unnecessary prescribing of NSAIDs and the management of NSAID-related gastropathy in medical practice. *Ann Intern Med.* 1997;127:429-38.
2. Clark W, Lipkin M Jr, Graman H, Shorey J. Improving physicians' relationships with patients. *J Gen Intern Med.* 1999;14(1):45-50.
3. TTB. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31. Erişim Tarihi: 30.05.2016.
4. Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. TTB Yayınları. 2006, Ankara.
5. Türk Kardiyoloji Derneği. Hasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009;37(3):19-22.
6. Türk Kardiyoloji Derneği. Resmi ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Hekim ve Hastalarla İlişkileri ve Kararlarında Etik *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009;37(3):19-22.
7. Tok Ö. Osmanlı Dönemi Hekim-Hasta İlişkileri (Kadı Sicillerine Göre XVII. ve XVIII. Yüzyıllarda Kayseri Örneği). *Turkish Studies International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic.* 2008;3(4):788-805.
8. Özlü T. Kuramsal metinler, felsefi arkaplan ve örnek olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, çünkü hastasınız. TİMAŞ Yayınları, 2005, İstanbul.

9. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication: The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *JAMA* 1997;277(7):553-9.
10. Clark W, Lipkin M, Graman H, Shorey J. Improving Physicians' Relationships with Patients. *JGIM*, 1999;14 (1):47-50.
11. Goold SD, Lipkin M. The Doctor-Patient Relationship Challenges, Opportunities, and Strategies. *JGIM*, 1999;1:(1):26-33.
12. Özlü T. Hekiminizi nasıl alırdınız? Hekim yüzü görmek zorunda kalanlar için rehber kitap. *Kaknüs Yayınları*, 2003, İstanbul.
13. Çobanoğlu N. Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. *Eflatun Yayınevi* 2009, Ankara.
14. Ateş T. Hekimlerin cezai ve hukuki sorumlulukları. *Nobel Tıp Kitapevleri* 2010, İstanbul.
15. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the Patient-Physician Relationship. *JGIM*, 1999;1:(1):34-40.
16. Johnson RL, Roter D, Powe NR, Cooper LA. Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits. *American Journal of Public Health* 2004;94(12):2084-90.
17. Özlü T. Göğüs hekimliğinde hasta hekim ilişkisi. In Ed. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Akın K. *Solunum Sistemi ve Hastalıkları. Cilt I. İstanbul Medikal Yayıncılık* 2010, İstanbul.
18. Özlü T. Hastadan bilgilendirilmiş onam almak niçin gerekli? *Toraks Bülteni* 2003;8:50.
19. Gafni A, Charles C, Whelan T. The Physician-Patient Encounter: The Physician As A Perfect Agent For The Patient Versus The Informed Treatment Decision-Making Model. *Soc. Sci. Med.* 1998;47(3):347-54.
20. Özlü T. Biyohukuk Sözleşmesi İlkeleri bağlamında hekim-hasta ilişkisi. *Khuka (Kamu Hukuku Arşivi)* 2006;8:167-8.
21. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Thi Vu H, Powe NR, Nelson C, Ford DE. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship *JAMA*. 1999;282:583-9.
22. Özlü T. Hekim Hasta ilişkisinde neredeyiz? *Toraks Bülteni* 2002;7:29-33.
23. Özlü T. Sağlıkta aktif hasta rolü. Sağlığa erişimde sivil toplum ve harcama politikaları. *SERDE* 2007, Ankara.
24. Özlü T. Karşılıklı hak ve sorumluluklar bağlamında hekim-hasta ilişkisi. A'dan Z'ye Sağlık Hukuku. *İstanbul Barosu Yayınları* 2007, İstanbul.
25. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA*. 2000;284:1021-7.
26. Love M, Mainous AG, Talbert JC, Hager GL. Continuity of Care and the Physician-Patient Relationship The Importance of Continuity for Adult Patients with Asthma. *J Fam Pract* 2000;49:998-1004.
27. Özlü T. Karşılıklı haklar ve sorumluluklar bağlamında hekim-hasta ilişkisi. Yasal düzenlemeler ışığında hekim hakları, hekim sorumluluğu, hekim-hasta ilişkisi. *İzmir Tabip Odası Manisa* 2009;59-71.

28. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Tıpta iletişim teknikleri. Beyaz Yayınları 1998, İstanbul.
29. Tate P. Doktorun İletişim Elkitabı. Beyaz Yayınları 1998, İstanbul.
30. Chen DT, Miller FG, Rosenstein DL. Clinical Research and the Physician–Patient Relationship, Ann Intern Med. 2003;138:669-72.

(1. Cilt Arka Kapak)

(2. Cilt Ön Kapak)

Editör

Zekeriya AKTÜRK

Prof. Dr., Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İzmir

zekeriya.akturk@sifa.edu.tr

Yardımcı Editörler

Yasemin ÇAYIR

Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Erzurum

dryasemincayir@yahoo.com

Tuncer KILIÇ

Yrd. Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Ankara

tuncerkilic@gmail.com

Basım Yılı: 2016

ISBN Takım numarası: 978-975-00631-3-8

ISBN: 978-975-00631-4-5

Basım Yeri: O'MY Ajans Matbaa ve Reklam hizmetleri. Gümüşsuyu cad Odin Topkapı Center No: 28/316 Topkapı- Zeytinburnu/ İstanbul mdolduran@gmail.com

Dizgi: Zekeriya AKTÜRK (www.aile.net)

Kapak

Türkiye'de tıp eğitiminin 800. yılı hatıra parası.



Metali	Günlük #25
Çap	38,61 mm
Ağırlık	31,47 gr.
Banka Çıktığı	Profil
Sanatçı	Türkiye
Abaküsün Bütçe	5.000
Serisi	Harika 0031
Ticariyet Sicil No	3006 -
Türkiye Satış Adresi	1492

http://www.darphane.gov.tr/tr/product_detail.php?content_id=715

Kapak Tasarımı Ünsal SATAR

Teşekkür

Prof. Dr. M. Mümtaz MAZICIOĞLU'na kapak fotoğrafının temini konusunda sağladığı destekler için teşekkür ederiz.

Aile Hekimliği Okulu Derneği'ne (<http://www.ahod.org/>) kapak tasarımındaki destekleri için teşekkür ederiz.

“En yaşlı tıp mesleğinin en genç disiplininin, ana dilimizde yeni bir temel kitaba kavuşması şüphesiz heyecan vericidir. Türk tıp bibliyografyasında değerini bulmasını dilerim.”

Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Aile Hekimliği Ders Notları

Editör: Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İzmir.

zekeriya.akturk@gmail.com

Yardımcı Editörler

Yasemin ÇAYIR

Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Erzurum.

dryasemincayir@yahoo.com

Tuncer KILIÇ

Yrd. Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Ankara.

tuncerkilic@gmail.com

Yazarlar:

Ahmet YILMAZ

Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Ali Ramazan BENLİ

Karabük Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Aslı KORUR

Başkent Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Uzm. Dr.

Ayşe PALANDÜZ

İstanbul Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Doç. Dr.

Ayşe Semra Demir AKCA

Bülent Ecevit Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Ayşegül ULUDAĞ

Çanakkale 18 Mart Ü. Tıp F. Aile Hekimliği

AD, Yrd. Doç. Dr.

Aziz AVCI

Erzurum Yakutiye Gazi ASM

Berna Erdoğmuş MERGEN

S.B. İzmir Atatürk EAH Aile Hekimliği

Kliniği, Başasistan

Berrin TELATAR

İstanbul Bilim Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Doç. Dr.

Bilge SÖNMEZ

S.B. Çankırı Çerkeş DH, Uzm. Dr.

Cemil Işık SÖNMEZ

Düzce Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Coşkun ÖZTEKİN

Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Çiğdem APAYDIN KAYA

Marmara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Doç. Dr.

Çiğdem GEREKLİOĞLU

Başkent Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Uzm. Dr.

Davut BALTACI

Düzce Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.

Diñçer ATILA

İzmir Buca 35 no'lu ASM, Uzm. Dr.

Erdinç YAVUZ

S.B. Samsun EAH, Aile Hekimliği Kliniği,

Başasistan

Esra Meltem KOÇ

Katip Çelebi Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,

Yrd. Doç. Dr.

Fatma GÖKŞİN CİHAN

Necmettin Erbakan Ü. Tıp F. Aile Hekimliği

AD, Doç. Dr.

- Füsun Artıran İĞDE
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Gülseren Ceyhan PEKER
Ankara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Gülseren PAMUK
Katip Çelebi Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Hakan DEMİRCİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek
İhtisas EAH Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr.
- Hakan YAMAN
Akdeniz Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Haluk Mergen
S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Doç. Dr.
- Hatice KURDAK
Çukurova Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Hülya PARILDAR
S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Doç. Dr.
- Hüseyin CAN
Katip Çelebi Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- İsmail ARSLAN
S.B. Ankara EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan
- İsmail Hamdi KARA
Düzce Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Kenan TAŞTAN
Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Kenan TOPAL
S.B. Adana Numune EAH Aile Hekimliği
Kliniği, Doç. Dr.
- M. Halis TANRIVERDİ
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.
- M. Kürşat ŞAHİN
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Memet IŞIK
Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Murat ALTUNTAŞ
S.B. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği, Başasistan
- Murat NAVRUZ
Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Murat TEKİN
Çanakkale 18 Mart Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Yrd. Doç. Dr.
- Mustafa DİKİCİ
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Mustafa Gökhan USMAN
Adıyaman Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Mustafa Haki SUCAKLI
Sütçü İmam Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.
- Mustafa ÜNAL
19 Mayıs Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- M. Mümtaz MAZICIOĞLU
Erciyes Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Nazan KARAOĞLU
Necmettin Erbakan Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Prof. Dr.
- Nazlı ŞENSOY
Afyon Kocatepe Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Doç. Dr.
- Necmi ARSLAN
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.
- Nurver Turfaner SİPAHİOĞLU
İstanbul Ü Cerrahpaşa Tıp F Aile Hekimliği
AD, Doç. Dr.
- Olgun GÖKTAŞ
Bursa Nilüfer 18 no'lu Uludağ Üniversitesi
ASM, Doç. Dr.
- P. Gamze Erten BUCAKTEPE
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.
- Pemra C. ÜNALAN
Marmara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.
- Selda TEKİNER
Ankara Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Yrd.
Doç. Dr.
- Sercan BULUT ÇELİK
Batman 11 no'lu ASM, Uzm. Dr.

Sevgi ÖZCAN
*Çukurova Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.*

Sevsen CEBECİ
*Turgut Özal Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Prof. Dr.*

Süheyl ASMA
*Başkent Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Yrd.
Doç. Dr.*

Şirin PARKAN
Kadıköy Acıbadem Hastanesi, Uzm. Dr.

Tahsin ÇELEPKOLU
Dicle Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Doç. Dr.

Tanju YILMAZER
*S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan*

Tuncay Müge ALVUR
*Kocaeli Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.*

Yasemin ÇAYIR
*Atatürk Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Doç. Dr.*

Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK
*S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan*

Yaşar KOŞAR
*Sütçü İmam Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD,
Yrd. Doç. Dr.*

Yusuf Adnan GÜÇLÜ
*S.B. Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği,
Başasistan*

Yusuf Haydar ERTEKİN
*Çanakkale 18 Mart Ü. Tıp F. Aile Hekimliği
AD, Yrd. Doç. Dr.*

Zekeriya AKTÜRK
Şifa Ü. Tıp F. Aile Hekimliği AD, Prof. Dr.

İÇİNDEKİLER

İçindekiler.....	9
Önsöz.....	15
CİLT 1	19
Bölüm 1: Aile Hekimliğinin Temelleri 1	19
Klinik Vaka Sunumu 1	19
Birinci Basamak Hekimliği	27
Yükseköğretimde Uluslararasılaşma	35
Zaman Yönetimi	43
Aile Yaşam Döngüsü.....	55
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	65
Temel Kalite İyileştirme Araçları.....	71
Hastane Birimlerinin Gözlenmesi	87
Kişilik Tipleri (Enneagram).....	95
Tıpta Beşeri/İnsani Bilimler	105
Bilim Felsefesi.....	111
Hızlı Okuma Teknikleri.....	123
Beyni Başarıya Programlama	129
Tıpta Profesyonellik	141
Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı	149
Sosyal Sorumluluk Projeleri.....	157
Sağlığın Geliştirilmesi	165
Sağlık Okuryazarlığı.....	179
Erkek Sağlığı	187
Mobbing.....	217
Bölüm 2: Aile Hekimliğinin Temelleri 2	229
Genogramlar-1	229
Aile Hekimliğinde Morbidite Paternleri.....	237
Ortama Uygun Sağlık Hizmeti	247
Kapsamlı Sağlık Bakımı.....	253
Sürekli Sağlık Bakımı.....	259

Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu	263
Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	271
Hastayı Güçlendirme (Ortak Karar Verme)	279
Hasta Uyumu	285
Ev Kazaları	291
Yatan Hasta İle İlk Karşılaşma.....	299
Klinik Vaka Sunumu 2	311
Bölüm 3: Klinik Aile Hekimliği.....	321
Genogramlar-2.....	321
Hatalı Tıbbi Uygulamalar	333
Konsültasyon ve Sevk	341
Hasta Eğitimi	353
Davranış Değişikliği	363
Ergen Sağlığı	375
Koruyucu Yaşlı Değerlendirmesi	383
Sık Görülen Hastalıkların Canlandırılması.....	399
Periyodik Sağlık Hizmetleri	403
Periyodik Sağlık Hizmeti Rehberleri.....	409
Entegre Tıp (Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler)	417
Aile İçi Şiddet	425
Birinci Basamakta Sağlam Çocuk Takibi.....	441
Engelli Sağlığı	451
Aile Hekimliğinde Klinik Görüşme	457
Aile Hekimliğinde Fizik Muayene	465
Birinci Basamakta Tanı ve Tarama Test Sonuçlarının Klinik Karar Verme Sürecinde kullanılması	473
Çocukluk Çağında Bağışıklama	485
Eleştirel Düşünme.....	499
Hasta-Hekim İlişkisi	507
CİLT 2	537
Bölüm 4: Aile Hekimliği Uygulaması.....	537
Kötü Haber Verme.....	537

Tıbbi Kayıtlar	545
Kanıtı Dayalı Tıp	561
Tıpta Kodlama	569
Çoklu İlaç Kullanımı	577
Aile Hekimliğinde Laboratuvar Kullanımı.....	587
Evde Sağlık Hizmetleri.....	603
ASM'de Gebe İzlemi	609
Akılcı Tedavi ve Reçete Yazma	621
Aile Hekimliğinde EKG Okuma	627
Aile Hekimliğinde Akciğer Grafisi Okuma.....	657
Kırsal Hekimlik	671
Olağanüstü Durumlarda Hekimlik Uygulamaları.....	681
Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi.....	691
SUT Uygulamaları.....	701
Toplum Yönelimli Aile Hekimliği	711
Uygulamadaki Aile Hekiminin Görevleri	723
Ayrışmamış Hastalıklara Yaklaşım	729
Tıpta Uygulama Rehberleri	739
Sigara Bırakma Danışmanlığı.....	747
Palyatif Bakım	763
Aile Hekimliğinde Ceza Hukukundan Kaynaklanan Sorumluluklar	769
Aile Hekimliğinde Tazminat Sorumluluğu	775
Sağlık Turizmi	781
Tıp Eğitiminde Sinema.....	785
Göçmen Sağlığı ve Mevsimlik Göç Alan Yerlerde Aile Hekimliği.....	789
Çalışan Sağlığı ve İşyeri Hekimliği.....	801
Risk ve Prognoz Tahmini (Karar Desteği)	809
Tedavi Seçenekleri Arasında Tercih Yapma	817
Aile Hekimliğinde Mesleki Tükenmişlik (Burnout)	823
Bölüm 5: Çoktan Seçmeli sorular	829
Klinik Vaka Sunumu 1	829

Birinci Basamak Hekimliği	830
Yükseköğretimde Uluslararasılaşma	831
Zaman Yönetimi	832
Mobbing.....	833
Genogramlar-1	834
Aile Yaşam Döngüsü.....	836
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	837
Temel Kalite İyileştirme Araçları.....	838
Hastane Birimlerinin Gözlenmesi	839
Kişilik Tipleri (Enneagram).....	840
Tıpta Beşeri/İnsani Bilimler	841
Bilim Felsefesi.....	842
Hızlı Okuma Teknikleri.....	843
Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi.....	844
Aile Hekimliğinde Morbidite Paternleri.....	845
Ortama Uygun Sağlık Hizmeti	847
Kapsamlı Sağlık Bakımı	849
Sürekli Sağlık Bakımı.....	851
Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu	852
Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	853
Hastayı Güçlendirme (Ortak Karar Verme)	854
Hasta Uyumu	855
Hatalı Tıbbi Uygulamalar	856
Beyni Başarıya Programlama	857
Ev Kazaları	858
Tıpta Profesyonellik	859
Yatan Hasta İle İlk Karşılaşma	860
Klinik Vaka Sunumu	861
Konsültasyon ve Sevk	862
Hasta Eğitimi	864
Davranış Değişikliği	865

Ergen Sağlığı	866
Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı	867
Sağlık Okuryazarlığı.....	868
Erkek Sağlığı	869
Hasta-Hekim İlişkisi	870
Kötü Haber Verme.....	871
Aile Hekimliğinde Klinik Görüşme	872
Aile Hekimliğinde Fizik Muayene	873
Tıbbi Kayıtlar	874
Koruyucu Yaşlı Değerlendirmesi	875
Sık Görülen Hastalıkların Canlandırılması.....	876
Periyodik Sağlık Hizmetleri	877
Periyodik Sağlık Hizmeti Rehberleri.....	878
Entegre Tıp (Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler)	879
Aile İçi Şiddet.....	880
Birinci Basamakta Sağlam Çocuk Takibi.....	881
Engelli Sağlığı	882
Sosyal Sorumluluk Projeleri.....	883
Kanıtı Dayalı Tıp	884
Tıpta Kodlama	885
Çoklu İlaç Kullanımı	886
Aile Hekimliğinde Laboratuvar Kullanımı.....	887
Evde Sağlık Hizmetleri.....	889
ASM'de Gebe İzlemi	890
Akılcı Tedavi ve Reçete Yazma	891
Aile Hekimliğinde EKG Okuma	892
Aile Hekimliğinde Akciğer Grafisi Okuma.....	896
Kırsal Hekimlik	897
Olağanüstü Durumlarda Hekimlik Uygulamaları.....	898
SUT Uygulamaları.....	899
Toplum Yönelimli Aile Hekimliği	901

Ayrışmamış Hastalıklara Yaklaşım	902
Tıpta Uygulama Rehberleri	903
Sigara Bırakma Danışmanlığı	904
Uygulamadaki Aile Hekiminin Görevleri	905
Palyatif Bakım	906
Aile Hekimliğinde Ceza Hukukundan Kaynaklanan Sorumluluklar	907
Aile Hekimliğinde Tazminat Sorumluluğu	908
Sağlık Turizmi	909
Tıp Eğitiminde Sinema	910
Sağlığın Geliştirilmesi	911
Çocukluk Çağında Bağışıklama	912
Eleştirel Düşünme.....	914
Göçmen Sağlığı ve Mevsimlik Göç Alan Yerlerde Aile Hekimliği.....	915
Çalışan Sağlığı ve İşyeri Hekimliği.....	916
Risk ve Prognoz Tahmini (Karar Desteği)	917
Tedavi Seçenekleri Arasında Tercih Yapma	918
Aile Hekimliğinde Mesleki Tükenmişlik (Burnout)	919
Çoktan Seçmeli Soruların Cevapları	921
İndeks	925

ÖNSÖZ

Aile Hekimliği'ni "Dünyadaki en eski branş ama nispeten yeni bir disiplin" olarak tanımlayabiliriz. Bu disiplinin Türkiye'deki gelişimi her ne kadar 1985 yılına dayansa da esas ivmelenmesi 2000'li yıllar ve sonrasında olmuştur. Türkiye'de Aile Hekimliği uygulama alanı olarak gelişimini devam ettirse de akademik alandaki gelişimini çok daha erken yapabilmiş olması büyük bir şans olmuştur. Bugün itibarıyla aile hekimliği alanında 46'sı profesör, 74'ü doçent olmak üzere 300 civarında akademisyen mevcuttur.

Türkiye'de aile hekimliği alanında bazıları çeviri olan 10 civarında kaynak kitap bulunmaktadır. Türkiye'deki 70 devlet, 25 vakıf olmak üzere 95 tıp lisans programından⁵ 56'sında aile hekimliği anabilim dalı olması, ders notu açısından da önemli bir ihtiyacın ortaya çıktığını göstermektedir.

Aile hekimliği alanında bir sürekli tıp eğitimi kaynağı olarak değerlendirebileceğimiz aile hekimliği 1. aşama uyum eğitimleri notları⁶ 2004 yılından beri kullanımdadır. Bu eser aile hekimliği uygulamasına geçmek isteyen tabipler için hazırlanmış bir ders notudur. Diğer taraftan, yine aile hekimliği uygulaması kapsamında, uygulamadaki uzman olmayan aile hekimleri için hazırlanmış 2. aşama⁷ eğitim materyalleri de internet üzerinden⁸ erişilebilmekte ve yakında kapsamlı olarak kullanıma sunulması beklenmektedir.

Elinizdeki eser ise aile hekimliği lisans eğitimi için hazırlanmış ilk telif eser olma özelliği taşımaktadır. Bu eseri özel kılan hususlardan bazıları şunlardır:

1. Aile Hekimliği Ders Notları Türkiye'de ve Dünyada verilmekte olan aile hekimliği müfredatları dikkate alınarak kapsamlı bir içerikle hazırlanmıştır. Kitapta toplam 82 orijinal konu bulunmaktadır.
2. Bu esere Türkiye'de eğiticilik yapan 36 farklı kurumdan 65 aile hekimliği uzmanı katkıda bulunmuştur. Bu eserdeki tüm yazarlar aile hekimliği uzmanıdır.
3. Aile Hekimliği Ders Notları çoğu fakülte'deki müfredata uygun olarak 4 alt başlıkta hazırlanmıştır:
 - a. **Bölüm 1** (Aile Hekimliğinin Temelleri 1): Aile hekimliğiyle ilgili temel tanımlar ve terminolojiyi içermektedir. Bu bölüm çoğunlukla tıp eğitiminin 1. sınıfında anlatılan derslerden oluşmaktadır.
 - b. **Bölüm 2** (Aile Hekimliğinin Temelleri 2): Aile hekimliğinde kullanılan araçlar ve kişisel gelişim konularını içermektedir. Bu bölüm çoğunlukla tıp eğitiminin 2. sınıfında anlatılan derslerden oluşmaktadır.

⁵ <https://yokatlas.yok.gov.tr>

⁶ <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-49278/h/>

⁷ <http://sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=39615>

⁸ <http://ahuzem.ybu.edu.tr/login/index.php>

- c. **Bölüm 3** (Klinik Aile Hekimliği): Aile hekimliğinin hastalıklara yaklaşımı ve tanı araçlarıyla ilgili bölümdür. Bu bölüm çoğunlukla tıp eğitiminin 3. sınıfında anlatılan derslerden oluşmaktadır.
 - d. **Bölüm 4** (Aile Hekimliği Uygulaması): Aile hekimliğinin klinik uygulamasına yönelik konuları içermektedir. Bu bölüm daha çok stajyer öğrenciler ve intörn doktorlar için düşünülmüştür.
4. Yazarlar tarafından kitapla birlikte sunumlarda kullanılacak materyaller de hazırlanmıştır. PowerPoint sunularına internet üzerinden erişmek mümkündür.
 5. Okuyucunun kendini deneyebileceği, her ders için çoktan seçmeli sorular hazırlanmıştır.
 6. Derslerin Wonca ve Ulusal ÇEP bağlantıları hazırlanmış ve internet üzerinden erişime açılmıştır.

“Yalnızlık paylaştıkça azalır; bilgi paylaştıkça çoğalır”. Aile hekimliği akademisyenlerinin yardımlaşmaya ve bilgilerini paylaşmaya devam etmelerini ve bu eseri güncelleyerek geliştirmelerini diliyoruz. Aile Hekimliği Ders Notları camiamıza hayırlı olsun.

Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK,
Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR,
Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ

SUNUŞ

Değerli Meslektaşlarım ve Sevgili Öğrenciler,

Türkiye’de ve dünyada aile hekimliği, her geçen gün gelişmektedir. Bu gelişmenin her aşamasında, birtakım sorunlarla karşılaşılabilen, fakat çözümlenen her sorunla birlikte gerek disiplinimiz, gerekse camiamız daha da güçlenmektedir.

Aile hekimliğinin kendine özgün pek çok konuya yönelik hem birinci basamak olmanın getirdiği bir bakış açısı, hem de kendisine has bilgi birikimi vardır. Bu durum göz önüne alındığında, gerek tıp öğrencilerine birinci basamak bakış açısının gösterilmesinin, gerekse aile hekimliği araştırma görevlilerine kendilerine özgü bir kaynak kitap sunulmasının önemi de ortadadır.

Elinizde tuttuğunuz bu kitap, aile hekimliğinin bu gereksinimini karşılamak için yapılmış çok önemli bir çalışmadır. Bu eserin en önemli özelliği, tamamen aile hekimliği camiasının katkılarıyla gerçekleştirilmiş olmasıdır. Eserin, birinci basamağa gönül vermiş ve emek veren bütün hekimler için faydalı bir kaynak olduğunu düşünüyorum.

Böylesine önemli bir çalışmayı Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği adına sizlere sunmaktan büyük onur duyuyorum. Bu eserin hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ediyor, saygılarımı sunuyorum.

Bu eserin hem bilimsel gelişiminize, hem de Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin daha da iyi hale gelmesine katkılarının olması inancım ve dileklerimle..

Prof. Dr. Murat ÜNALACAK

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel Başkanı

CİLT 2

BÖLÜM 4: AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Konu 53

KÖTÜ HABER VERME

Hatice KURDAK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu çalışmanın sonunda katılımcıların kötü haber verme konusunda bilgi, beceri ve tutum geliştirmeleri amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kötü haber vermeyi etkileyen etmenleri sayabilmeli,
- Hekimin kötü haber verme şeklinin hastanın prognozuna ve verilen hizmetin kalitesine etkilerini açıklayabilmeli,
- Kötü haber vermede temel beş adımı sayıp ve açıklayabilmeli,
- Kötü haber verme yöntemini kullanarak kendi modelini oluşturup uygulayabilmeli.

ÖZET

Kötü haber verme hekimlerin en önemli görevlerinden birisidir. Uygun olmayan bir biçimde verilen kötü haber hastanın ve yakınlarının haberle ilintili sonuçlara uyumlarını bozabilir. Duyarlı ve yeterli kötü haber verme becerisi, hasta hekim iletişimindeki zor durumlardan birisi olmakla beraber tüm becerilerde olduğu gibi geliştirilmesi mümkündür.

GİRİŞ

Tıp eğitimi ve sağlık sistemi büyük bir çoğunlukla insan yaşamını iyileştirmek ve sürdürmek üzerine kurgulanmıştır. Ancak genellikle bu yoğun bilgi akışı ve hizmet süreçlerinde; yaşamak kadar ölümün, güzel haberler kadar kötü haberlerin de hayatın bir parçası olduğu gerçeği göz ardı edilmektedir. Hekimlerin hepsinin hastalarına ya da onların yakınlarına kötü haberi “daha da kötüleştirmeden” verme sorumlulukları vardır. Aile hekimliği disiplininin “bireylere sürekli ve bütüncül bakım hizmeti sunma” ilkeleri, bu sorumluluğu aile hekimleri için farklı boyutlara taşır.

Konuyla ilgili ülkemizde yapılmış olan çalışmalar, 2013 yılına ait bir derlemede incelenmiştir. Bu derlemede Türkiye'nin, doğudan etkilenen bir kültüre sahip olmakla beraber çoğunlukla batının yasal normlarının uygulandığı bir ülke olduğu tespiti yapılmıştır. Türkiye'deki kötü haber vermeyle ilgili çalışmaların yansıttığı bilgilere göre; kanserli hastalar tanı ve prognozun kendilerine söylenmesini istediklerini açıkça ifade ederken, onlara bakım veren yakınları kanser hakkında gerçeğin söylenmesi konusunda hastanın haklarını gözetmemektedirler. Yine aynı derlemede, Türkiye'deki hekimlerin hastanın gerçeği öğrenme hakkına saygı duyma eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Ancak bu konudaki ciddi eğitim eksikliği ile hasta yakınlarının baskısı hekimleri zor duruma düşürmektedir.

Bu derste, duyarlı bir biçimde ve hastaya zarar vermeden kötü haber verme bilgi, beceri ve tutumu geliştirmek amaçlanmıştır. Teorik bilgilerin sunulduğu bir dersin ardından beceri ve tutum geliştirmek amacıyla uygulama çalışması yapılacaktır.

KÖTÜ HABER NEDİR?

Haber ne tür bir haber olursa olsun bir tür “bilgidir”. Ancak bu bilgiyi “iyi” ya da “kötü” habere çeviren, onu alan ya da verenin bağlamı ve inancıyla ilinti olarak ortaya çıkan değer yargıları veya duygusal tepkileridir. Kötü haber, genel olarak ümit etme duygusunun olmadığı, bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan durumlar ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesajlar olarak tanımlanmaktadır. Oldukça geniş kapsamlı bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, hangi haberin, kim için, ne kadar “kötü” olduğu genellikle tahmin edilebilir, fakat kesin olarak bilinemez. Bununla beraber, kötü haber düşünüldüğünde genellikle ilk akla gelen ya “*hastaya kanser tanısını söylemek*” ya da “*yakınlarına hastanın ölüm haberini vermektir*”. Tüm kötü haberler arasında ölümcül hastalık ile ilgili olanı elbette ayrı bir yere sahiptir. Ancak, bir kronik hastalığın tanısının kesinleşmesi, bir ergenin boyunun istediği kadar uzamayacağını öğrenmesi, bir annenin çocuğunun tedavi masraflarının çok yüksek olacağını duyması ya da bir tetkik

Önemli Noktalar

- Kötü haberin verilme şekli hastanın ve yakınlarının hastalığına uyumu ve kabulünü etkiler.
- Hekimler kötü haberin içeriğini değiştiremez, ancak yetersiz ya da duyarsız bir biçimde vererek daha da kötü hale getirebilirler.
- Kötü haber verme temel bir iletişim becerisidir ve geliştirilebilir.
- Bireysel inanışları ve tercihleri araştırmak ve anlamak, hekimin haber verme yöntemini her hastaya göre adapte etmesinde önemlidir.

için tüm hazırlıkları planlanmış uzun zamandır beklenen bir gezinin iptalinin gündeme gelmesi de birer kötü haber olabilir. Yani sağlık personeli için basit bir durum gibi görülebilen herhangi bir haber, hasta için “*kötü*” haber niteliği taşıyabilir. Bu nedenle, bir hekim kendi tahminlerinin ve duygulanımın hastasının tepkisini anlama ve empati yapma becerisini etkilemesine izin vermemelidir.

KÖTÜ HABER NASIL VERİLMELİDİR?

Etkin iletişim becerisi kötü haber vermede son derecede önemlidir. Bununla beraber, tıp eğitiminin yoğun kapsamı içinde iletişim becerilerine yeterince yer verilmemektedir. Bu durum hekimi kötü haberi iletmenin ağır duygusal yüküyle baş başa bırakmaktadır. Ortaya çıkan duygusal yükün altında; suçlanmaktan, ters bir tepki almaktan, şiddete maruz kalmaktan, hastanın sorularını yanıtlayamamaktan duyulan korkulardan; hastalık ve ölüme ilişkin bireysel korkulara kadar uzanan endişeler yatar. Hekimi tanıyı saklamaya zorlayan nedenlerden birisi de, haberi duyan hastalarının psikolojisinin olumsuz etkileneceğini düşünen hasta yakınlarıdır. Bu durum ülkemizde yaygın olarak rastlanan biçimiyle, hekimin ya hasta yerine hasta yakınlarını bilgilendirmesine ya da hastaya haberi yetersiz veya duyarsızca vermesine yol açabilmektedir.

Oysa hastaların haberi öğrenme ve tıbbi konularda karar verme tercihlerini uygun sorularla hassas bir biçimde anlamak mümkündür. Boylamsal sürekliliğin sağladığı karşılıklı güvene dayanan hasta hekim ilişkisi, bu soruları yöneltmede ve kötü haber verme sorumluluğunu yerine getirmede büyük bir kolaylık sağlar. Bu nedenle sürekli bakım veren aile hekiminin, kötü haberi doğru ancak duyarlı bir biçimde vermek için oldukça uygun bir konumda olduğu söylenebilir. Aile hekimini, hastasıyla birlikte girdikleri uzun ve fırtınalı yolculukta, ona uygun tıbbi bakım ve önerilerin yanı sıra psikososyal destek de sağlamalıdır. Kötü haber vermede hekime yol gösterecek farklı yaklaşımlar vardır. Bu derste Rabow ve McPhee'nin ABCDE akronimi ile anılan yöntemleri anlatılacaktır. ABCDE akroniminin açılımı aşağıdaki gibidir;

1. **Advance Preparation** (İleri Hazırlık)
2. **Build a Therapeutic Environment** (Terapötik İlişki ve Ortam Oluşturma)
3. **Communicate Well** (İyi İletişim Kurma)
4. **Deal with Patient and Family Reactions** (Hastanın ve Ailenin Tepkileriyle Baş Etme)
5. **Encourage and Validate Emotions** (Duygularını Kabul ve İfade Etmesini Teşvik Etme)

A. İleri Hazırlık (Advance preparation)

Bu aşama kötü haber vermenin temelini oluşturacağı için kritik öneme sahiptir. Hekim kötü haberi vermeden önce zaman, ortam, bilgi, görüşülecek kişiler ve kendi duygularıyla ilgili konularda hazırlanmalıdır. Öncelikle hem hekimin hem de hastanın zaman baskısı hissetmemesi için görüşmeye yeterli zaman ayrıldığından emin olunmalıdır. Görüşme zamanı gelmeden hasta ile ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi ve

araştırılması gereken yeni bilgiler varsa belirlenmesi hekimin işini kolaylaştıracaktır. Hastanın bir birey ve bir insan olarak özelliklerini bilmek, onun kötü haberi nasıl karşılayacağını tahmin edebilmekte yardımcı olur. Hastanın kültürü ve inanışları kötü haber karşısındaki tutumunu etkiler. Yapılan çalışmalarla kültürel tepkiler hakkında bilgi sağlanmış olsa da, aynı kültürden yetişen bireylerin tercihlerinin, tamamen bireysel olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle hekimler her bir hastayı ayrı değerlendirmeli ve önyargıda bulunmaktan kaçınmalıdır. Gerekli durumlarda tıbbi kayıtları gözden geçirerek bilgilerin tazelenmesinde yarar vardır. Görüşme sırasında hastanın yanında kimlerin olacağını belirlemek hastanın isteğine bağlı olmakla beraber, sorumluluk hekime aittir ve isimler görüşme öncesinde mutlaka netleştirilmelidir.

Hekime ait bireysel özelliklerin bu sürece yadsınamaz etkileri vardır. Hekimin kendi ölüm korkusu ve yaşama bakışı, kötü haber verme sürecinin uygun ve başarılı işlenmesine engel olabilir. Bu nedenle hazırlık aşamasında hekimin kendi bireysel tutumlarını ve inançlarını da ele alması yararlıdır. Hekim görüşme öncesi kendi duygu ve düşüncelerini de irdelemeli, kendini duygusal olarak hazır hissetmediği durumlarda, hastaya zarar vermemek için bir meslektaşından yardım almalıdır. Hazırlık aşamasında konuşmanın bölünmeye uğramayacağı sessiz bir ortam da mutlaka belirlenmelidir.

B. Terapötik İlişki ve Ortam Oluşturma (Build a therapeutic environment)

Görüşmenin başında hekimin kendini ve varsa ekibini tanıtmayı yanı sıra hastaya eşlik edenleri tanıması, hasta hekim ilişkisinin “iyileştirici” yönde seyretmesinde önemlidir. Terapötik ilişki kurulmasında tüm etkin iletişim yöntemleri önemli olmakla beraber; hastayla yüz yüze, aynı seviyede, göz teması kurarak, sözünü kesmeden, aktif dinleyerek, sıcak ve güven verici bir iletişim kurabilmek çok önemlidir. Hastanın, onunla konuşmak ve gerçekten dinlemek için orada bulunduğunuzu bilmesi önemlidir. Bunu hastaya hissettirmek için mümkünse görüşme sırasında not almaktan, hasta dosyasını incelemekten veya başka yerlere bakmaktan kaçınılmalıdır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, dini inancı gibi özelliklerine dikkat edilerek uygun şekilde omuzuna ya da koluna kısa süreyle dokunulması önerilmektedir. Hastanın gereksinimi olduğunda hekiminin onun yanında olacağını bilmesi onu rahatlatacaktır. Uygun bir dille bunu ona iletmek, yalan söylemeden, gereksiz şakalardan kaçınılarak konuşmak güven ilişkisini güçlendirecektir.

C. İyi İletişim Kurma (Communicate well)

Öncelikle hekim, hastanın sosyokültürel yapısına duyarlı olmalı ve hastasıyla konuşurken açık ve anlaşılabilir bir dil kullanmalıdır. Hastayla görüşme öncesinde haberi almak isteyip istemediğini, eğer istemiyorsa kendisinin yerine konuşulmasını istediği birisi olup olmadığı, haberi alırken yanında olmasını istediği kişileri öğrenmek önemlidir. Aile hekiminin hastasının kişiliği ve tercihlerini bilmesi, uzun zamandır tanıması onun bu konuyu daha rahat konuşabilmesini sağlayabilir. İdeal olan; henüz ortada bir “kötü” haber yokken, örneğin tanı sürecinde bir girişim için onam alınırken yapılan bilgilendirme sırasında “*bir sorun tespit edersek bunu kiminle konuşmamızı istersiniz?*” benzeri bir soruyla hastanın arzusunu anlamaktır. Bu soruyu daha önce sormuş olmak kötü haber verileceği zaman konuşmaya başlamayı kolaylaştırabilir.

Örneğin; *“daha önce bu girişimle ilgili konuşurken benden sizinle açık konuşmamı istemiştiniz...”* gibi.

Hastanın verilecek haberi kendisinin öğrenmek istediğinden emin olduktan sonra, hastanın neyi ve ne kadar bilmek istediğini “aktif dinlemeyle” anlamak ve konuşma sırasında öncelikle onun merak ettiklerine yanıt vermek gerekir. Özellikle ilk görüşmede hastaya çok fazla bilgi yüklenmemelidir. Haberin alındığı ilk dönem, şok dönemi olduğundan, hastanın verilen bilgileri anlaması ve hatırlaması çok zordur. Ancak akılda kalan çoğu kez ilk söylenen cümle olur ve en büyük etkiyi de bu cümle yapar. Bu nedenle kötü haberi daha da kötü hale getirmemek için olumsuz vurgudan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. *“Elimizden başka bir şey gelmiyor”* ya da *“maalesef yapacak bir şey yok”* demek yerine *“evet durumunuz ciddi, fakat elimizden gelen her şeyi yapmak için yanınızda olacağız”* gibi daha olumlu bir cümle ile konuşmaya başlanabilir. Söylemdeki bu farklılık, dışarıdan bakıldığında sadece biçimsel bir değişiklik gibi görünebilir. Buna karşın yapılan çalışmalarda, bu türlü konuşmaların hasta tarafından daha merhametli ve güven verici konuşmalar olarak algılandığı gösterilmiştir.

Kötü haberi verirken hastanın tepkilerini azaltmak ya da umut vermek amacıyla, haberin içeriğinin değiştirilmesi önerilmemektedir. Gerçeğin çarpıtılması hem hasta hem de hekim için istenmeyen sonuçlar doğurabilir. Örneğin; hastanın hastalığını önemsememesine, dolayısıyla tedaviye uyumunun azalmasına neden olabilir. Hekimin sorumluluğu kendi üstüne alması, profesyonelliğin dışına çıkarak mesleki tükenmişliğe gitmesine ve hatta bazen kötü hekimlik uygulamaları yapmasına yol açabilir.

Olası en yakın tarihe bir görüşme ayarlayarak hastanın yalnız olmadığını hissetmesi sağlanır. Bu süre içinde hasta da verilecek yeni bilgileri almaya hazırlanmış olur. Yapılacak görüşmelerde hastaya ne kadar bilgi verilmesi gerektiği konusunda belirlenmiş katı kurallar yoktur. Hastaya bilmek istediği kadar bilgi verilmelidir. Özellikle yaşam süresiyle ilgili konularda ise kesin süreler vermekten kaçınılmalıdır.

Her türlü iletişimde olduğu gibi, kötü haber vermede de empati büyük önem taşır. Empatinin *“sizi anlıyorum”* gibi yüzeysel bir cümleyle başarılı olabileceğini düşünmek yanıltıcıdır. Empatinin etkin olabilmesi için, hastanın sözel olmayan tepkilerini de gözlemleyerek duygulanımıyla ilgili ipuçları yakalanmalı ve hissettikleri isimlendirilerek ona geri bildirilmelidir. *“Daha kötüsü de olabilirdi, herkes bir gün ölecek, ne hissettiğinizi anlıyorum, daha fazla yapacak bir şey yok”* gibi empatiden uzak, hastada anlaşılma hissi yaratabilecek ve hatta hastayı sınırlendirebilecek ifadelerden kaçınılmalıdır.

Hasta hekim görüşmelerinin tümünde olduğu gibi burada da hastanın anlamayacağı ifadeleri kullanmamak gerekir. Hastanın söylenenleri anladığından emin olmak için uygun bir dille ne anladığı sorulmalı (closing the loop) ve soru sorma konusunda yöreklendirilmelidir. Sorduğu sorulara yanıt vermeden önce, soruların altında yatan endişeleri anlamak, yanlış cevap vermeyi önleyecektir. Tıbbi konular yanında, hastanın gereksinim duyabileceği diğer konularda da hekiminin yanında olacağını bilmesi, kendini güvende hissetmesini sağlayacaktır. Hastanın tedavi sürecinde farklı uzmanlık alanlarına sevk edilmesi ve konsültasyon istenmesi gerekebileceğinden, bu gibi konularda hazırlıklı olmalı ve gerektiğinde organize edilmelidir. Haberi paylaşmak

istediği kişiler olduğunda, konuşurken onlara da yardıma hazır olduğunu ifade etmek gerekir.

Görüşmenin sonunda konuşulanların bir özeti yapılmalı ve en kısa zamanda yeniden görüşmek için bir gün belirlenmelidir.

D. Hastanın ve Ailenin Tepkileriyle Baş Etme (Deal with patient and family reactions)

Hekim, hastanın ve eğer varsa yakınlarının kötü haberi aldıktan sonra verebileceği tepkilere karşı hazırlıklı olmalıdır. Hastanın gösterebileceği sözel ya da sözel olmayan ve beden diline yansıyan tepkilerini değerlendirebilmelidir. Hasta ve yakınlarının duygu ve düşüncelerini toparlayabilmeleri için onlara biraz zaman tanınmalıdır. Kötü haberin etkisini hemen yok etmek mümkün olmadığından, hasta ve yakınlarının duygu durumlarının hemen düzeleceği beklenmemelidir. Hastanın çok fazla sarsıldığı durumlarda, evine güvenli bir şekilde gidebileceğinden emin olmak gerekir. Kötü haberi duyan hastanın duygulanımını takip edebilmek için, izleyen bir haftalık süre içinde yüze ya da telefonla bir görüşme yapılmalıdır. Bu yeni görüşme, hastanın şok dönemini atlattıktan sonra aklına gelen soruların yanıtını vermek, yeni bir gelecek planı yapmasına yardımcı olmak ve değişen koşullara ayak uydurmasına destek olmak için önemlidir.

E. Duygularını Kabul ve İfade Etmesini Teşvik Etme (Encourage and validate emotions)

Hastayı kendisini ifade etmesi için yüreklendirmek, haber aldıktan sonra yaşadığı duyguların ortaya çıkarılmasını kolaylaştırır. Hastanın tepkilerini anlamak onunla empati yapabilmek için gereklidir. Empati kurulabilirse, hasta hissettiklerinin normal olduğunu düşünür ve rahatlar. Hastaya haberi aldığı ilk andaki duygu ve endişelerinin kendisini gerçekte olduğundan daha kötü hissettirdiğinin, bu duyguların zamanla değişeceğinin söylenmesi kötü haber verme literatüründe **“duygusal ilkyardım”** olarak tanımlanmaktadır. Duygusal ilkyardım, kötü haberin içeriği değiştirilmeksizin hastaya umut ve güvence verir.

Hasta ağlayarak tepki verdiğinde; *“bu kadar üzülmeğin daha kötüsü de olabilirdi, hepimiz bir gün öleceğiz, neler hissettiğinizi anlıyorum, yapacak başka bir şey yok, elimizden başka bir şey gelmiyor”* gibi cümleler kurmak onu teselli etmeyeceği gibi hekimi de çaresiz göstereceğinden, hastanın umutlarını tümüyle kırabilir. Bunun yerine -belki bir kağıt mendil vererek- *“bu haberi beklemiyordunuz, böyle bir haber verdiğim için ben de üzgünüm, daha iyi bir haber vermek isterdim, size yardımcı olmak için buradayım, size neler umut ve güç verebilir?”* gibi cümleler hastanın duygusunun paylaşıldığını hissettiren daha yatıştırıcı ifadelerdir. Zaman zaman hekimin hastayla birlikte ağladığı durumlarla da karşılaşılabilir. Bu durumun bir sorun oluşturup oluşturmayacağı tartışma konusudur ve hekimin kendi ağlama nedenini anlaması çok önemlidir. Hekim, hastasının durumunun kendisine bir yakınının ölümünü çağrıştırması ya da bazı anılarını hatırlatmasından dolayı ağlıyorsa, hekimin de yardıma gereksinimi

olduğu düşünülebilir. Böylesi bir durumda hekim hastaya yarar yerine zarar verebileceği için öncelikle kendisi bir destek almayı düşünebilir.

Kötü haberi alan hasta ya da hasta yakınları çok sinirlenerek tepki verebilirler. Hasta sinirlendiğinde çoğu kez ayağa kalkabileceğinden, hekimin göz seviyesini koruyacak şekilde hareket etmesi önemlidir. *“Böyle bir haber vermek zorunda olduğum için üzgünüm, bu haberi beklemiyordunuz”, “İsterseniz bir başkası ile görüşerek onun fikrini de alabilirsiniz” “Çok sinirlendiğinizi ve rahatsız olduğumuzu anlıyorum ancak sorularınıza cevap vermek isterim”* benzeri cümleler kızgın hastanın ya da yakınlarının yatışmasına yardımcı olabilir. Hekim kendi güvenliğinden endişe duyduğu durumlarda, konuşma sırasında yanına bir meslektaşını alabilir. Tüm çabalara karşın hasta ya da yakınlarının kızgınlığının yatışmadığı durumlarda, hekim şiddete uğrama olasılığını azaltmak için odayı terk etmelidir.

Hastalar bazen açıkça intihar etmekten bahsedebilir ya da hekim böyle bir şüphe duyabilir. Bu durumda ise konu hassasiyetle açıkça konuşulmalı, hasta yalnız bırakılmamalı ve mutlaka bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Kötü haber kime, kim tarafından, ne zaman verilmelidir?

Ülkemizde hasta yakınlarının hekimle önceden görüşerek hastanın kötü haber almasını engelleme eğilimleri vardı. Oysa yasalar ve etik değerler hekimin hastadan bilgi saklamasını zorlaştırmaktadır. Hasta haklarına göre, hastanın kendisi aksini istemedikçe, hekiminin hastayı bilgilendirme sorumluluğu olduğu unutulmamalıdır. Bu tür bir istekle karşılaşan aile hekimi, aileye haber verilmesini istememe nedenlerini sormalı ve olası disfonksiyonel aile dinamiklerini tanımalıdır. Söz konusu kötü haberin ölümcül bir hastalıkla ilgili olduğu durumlarda, hasta yerine aileyi bilgilendirmenin bir takım yasal sorunlara da yol açabileceği unutulmamalıdır.

Hasta haklarına göre psikotikler ve durumu anlamayacak olanlar bu konunun istisnalarını oluşturur ve öncelikle hastanın vasisi bilgilendirilmez. Kötü haberi hastayla uzun süreli ilişki kurmuş olan kendi hekiminin vermesi önerilir. Bu haberi özellikle yeni nöbet devralan veya görüşme için yeterli zaman ayıramayacak olan bir hekim vermemelidir. Hekim, sadece hasta ile yüzleşmekten kaçındığı için bu görevi için başka meslektaşına devretmemelidir. Kötü haberin hastanın kendisi ve bir başkası için tehlikeli yaratabileceği enfeksiyon gibi durumlarla bilgi paylaşımı en kısa sürede yapılmalıdır. Ölüm durumlarında ise hasta yakınlarına kötü haber geciktirmeden verilmelidir. Kronik veya dejeneratif hastalıklar ile prodromal dönemi uzun olan hastalıklarda, fiziksel engelli bebek doğumu gibi durumlarda hasta veya yakınlarını hazırlamak için haber bir süre geciktirilebilir.

SONUÇ

Kötü haberi hastanın istediği kadar bilgiyle destekleyerek duyarlı bir biçimde vermek, hastanın hastalığına uyumu ve kabulünü olumlu etkiler. Bireysel inanışları ve tercihleri araştırmak ve anlamak, hekimin haber verme yöntemini hastasına göre uyarlamasında önemlidir. Kötü haber verme becerisi zamanla geliştirilebilir bir iletişim becerisidir. Bu derste sunulan kötü haber verme yöntemi; ileri hazırlık, terapötik ilişki ve ortam

oluşturma, iyi iletişim kurma, hastanın ve ailenin tepkileriyle baş etme, hastanın duygularını kabul ve ifade etmesini teşvik etme basamaklarını içermektedir. Hekimler, bu basamaklarda açıklanan temel noktalara dikkat ederek hastaya ve ailesine kötü haber vermede kendi bireysel yöntemlerini geliştirebilirler.

HATIRLATMA BİLGİSİ

Kubler-Ross Evreleri:

- I. şok ve inkar (*İlk tepki şoktur, sonra tanıyı veya hasta olduğunu inkar edebilir*)
- II. Kızgınlık (*“Neden ben?” hastaların ortak sorularıdır*)
- III. Pazarlık (*Hasta iyileşmenin karşılığında şu veya bu fedakarlıkları yapacağına dair sözler verebilir*)
- IV. Depresyon (*Hastalar majör depresyon belirtileri gösterebilir*)
- V. Kabul (*Hasta hastalığın ya da ölümin kaçınılmaz olduğunu kavrar ve kaderini kabullenir*)

KAYNAKLAR

1. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988;297(6653):907-9.
2. Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: Counselling about dreaded issues revisited, *Counselling Psychology Quarterly* 1993;6(1):69-80.
3. Khalil RB. Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: A review. *Palliative and Supportive Care*, 2013;11(1):69-78.
4. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients that suffer. *West J Med* 1999;171:261.
5. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64:1975-8.
6. Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1992:65-97.
7. Quill TE, Townsend P. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med*. 1991;151:463-8.
8. Cialkowska-Rysz A, Dzierzanowski T. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. *Arch Med Sci*. 2013;9(1):127-31.

Konu 54

TIBBİ KAYITLAR

Erdoğan YAVUZ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı okuyucuların tıbbi kayıt tutma hakkında bilgilenmeleri ve tıbbi kayıt tutmanın önemini kavramalarını sağlamaktır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kayıt tutmanın birinci basamak sağlık hizmetlerindeki önemini kabul etmek,
- Kayıt tutma gerekçelerini açıklayabilmek,
- Kayıt çeşitlerini tartışabilmek,
- Türkiye’de birinci basamakta kullanılan tıbbi kayıt sistemlerini tartışabilmek,
- Tıbbi kayıtların gizliliği, güvenliği ve paylaşımı ile ilgili yasal durumları açıklayabilmek.

ÖZET

Tıbbi kayıtlar, tam, eksiksiz, doğru ve iyi dokümanite edilmiş, sistematik, mantıklı ve sürekli olmalıdır. Bu durum birinci basamak hekimleri için özellikle önem arz eder. Bir anlamda birinci basamak hekimlerini diğer branşlardan ayıran en önemli özelliğin iyi bir dokümantasyon olduğu ileri sürülmüştür.

Aile hekimine hastalar çoğu zaman semptomları bir tanıya işaret edecek kadar belirginleşmemiş, ayrışmamışken başvururlar. Bu ayrışmamış ve organize olmamış rahatsızlıkların yönetiminde düzgün tutulan tıbbi kayıtlar anahtar rol oynar.

Probleme Dayalı Tıbbi Kayıt notları tutulurken sistematik yaklaşım için SOAP akronimi ile belirlenen adımların sırayla kullanımı önerilmektedir. Aile hekimlerinden hastaları ile ilgili tıbbi kayıtları yönetirken ilgili kanun, yönetmelik ve yönergelere uymaları beklenmektedir.

TANIMLAR

İnsan sağlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir şekilde kapsayan belgelere **tıbbi kayıt/doküman**, bu belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlerin tümüne de **tıbbi dokümantasyon** adı verilmektedir.

Önemli Noktalar

- Tıbbi kayıt tutarak yapılan belgelendirme, verilen sağlık hizmetinin kanıtıdır.
- Eğer bir işlem belgelendirilip kayıt altına alınmamışsa, yapılmamış kabul edilir.

Hasta kaydı tıbbi yardım talep edildikten sonra o hastanın sağlık durumu ve hastalığı ile ilgili bilgileri içeren belgelerdir.

GİRİŞ

İnsan sağlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir şekilde kapsayan belgelere tıbbi kayıt/doküman, bu belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlerin tümüne de tıbbi dokümantasyon adı verilmektedir (1). Hasta kaydı ise tıbbi yardım talep edildikten sonra o hastanın sağlık durumu ve hastalığı ile ilgili bilgileri içeren belgelerdir (2). Tıbbi dokümanların tarihçesi çok eski zamanlara kadar gitmektedir. İlk çağlardan bugüne kadar hasta bakımı ve tedavisi ile uğraşan kişiler çalışmalarını, hasta ve yaralıları uyguladıkları tedavi metotlarına ait belgeleri çeşitli yazı biçimleri ile ifade etmişler; kendilerinden sonra gelenlerin biriken bilgilerden faydalanmasını sağlamışlardır (3). Yıllar içerisinde tıbbin gelişimine paralel olarak belge tutma ihtiyacı giderek önem kazanmıştır.

TARİHÇE

Sağlıkla ilgili ilk tarihi kayıtlar Sümer dönemindeki (MÖ 2100) kil tabletlerden günümüze ulaşmıştır. Mısırlılar döneminin papirüslerinin sağlık kayıtları tarihi için çok önemli belgeler olduğu kabul edilir. Sümer ve Asur kil tabletleri, Hammurabi kanunlarındaki tıp pratikleri, Mısır papirüsleri ve Eski Yunan mabetleri hasta ve hastalıklarla ilgili bilgilerin kayıtlarıdır. Mısır papirüslerinden en önemlisi Edwin Smith ve Ebers papirüsüdür. Bu papirüslerde hastalık belirtileri, tanıları ve küçük manipülasyonlardan bahsedilmektedir (4). Eski Yunan medeniyetinde ve Yunanistan dışında Anadolu ve Roma'da mabetlerin sütunlarına, buralarda kalan hastalara uygulanan teşhis ve tedaviler hakkında bilgiler yazılmıştır. Modern tıbbın babası kabul edilen Hipokrat, tüm gözlemlerini yazılı metinlere çevirmiştir. Yaklaşık 2600 yıl önce Hipokrat'ın hastaları ile ilgili gözlemlerini kaydettiği notlar ilk ciddi tıbbi dokümantasyon olarak kabul edilir. Bergamalı Galen (MS. 130), hastalarının nabız, tansiyon ve günlük gözlemlerinden elde ettiği notları da kitap haline getirmiştir (5). Doğuda, Razi (MS. 864) teşhis sırasında özellikle nabız, idrar, yüz rengi ve terleme gibi göstergeleri kaydetmiştir. Amerika kıtasında ise hastane kayıtlarını tutan ilk hastane Philadelphia'da kurulan Pennsylvania Hastanesi'dir (1752). Bu hastanenin sekreteri olan Benjamin Franklin tarafından hastaneye başvuran hastalara birer numara verilmiş olup, adları, adresleri, hastalıkları ve hatta bazı önemli vakalarda resimli açıklamaları

kaydedilmiştir. 1907'de Birleşik Devletler'de Mayo Klinik'te her hasta için bir dosya oluşturulmuş ve bu yenilik hasta merkezli tıbbi kayıtların kaynağını oluşturmuştur (2).

TIBBİ KAYITLARIN ÖNEMİ

Tıbbi kayıtların sistematik, mantıklı ve sürekli olması yönetsel ve klinik olarak pek çok yönden önemlidir. Bu durum birinci basamak hekimleri için özellikle önem arz eder. Hatta bir anlamda birinci basamak hekimlerini diğer branşlardan ayıran en önemli özelliğin iyi bir dokümantasyon olduğu ileri sürülmüştür (6). Aile hekimine hastalar çoğu zaman semptomları bir tanıya işaret edecek kadar belirginleşmemiş, ayrışmamışken başvururlar. Bu ayrışmamış ve organize olmamış rahatsızlıkların yönetiminde düzgün tutulan tıbbi kayıtlar anahtar rol oynar (7). WONCA, Aile hekimliği disiplininin özellikleri arasında süreklilik, entegre ve koordine olma ve sağlık kaynaklarının etkili kullanımını da saymıştır (8). Ancak aile hekimliği disiplininin bu özelliklerini karşılayabilmek için düzenli, zamanında oluşturulan, doğru ve profesyonel tıbbi kayıt tutmaya ihtiyacı vardır. Bakımın sürekliliği açısından hastanın tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve düzenli olması klinik karar vermede önemlidir; pek çok kronik hastalıkta hastanın klinik geçmişi mevcut durumu daha iyi değerlendirmemize imkân tanır ve gerekli ve uygun tedaviyi planlamamıza yardımcı olur. Örneğin, hipertansiyonu olan bir hastanın daha önceki tansiyon arteriyel değerleri muayene esnasındaki değerler ile karşılaştırıldığında anlamlı olmaktadır (6). Ya da memedeki bir lezyon veya tiroitteki bir nodül son yapılan muayeneye göre değişiklik göstermiş midir? Sağlık hizmetlerinin entegre ve koordinasyonu içerisinde yürütülmesinin temel gerekliliklerinden biri tıbbi kayıtlardır. İkinci basamağa yapılan sevklerde hasta kayıtlarının uygun bir şekilde paylaşılması ve güncellenmesi hem hastanın değerlendirilmesinde hem de sevk takip edilmesinde büyük yarar sağlar. Günümüzde farklı elektronik hasta kayıt sistemleri kullanan birinci basamak ve diğer sağlık kuruluşları arasında bu türlü kaynak paylaşımına izin veren sistemlerin geliştirildiği bilinmektedir. Örneğin kan şekerleri regüle edilemeyen bir Tip 2 diyabet hastası ikinci basamak bir sağlık kuruluşuna sevk edildiğinde hastanın geçmiş kan şekerleri ve aldığı tedavilerin sevk edilen hekimce elektronik tıbbi kayıtlarından okunabilmesi ve bu basamakta yapılan tetkik, verilen tedavi ve önerilerin hastayı takip eden aile hekimi tarafından görülebilmesi pek çok zaman ve kaynak kaybının önüne geçecektir. Yine düzenli ve doğru tutulan tıbbi kayıtlar örneğin kısa süre önce istenmiş tetkiklerin yeniden istenmesini engelleyerek sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlayacaktır.

Düzenli ve uygun tıbbi kayıt tutmanın önemi aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

1. **Tıbbi Kayıtların Hasta Açısından Önemi:** Hastanın hastalığı ile ilgili tıbbi seyri gösterir. Hastaya kendi sağlığı ile geçmiş işlemlerini hatırlatarak gelecekteki işleri için zaman kazandırır. Aynı tıbbi işlemlerin tekrarlaması sonucu doğacak gereksiz harcamaları önler. Hastaya kısa zamanda doğru tanı konabilmesini sağlar. Hastaya etkili tedavi yapılabilmesini sağlar (9).
2. **Tıbbi Kayıtların Hekim Açısından Önemi:** İyi tutulmuş hasta dosyaları diğer hekimler için iyi birer eğitim materyali özelliği taşır. İçerdiği bilgiler hem yetişmekte olan hekim adaylarına ve uzmanlık öğrencilerine, hem de yetişmiş olan hekimlere birer eğitim aracıdır. Hastalıklar ve hastalıklarda kullanılan

ilaçlar ile ilgili yapılan bilimsel araştırmalar, tez ve doktora çalışmaları için en önemli kaynağı hasta dosyaları oluşturur. Hekimler, sağlık kuruluşlarına ayakta veya yatarak başvuran hastalarının günlük takiplerini hasta dosyaları uzerinden yapabilirler. Bu durum hekimin kişisel motivasyonunu veya eleştirisini de sağlar (9).

3. **Tıbbi Kayıtların Sağlık Kurumları Açışından Önemi:** Sağlık kurumlarında hastalar için hazırlanan dosyalar tedavinin başarısını değerlendirmeyi sağlayan kanıtlardır. Bu kayıtlarla hasta için gereksiz tetkik ve tedaviler engellenerek hastaya zaman kazandırılır. Sağlık kurumları, ölen hastaların ölüm nedenlerini kayıtlarından inceleyebilirler. Kaynakların verimli kullanılmasını sağlayarak ekonomik planlama ve sağlıklı finansal politikalar belirlenebilir (9).
4. **Tıbbi Kayıtların Adli Açışından Önemi:** Adli tıp vakalarında hasta dosyaları en önemli kaynaktır. Bu vakalarda hasta dosyaları hem hastane hem de hekimler için büyük önem taşır. Aldıkları hizmetten memnun olmayan ya da kendilerine yanlış tedavi uygulandığını düşünen kişiler tedavi gördükleri sağlık kurumlarını ya da bu kurumlarda çalışan sağlık personelini adli makamlara şikâyet edebilirler. Bu durumlarda kurumun ya da personelin kendisini savunmak için kullanacağı tek delil ve en iyi savunma aracı, düzenli ve sıralı tutulmuş hasta dosyaları ya da kayıtlardır. Adli tıbbı ilgilendiren olaylarda bilirkişi olarak görevlendirilen hekimler, düzenli tutulmuş, eksiksiz ve tarihine göre düzenli sıralanmış dosyalara ihtiyaç duyarlar. Ancak özenli ve düzenli tutulmuş dosyalar iyi birer kanıt ve güvenilir belgeler olabilir. Diğer taraftan sağlık kuruluşuna, öldürme, yaralama, taciz gibi davalardan ötürü başvuran kişilerin tıbbi özellikleri kendi hasta dosyalarına kayıtları ve bu dosyalar daha sonra konu ile ilgili adli davalarda kanıt olarak kullanılır. Bu dosyalar gerek şahıs gerekse adli makamlar için en önemli belgeyi teşkil eder (9).

Özetle;

- Tıbbi karar vermede yardımcı olur,
- Bilginin unutulmasını önler,
- Birden çok bireyin bilgiye ulaşmasını sağlar,
- Bilginin toplanmasını hızlandırır,
- Bireyin, sağlık sorumluluğunu paylaşmamıza yardım eder,
- Yasal bir zorunluluktur,
- Yasal çatışmalarda hastayı, hekimi ve sağlık kurumunu korur,
- Ekonomik yararları vardır,
- Sağlık istatistikleri çıkarmamızı sağlar,
- Epidemiyolojik veri sağlar,
- Kurum yönetimine destek olur,
- Yanlışlıkları önler,

- Risk yönetimi sağlar,
- Kalite iyileştirme aracıdır,
- İletişim aracıdır.

TIBBİ KAYIT STANDARTLARI:

Tıbbi kayıtların;

- Hızlı,
- Doğru,
- Yeterli ya da detaylı (zaman bağımlı),
- Ulaşılabilir (hızlı ve her yerden),
- Güvenli,
- Uzun ömürlü,
- Ucuz olması amaçlanır (10).

Tıbbi kayıtlar, tam, eksiksiz, doğru ve iyi dokümanite edilmiş, sistematik, mantıklı ve sürekli olmalıdır (11).

TIBBİ KAYITLARIN KALİTESİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

Doğruluk: Bilgi doğru olmalıdır. Gözlemcinin kendi gözlem ve ölçümlerinden elde edilen objektif verileri içermelidir. Kayıtlayan kişi, hastaya neyi ve ne zaman yaptığını tam ve eksiksiz olarak kaydetmelidir. Böylece ileriki dönemlerde oluşabilecek yasal sorumluluklar için bir yasal dayanak sağlanır. Gözlemci veya bakım veren kimliğini, statüsünü ve/veya imzasını belgeye eklemelidir (12).

Kısa ve öz olma: Kabul edilebilir semboller kullanılmalıdır. Doğru heceleme ve okunabilir el yazısı doğru kayıt için önemlidir. Basit heceleme yanlışları ciddi tedavi yanlışlıklarına neden olabilir, sembol ve kısaltmalar, hastaneye özel, onaylı bir sembol ve kısaltmalar listesi ve kayıtları kullanan bütün personel için açıklayıcı bilgi notu olmalı teşhisler ise sembol ve kısaltmalar kullanılmaksızın tam olarak kaydedilmelidir (12).

Dikkatli olma: Bilgi ve deneyimler kayıtlara dikkatli ve düzenli bir biçimde aktarılmalıdır (12).

Güncellik: Tıbbi kayıtlar doğru, tamamlayıcı, eksiksiz ve güncel olmalı; hastanın hastaneye yatışından çıkışına kadar olan tüm sürecinin her aşamasında doğru ve tam olarak tutulmalıdır. Gözlemci hasta ile ilgili baştan sona olan tüm durumları ve ani gelişebilecek olayları, bu olaylar sırasında nasıl karar verilip ne şekilde hareket edildiğini kayıt etmelidir (12).

Organizasyon: Organize bir tıbbi kayıt; hastanın durumunu doğru, az ve öz olarak tarif eder (12).

Gizlilik ve güvenilirlik: Güvenilir bir iletişim bir kişiden diğer bir kişiye verilen gerçek bilgiyi yansıtır. Yasalar, hasta muayenesi, gözlem, hasta anamnezi, tedavi ve bakım sırasında hasta hakkında elde edilen bilgileri korur. Dolayısı ile tüm sağlık ekibi yasal zorunluluk veya etik olarak hastanın hastalığı, uygulanan tedavi ve bakım hakkındaki bilgileri korumaya ve ilgisi olmayan kişilere bu kayıtları vermemeye zorunludur. Tıbbi kayıtların araştırmaya, eğitime, ücretlendirme konusunda sigorta şirketleri veya bağlı olduğu sağlık güvencesi kurumuna yönelik herhangi bir girişimde kullanımı gerektiğinde; kayıtların gizliliği kuralı üzerine, yattığı hastanenin onayı gerekmektedir (12).

TIBBİ KAYIT ÇEŞİTLERİ

Tıbbi Kayıtlar kullanılan metoda ya da malzemeye göre sınıflandırılabilir:

Kullanılan metoda göre tıbbi kayıtlar

1. Kaynağa Dayalı Tıbbi Kayıtlar: Geleneksel kayıt sisteminde bilgiler kaynağa göre dosyalanır. Kaynak, hastanın kendisi, yakını veya herhangi bir laboratuvar verisi olabilir. Laboratuvar bulguları, EKG, konsültasyonlar, hekim notları, hemşire notları, hepsi ayrı bölümler halinde dosyada bulunur. İçindekiler bölümü olmayan bir kitaba benzetilebilir. Sürekli bakımda yararı kısıtlıdır (11). Bununla beraber kaynağa dayalı kayıt sisteminde kayıtları tutmak kolaydır. Bu şekilde hazırlanmış bir dosyayı incelemek ve fikir edinmek veya belirli bir hastalığın seyrini anlamaya çalışmak ise zaman alıcı ve zordur (6).

2. Probleme Dayalı Tıbbi Kayıt (PDTK): Bu kayıt sisteminde hastalık değil, birey ön plandadır. Bu sisteme göre doldurulmuş bir dosyayı incelediğinizde bir safra kesesi hastalığı değil, safra kesesi hastalığı olan bir bireyle karşılaşırsınız. PDTK'da başta bir problem listesi olmak üzere her verinin kaydedileceği yer ve formatı bellidir. Serbest metin girişi azdır. PDTK azami kullanım alanını birinci basamak hekimliğinde bulmaktadır. PDTK özellikle birden çok kronik problemleri olan kompleks vakalarda üstündür. Bu nedenle PDTK sisteminin yaygınlaştırılmasında da en büyük çabayı birinci basamak hekimleri göstermektedir (6). PDTK veritabanı, problem listeleri, eğitim-teşhis-tedavi planları, seyir notları ve diğer tıbbi kayıtları içerir.

Aile Dosyası

Birinci basamak hekimleri, ailelerin bütün fertleriyle ilgilenirler. Bu nedenle her ailenin genel özelliğini içeren dosyaların hazırlanması son derece yararlıdır. Ailedeki bireysel problemlerin aileyi ne zaman etkilemeye başlayacağını tahmin etmek önemlidir. Örneğin depresyon başlamadan bir yıl öncesine kadar hastada ve diğer aile bireylerinde sık viziteye çıkma, ağrı, anksiyete gibi fonksiyonel problemler görülebilir (13).

Aile dosyasında aile kayıt formu, aile problem listesi ve genogram bulunmalıdır. Bazı hekimler genogram yerine ayrıntılı bir soy geçmiş yazmayı tercih edebilirler.

Aile dosyasına aileyle ilgili doğum, seyahat gibi önemli olayları eklemek bazen çok yararlı olabilir. Hasta kontrole geldiğinde, 6 ay önce doğan torunuyla ilgili sorular sorulmasının hasta-hekim iletişimini artıracakı muhakkaktır.

Dosyanın değişik bölümlerinin ayırt edilebilmesi ve kolay ulaşılabilmesi için ayıraç koymak veya bir köşeden keserek alttaki bölümün görölmesini sağlamak uygun olacaktır (6).

Problem Listesi

Dosyada aile problem listesi olduğu gibi, kişisel problem listesi de bulunmalıdır. Problem listesi bir tanı (akut böbrek yetmezliği), bir semptom (nefes darlığı, yorgunluk), sosyal veya ekonomik problemler (geçimsiz evlilik, alkolik eş gibi), anatomik bir problem (herni), bir bulgu (hepatomegali), psikiyatrik bir problem (depresyon), fiziksel engel (felç, ampütasyon), laboratuvar bozukluğu (sedimentasyon yüksekliği, üre yüksekliği), bir risk faktörü (ailede diyabet veya kanser hikayesi) veya fizyolojik bir durum (sarılık, anemi) olabilir.

Yeni eklenen problemler tarihle birlikte alt alta yazılmalı ve çözümlenen problemler belirtilmelidir (6).

Veri Tabanı

Veritabanı bireyin başvuru nedenini, hikayesini (şikayet, özgeçmiş, sistem sorgulaması ve sosyal hikaye), fizik muayene ve fizyolojik bulgularını ve laboratuvar bulgularını içermelidir. Hikâye kısmı ile ilgili veriler yardımcı sağlık personeli tarafından alınıp doldurulabileceği gibi, hastaların kendi kendilerine doldurmaları mümkün olan anketlerden de yararlanılabilir.

Veri tabanı için veri toplamada problem varsa, bu durum problem listesine mutlaka “veri toplamada eksiklik” şeklinde yazılmalıdır (6).

Sürekli Sağlık Formları

Birinci basamak hekimliğinin önemli bir özelliği de sürekli sağlık bakımı ve periyodik muayene hizmeti sunmasıdır. Periyodik sağlık muayenesinin en önemli avantajı risk faktörlerini belirleyip hastalığın oluşmasını önlemek (birincil veya primer korunma) ve hastalıkları erken safhada saptamada (ikincil veya sekonder korunma) yardımcı olmasıdır. Kişilerin hangi sıklıkla, hangi hastalıklar açısından hangi yöntemlerle muayene edilmeleri konusunda çeşitli kurumların farklı uygulamaları olsa da dünyada bu konuda az çok ortak bir standart oluşmuştur. Bu çerçevede hazırlanmış formlar aracılığıyla bireylerin periyodik muayeneleri yapılmalı ve kaydedilmelidir (6).

Seyir Notları

Bireylerin seyir (progress) notları tutulurken daha fazla zaman alıcı olan, daha fazla kelime gerektiren ve anlaşılama sorunu olan klasik kompozisyon türü yazıdan kaçınılmalıdır. Bunun yerine sistematik bir kayıt tutulmalıdır. Kompozisyon, sistematik kayda göre yaklaşık %30 daha fazla kelime gerektirmekte ve çoğu kez “Genel durumu

iyi”, “Hastanın bulguları stabil”, “Hasta iyiye gidiyor” gibi subjektif ifadeler içermektedir (6).

Probleme Dayalı Tıbbi Kayıt notları tutulurken sistematik yaklaşım için **SOAP** akronimi ile belirlenen adımların sırayla kullanımı önerilmektedir.

Subjektif: Hastanın hissettikleri veya düşündüklerini içeren bölümdür. Hastanın diliyle ifade ettiği her şey buraya yazılır. Kendi ifade tarzıyla problemlerini içerir.

Objektif: Hekim veya sağlık personelinin muayene veya gözlem sonuçları ile laboratuvar sonuçları buraya yazılır.

Assessment (Değerlendirme): Bu kısma varsa tanı veya problemin o andaki durumu yazılır.

Plan: Önerilen ilaçlar, istenen testler, planlanan girişimler, reçete, konsültasyon, verilen eğitim ve danışmanlık, kontrol muayenesi, sevk gibi işlemler not edilir (11).

AİLE HEKİMLİĞİNDE HASTA KAYITLARI

Hasta Kaydı Neleri İçermeli?

Amerikan Aile Hekimleri Birliği'nin önerilerine göre hasta kayıtları anlaşılır olmalı ve hastanın genel sağlık durumuyla birinci basamak hekimleri, konsültanlar ve yabancı sağlık personeli için yeterli ve hızlı bir bakış sağlayabilmelidir. Bu amaçla hazırlanan dosya en azından şunları içermelidir:

Tanıttıcı bilgiler: Yaş, cinsiyet, iş, eğitim, ekonomik durum, aile yapısı.

Risk faktörleri ile ilgili bilgiler: Ailesel hastalık hikâyesi, alkol, sigara, çevresel riskler, yaşam tarzı, stres faktörleri, aktivite durumu, boy, kilo, alışkanlıklar, tansiyon.

Alerji ve ilaç reaksiyonlarının varlığı veya yokluğunun açık olarak belirtilmesi.

Özgeçmiş: Hastalıklar, ameliyatlar, tekrarlayan problemler.

Veri tabanı: Öncelikli problem, hikâyesi, muayene bulguları, laboratuvar bulguları, aşı durumu.

Hastanın sağlığıyla ilgili her durum için tedavi planı ve hasta eğitimi konusunda yeterli bilgi.

Bireyin sağlık durumunun seyri ile ilgili notlar (6).

Hasta Kaydında Bulunması Gereken Özellikler:

-Hasta kaydındaki her sayfada hasta adı veya dosya numarası bulunmalı.

-Kişisel/biyografik bilgiler içerisinde hastanın adresi, işvereni, ev ve iş telefonları ve medeni durumu bulunmalı.

-Her türlü tıbbi kaydın başına kimin tarafından kaydedildiği yazılmalı.

-Kayıtların hepsinde tarih bulunmalı.

-Kayıt herkes tarafından okunabilir olmalı.

- Problem listesinde önemli tıbbi durumlar ve hastalıklar belirtilmeli.
- İlaç alerjileri ve yan etkileri belirgin bir şekilde kaydedilmeli. Eğer bu konuda bilgi yoksa bilgi olmadığı da yazılmalı.
- Özgeçmişte önemli kazalar, ameliyatlar ve hastalıklar yazılmalı.
- On dört yaşın üzerindeki hastalar için sigara, alkol ve madde kullanımı sorgulanmalı.
- Hikâye ve fizik muayenede hastanın başvuru nedeniyle ilgili yeterli bilgi bulunmalı.
- Laboratuvar bulguları ve diğer testler uygun bir şekilde kaydedilmeli.
- Tanılar bulgularla uyumlu olmalı.
- Tedavi planı bulgularla uyumlu olmalı.
- Takiple veya bir sonraki muayene ile ilgili not bulunmalı.
- Bir önceki muayenede çözülememiş problemlere sonraki vizitelerde değinilmeli.
- Yetersiz veya aşırı konsültan kullanımı gözden geçirilmeli.
- Konsültasyon istenmişse konsültan notu da dosyada bulunmalı.
- Konsültasyon, laboratuvar ve diğer görüntüleme raporları yeniden incelenmesi mümkün olacak şekilde dosyalanmalıdır.
- Aşılama kaydı bulunmalı.
- Koruyucu bakım ve tarama hizmetleri kurumun uygulama pratikleri doğrultusunda kaydedilmeli (6).

Kullanılan ortama göre tıbbi kayıtlar

1. Kâğıda dayalı tıbbi kayıtlar: Hasta dosyaları, hasta kartları, bilgi notları gibi bir kağıt üzerine kaydedilerek tutulan geleneksel tıbbi kayıt yöntemidir.

Dosyaların Tasnifi

Dosyaların tasnifi konusunda çeşitli alternatifler sunulabilir:

Alfabetik tasnif: Sık kullanılan bir dosyalama sistemi olup, genelde soyadlarına göre sıralama yapılır. Aynı soyadında çok sayıda kayıt olması halinde problem olabileceğinden, bu uygulama daha çok küçük ofisler için tercih edilir.

Numerik tasnif: Birinci basamak hekimleri için daha uygundur. Dosyaların karışma ihtimali azalır. Ancak hastaların dosya numaralarını bulmak için bir çapraz referans listesi gerekir. Bilgisayar kaydı tutulduğunda bu sorun ortadan kalkar.

Renk kodlama: Her rakama karşılık bir renk verilir. Dosyaların kenarına renkli bantlar yapıştırılır. Böylece uzaktan bakıldığında dosyanın hangi yıla ait olduğu anlaşılabilir.

Açık tasnif/çekmece: Dosyaları saklamak için çekmeceli dolaplar kullanmak daha koruyucu ve estetik olsa da bu yöntem daha çok küçük ofisler için tavsiye edilmektedir. Hasta yoğunluğu daha fazla olan yerler için raflarda açık tasnif daha uygundur. Böylece

daha az alanda çok sayıda dosya tasnif edilebilir ve dosyalara ulaşmak da daha kolay olur.

İnaktif Kayıtlar: Dosya kalabalığını önlemek için, 2-3 yıl boyunca kullanılmayan dosyaların inaktif kabul edilip ayrı bir depoya kaldırılması önerilebilir. Renk kodlamasının kullanılması halinde inaktif hale geçmiş dosyaları ayırt etmek çok daha kolay olacaktır (6).

2. Elektronik tıbbi kayıtlar: Günümüzde, bilgisayar sistemleri her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Bir hastanede gerek duyulan tüm kayıtların el ile tutulması yerine bilgisayar ortamına aktarılması, hem işgücü açısından kazanç sağlamakta hem de hata yapma olasılığını en aza indirmektedir. Ayrıca bilgisayar ortamında tutulan her türlü bilgiye çok daha kolay ve hızlı bir şekilde ulaşma imkânı vardır. Bu avantajları nedeniyle bilgisayar sistemleri, sağlık sektöründe de kullanılmaya başlanmıştır. Bilgisayar Sistemleri ile entegre olarak kullanılan tüm cihazların birbiriyle ilişkilendirilerek hızlı, güvenli ve doğru kullanılmasına otomasyon denir. Hastanelerde kullanılan otomasyonlar, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) adı altında yürütülerek, hastanın tıbbi, kişisel ve finansal kayıtları tutulabilmektedir. Bilgisayar sistemlerinin hastanelerde kullanılması yönetsel açıdan büyük kolaylıklar getirmektedir. Hastanelerde bilgisayar destekli yönetim sistemlerinin kurulması; gerek tıbbi bilgi sistemlerinin, gerekse yönetsel bilgi sistemlerinin daha iyi organizasyonunu sağlamaktadır. Bir hastanın hastaneye kabulünden taburcu oluncaya kadar geçen süre içerisinde gerçekleşen çeşitli işlemlerinin bilgisayar destekli olarak gerçekleşmesinin birçok faydası bulunmaktadır. Aynı zamanda hastaneler gerek denetim, gerek planlama, gerekse politika üretme ve belirlemede bilgisayar sistemlerinden geniş ölçüde faydalanabilmektedir.

Elektronik Hasta Kayıtları'nın sağladığı avantajlar:

- Arşiv olarak kullanılacak fiziksel alandan elektronik kayıtlar sayesinde çok büyük ölçüde kazanç sağlar.
- Hasta kayıtlarına çok daha hızlı bir şekilde ulaşılabilir.
- Aynı dokümana birden fazla kullanıcı aynı anda ulaşabilir.
- Diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu sağlar.
- Verilerin birleştirilmesini kolaylaştırır.
- Hasta kayıtları kurum içinde fiziksel olarak dolaşmayacağı için kaybolma riski ortadan kalkacaktır.

Elektronik Hasta Kayıtları'nın dezavantajları:

- Kullanıcı alışkanlıkları çoğunlukla verileri kâğıt üzerine aktarmak gerektiğinde yine kâğıt üzerinde görmek yönündedir. Bu nedenle bilgisayar ortamı kullanıcılar tarafından hemen kabul görmemektedir.
- Elektronik ortamda gerekli güvenlik önlemleri alınmış olmalı, yetkisiz kişilerin hasta kayıtlarına ulaşması önlenmelidir.
- Bilgisayar alt yapısı sorun çıkarmayacak ve her an kullanılmaya hazır olacak şekilde yapılandırılmalıdır.

- Otomasyon sistemi kurumun ve kullanıcıların ihtiyaçlarına cevap verebilecek esneklikte olmalıdır.
- Kanuni zorunluluklar nedeniyle bazı doküman türlerinin fiziksel olarak saklanması gerekecektir.

Türkiye’de Birinci Basamakta Kullanılan Tıbbi Bilişim Sistemleri

Türkiye’de sağlık alanında farklı kurumlarca kullanılan çeşitli bilişim sistemleri mevcuttur. Bu sistemler Sağlık.NET başlığı altında değerlendirilmektedir. Şekil 1’de gösterildiği gibi Sağlık.NET, Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Tele-Tıp, Ulusal Sağlık Veri Standartları (USVS), Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS) ve internet üzerinden sunulan çok sayıda servis, Türkiye’deki e-sağlık uygulamalarının temel bileşenlerini oluşturmaktadır (14). Birinci basamakta ise asıl olarak Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri (AHBS) programları kullanılmaktadır. Sağlık bakanlığınca lisanslandırılan ve sayıları yirmiyi bulan bu programların asıl amacı Sosyal Güvenlik Kurumu ile entegre olarak reçete işlemlerini yerine getirmek, aile hekiminin koruyucu sağlık hizmetleri konusunda performansını denetlemek gibi işlevler olsa da bu programlar aynı zamanda aile hekimlerinin hastalarını takip edebilmelerini sağlamak amacıyla bazı özellikler içermektedir (Şekil 2). Ancak bu özellikler programdan programa değişiklik göstermektedir. Bu yüzden aile hekimleri daha kolay kullanabilecekleri hasta kayıt ve takip ara yüzleri olan programları tercih etmelidir. İkinci basamakta kullanılan Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) de asıl işlevleri faturalama ve diğer yönetsel işlemleri gerçekleştirmek olsa da hekimlerin hastalarını takip etmelerine izin veren özelliklere de sahiptir (Şekil 3). Burada en önemli sorun henüz birinci basamak otomasyon sistemleri ile ikinci basamak otomasyon sistemleri arasında entegrasyonun olmayışıdır. Aile hekimlerinin hastalarını takip edebilmeleri ve verdikleri sağlık hizmetinin kalitesi açısından bu entegrasyonun önemi açıktır (15).

Tıbbi Kayıtların Gizliliği, Güvenliği ve Paylaşımı İle İlgili Yasal Durum

Hasta kayıtlarının gizliliği, güvenlik ve mahremiyeti ile ilgili pek çok yasal düzenleme mevcuttur.

En son 24 Mayıs 2015 tarihinde güncellenen Hasta Hakları Yönetmeliği’nde:

“Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.” denmektedir (16).

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'nca yayımlanan 28 Şubat 2014 tarihli yönergede düzenlenen kişisel sağlık kayıtlarının güvenliği politikasına göre aile hekimleri hastalarının verilerinin güvenliğinden sorumludurlar. Bu yönergede de:

“Hastanın rızası olmadan hiçbir çalışan sözleşme de olsa hasta sağlık bilgilerini hastanın yakınları dışında üçüncü şahıslara ve kurumlara iletmez.” denmektedir (17).

25 Ocak 2013 tarihinde yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31.maddesinde:

“Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır.

Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.

Herhangi bir vatandaşa ait kişisel veriler ile kişisel sağlık verileri, müdürlük ya da Bakanlık ve Kurum haricindeki herhangi bir kayıt ortamında (bilgisayar, hard disk, CD, DVD, yazılı doküman gibi) yüklenici firma tarafından kaydedilemez. Bu durumun tespiti halinde bu yazılımın kullanımı iptal edilir.” denmektedir (18).

Kayıtların Paylaşılması

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde birinci basamakta tutulan hasta kayıtlarının nasıl paylaşılacağı düzenlenmektedir. Buna göre; “Kişi, kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını aile hekiminden talep edebilir maddesi uyarınca hastanın kendisiyle” ve “Denetim sırasında talep edilmesi halinde, aile hekimi hasta haklarına riayet etmek suretiyle kendisine kayıtlı kişilerin dosyalarını göstermek zorundadır.” maddesi uyarınca da denetime gelen yetkililerle paylaşabilir (18).

Kayıtların Devri

Aile hekimliği görevinin sona ermesi ile kayıtların devri hususunda Aile Hekimliği Uygulama yönetmeliğinde:

“Bulunduğu bölgeden ayrılacak olan aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin verilerini sorumlu olacak aile hekimine devreder. Devir teslim yapılamadığı durumlarda ayrılacak olan aile hekimi bu verileri bölgesindeki toplum sağlığı merkezine teslim eder. Ayrılan aile hekiminin hiçbir şekilde verileri devredemediği hallerde toplum sağlığı merkezi gerekli verileri temin ederek sorumlu olacak aile hekimine verir ve devir teslimi yapmayan aile hekimi ile ilgili tutanak tutarak müdürlüğe bildirir.” denmektedir (18).

Veri güvenliği 16 Nisan 2015 Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nde de yer almıştır. Burada yayımlanan Aile Hekimliği Uygulamasında Uygulanacak İhtar Puanı Cetveli'nde;

“Kusurlu olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak” 20 ihtar puanı ile;

“Kasıtlı olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak” 50 ihtar puanı ile;

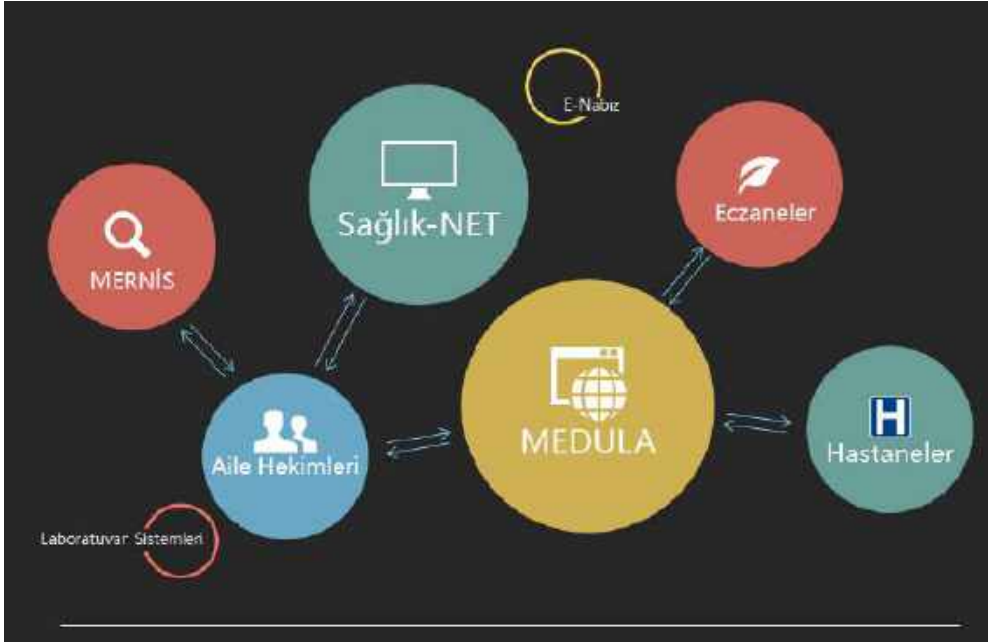
“Kayıtlı kişilerin kişisel kayıtlarını devretmemek” 10 ihtar puanı ile cezalandırılır.” denmektedir (19).

Sağlık Bakanlığı'na bu konuda daha kapsamlı olacak "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Veri Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik" adında bir mevzuat çalışması sürdürülmektedir.

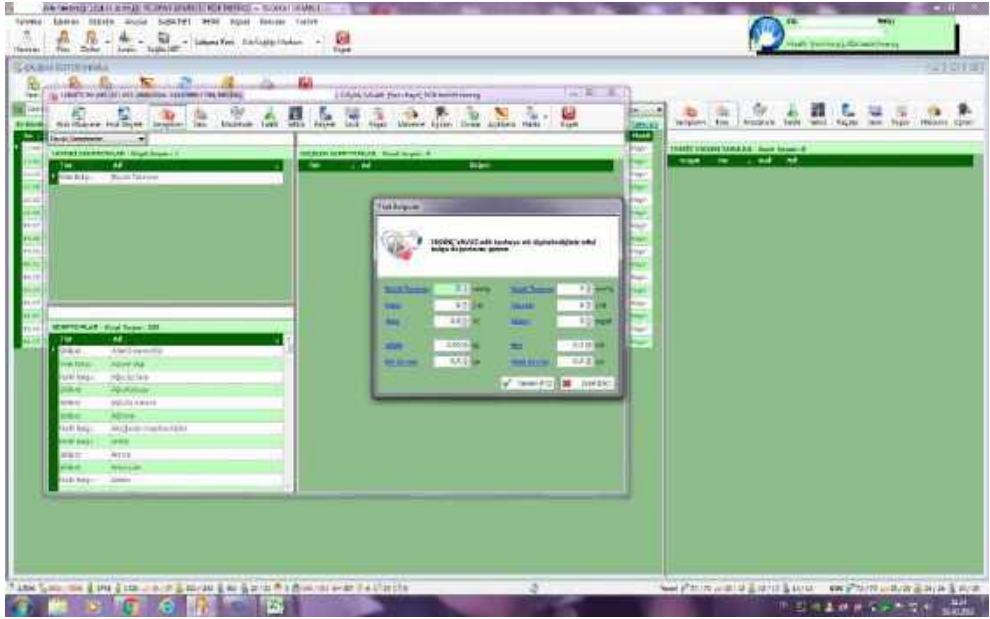
Kayıt Güvenliği

24 Şubat 2014 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nce hazırlanan Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu'nda bilgi güvenliği şu şekilde tanımlanmıştır: "Bilgi güvenliği, "bilginin bir varlık olarak hasarlardan korunması, doğru teknolojinin, doğru amaçla ve doğru şekilde kullanılarak bilginin her türlü ortamda, istenmeyen kişiler tarafından elde edilmesini önleme olarak" tanımlanır. Bilgisayar teknolojilerinde güvenliğin amacı ise "kişi ve kurumların bu teknolojilerini kullanırken karşılaşılabilecekleri tehdit ve tehlikelerin analizlerinin yapılarak gerekli önlemlerin önceden alınmasıdır." (20).

Birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimleri de kullandıkları AHBS programlarında sakladıkları hasta kayıtlarının güvenliğini korumalıdır. Bu koruma güvenli seçilen bir parola, uygun ve doğru kullanılan anti-virüs ve zararlı yazılım önleme programları, kullanılan programların güvenlik açıkları nedeniyle sürekli güncel tutulması, düzenli yedekleme gibi yöntemlerle sağlanabilir. Bu şekilde hasta kayıtlarının gizliliği, bütünlüğü ve sürekliliği sağlanmış olur (15).



Şekil 1. Türkiye’de sağlık alanında mevcut bilişim sistemleri



Şekil 2. Bir AHBS programından örnek hasta kayıt sayfası

Poliklinik Kayıt Formu

16.06.2016 12:56

Ref. No	303253189	Ad Soyad		Yat. Tarihi		Vaka Türü	Normal
İşlem No	16 00479445 A	Doğ. Tar/yaş	01.10.1948 68	Kurumu	SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	Merkez (SA...)	Kesirli
Dosya No	00342753	Cinsiyet	Erkek	Hasta Sınıfı	Emekli Sandığı-Rizmi SGK	Protokol No	
TC Kimlik No		Ken Grubu	B Rh +	Adres		Takip No	B_1... 12...
Müd. Tarihi	16.06.2016	Hasta Türü	A- Ayaktan			Telefon No	3024464517

Poliklinik Bilgileri

Durum No	836	16.06.2016	12:56	On Tarama	L16-Esansiyel (primer) hipertansiyon	Kağıt Payı: Müaf
Doktor	ERDİNÇ YAVUZ	16.06.2016	12:59	Tam-1		
Uzm./Araş.	Hergaz			Tam-2		

Şikayet: Hıçkık - Düşünceler - Öksüz

Son bir aydır zaman zaman ensemine yürün ağrı başlayıp varma bu sırada halsizlik haff baş çarpması da oluyormuş, bir konjunktiv şaşkınlık belirtileri de olabilir demesi üzerine konjunktiv ağrısı başlamış.

Tarih:	Nabız:	Kilo:	KKİ:	Çürükçük Oranı:
Ateş:	Boy:	Akil - Prami:	Açık Kan Sekeri:	

Enjeksiyon Alanı:

Diğer:

Şekil 3. Bir HBYS programından alınan örnek hasta kayıt sayfası

KAYNAKLAR

1. Esatoğlu AE, Artukoğlu A. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yılığ, 2000, Ankara.
2. Van Bommel JH, Musen MA. Handbook of Medical Informatics, 1997, Diegem.
3. Abdelhak M, Grostic S, Hanken MA, Jacobs E. Health Information: Management of A Strategic Resource. WB Saunders Company, 1996, Philadelphia.
4. Balcı Ali Erkan. Tıbbi Dökümantasyon ve Tıbbi Arşivler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 2001, İzmir.
5. Artukoğlu A, Kaplan A, Yılmaz A. Tıbbi Dökümantasyon, Türksev Yayıncılık, 2002, Ankara.
6. Aktürk Z, Tekin O. Aile Hekimliği Kurs Notları. <http://asm.mersinhsn.gov.tr/download/ailehekkursnotlari.doc>. Erişim Tarihi: 15.06.2016.
7. Akpınar E, Şahin EM. Aile Hekimliği Kurs Notları. [asm.mersinhsn.gov.tr. http://asm.mersinhsn.gov.tr/download/ailehekkursnotlari.doc](http://asm.mersinhsn.gov.tr/download/ailehekkursnotlari.doc). Erişim Tarihi: 15.06.2016.
8. The Discipline And Specialty Of General Practice / Family Medicine. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2016.
9. Ceylan F. Sağlık Hizmetlerinde Arşivleme. Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Eğitim Semineri Çalışması, 2007, Bursa.
10. Austin JC. Information Systems for Health Services Administration, Third Edition, Health Administration Press Ann Arbor, 1988, Michigan.
11. Booth K. Medical assisting: Administrative and clinical procedures with anatomy and physiology. Mcgraw-Hill, 2013.
12. Ceylan F. Tıbbi yazım teknikleri Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ders Notları, 2008, Bursa.
13. Widmer RB, Cadoret RJ, North CS. Depression in family practice: some effects on spouses and children. J Fam Pract. 1980;10(1):45-51.
14. Sağlık.NET Hakkında. <http://www.e-saglik.gov.tr/belge/1-33811/sagliknet-hakkinda.html>. Erişim Tarihi: 14.06.2016.
15. Yavuz E. Aile Hekimliğinde Bilişim Sistemleri, TAHEV-Akademi Yayınevi, 2012, Ankara.
16. Hasta Hakları Yönetmeliği. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>. Erişim Tarihi: 15.06.2016.
17. Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101520/h/bilgi-guvenligi-politikalari-yonergesi.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2016.
18. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>. Erişim Tarihi: 15.06.2016.
19. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150416-6-1.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2016.
20. Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101521/h/bilgiguvenligipolitikalarikilavuzu.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2016.

Konu 55

KANITA DAYALI TIP

Ahmet YILMAZ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların kanıta dayalı tıp ve ilişkili kavramlar hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- “Kanıt dayalı tıp” terimini açıklayabilmeli,
- Kanıtları önem derecelerine göre sınıflandırabilmeli,
- Elektronik tıbbi kanıt kaynaklarını sayabilmeli,
- “Hastalık yönelimli” (DOE) ve “Hasta yönelimli” (POE) kanıt ayırımını yapabilmeli,
- Number needed to treat (tedavi için gerekli kişi) terimini açıklayabilmeli.

ÖZET

Hastalara kapsamlı ve ihtiyaca cevap verecek bakımı sunmak hekimin iyi klinik uygulamalarına bağlıdır. Bunun için temel tıbbi bilgi ve becerilere ek olarak aile hekimleri için kanıta dayalı hekimlik uygulamaları da çok önemli yer tutar.

Artan hasta ihtiyaçlarına cevap vermek, karmaşık, gelişigüzel pahalı sağlık uygulamalarındansa, azalmış uygulama farklılıklarının olduğu, optimal sonuca ulaşılacak, bilimsel gelişmelerin takip edildiği, etkin, kaliteli, maliyet etkin sağlık hizmetinin sağlanması adına yapılacak modern sağlık yöntemleri kanıta dayalı tıp uygulamalarında yer bulmuştur.

GİRİŞ

Günümüzde tıbbi bilgiler çok hızlı güncellenmektedir. Bu durum sağlık sunumunda hastalarına daha iyi bakım verebilmesinde hekimlerimiz için bilimsel, teknolojik değişim ve gelişmelere ayak uydurma mecburiyeti sonucunu doğurmaktadır. Geleneksel bilgi kaynakları bu anlamda yetersiz kalmaktadır. Tıbbi bilgiye ulaşmanın en kolay ve pratik yolu internet ağı ile bilgisayarlar ile olabilmektedir. Sağlık alanında bilgiye ulaşmak için kullanılan kitaplar da önemli bir kaynak oluşturmaktadırlar, fakat mutlaka bilimsel değişimler ışığında güncellenmesi gerekmesi, yazım ve baskı aşamasında bile bazı bilgilerde yaşanabilen değişimlerin var oluşu bu alandaki bir diğer üzerinde durulması ve dikkate alınması gereken ayrıntıdır. Her ihtiyaç duyulduğunda yanı başımızda bulabildiğimiz internet ağı üzerinden kullandığımız bilgisayarlardan ulaşılan bilgiler çok geniş bir içerikte olabilmektedir, bu bilgilerin güvenilir ve ihtiyacımıza cevap verecek şekilde ayıklanması önemli olanlarının bulunması gerekmektedir. Tüm bu konularda ihtiyaçlarımıza cevap verecek yaklaşımları belirleme sırasında “Kanıtla Dayalı Tıp” devreye girmektedir.

Önemli Noktalar

- Birinci basamakta çalışan hekimlerimizin hasta yönetimi konusunda daha fazla inisiyatif almaları beklenmektedir. Bilim temelli hasta yaklaşımı bunun başlayacağı doğru yer olacaktır.
- Aile hekimlerine bilimsel araştırma yapma, ve doğru güvenilir kanıtlara erişme konusunda gerekli desteğin ve alt yapıların sağlanması gerekmektedir.

Kanıtla dayalı tıp (KDT), klinik araştırma yöntemleriyle elde edilen bulguları kullanarak hastalara sağlık alanında ihtiyaç duydukları yardım ve desteği optimum klinik bakım şeklinde ulaştırmaktır, ilk olarak 19. yüzyıla dayanan bir klinik yaklaşım olan bu kavramın temelleri Sackett ve ark.’ları tarafından; “mevcut en iyi kanıtın hekimin deneyimi ve hastanın tercihleri ile birleştirilerek kullanılması” şeklinde tanımlanmıştır. Diğer ifade şekilleri ile tanımlanacak olursa; kanıtla dayalı tıp; sistematik bilimsel tarama yöntemlerinin kullanıldığı bir bilim ve hastaların tanı ve tedavi sürecinde karar verirken mevcut en iyi kanıtların, hekimin klinik deneyimi ve hastanın değerleri ile birlikte dikkatli, özenli ve akıllıca kullanılmasıdır.

Toplumun sağlık alanındaki farkındalığının ve bilgiye erişiminin artması,

Bilgiye ulaşmadaki araç ve yöntemlerin gelişimi,

Geleneksel bilgi kaynaklarının yetersizliği gibi konular KDT’ye ilgiyi arttırmıştır.

Hastaların güvenini kazanmak, hekimin iyi klinik uygulamalarına bağlıdır. İyi klinik uygulamalar hastanın problemlerine bilim temelli yaklaşım ve neticesinde elde edilecek geçerli çözüm yolları üretilerek elde edilebilir; bunun için temel tıbbi bilgi ve becerilerine ek olarak aile hekimleri: kanıtla dayalı hekimlik uygulamalarına güvenmelidirler.

KDT’yi 5 temel adımda tanımlayabiliriz:

1- Klinik problem ile karşılaşılması, soru oluşma süreci;

Hasta bakımında bir çok çözümlenmesi gereken sorular ve tanımlanması gereken durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorular; tanı koyma sürecinde hangi tanı yaklaşımı

gösterilmesi gerektiğinden, tedavi için gerekli medikal yaklaşımların hangi seçenekleri içereceği, bu süreçte yapılacak laboratuvar, görüntüleme ve diğer tanısıl amaçlı girişimlerden hangilerinin yapılması gerektiği konularından oluşmaktadır.

2- Oluşan Sorunun Yanıtlanabilir Hale Getirilmesi

Hasta bakımında oluşan sorular ilk etapta akla gelen her türden olabilmekte ve yeterince açık, net olamamaktadır. Sorular belli konulara odaklanınca doğru yanıtı ulaşmamız mümkün olabilecektir, hekimlerimizin klinik deneyimleri arttıkça oluşan sorular daha spesifik amaçlara yönelecektir. Kanıta dayalı tıp yaklaşımında oluşan bu süreçte; klinik durumun tanımı, incelenen veya cevap aranan girişimin ne olduğu (tedavi medikasyonu, tanı, prognoz), elde edilmesi düşünülen sonucun nasıl değerlendirileceği gibi konular bu aşamada oluşmaktadır. Sorular; tanı, tedavi, takip, etiyoloji, maliyet, etkinlik v.b. çoğu konuda olabilir.

3- Oluşturulmuş Soruya Yanıt Olabilecek Çalışmalara Ait Makalelerin Taranması

Günümüzde internet ile bir çok makale ,bilimsel yayın çeşitleri, uygulama rehberleri, tanı tedavi kitaplarına ulaşılabilir. Bu tarama sürecinde; önemli yetkinlik kazanılması gereken konular; tarama motorlarının ve kullanmasının bilinmesi ile, taramada bize yardımcı olacak uygun anahtar sözcüklerin girilmesidir. En sık kullanılan tarama motorları; PubMed, Embase, Cohrane şeklindedir. Bilimsel yayın tarama sürecinde oluşan soru oluşturma spesifikleştikçe anahtar sözcüklerin doğru belirlenmesi sağlanacaktır. Kullanılacak tarama motorlarının özellikleri de bu açıdan bilinmesi gereklidir. Diğer bazı kanıt edinme yolları:

- Kişisel deneyimler,
- Uzman görüşü,
- Önceki öğrenimler,
- Textbook,
- Elektronik textbook,
- İnternet bazlı kaynaklar,
- Sağlık bakım literatürü bibliyografik veri tabanları (MEDLINE, CINAHL, CANCELIT gibi),
- Sekonder kaynaklar (ACP Journal Club, The Cochrane Library gibi).

4- Elde Edilen Makalelere Eleştirel Değer Verilerek Kanıt Değerinin Belirlenmesi

Bilimsel yayının kanıt olarak değerlendirilmesi için dikkat edilmesi gereken özellikleri;

- a. **Geçerliliği:** Makalelerin doğruluk derecesinin incelenmesi olarak da isimlendirilen bu açıdan değerlendirmede; daha çok metodoloji üzerinde durulur. Çalışmanın türü, örneklem seçimi, testlerin uygun yapılıp yapılmadığını sonuçların evrene genellenebilmesi özellikleri incelenir, araştırma türüne göre; kullanılan ölçütler değişir. Örneğin prognoz çalışmasında; seçilen örneklemin hastalık seyirlerinin benzer aşamalarında olmaları, izlem süresinin yeterli uzunlukta olması, sistematik derlemeler için; açık ayrıntılı soru oluşturulmuş mu, literatürün nasıl tarandığı, dahil/hariç bırakma kriterlerinin neler olduğu, değerlendirmenin nasıl yapıldığı konularında inceleme yapılır.
- b. **Önemlilik:** Elde edilen sonuç ile etken arasındaki ilişkinin kesinliği, genişliği ile ilgilidir. Bu konuda kullanılan KDT yaklaşımı tedavi ile ilgili randomize kontrollü çalışmalarda etkinin büyüklüğünü gösteren tedavi için gerekli sayı

(number needed to treat; NNT) terimidir ki; ilerleyen bölümlerde ayrıntılı bahsedilmiştir.

- c. **Yararlılık:** Elde edilen geçerli, güvenilir kanıtın hasta veya durumumuza uygulanmasıdır, klinik uygulanabilirlik olarak da isimlendirilir. Hasta tercihleri ve hekim tecrübesi bu aşamada birleştirilerek uygulanır.

5- Kanıtın klinik pratikte kullanılması

Elde edilen verilerle şekillenmiş hekim tecrübesi, hasta tercihleriyle birleştirilerek bu aşamada hayata geçirilir.

6- Kendini değerlendirme

Bu son basamakta yaklaşımın uygulaması sürecinde; eksik ve yanlışlar değerlendirilir, sonraki uygulamalar için dikkat edilmesi gerekenler şeklinde kazanıma dönüştürülür.

Bilimsel araştırmaların metodolojileri gereği değişik kanıt değerinde olduğu, bu değerlere göre dizimlerine aşağıdaki resim ile görüldüğü üzere gösterilmeleri mümkündür.



Şekil 1. Kanıt piramidi

Kanıt piramidinde tepeye çıkıldıkça bir alt düzeye göre daha yüksek kanıt değerine ulaşılmaktadır.

Tüm bu klinik vakalarda klasik hekimlik bilgi, tutum ve yaklaşımlarımıza literatürden güncel tıbbi uygulama, tanı yöntemleri, varsa tedavi seçeneklerinin güncel olanlarına eldeki imkanlar oranında ulaşmamız biz hekimlerden ve tıp eğitimindeki öğrencilerimizin eğitim süreçlerinden beklenmektedir.

Meta-analizler: Aynı konudaki deneysel çalışma bulgularının toplu analizidir.

Randomize kontrollü çalışma (RKÇ): Deneysel çalışmalardır. *Kohort çalışması:* İleriye

dönük takip çalışmalarıdır. *Vaka kontrol çalışması*: Kesitsel veya geriye dönük gözlemsel çalışmalardır. *İnvitro çalışmalar*: Hücre düzeyinde çalışmalardır.

Sağlıkta Hizmet Sunumunda Literatür Veri Kaynakları

1. AGRICOLA (AGRICultural OnLine Access)
2. AMED (Allied and Complementary Medicine Database)
3. Biological Abstracts
4. CANCERLIT
5. CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
6. CISCOM Database (Centralized Information Service for Complementary Medicine)
7. The Cochrane Library
8. The Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
9. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)
10. The Cochrane Controlled Trials Register (CCTR/CENTRAL)
11. The Cochrane Database of Methodology Reviews
12. The Cochrane Methodology Register
13. The Health Technology Assessment Database (HTAD)
14. The NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)
15. Current Contents
16. EMBASE
17. Eric
18. Lisa
19. Sigle
20. Index to Chiropractic Literature 1985–2001
21. Manual, Alternative and Natural Therapy (MANTIS)
22. MEDLINE
23. PubMed
24. Science citation index
25. OLDMEDLINE
26. PsycINFO
27. Academic Search Elite
28. Access Science
29. Alt Health Watch
30. Choice Reviews Online
31. Dissertations & Theses
32. EBSCOhost databases
33. Clinical Pharmacology
34. AIDSearch

Kanıt çeşitleri

DOE: Disease-oriented (Hastalık yönelimli)

-Patofizyoloji

-Farmakoloji

-Etiyoloji...

Örneğin: Tiyazidler kan basıncını düşürür.

POE: Patient-oriented (Hasta Yönelimli)

- Mortalite, morbidite, yaşam kalitesi
- Daha uzun veya daha iyi yaşama
- Örneğin: Tiyazidler mortaliteyi düşürür

Hastalık Yönelimli Yaklaşım

Hekimin sadece hastalıkla ilgilendiği durumdur. Hekim biyomedikal sorunları çözme sürecinde hasta üzerinde otorite kurmuştur. Hastalığın tedavisinin verilmesi ,şikayet nedenlerinin ortadan kaldırılması ana yaklaşım şeklidir. Örneğin göz doktorunun katarakt vakasını tamamlayarak görme probleminin çözülmesi, genel cerrahın akut batın nedeni olan akut apandisit ameliyatını tamamlayarak hastasını taburcu etmesi hastalık yönelimli yaklaşım grubu içindedir. Hastanın sadece o anki sağlık problemi çözülmesi esastır, hasta tedavi sürecinin dışındadır.

Hasta Yönelimli Yaklaşım

Hastalığın yönetiminde hekimin hastasıyla birlikte çalıştığı, görüşmeye dayanan yaklaşımdır. Hekim hastasının fikirlerini dikkate alarak süreci beraber yönetir, hastayı sosyal, fiziksel çevresi, ailesi ve psikolojik boyutuyla birlikte ele alır.

Aile hekimlerinin kendine has yaklaşımı içinde hasta yönelimli yaklaşım esas yeri teşkil eder. Dolayısıyla aile hekimleri kanıta dayalı tıp uygulamalarında daha çok hasta yönelimli kanıtlara ihtiyaç duyarlar.

Number Needed to Treat

Number Needed to Treat= NNT (Tedavi Edilmesi Gereken Asgari Hasta Sayısı)

En az bir tane olumsuz olayı önlemek için tedavi edilmesi gereken asgari olgu sayısıdır. Deneysel çalışmaların sonuçlarını günlük klinik uygulamamızda kullanabilmek için NNT makalede belirtilmiş olmalıdır. İdeal olarak bu değer 1'dir.

Örneğin: A ilacı ile B hastalığında K komplikasyonunu önlemek için NNT 4 ise; bir B hastasında K komplikasyonunu önlemek için en az dört adet B hastasına A ilacı tedavisi uygulanmalıdır anlamına gelir.

SONUÇ

2020 yılında tıbbi bilginin yarı ömrünün 73 gün olacağı tahmin edilmektedir. Hekimlerimiz sağlık hizmeti sunumunda iyi klinik uygulama sağlayabilmeleri için hızla değişen tıbbi bilginin takibinde kanıta dayalı hareket etmeleri gerekmektedir. Bu alanda uygulamaların geliştirilmesi için eğitim ve birinci basamak sağlık sistemine yönelik eğitimler planlanmakta ve uygulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based Medicine: How to Practice and Teach EBM Second Edition. Churchill Livingstone, 2000, Edinburgh.
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268(17):2420-25.

3. Rakel R. E. Textbook of Family Practice. W B Saunders. 2014.
4. Kassirer JP, Kopelman RI. Learning Clinical Reasoning. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1991.
5. Colliver JA. Effectiveness of Problem-based Learning Curricula Research and Theory. Academic Medicine. 2000;75:259-66.
6. Kanita Dayalı Tıp
http://www.google.com.tr/url?url=http://aile.atauni.edu.tr/ogrenciler/dersnotu/2012_2013/ZekeriyaAkturk/AtaUni2012_2013Donem2KanitaDayaliTip.ppt&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKewjghYf_v4TOAhWKvRQKHTrABJcQFggTMAA&usg=AFQjCNHGmpkUWVNy_z0nebq137AjKSO6Ew. Erişim Tarihi: 21.07.2016.

Konu 56

TIPTA KODLAMA

İsmail ARSLAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu oturumun sonunda katılımcıların tıpta sınıflandırmanın önemi ve teorisi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Tıpta sınıflandırmanın yararlarını sayabilmeli,
- Sınıflandırmanın olumsuz yönlerini tartışabilmeli,
- Kodlama sistemlerine olan ihtiyacı açıklayabilmeli,
- Kodlama yöntemlerinin teorilerini tartışabilmeli,
- ICD kodlama sisteminin genel özelliklerini açıklayabilmeli,
- ICPC kodlama sisteminin genel özelliklerini açıklayabilmelidir.

ÖZET

Teknolojinin gelişmesi ve bilgi akışının hızlanmasıyla beraber hastalıkları sınıflandırma ve ortak bir iletişim dili kullanma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. İstatistiki bilgi toplama amacıyla başlayan ve çeşitli aşamalardan geçen sınıflandırma çalışmaları kodlama şeklinde evrensel kullanıma girmiştir. Kodlama ile verilerin epidemiyolojik çalışmalarda kullanımı, sağlık hizmetlerinin yönetimi, hastalık takibi, hastalık kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim kolaylaşmıştır.

GİRİŞ

Sağlığın evrensel öneminden, ortak kullanımından ve geliştirilmesindeki ihtiyaçtan ötürü tıp eğitimi sırasında özellikle anatomiye Latince kullanımı benimsenmiştir. Bu sayede dünyanın neresinde olursanız olun tıpta aynı dili konuşabilirsiniz. Teknolojinin gelişmesi ve bilgi akışının hızlanmasıyla beraber de hastalıkları sınıflandırma ve ortak bir iletişim dili kullanma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Çeşitli aşamalardan geçen sınıflandırma çalışmaları kodlama şeklinde evrensel kullanıma girmiştir.

Önemli Noktalar

- Kodlama ile;
 - Verilerin epidemiyolojik çalışmalarda kullanımı,
 - Hastalık takibi,
 - Sağlık hizmetlerinin yönetimi,
 - Veriye ulaşım,
 - Uluslararası karşılaştırma kolaylaşmıştır.

KODLAMA

Bireyin, sağlık sistemine başvurusuyla başlayan hasta değerlendirme sürecinin sonucu olarak hekim bir kanaat edinir ve buna göre hastanın tedavisini şekillendirir. Hastalarından edindiği bilgi ve tecrübeyi meslektaşları ile paylaşarak tıbbın gelişimine katkıda bulunur. Bu paylaşım sözlü ya da yazılı olabileceği gibi daha geniş kitlelere ulaşması ve daha uzun süre kullanılabilmesi için kayıt altında olmalıdır.

Kayıt altına alınan sağlık verileri üzerinde istatistiksel hesaplama yapabilmek, epidemiyolojik veri çıkarma, sağlık hizmeti planlama, kalite yönetimi ve finansal analiz gibi birçok şekilde faydalanmak ve verilerin elektronik ortamda saklanabilmesi için kodlama yapılmalıdır.

Kodlama ile verilerin epidemiyolojik çalışmalarda kullanımı ve sağlık hizmetlerinin yönetimi kolaylaşmıştır. Hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı oluşmuştur. Ayrıca hastalık ve ölüm kodlamalarında getirilen bazı uluslararası kural ve hatırlatmalarla hastalık tanısının yazılması ya da ölüm nedeninin belirtilmesinde kayıtların mümkün olduğu kadar doğru tutulması konusunda da katkıda bulunmuştur (1).

Hastalıkları kodlamak için sınıflandırmak gereklidir. Teorik olarak sınıflandırma etkilediği vücut bölümüne, etkene, meydana getirdiği değişikliğe, oluşturduğu fonksiyon bozukluğuna veya başka bir şekil temel alınarak yapılabilir. Fakat pratikte, hastalıkların vücudun birden fazla bölümünü etkileyebilmeleri, bazı hastalıklarda etkenin bilinmemesi, meydana getirdiği değişikliklerin özgün olmaması gibi nedenlerle birçok sınıflandırma tek başına yeterli olmamaktadır. Alternatif olarak, her bir hastalığın birçok şekilde sınıflandırıldığı çok çeşitli bir sınıflandırma sistemi kurulabilir, ancak bu durum da hastalığın tüm kriterlere göre tanımlanmasını gerektireceğinden kullanımı zorlaştıracaktır (2).

Kayıtlar kodlanırken belli bir sistematığa uyma zorunluluğundan ötürü zenginliğini kaybeder. Hastalıkları kodlarken, hastaya özgü kodlama yapılmadığında, hastalığın kişiden kişiye farklı seyredebileceği göz ardı edildiği akılda tutulmalıdır.

Hastalıkların kodlanması, hastalık verilerinin kullanıcı tarafından kolayca değerlendirilip incelenebileceği bir formda sunulmasına gereksinim duyar. Kullanışlı ve anlaşılır bir veri elde edebilmek için, hastalıkların sistemli ve anlamlı bir şekilde düzenlenmesi gereklidir. Bu amaçla, Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) geliştirilmiştir.

ICD, istatistiksel bir sınıflama temel alınarak geliştirilmiştir. Birbirine benzer hastalık veya durumlar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre sınıflandırılmıştır. Ayrıca her hastalığa özgü bir kod oluşturulmuştur.

Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (ICD-10)

İngilizce olarak “International Classification of Diseases, Tenth Edition (ICD-10)” olarak ifade edilir. ICD-10, 1990 yılında 43. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından onaylanmış ve 1994 yılından itibaren Dünya Sağlık Örgütü üye devletlerde kullanıma girmiştir. Bugüne kadar 43 dile çevrilmiş ve 117 ülkede kullanılmaktadır (3). Yaklaşık 10 yılda bir güncellenmesi planlanan ICD'nin, 2018 yılında 11. versiyonunun çıkması beklenmektedir. Sağlık Bakanlığı 2005 yılından itibaren faturalarda ICD-10 kodunun bulunmasını zorunlu kılmıştır (4).

ICD-10 harf ve rakamlardan oluşan alfa-sayısal bir kod yapısına sahiptir. Sınıflama yapısında beş düzey bulunmaktadır. Her düzey bir üst düzeyin detaylandırılmış halidir (5). Birinci düzey 21 ana bölüme ayrılmıştır ve harfle gösterilir. (Tablo 1)

Tablo 1. ICD-10 harflerle gösterilen birinci düzey

A	Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar
B	Neoplazmlar
C	Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları ve İmmun Mekanizmayı İçeren Hastalıklar
D	Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar
E-F	Akıl ve Davranış Bozuklukları
G	Sinir Sistemi Hastalıkları
H	Göz ve Gözle Bağlantılı Doku Hastalıkları
H	Kulak ve Mastoid Oluşum Hastalıkları
I	Dolaşım Sistemi Hastalıkları
J	Solunum Sistemi Hastalıkları
K	Sindirim Sistemi Hastalıkları
L	Cilt ve Cilt altı Dokusu Hastalıkları
M	Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları
N	Ürogenital Sistem Hastalıkları
O	Gebelik, Doğum ve Lohusalık Dönemi Hastalıkları
P	Perinatal Dönemden Kaynaklanan Hastalıklar
Q	Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri
R	Semptomlar ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları
S-T-V	Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar
W-X-Y	Hastalık ve Ölümün Dış Nedenleri
Z	Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler

İkinci düzey her bölümdeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi ile oluşan bloklardır. Toplam 260 tane blok vardır.

Örnek:

A00-A09 Barsak enfeksiyöz hastalıkları

A15-A19 Tüberküloz

A50-A64 Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıkları

B65-B83 Helmintiyazlar

K80-K87 Safra kesesi, safra yolları ve pankreas hastalıkları

Üçüncü düzey hastalıkların tek tek ele alındığı üç basamaklı hastalık kodları ile gösterilir. Üç basamaklı hastalık kodları ICD-10'un temel çatisıdır. Her hastalığa bir hastalık kodu verilir.

Örnek:

A01 Tifo ve paratifo

I20 Anjina Pektoris

Q25 Büyük arterlerin konjenital malformasyonları

Dördüncü düzey, hastalıkların daha detaylı gösterildiği dört basamaklı hastalık kodları ile gösterilir. Özellikle tıbbi araştırmalar için en az bu seviyede kodlama yapılması önerilmektedir.

Örnek:

A01.0 Tifo

A01.1 Paratifo A

A01.2 Paratifo B

A01.3 Paratifo C

A01.4 Paratifo, tanımlanmamış

I20.0 Unstable anjina

I20.1 Anjina Pektoris, gösterilmiş spazm ile

I20.8 Anjina Pektoris'in diğer formları

I20.9 Anjina Pektoris, tanımlanmamış

Beşinci düzey özellikle hastalık ve ölümlerin dış nedenleri ile yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçlarının yer aldığı 19. ve 20. ana bölümlerde; kodlar 5 basamağa genişletilebilmektedir. Beşinci basamak genişletme kodları yeni bir hastalık veya harici neden belirtmez. 0-9 arası olan bu genişletme kodları olgunun meydana geldiği yeri belirtmek için kullanılmaktadır.

Birinci Basamağın Uluslararası Sınıflaması-2 (ICPC-2)

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde veri kodlama işlemleri ICD-10 kullanılarak yapılmaktadır. ICD'nin yapı olarak hastalıkları temel alması nedeniyle, birçok semptom ve hastalık dışı durumların olduğu birinci basamakta kullanmak kısıtlılıklar meydana getirmektedir. Örneğin belirti ve semptom girişi kısıtlı olarak yapılırken, koruyucu hekimlik uygulamaları sisteme girilememektedir. Hasta merkezli kayıt yerine hastalık merkezli kayıt yapılmaktadır. Tüm bu kısıtlılıklar nedeniyle birinci basamak için Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarafından Birinci Basamakta Uluslararası Sınıflama-2 (ICPC-2) geliştirilmiştir (6-7).

İngilizce olarak "International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2)" olarak ifade edilir.

Bir harf ve iki rakamdan oluşan iki eksenli bir yapıya sahiptir. Bu iki rakam birbirinin aynısı olan 7 bileşendir ve 1'den 99'a kadar devam eder. 1'den 29'a kadar olanlar semptom/şikayet, 30'dan 69'a kadar olanlar (girişimler, ilaç yazımı, sevk gibi) ve 70'den 99'a kadar olan kodlar ise tanılarla ilgilidir (8).

Yedi bileşenin ilk altısı her bölüm için aynıdır. Yedinci bileşen ise her bölüm için farklıdır (Tablo 2).

Tablo 2. ICPC-2 şematik gösterim

	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
1.Semptomlar ve yakınmalar																	
2.Tanısal ve koruyucu işlemler																	
3. İlaç, tedavi ve tedavi edici işlemler																	
4.Sonuçlar																	
5. Yönetimsel																	
6.Sevk ve diğer başvuru nedenleri																	
7.Teşhis/hastalık																	

Bölmeleri gösteren harfler vücut sistemlerinin İngilizce ilk harflerinden oluşur. Toplam 17 tanedir (9).

A	Genel/belirsiz	L	Kas iskelet
B	Kan/kan yapıcı organlar/immün mekanizmalar	N	Nörolojik
D	Sindirim	P	Psikolojik
F	Göz	R	Solunum
H	Kulak	S	Deri
K	Dolaşım	T	Metabolik
		U	İdrar

W	Gebelik	Y	Erkek genital
X	Kadın genital	Z	Sosyal

Bilgisayar üzerinde kayıt tutulduğu zaman, hastanın ilk gelişinden şikayeti geçinceye kadar olan süreçteki tüm kaydını kodlayabiliriz. Örneğin idrar yaparken yanma ve sık idrara çıkma şikayeti ile gelen hastaya U01 Dizüri/İdrar yaparken ağrı ve U02 Sık idrar yapma/acı idrar yapma hissi kodunu veririz. Hastadan idrar tetkiki U35 isteyebilir ya da önerilerle takibe alıp dosyamızı kapatabiliriz. Bir sonraki muayenemizde idrar testi sonucuna göre U71 Sistit/üriner enfeksiyon, diğer ya da U95 İdrar taşı ya da U98 Anormal idrar testi BST kodlarından birini verebiliriz. Örneğimizde görüldüğü gibi hastamızın tedavi sürecini farklı kodlar vererek tümüyle kayıt altına almış olduk.

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması: Onkoloji (ICD-O)

İngilizce olarak “International Classification of Diseases for: Oncology (ICD-O) ifade edilir.

ICD-10, onkoloji hastalarının özellikle histolojik incelemeleri için eksik kaldığı için Uluslararası Hastalık Sınıflandırması: Onkoloji (ICD-O) oluşturulmuştur. Bir örnekle açıklamak gerekirse ICD-10’da akciğer adenokarsinomu ile skuamöz hücreli karsinoma aynı kod olan C34.9’u vermek zorundayız. Oysa ICD-O’da ise akciğer adenokarsinomuna C34.9, M-8140/3 kodu verilirken akciğer skuamöz hücreli karsinomuna C34.9, M-8070/3 kodu verilmektedir (10).

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4

İngilizce olarak “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)” ifade edilir.

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı sınıflandırması, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ICD’den derlenerek geliştirilen ve idame edilen bir kodlama sistemidir. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4, mental hastalıkların tanımlamaları ve tanı kriterlerini de içeren; tanı konulması, tedavi, eğitim, araştırma ve yönetsel amaçlarla kullanılan bir kodlama sistemidir (2).

SONUÇ

Tıbbın ve teknolojinin gelişimiyle beraber ihtiyaç duyulan kodlama sistemleri de gelişmekte, bilgiye daha kolay ulaşmamızı sağlamaktadır. Kodlama sistemlerinin tüm Dünya tarafından ortak kullanımı ile beraber bilginin evrenselleşmesi, verinin ortak kullanımı ve sağlıktaki gelişmelerin takip edilmesi kolaylaşmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Hizmetleri Sekreterliği. ICD (Uluslararası Tanı Sınıflaması)’nin Genel Yapısı. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları. 2011, Ankara.

2. Öksüz E, Bozdemir N, Saatçi E. Periyodik Sağlık Muayenesi. Aile Doktorları için Kurs Notları 1. Aşama. 1. Basım. TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Ata Ofset, 2004;146-52.
3. Dünya Sağlık Örgütü ICD. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Erişim Tarihi: 11.05.2016.
4. Demir M. Kodlama Kültürsüzlüğü Örnek 1: ICD-10. SD Dergi (2). 2007. <http://www.sdplatform.com/Dergi/25/Kodlama-Kultursuzlugu-Ornek-1-ICD-10.aspx>. Erişim Tarihi: 11.05.2016.
5. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Vol. 2. World Health Organization, 2004.
6. Hofmans-Okkes, I. M., and H. Lamberts. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. Family Practice, 1996,13(3):294-302.
7. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. ICPC-2. Oxford University Press, Oxford, 1998:1-162.
8. Öksüz E, Malhan S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kodlama ve Sınıflandırma. Başkent Üniversitesi yayınları, 2005, Ankara.
9. Dünya Sağlık Örgütü ICPC-2 <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/> Erişim Tarihi: 11.05.2016.
10. Canda Ş. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması: Onkoloji UHS-O (ICD-O). Üçüncü Baskı. İzmir Onkoloji Hastanesi ve Ekopatoloji Derneği Yayınları No:1. 2013, İzmir.

Konu 57

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI

Çiğdem APAYDIN KAYA

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı katılımcılara aile hekimleri için çoklu ilaç kullanımı hakkında bilgi vermektir.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Polifarmasinin tanımını yapabilmeli,
- Polifarmasi için riskli durumları sayabilmeli,
- Polifarmasinin yol açabileceği problemleri sıralayabilmeli,
- İlaç sayısının azaltılmasının önemini belirtebilmeli,
- İlaç sayısını azaltırken dikkat edilmesi gereken durumları belirtebilmeli.

Önce Zarar Verme!!

ÖZET

Çok sayıda ilaç kullanımı, tüm yaş gruplarında görülmekle beraber, artan yaşla daha fazla gözlenmektedir. Yaşlıların yaklaşık yarısı en az bir ilacı gerekli olmadığı halde kullanmaktadır.

Polifarmasi varlığı başta ilaç etkileşimleri ve yol açacağı problemler olmak üzere pek çok olumsuz durumun ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. İlaç sayısının ve uygunsuz ilaçların azaltılmasının hastaların klinik durumlarında iyileşme sağladığı, hastane yatışlarını ve ölümleri azalttığı akıldan çıkarılmamalıdır. Ancak ilaç sayısını azaltmaya çalışırken hastaya gerekli olandan daha az ilaç yazmamaya da özen göstererek her zaman kişiye özgü tedavi uygulanmalıdır.

Her vizitede hastaların kullandıkları reçeteli ve reçetesiz ilaçlar ile tedavi amaçlı kullanılan tüm ürünlerin gözden geçirilmesi polifarmasiyi ve polifarmasinin yol açacağı olası problemleri önleyebilir.

GİRİŞ

Kesin bir tanımı olmamakla birlikte iki veya daha fazla sayıda ilacın aynı anda kullanılması çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi) olarak isimlendirilmektedir (1). Ancak çoklu ilaç kullanımı ve etkilerinin araştırıldığı birçok çalışmada 5 ve daha fazla ilaç kullanımı “polifarmasi” olarak tanımlanmaktadır (2, 3). Çalışmalar, doğru seçilmeleri durumunda iki veya üç ilacın birlikte kullanılmasının önemli bir probleme yol açmadığını, ancak dört ve daha fazla ilacın kullanılmasının önemli bir risk taşıdığını göstermektedir.

Önemli Noktalar

- Yaşlıların yaklaşık yarısı en az bir ilacı gerekli olmadığı halde kullanmaktadır.
- Her vizitede hastaların kullandıkları reçeteli ve reçetesiz ilaçlar gözden geçirilmelidir.

Çok sayıda ilaç kullanımı, tüm yaş gruplarında görülmekle beraber, artan yaşla daha fazla gözlenmektedir. Yaşlıların yaklaşık yarısı en az bir ilacı gerekli olmadığı halde kullanmaktadır (4, 5). Teknolojinin gelişmesi ve tıptaki ilerlemeler sayesinde ölüm oranı azalmakta, yaşam süresi uzamaktadır. Artan yaşam süresine paralel olarak da aynı kişide birden fazla kronik hastalığın birlikte görülme ihtimali ve bunun sonucu olarak da çoklu ilaç kullanım oranı artmaktadır. Polifarmasiye neden olan diğer faktörler aşağıda listelenmiştir:

- Hastaların birden fazla hekim tarafından takip edilmesi ve hekimler arasında iletişim olmaması,
- Hastaların ilaç beklentileri,
- Tıbbi kılavuzların “hastaya özel” kullanımındaki yetersizlikleri,
- İlaç reklamları,
- Hastane yatışları,
- Reçetesiz ilaç satışları,
- Tanıdan çok semptoma yönelik ilaç yazılması,
- Doktorların hastaların ilaçlarında değişiklik yaptığı durumda bunu hastalarına yeterli bir şekilde anlatmamaları,
- Bakım evinde kalma,
- Reçete kaskadı (ilaç kullanımı sonucu gelişen istenmeyen ilaç reaksiyonları ve ilaç yan etkilerini gidermek için yeni bir ilaç başlanması. Örneğin; anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin neden olduğu öksürüğü gidermek için antitussif bir ajan başlanması ya da nonsteroidal antiinflamatuar ilaçların kullanımı sonucu hipertansiyon ortaya çıkması nedeni ile antihipertansif başlanması gibi).

Kullanılan ilaç sayısının artması ile başta ilaç etkileşimleri ve yol açacağı problemler olmak üzere pek çok olumsuz durumun ortaya çıkma olasılığı artmaktadır (6,7). Polifarmasinin sonucu olarak ortaya çıkabilen problemler aşağıda sıralanmıştır:

- İlaç etkileşimleri ve yan etki ortaya çıkma ihtimali artar,
- İstenmeyen ilaç reaksiyonları artar,
- Hastane yatışları artar,
- İlaç kullanıma uyum azalır,
- Morbidite ve mortalite artar,
- Tedavi maliyeti artar,
- Fiziksel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu gelişme ihtimali artar,
- Bakımevlerine yerleştirilme olasılığı artar,
- Düşmeler artar,
- Kalça kırıkları artar.

Polifarmasi ile karşımıza çıkan ilaç etkileşimleri aslında önlenebilir bir durumdur. Sürekli kullanılan ilaçları yazdırmak için yapılan viziteler ile genel kontrol/periodyok muayene viziteleri ilaç etkileşimlerini değerlendirmek için bir fırsat olarak kullanılmalıdır. Yeni bir ilaç yazarken, ilacın, hastanın kullandığı diğer ilaç ve bitkisel ürünlerle etkileşimi olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Reçeteli olarak kullanılan ilaçların yanı sıra reçetesiz olarak kullanılan ilaç ve diğer tedavi ürünlerinin de etkileşimler açısından değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Örneğin tansiyonunu düşürmek için sarımsak kullanan bir hastanın varfarin kullanması durumunda antikoagulan etki, dolayısı ile kanamaya eğilimi artacaktır. Ya da antidepresan olarak sarı kantaron (St. John's wort) kullanılması halinde birlikte kullanılan atorvastatin ya da diltiazemin etkisi azalacaktır. Özellikle yaşlı hastalar diğer yaş gruplarına göre daha fazla kendi kendilerini tedavi etmektedirler. Bu durumda reçetesiz kullanılan ve reçete ile alınan ilaçların birlikte kullanılmasıyla hastalık ve yan etki oluşma riski daha da artmaktadır. Örneğin reçetesiz olarak çok sık kullanılan nonsteroidal antiinflatuvar ilaçların kullanımı hipertansiyon ortaya çıkmasına, kullanılan antihipertansifin etkisinin azalmasına veya gastrointestinal bir kanamaya yol açabilir.

İlaç etkileşimlerini kontrol etmek için web tabanlı çeşitli uygulamalar mevcuttur. Akıllı telefon ve tabletlerde kolaylıkla kullanılacak olan bazı uygulamaların adresleri aşağıda listelenmiştir:

- http://www.drugs.com/drug_interactions.html
- <http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker?cid=med>
- <http://www.webmd.com/interaction-checker>
- <http://www.micromedex.com>

Hekim yeni bir yakınma ya da bulgu için ayırıcı tanı yaparken hastayı mutlaka polifarmasi ve ilaç etkileşimleri açısından değerlendirmeli, hastanın durumundaki değişikliklerin ilaç etkileşimlerinin sonucu olabileceğini akılda tutmalıdır.

Terapötik indeksi dar olan ilaçların bilinmesi ilaç etkileşimlerinin önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu ilaçların diğer ilaçlarla etkileşimi sonucu (diğer ilacın metabolizmasını yavaşlatması, emilimini artırması, eliminasyonunu azaltması gibi sebeplerle) kolayca terapötik dozdan toksik doza çıkılabilmektedir. Terapötik indeksi dar olan ve sık kullanılan bazı ilaçlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Terapötik İndeksi Dar Olan İlaçlar

Polifarmasi yaşlılık sendromlarından birisidir. Artan yaşla birlikte unutkanlığın başlaması, görme keskinliğinin azalması, fiziksel yetersizliklerin başlaması zaten çok sayıda ilaç kullanan yaşlının ilaç kullanımında hatalar yapmasına neden olmaktadır. Böbrek ve karaciğer fonksiyonlarındaki azalma ile ilaçların metabolizması ve eliminasyonu da etkileneceğinden yaşlılar, polifarmasinin yol açacağı olumsuz etkilere daha açıktırlar. Bu nedenle yaşlı hastalara ilaç reçete ederken daha dikkatli olunmalıdır. Yaşlılarda ilaç sayısının uygun bir şekilde azaltılması ile kişinin klinik durumunda belirgin bir düzelmeye gözlemlendiği çalışmalarla gösterilmiştir (8).

Tek başına birçok olumsuz durum için risk oluşturduğu bilinse de polifarmasi her zaman uygunsuz bir durum değildir. Örneğin peptik ülserde helikobakter pilori eradikasyonu için üçlü ve dördümlü tedavi rejimleri kullanılmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklardan korunmak için aspirin, beta-blokerler, ACE inhibitörleri ve lipit düşürücü ilaçlar birlikte kullanılabilir (9). Hastanın multimorbidite durumuna bağlı olarak da tedavi ve koruyucu amaçlı yazılan ilaç sayısının fazla olması gerekebilir (10). Bu nedenle, fayda-zarar hesabı yapılarak ilaç sayısından çok kişisel tedavi hedefleri göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmalar, gerekli olduğu halde hekimlerin bazı ilaçları yazmadıklarını da bildirmektedir. Özellikle yaşlılarda gerekli olduğu halde birçok ilacın yazılmadığı saptanmıştır. Örneğin rehberler önerdiği halde atrial fibrilasyonda hastaların sadece %50’sinin bir antikoagulan aldığı, KOAH’da inhale antikolinergik bronkodilatörlerin, depresyonda SSRI’lerin, diyabet ve hipertansiyon varlığında ACE inhibitörlerinin yeterince reçete edilmediği bildirilmiştir (11).

İLAÇ SAYISININ AZALTILMASI

Polifarmasinin olası zararları bilinmesine rağmen, ilaç başlanması ile ilgili yol gösterici pek çok rehber olduğu halde ilaç azaltılması ile ilgili rehber sayısı oldukça azdır. Çalışmalar ilaç sayısının azaltılmasına yönelik rehberlerin kullanılmasıyla olumsuz bir durum yaşanmadan ilaç sayısının azaltılabileceğini göstermiştir (8,12,13). Hatta bu çalışmalarda ilaç sayısı azaltılan -özellikle yaşlı- hastaların sağlık göstergelerinde belirgin bir iyileşmeye gözlemlenmiştir.

İlaç sayısının azaltılmasında tüm yaşlı hastaların yanı sıra özellikle çoklu ilaç kullanımı olan, istenmeyen ilaç reaksiyonu veya düşme öyküsü olan, konfüzyon veya letarji gelişen, yeni bir semptom gelişen, 7 ve daha fazla sayıda ilaç kullanan, genel sağlık durumunda kötüleşme olan, hastaneden yeni çıkan veya birden fazla merkezden bakım alan kişiler hedeflenir.

Kullanılan ilaç sayısını azaltmak için bazı tarama araçları kullanılabilir. Örneğin, güvenilir bir yöntem olan, özellikle yaşlı hastalar için kullanımı önerilen STOPP-START rehberi (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions-Screening Tool to Alert to Right Treatment) yaşlı hastalarda kullanımı potansiyel olarak uygun olmayan ilaçların tanınmasına ve kanıta dayalı öneriler ile sık görülen hastalıklarda ilaç seçimine katkıda bulunur (14, 15). Bu kriterlerin dışında yaşlılarda kaçınılması gereken riskli ilaçları içeren Beers Kriterleri gibi rehberler de kullanılabilir (16). Tıbbi Uygunluk İndeksine göre de (The Medication Appropriateness Index-MAI) her bir ilacın; endikasyon, etkililik, uygun doz ve doğru kullanım, ilaç etkileşimleri, benzeri diğer ilaçların varlığı, uygun tedavi süresi ve maliyet açısından değerlendirilmesi beklenir (17).

İlaç sayısı azaltmaya karar verildiğinde yapılması gerekenler aşağıda listelenmiştir:

- İlaç azaltılmasına gidilirken önce hastanın riskleri belirlenmelidir (ilaç sayısı, hastanın yaşı, uyumsuzluk öyküsü, hekim sayısının fazla olması, sosyal destek eksikliği, kognitif fonksiyonlarda bozulma, madde kötüye kullanımı, mental problemler, riskli ilaçların kullanımı, benzodiyazepinler, psikotropolar, antikoagülanlar, hipoglisemik ajanlar, kardiyovasküler ilaçlar, antikolinerjikler gibi).
- Daha sonra hasta ilaçlarının azaltılacağı yönünde bilgilendirilmeli ve güven verilmelidir.
- Sonrasında her bir ilaç için kullanım endikasyonunun devam edip etmediği değerlendirilmeli, ilacın gerçekten etkili olup olmadığı gözden geçirilmeli, yeni bir durum ya da istenmeyen ilaç reaksiyonu gelişip gelişmediği ve riskli ilaçların olup olmadığı not edilmelidir.
- Hangi ilacın azaltılabileceği yönünde hastanın ya da bakım verenlerin de tercihleri öğrenilmelidir. Hastanın sevdiği ve bırakmak istemediği ilaçlar kadar tercih etmediği ilaçlar da olabilir. Kesilmesi düşünülen ilaçlardan hastanın tercih etmediği ilaç varsa bu ilaçtan başlanılabilir.
- Herhangi bir istenmeyen ilaç reaksiyonundan şüphelenilirse şüpheli ilaç öncelikle kesilmeli, sonraki hedef özellikle yaşlılar için antikolinerjik ve sedatif ilaçlar olmalıdır. Antikolinerjik ilaçlar yaşlılarda unutkanlık, konfüzyon, halüsinasyon, ağız kuruluğu, bulanık görme, konstipasyon, bulantı, üriner retansiyon, taşikardi gibi antikolinerjik etkilere neden olmaktadır. Bu belirtilerin gözlenmesi hekim için uyarı niteliğinde olmalıdır. Antikolinerjik ilaçlardan bazı örnekler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Antikolinergik İlaçlar

Antikolinergik İlaçlar	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Antiaritmik ilaçlar <ul style="list-style-type: none"> ○ Prokainamid ○ Disopiramid ■ Antihistaminikler <ul style="list-style-type: none"> ○ Klorfenamin ○ Difenhidramin ○ Siproheptadin ○ Hidroksizin ○ Prometazin ■ Antidepresanlar <ul style="list-style-type: none"> ○ Amitriptilin ○ Doksepin ○ Klomipramin ○ İmipramin ○ Nortriptilin ■ Antipsikotikler <ul style="list-style-type: none"> ○ Klorpromazin ○ Klozapin ○ Olanzapin ■ Bronkodilatörler <ul style="list-style-type: none"> ○ İpratropium ○ Tiotropium ■ Antiemetikler <ul style="list-style-type: none"> ○ Hiyosin hidrobromid ○ Proklorperazin 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enürezis, inkontinans ve idrar sıklığını azaltmak için kullanılan ilaçlar <ul style="list-style-type: none"> ○ Flavoksat ○ Oksibutinin ○ Tolterodin ○ Darifenasin ○ Trosipium ■ Antiparkinson ilaçlar <ul style="list-style-type: none"> ○ Triheksifenidil ○ Amantadin ■ Mitriatik ve Sikloplejikerler <ul style="list-style-type: none"> ○ Atropin ○ Siklopetolat ○ Tropikamid ■ Antispasmodikler <ul style="list-style-type: none"> ○ Disikloverin ○ Hiyosin ○ Butilbromid ■ İskelet Kası Gevşeticileri <ul style="list-style-type: none"> ○ Metokarbamol ○ Antidiareikler ○ Difenoksilat

- İlaç sayısını azaltmada birbirinin benzeri olan ilaçların kesilmesi diğer bir basamaktır.

- Kullanılan ilaçlar arasında kombinasyon şeklinde kullanılacak ilaçların varlığı gözden geçirilmeli ve mümkünse kombinasyon şeklinde bulunan ilaçlar yazılarak ilaç sayısı azaltılmalıdır.
- İlaçları azaltmak mümkün değilse dozlarının düşürülmesinin mümkün olup olmayacağı değerlendirilmelidir.
- Hekimler her vizitede hasta için tedavi hedeflerinin değişip değişmediğini değerlendirmelidirler. Güncellenmiş rehberlerde tedavi hedefleri yeni bir kanıtla göre ya da hastanın yaşına, araya giren başka bir hastalığa bağlı olarak değişebilir. Örneğin ileri yaş gruplarında hipertansiyon tedavisinde hedeflenen kan basıncı değerleri daha genç yaş gruplarına göre yüksektir. Hastanın yaşam beklentisi araya giren bir kanser nedeni ile azalmış olabilir. Bu durumda antihiperlipidemikler gibi etkisini uzun vadede göstermesi beklenen ilaçlar kesilebilir. Klinisyenler güncel rehberler doğrultusunda tedavi hedeflerini kişiselleştirerek ilaç sayısını azaltma sürecine gitmelidirler.
- Her zaman öncelikle ilaç dışı tedavi seçenekleri düşünülmelidir. Hasta ilaç dışı seçenekleri uygulayabilirse ilaç sayısını azaltmak kolaylaşacaktır. Örneğin birçok hastada sadece tuz kısıtlaması ile veya kilo verilmesi ile hipertansiyon kontrol altına alınabilir. Diyabetik hastalarda glisemik indeksi düşük beslenme ve egzersizle diyabet ilaçlarının sayısı ve dozu azaltılabilir.
- Hekimler, özellikle aile hekimleri hastane taburculuğu sonrasında hastaların ilaçlarını gözden geçirmelidir. Çünkü hastane yatışları sırasında geçici olarak kullanılan ilaçların taburculuk sonrasında da hastalar tarafından kullanıldıkları bilinmektedir.

DİKKAT EDİLMESİ ÖNERİLEN NOKTALAR

İlaç sayısında azaltmaya gidildiğinde dikkat edilmesi gereken noktalar:

- İlaç sayısında azaltmaya gidildiğinde bazı ilaçların birden kesilmemesi, dozu azaltılarak zaman içerisinde kesilmesi (tapering) gerekmektedir. Kortikosteroidler, antidepressanlar, gabapentin, beta blokerler, levodopa, opiyatlar, proton pompa inhibitörleri birden kesilmemesi gereken ilaçlara örneklerdir. Bu ilaçların birden kesilmesi çekilme (withdrawal) sendromuna ve rebound etkiye yol açabilir.
- İlacın kesilmesi durumunda yaşanabilecek olası problemler tahmin edilmelidir.
- İlaç sayısında azaltma yapılırken ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin bir antikoagulan olan warfarinle omeprazol birlikte kullanılırken omeprazolun kesilmesi warfarinin etkisiz olmasına neden olabilir.
- Her seferinde tek bir ilaç kesilmelidir.
- Karar verilemediği durumda mutlaka hastayı takip eden diğer hekimlerle iletişim kurulmalıdır. İlaç kesilmesi durumunda diğer hekimler gerekçeleri ile bilgilendirilmelidir (aile hekiminin koordinasyon görevi). Birçok sağlık kurumunda ilaç danışma birimleri mevcuttur. Gerekli durumda yardım alınabileceği unutulmamalıdır.

- Hasta ve yakınlarına ilaç kesilmesinin gerekliliği uygun bir iletişim diliyle anlatılmalıdır (iyi iletişim).
- Hastalara ilacın kesilmesi ile ilgili uyarı mesajları yazılı olarak verilmelidir. (ne zaman doktora başvuracağı, ilaç kan düzeyinin takibi gibi)
- Polifarmasinin önüne geçmeye çalışırken hastalara yararı olabilecek ilaçlar göz ardı edilmemeli, gereğinden az ilaç kullanılmadığından emin olunmalıdır. Örneğin yaşlılarda antidepresanlar, Alzheimer için kullanılan ilaçlar, miyokard enfarktüsü sonrasında kullanılması önerilen β blokerler, atrial fibrilasyon için warfarin ve inkontinans ilaçları sıklıkla göz ardı edilmektedir.
- Tedavide asıl amacın hastalıkların tedavisi, semptomların iyileştirilmesi, komplikasyonların giderilmesi, sağlığın korunması, fonksiyonelliğin artırılması, yaşam süresinin uzatılması, yaşam kalitesinin artırılması olduğu unutulmamalıdır. Bu hedeflere ulaşırken de hastaya zarar verilmediğinden, olası yan etki ve ilaç etkileşimlerini gözetererek az sayıda ilaçla, etkin, hastaya uygun ve düşük maliyetli yöntemlerin seçildiğinden emin olunmalıdır. (Bakınız Akılcı Tedavi ve Reçete Yazma bölümü).

Özet olarak, polifarmasi varlığı başta ilaç etkileşimleri ve yol açacağı problemler olmak üzere pek çok olumsuz durumun ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. İlaç sayısının ve uygunsuz ilaçların azaltılmasının hastaların klinik durumlarında iyileşme sağladığı, hastane yatışlarını ve ölümleri azalttığı akıldan çıkarılmamalıdır. Ancak ilaç sayısını azaltmaya çalışırken hastaya gerekli olandan daha az ilaç yazmamaya da özen göstererek her zaman kişiye özgü tedavi uygulanmalıdır. Her vizitede hastaların kullandıkları reçeteli ve reçetesiz ilaçlar ile tedavi amaçlı kullanılan tüm ürünlerin gözden geçirilmesi polifarmasiyi ve polifarmasinin yol açacağı olası problemleri önleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Bjerrum L, Rosholm J, Hallas J, Kragstrup J. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;53:7-11.
2. Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract* 2007;24:14-9.
3. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002;55:809-17.
4. Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, et al. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1518.
5. Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium". *JAMA* 2010;304:1592.
6. Veehof LJJ. Polypharmacy in the elderly, 1999, Groningen.
7. Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen. *Eur J Clin Pharmacol* 1998;54:197-202.

8. Sönnichsen A, Trampisch SU, Rieckert A, et al. Polypharmacy in chronic diseases-Reduction of Inappropriate Medication and Adverse drug events in older populations by electronic Decision Support (PRIMA-eDS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016;17:57.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. INTERHEART Study Investigators. Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case control study. *Lancet* 2004;363:937-52.
10. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *Eur J Intern Med* 2005;16:311-3.
11. Wright RM, Sloane R, Pieper CF, et al. Underuse of indicated medications among physically frail older US veterans at the time of hospital discharge: results of a cross-sectional analysis of data from the Geriatric Evaluation and Management Drug Study. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2009;7(5):271-80.
12. Graves T, Hanlon JT, Schmader KE, et al. Adverse events after discontinuing medications in elderly outpatients. *Arch Intern Med* 1997;157:2205–10.
13. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 2010;170(18):1648-54.
14. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)—an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* 2007;36(6):632-8.
15. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O'Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther* 2013;38(5):360-72.
16. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:2227.
17. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992;45:1045–51.

Konu 58

AİLE HEKİMLİĞİNDE LABORATUVAR KULLANIMI

Olgun GÖKTAŞ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların birinci basamakta laboratuvar kullanımının önemi, laboratuvar test süreçleri ve testlerin değerlendirilmesi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Birinci basamakta laboratuvar kullanımını tartışabilmeli,
- Laboratuvar test süreçleri ve potansiyel hatalarını açıklayabilmeli,
- Laboratuvar testinin neden kullanıldığını açıklayabilmeli,
- Önemli laboratuvar testlerinin değerlendirilme prensiplerini belirtebilmeli.

ÖZET

Günümüzde tıbbın bütün alanlarındaki ilerlemelere ve gelişen teknolojiye rağmen, birinci basamak sağlık kuruluşlarında rutin araştırmaların önemi büyüktür. Birinci basamak sağlık kuruluşu olarak Aile Sağlığı Merkezleri'nde rutin araştırma denildiğinde akla ilk gelen fizik muayene ve anamnezdır. Bunlar birinci basamak hekimini tanıya götürecek en önemli araçlardır. Detaylı bir anamnez ve fizik muayene sonrası hastalara %90 doğru tanı konulabilmekte ve hastaya yönelik bir karar verilebilmektedir. Hekimlerin anamnez ve fizik muayene becerileri sağlık hizmetlerinin kalitesinde de büyük rol oynamaktadır. Hekimler, hekimlik mesleğine başlamadan önce, rutin araştırmaya yönelik becerilerinin yanı sıra yönlendirilmiş araştırma uygulamaları konusunda da kendilerini yetiştirmek zorundadırlar. Yönlendirilmiş araştırma kapsamına giren laboratuvar testleri ve radyolojik tetkikler, hekimlere elindeki verileri akılcı bir şekilde kanıtlara dayandırarak yorumlama yetisini ve ayırıcı tanıları hariç bırakarak tanının desteklenmesini sağlar. Bu açıdan, sağlık hizmetinin sunulduğu yerlerde laboratuvar hizmetinin bulunması hekime bu imkanı verecektir. Günümüzde, bireylerin sağlık sorunları konusunda öncelikle bağlı buldukları birinci basamak sağlık kurumlarına başvurdukları düşünüldüğünde, bu merkezlerde verilecek laboratuvar hizmetlerinin, kalitenin yükseltilmesi yönündeki önemi anlaşılmaktadır.

Birinci basamak hekimleri sadece, aile merkezli bir yaklaşım göstermez, aynı zamanda toplum sağlığını da gözetken bir yaklaşım sergiler. Bu özellik, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından 2002 yılında yapılan tanımlamada toplum yönelimli yaklaşım olarak isimlendirilmektedir. Genellikle laboratuvarın tedavi edici hizmetlerde

kullanıldığı şeklindeki kanı da yanlışır, pek çok koruyucu hizmette laboratuvaradan yararlanır. Topluma yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerinde; rutin araştırmaların yanı sıra yapılacak kan, idrar ve gaita tahlilleri de önemli rol oynamaktadır.

Birinci basamak hekimi olarak aile hekimleri çalıştıkları merkezlerde; hastalarına uygulayacakları anamnez ve fizik muayeden oluşan rutin araştırmaları sonucunda, gerekli olduğu taktirde yapacakları yönlendirilmiş araştırmalar ile akılcı ve kanıta dayalı yaklaşımı uygulamak zorundadır. Aile Hekimliği/Sağlığı Merkezlerinde yönlendirilmiş araştırmalar için kullanılacak testler; ucuz, doğru, güvenilir, tekrarlanabilir testler olmalı ve bu testlerin sonuçları hasta ofisten ayrılmadan hızlı bir şekilde elde edilebilmelidir.

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında rutin araştırma olarak yapılan fizik muayene ve anamnezin yanı sıra yönlendirilmiş araştırma kapsamına giren laboratuvar testleri ve radyolojik tetkikleri kullanarak hekimler hastalara %90 doğru tanı koyabilmekte ve hastaya yönelik bir karar verilebilmektedir. Günümüzde, bireylerin sağlık sorunları konusunda öncelikle bağlı buldukları birinci basamak sağlık kurumlarına başvurdukları düşünüldüğünde, bu merkezlerde verilecek laboratuvar hizmetlerinin, kalitenin yükseltilmesi yönündeki önemi anlaşılmaktadır..

Önemli Noktalar

- Aile hekimleri olabildiğince az ve bilinçli bir şekilde laboratuvar testi kullanmalıdır.

Laboratuvar tetkiki isteme nedenleri:

- Bir bazal oluşturmak için
- Hastayı rahatlatmak için
- Tıbbi/kanuni konular için
- Belirgin bir hastalığı sağlıklı görünenlerden ayırmak için
- Asemptomatik, yüksek riskli bireyleri belirlemek için
- Ayırıcı tanıda hastalıkları ekarte edebilmek için
- Tanı hipotezini doğrulamak için
- Tedaviye cevabı takip edebilmek için
- Hastalığın durumunu belirlemek için (prognoz açısından).

Anormal laboratuvar sonuçlarına neden olabilecek hastalık dışı nedenler:

- Gebelik, laktasyon
- Sporcular, egzersiz
- Neonatal dönem ve prematürite
- Pozisyon
- Tıbbi değerlendirme gerektiren konular (ör. hematüri)
- Aç/tok olmak ve beslenme özelliği, diyet özellikleri, vitaminler
- İlaç kullanımı
- Oral kontraseptifler
- Etanol
- Numunenin hemolizli veya pıhtılı olması

- Numunenin fazla bekletilmesi veya güneş ışığında kalması
- Numunenin alınma zamanı (diurnal değişiklikler, sirkadian ritim)
- Örnek almanın hatalı olması (infüzyon yapılan koldan alınması, kapiller kan olması, arteriyel kan olması, yanlış tüpe kan alma)
- Lipemik numune
- Analiz cihazından kaynaklanan hatalar, kalibrasyonun yapılmaması, teknik hatalar, reaksiyon ısısı, hatalı cihaz kullanımı
- Yaş, cinsiyet, ırk, genetik yapı, stres, menstrüel siklus, menapoz, vücut ağırlığına bağlı farklılıklar
- Normal sınırların belirlendiği popülasyon farklılığı
- Referans aralığının laboratuvarlar arası farklılık göstermesi.
- Fizyolojik varyasyonlar
- Hidrasyon durumu
- Sosyoekonomik çevre, coğrafi konum, rakım
- Eşlik eden hastalıklar

Birinci basamakta yapılabilecek laboratuvar tetkikleri:

- A.** Tam Kan Sayımı
- B.** Periferik Yayma
- C.** Kanama ve Pıhtılaşma Zamanı Ölçümü
- D.** Eritrosit Sedimantasyon Hızı Ölçümü
- E.** Kan Grubu Belirleme
- F.** Tam İdrar Analizi
- G.** Gaita Analizi
- H.** Vajinal Akıntı Örneği İncelenmesi
- I.** Glukometre İle Kan Şekeri Ölçümü
- J.** Deri Testleri
- K.** Boğaz Testleri

A. TAM KAN SAYIMI

Analiz Öncesi Dönem:

Birinci basamakta görev yapan hekimlerin bu dönemde dikkat etmeleri gerekenler faktörleri iki ana başlık altında toplayabiliriz:

1. Fizyolojik durumlar (yaş, yükseklik, gebelik, sigara gibi)
2. Örnek alınması (bekleme süresi, antikoagülanların etkileri, endojen interferan gibi)

Kan sayım yöntemleri:

- Mikroskop ile hücre sayımı (Thoma lamı)
- Hematokrit ölçümü (Makro/mikrohematokrit tüpü)
- Hemoglobin ölçümü (Sahle Yöntemi)
- Tam otomatik yöntemlerle kan sayımı

Tablo 1. Normal hemogram değerleri

	<i>Erkek</i>	<i>Kadın</i>
Hemoglobin	13,5-17,5 gr.	11,5-15,5 gr.
Hematokrit	%40-52	%36-48
Eritrosit sayısı	5500000 milyon/mm ³	4200000 milyon/mm ³
Lökosit sayısı	4-11000 /mm ³	
Trombosit sayısı	150-450000 /mm ³	
Retikülosit sayısı	%0,5-1,5	
Ort. eritrosit Hb (MCH)	27-34 (mikrogram)	
Ort. eritrosit hacmi (MCV)	80-95 femtolitre(fl)	
Ort. Eritrosit Hb. Konsantrasyonu (MCHC)	30-35 %	

Hemogram Sonuçlarının Yorumlanması

1- Hastanın anemi bulguları yoksa düşük hemoglobin, hematokrit ve diğer eritrosit parametrelerinin cihaz hatası veya başka bir hastaya ait olabileceği unutulmamalı (bu durumun tam tersi de doğrudur).

2- Anemisi olan hastada bakılacak ilk parametre MCV. Eğer MCV düşükse mikrositik anemi söz konusudur ve RDW değerine bakılmalıdır. RDW değeri yüksekse demir eksikliği normale talasemi olabilir. Talasemide RBC değeri yüksektir.

3- Kronik kan kaybına bağlı demir eksikliği anemisinde ılımlı lökositoz ve trombositoz olabilir.

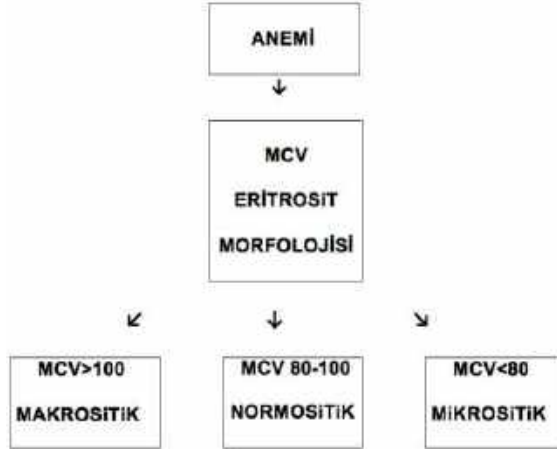
4- Eritrosit sayısı ile birlikte hemoglobin, hematokrit yüksekliği dışında anormallik yoksa sekonder eritrositoz yapan nedenler düşünülmeli. Ancak eşlik eden beyaz küre ve trombosit sayısındaki artışlar akla miyeloproliferatif hastalıkları özellikle de polisitemia vera'yı getirmelidir.

5- Anemisi olan bir hastada lökositoz da varsa akut veya kronik lösemi olabilir. Bu durumda trombosit sayısı önemlidir. Trombosit sayısı da düşükse akut lösemi olma olasılığı daha fazladır. Kronik lösemilerde trombosit sayısı yüksek veya normaldir.

6- Sadece trombosit sayısının düşük olduğu durumlarda trombositopeni yapan hastalıklar, özellikle de immün trombositopeniler düşünülmelidir. Lökosit ve eritrosit parametrelerinde anormallik olmadan en sık görülen trombositopeni nedeni İTP'dir.

7- Pansitopeni durumunda aplastik anemi, akut lösemi, miyelodisplastik sendrom, megaloblastik anemiler akla gelmelidir.

Eritrosit Büyüklüğüne Göre Anemi Sınıflaması



Tablo 2. Eritrosit Büyüklüğüne Göre Anemi Sınıflaması

Mikrositik	Normositik	Makrositik
Demir eksikliği Talasemi Sideroblastik anemi Kronik hastalık anemisi (şiddetli vakalar)	Kronik hastalık anemisi (vakaların çoğu) Demir eksikliği (erken dönem) Renal hastalık anemisi Kombine diyet eksikliği (demir, folat yada kobalamin) Kemik iliği yetmezliği Hipotiroidi	Megaloblastik anemi (folat/kobalamin) Hemolitik anemi (retikulositoz) Karaciğer hastalığı Hipotiroidi Miyelodisplazi

B. PERİFERİK YAYMA

Çevresel kan elemanlarına bakacak olursak; bunları üç grupta sıralayabiliriz:

- 1- Eritrositler
- 2- Lökositler
 - A. Granülosit
 - Nötrofil
 - Bazofil
 - Eozinofil
 - B. Lenfosit
 - C. Monosit

3- Trombositler

Eritrositlerin yarılanma ömrü 120 gün iken, lökositlerin yarılanma ömrü 6 saat, trombositlerin yarılanma ömrü ise, 8 gündür.

Yayma preparatın hazırlanması:

- 1- Alkol ile yıkanıp kurutulmuş ve temizlenmiş bir lam kullanılır.
- 2- Kan alınacak parmak alkol ile temizlenir, hafifçe sıkılır, steril lanset ile delinir.
- 3- Aşağı doğru çevrilen parmaktan lama değdirmeden mercimek tanesi büyüklüğünde kan damlası lamın bir kenarına alınır.
- 4- İkinci bir lamın kısa kenarı kan damlasına 30 derece açı ile değdirilir. Kan iki cam arasında ikinci lamın kenarı boyunca yayılıncaya kadar beklenir.
- 5- Üstteki lam ters yönde ve iki lam arasında açı değıştırilmenden ileri doğru yavaş ve sabit bir hızla hareket ettirilerek kanın ince yayılması sağlanır.
- 6- Lam havada kurumaya bırakılır.

Yayma preparatın boyanması:

1. Papanheim metodu ile boyama: Lam, kan yayılmış tarafı üste gelecek şekilde bir küvetin veya cam kabın üzerine yerleştirilmiş iki çubuk üzerine konur. Lamın üzerin May-Grünwald boyasıyla örtülür. Üç dakika bekledikten sonra üzerine distile su eklenir. Beş dakika sonra dökülerek bol distile su ile yıkanır. Preparatın altı musluk suyuyla yıkanır ve havada kurutulur.
2. Wright metodu ile boyama: Lamın üzerine bütün preparatı kaplayacak şekilde Wright boyası dökülür, bir dakika beklenir. Wright tampon çözeltisinden veya pH 6,4 olan sudan boyanın damlası kadar damlatılır. Üç dakika bekletilir. Karışım dökülür, tampon çözeltiyle yıkanır ve havada kurutulur.

Periferik yaymanın incelenmesi:

1- En çok görülen ve bütün alanı kaplayan hücreler eritrositlerdir. Ortaları daha açık renk boyanır ve içi boş halkalar şeklinde görülürler. Çekirdekleri yoktur. Boya tutuşlarına göre hipokrom, hiperkrom veya normokrom olarak hücre büyüklüklerine göre de makrosit, normosit, mikrosit olarak adlandırılırlar. Aldıkları şekle göre eliptosit, sferosit, orak hücre isimlerini alırlar. Periferik yayma ile eritrosit sayısı hesaplanamaz.

2- Trombositler diğer hücrelerin arasında küme şeklinde görülür. Farklı sahalarda birkaç trombosit kümesinin görülmesi kabaca trombosit sayısının yeterli olduğunu gösterir. Periferik yaymada trombositler sayılamaz.

3- Yayımda incelenen esas hücreler lökositlerdir. Sayım yapılırken preparat yukarı doğru hareket ettirilirken alandaki lökosit tipleri kaydedilir. Alt köşeye ulaşıncaya hafifçe kaydırılarak bütün preparat araştırılır. Lökosit sayısını belirlemek için 100 hücre sayılarak hücre tipleri % olarak ifade edilir.

Tablo 3. Periferik yaymada lökositlerin ayırıcı sayımları

	%	/mm ³
Nötrofiller	3,5	150-400
PMNL	54-62	3000-5800
Lenfositler	25-33	1500-3000
Monositler	3-7	285-500
Eozinofiller	1-3	50-250
Bazofiller	0-0,75	15-50

C. KANAMA ve PIHTILAŞMA ZAMANI ÖLÇÜMÜ**Koagülasyon Testleri:**

- 1- Kanama zamanı (KT): 3,5-7,5 dak.
- 2- Aktive parsiyel tromboplastin zamanı (APTT): 20-40 sn.
- 3- Pıhtılaşma zamanı (PT): 11-14 sn.
- 4- Trombin zamanı (TT): 10-15 sn.
- 5- Parsiyel tromboplastin zamanı (PTT): 25-38 sn.

Kanama zamanı tayini:

Kanama zamanı; damar duvarı fonksiyonları, trombosit sayısı ve fonksiyonları ile ilişkilidir. Kanama zamanı birinci basamak sağlık kuruluşlarında basit bir şekilde iki yöntem ile gerçekleştirilebilir:

Duke yöntemi:

Alkollü pamuk ile temizlenen parmak ucu steril lanset ile delinir ve kronometre çalıştırılır. Filtre kağıdı kullanılarak kan, her 15- 30 saniyede kağıdın farklı bölgelerine emdirilir.

Kanama durunca kronometre durdurulup kanama zamanı saptanır. Kanamanın durması için geçen süre kanama zamanını belirler ve normal değerler 3-6 dakikadır. Sekiz dakikanın üzeri patolojik kabul edilir.

Ivy yöntemi:

Kişinin koluna tansiyon aletinin manşonu bağlanarak basınç 40 mmHg'ye çıkartılır. Tüm ölçüm süresince bu düzeyde tutulur. Ön kolun iç yüzünde yüzeysel venlere rastlanmayacak bir bölge temizlenir. Steril lanset ile üç mm derinliğinde pikür yapılır ve kronometre çalıştırılır. Kan her 30 sn'de bir yaraya dokunulmadan süzgeç kağıdının farklı bir bölgesine emdirilir. Kanama durunca kronometre durdurularak süre saptanır. Bu yöntemde normal süre 2-6 dakikadır.

Kanama zamanının uzadığı durumlar:

1. Vasküler bozukluklar
2. Trombosit bozuklukları (trombositopeni)
3. Çeşitli pıhtılaşma faktörlerinin eksiklikleri (K vitamini eksikliği, herediter afibrinojenemi gibi)
4. İlaç kullanımı (uzun süreli antikoagülan, aspirin, NSAİİ gibi)

Pıhtılaşma zamanı tayini:

Pıhtılaşma zamanını saptamak için kullanılacak kanın genellikle venden alınması uygundur. Parmak ucu veya kulak memesinden kan alındığında kan ve doku tromboplastininin oluşumu bu süreci etkileyebilir.

Lam metodu:

Parmak ucu alkol ile temizlendikten sonra doku mayileri ile karışımına engel olmak için vazelinle sıvanır. Lansetle pikür yapılır. Dokuya temas etmemeye dikkat edilerek lam üzerine iki ayrı kan damlası alınır ve kronometre başlatılır. Bir dakika sonra 30 saniye aralıklarla vazelinle sıvanmış bir toplu iğnenin ucu birinci kan damlasının içinden geçirilir ve iğneye pıhtının yapışıp yapışmadığı kontrol edilir. Pıhtının yapıştığı an ikinci kan damlasının da kontrolü yapılır. İkinci kan damlasındaki pıhtılaşma gerçek pıhtılaşma zamanını verir. Bu yöntemle normal pıhtılaşma zamanı 2-10 dakikadır.

Kapiller tüp metodu:

Parmak ucu alkolle temizlendikten sonra steril lanset ile delinir. Parmak ucu aşağıya gelecek biçimde, kol bilekten döndürülür. İçi heparinlenmemiş ince iki tüp yatay tutularak tüplerin ucu parmaktaki kan damlasının ortasına sokulur. Kapillarite özelliği ile tüpler kanla dolduktan sonra kronometre çalıştırılır. Tüpler masaya bırakılır. Bir dakika sonra, tüpün dolu ucunun bir cm. yukarisından cam testeresiyle çizildikten sonra baş ve işaret parmakları arasında tutulup çizginin altına doğru bükülerek kırılır. İki uç arasında fibrin ipliklerinin bulunup bulunmadığı araştırılır. Bu işlem iplikçikler

görülünceye kadar 30 saniyelik aralarla tekrar edilir. Kırılan tüpte tüpün iki ucu arasında 5 mm'lik bir fibrin lifinin görüldüğü an, pıhtılaşma olduğuna karar verilir. Tüp kırıldığı esnada fibrin telinin kopmamasına dikkat edilmelidir. İlk tüpte pıhtılaşma tespit edilince derhal ikinci tüp kırılarak kontrol edilmelidir. Bu süre normalde 2-6 dakikadır.

Pıhtılaşma zamanının uzadığı durumlar:

1. Bir pıhtılaşma faktörünün konjenital yokluğu (hemofili A-B-C)
2. Bir faktörün edinsel yokluğu (karaciğer hasarı, K vitamini eksikliği)
3. Bir faktörün aşırı tüketimi (tüketim koagülopatisi)
4. Trombosit sayısında azalma yada işlev bozukluğu
5. Bazı vasküler hastalıklar
6. Aşırı fibrinoliz
7. Kanda heparin gibi antikoagülanların fazla olması.

D. ERİTROSİT SEDİMENTASYON HIZI ÖLÇÜMÜ

Eritrosit sedimantasyon hızı (ESH), klinikte akut faz yanıtı değerlendirmede en yaygın kullanılan laboratuvar testlerinden biridir. ESH, C-reaktif protein (CRP) gibi romatolojik hastalıkların tanısından çok hastalık aktivitesinin takibinde faydalıdır. Seri ölçümler enflamatuvar yanıtı izlemede daha sağlıklı sonuçlar verir.

ESH normal değerleri:

Yaşa ve cinsiyete göre değişkenlik gösteren ESH'nın normal değerleri kabaca:

- A. Erkeklerde; $\text{yaş}/2$, kadınlarda; $(\text{yaş}+10)/2$ formülleri ile hesaplanabilir.
- B. 1-12 yaş arası çocuklar için 10-20 mm/saat olan normal değerler, 12 yaşından büyük kızlarda 0-20 mm/saat, erkeklerde 0-15 mm/saat'tir.
- C. Puberteden sonra normal değer üst sınırı her 5 yıl için 0,85 mm/saat artar. Ayrıca ESH şişmanlarda zayıflara göre biraz daha yüksek bulunur (3).

Westergren yöntemi ile ESH ölçümü:

ESH ölçümünde kullanımı en iyi bilinen, yüksek ve düşük değerleri en iyi ayırt eden yöntemdir. Ölçüm şu biçimde yapılır;

- a) 2 ml'lik steril enjektöre 0,4 ml steril %3,8'lik sodyum sitrat eriyiği alınır.
- b) Hastanın kol venasından 2 ml'ye kadar venöz kan çekilir.
- c) Enjektör koldan ayrıldıktan sonra iğne çıkartılır; enjektörün pistonu ileri ve geri hareket ettirilmesiyle sitrarla karıştırılan kan bir godeye boşaltılır.
- d) Westergren pipetinin "0" işaretine kadar godedeki kan çekilerek, pipet aletin stativine tam düşey durumda, sıkıca yerleştirilir.

e) 0.5, 1, 1.5, 2 ve 24 saat sonra çöken eritrositlerin üzerinde kalan plazma sütununun uzunluğu mm cinsinden okunarak kaydedilir.

Sonucun doğruluğu için antikoagülan ve kanın yeterince karıştırılması, testin iki saat içinde oda ısısında yapılması, tüpün vibrasyonundan kaçınılması gereklidir.

Tablo 4. Eritrosit Sedimentasyon Hızını (ESH) Etkileyen Etmenler

ESH'yi artıranlar	ESH'yi azaltanlar
Anemi, Hiperkolesterolemi, Obezite, Hamilelik, Enfeksiyonlar, Azotemiyle birlikte giden böbrek patolojileri, Kronik böbrek yetmezliği, Malignansiler (lenfoma, kolon, meme başta olmak üzere), Myeloma, İnflamatuvar barsak hastalıkları, Kollajen doku hastalıkları, Amiloidoz, Otoimmün hastalıklar, Hipotiroidi, Diyabet ve nefropati, Yanık, Doku hasarı (MI, inme),	Eritrosit anomalileri, Orak hücreli anemi, Sferositoz, Anizositoz, Mikrositoz, Yüksek lökosit sayısı, Aşırı antikoagülasyon, Polisitemi, Hipofibrinojenemi (DIC, Masif hepatik nekroz), Karaciğer yetmezliği, Konjestif kalp yetmezliği, Kaşeksi ve anoreksi.
İlaçlar: Dekstran, teofilin, metil dopa, metilserjit, penisilamin, vitamin A, trifluoperidol, doğum kontrol hapları, vb	İlaçlar: Kinin, salisilatlar, yüksek doz steroidler
Teknik nedenler: Sedimentasyon tüpünün sallanması, Yüksek oda ısısı <i>* < %3 olguda hiçbir neden yokken ESH yüksekliği saptanabilir</i>	Teknik nedenler: Düşük oda sıcaklığı, Kan örneğinin pıhtılaşması (test iki saat içinde yapılmazsa)

KAN GRUBU BELİRLEME

%70'lik alkol, bir miktar pamuk, kan almak için iğne, anti-A serumu, anti-B serumu, lam, cam kalemi ve kürdan bu işlem için yeterli malzemelerdir. Öncelikle temiz bir lam ortadan iki bölgeye ayrılır. Kan grubu tayin edilecek kişinin sol yüzük parmak ucu alkollü pamuk ile iyice silinir. Alkol kuruduktan sonra parmak ucu özel iğne ile delinir. Birer damla kan lamın sağ ve sol bölgelerine yerleştirilir. Bir taraftaki kan damlasının üzerine anti-A, diğer tarafa da anti-B serumu ilave edilir. Her iki bölge için ayrı ayrı kürdan kullanılarak, kan ve serum birbirine karıştırılır. Kan damlalarında, kan hücrelerinin kümelenip kümelenmediği gözlenir.

Hangi kanda kümelenme olursa, kan grubu damlatılan serumun adındadır. Her iki kan damlasında da kümelenme varsa, kan grubu AB; her iki damlada da kümelenme yoksa kan grubu O'dır.

Anti-D test serumu ise Rh faktörü tayininde kullanılır. Anti-D ile aglutinasyon olur ise Rh (+) olarak isimlendirilir. Rh tayini yapılırken çok dikkat edilmelidir. Şayet aglutinasyondan şüphe edilirse mikroskopta bakılmalıdır. Mikroskopta belirgin kümeleşmelerin bulunması pozitif olduğunu gösterir.

E. TAM İDRAR ANALİZİ

Tam idrar analizi en basit şekilde birinci basamak sağlık kuruluşlarında, stik testi ile gerçekleştirilebilir. Sadece idrar yolu hastalıklarının değil, aynı zamanda diyabet gibi önemli bazı metabolik ve sistemik hastalıkların da tanı ve takibinde değerlidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılan stripler ile idrar pH'sı, özgül ağırlığı, glukoz düzeyi, proteini, keton düzeyi, bilirubin, ürobilinojen ve nitrit analizleri yapılabilir. Stik testinin yanı sıra idrar direk bakışı ve gebelik testi de gerçekleştirebileceğimiz diğer basit idrar tetkikleridir. Direkt idrar bakısında idrarın rengi, görünümü, kokusu değerlendirilmelidir.

İdrarın stripe muayenesi;

- Normal kişilerde içilen su miktarına bağlı olarak dansitesi 1003-1035 arasında değişir.
- İdrar yoğunluğu plazma yoğunluğu kadarsa (1008-1012) buna izostenüri denir. İdrar yoğunluğunun bu değerin üzerinde olmasına hiperstenüri, altında olmasına hipostenüri denir. Hiperstenürik idrara; az su içildiği zaman, glikozürisi olan hastalarda ve İVP sonrası dönemde rastlanır. Hipostenürik idrar ise; çok su içildiğinde, diyabetes insipitusta, kronik böbrek yetmezliği ve akut tubuler nekroz olgularının poliürik dönemlerinde görülür.
- Normal idrar pH'sı 6 civarında asidik olmakla birlikte bu değer 4,5-8 arasında değişebilir.
- Normal sağlıklı bir kişinin idrarında glukoz bulunmaz, ancak kan glukoz düzeyi %160'ın üzerine çıktığı durumlarda, idrar glukozu da pozitifleşir. Özellikle, diyabetik hastaların ve diyabetik nefropatinin tanı ve takibinde değerli bir testtir.
- Sağlıklı bir bireyin idrarında protein bulunmaz denilebilir. Hemen hemen tüm böbrek hastalıklarında idrarda protein ortaya çıkar.
- Açlık, diyabet, ısrarlı kusma ve fosfor zehirlenmesi durumlarında idrarla keton cisimleri atılır.
- Bilirubin eritrositlerin yıkım ürünüdür. Normalde idrarda bulunmaz. Hepatobiliyer ve tıkanma sarılıklarında idrarda bilirubin görülür.
- İdrarda ürobilinojen, kabızlık, aşırı hemoliz, hepatosellüler hastalıklar ve fonksiyonel karaciğer hastalıklarında artar.
- Sağlıklı bir kişinin idrarında nitrit negatiftir. E.coli'nin sebep olduğu idrar yolu enfeksiyonlarında pozitifleşir.

İdrar sedimenti:

- Santrifüj edilmiş idrarın içindeki şekilli elemanların çöktürülmesi ile elde edilen çöküntüye sediment denir. Beklemiş idrarda silendirler bozulduğundan, taze idrarda

bakılmalıdır. Mikroskopik incelemede; eritrosit, lökosit, epitelyum hücreleri, kristal halinde veya şekilsiz kimyasal maddeler ve silendirler araştırılır.

F. GAYTA ANALİZİ

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, gaytanın parazit ve yağ açısından direk bakışı gerçekleştirilebileceği gibi; gaytada lökosit bakılması ve gaytada gizli kan aranması da diğer önemli incelemelerdir. Bu tetkikler, barsak enfeksiyonları, karaciğer ve pankreas bozukluklarının tanısında yardımcı olacaktır..

Dışkıda lökosit araştırılması:

Dışkıda lökositler, Salmonella, Shigella, Yersinia, İnvaziv E.coli gibi barsak enfeksiyonlarında görülür. Lökosit araştırması için; dışkı mukuslu ise mukuslu kısımdan değilse sıvı dışkıdan bir miktar alınarak temiz bir lam üzerine bırakılır. Üzerine aynı miktarda Löeffler'in metilen mavisi damlatılarak üzeri temiz bir lamel ile kapatılır. İki-üç dakika bekletildikten sonra 200-300 büyütme ile boyalı lökositler aranır.

Gaytada gizli kan:

Sindirim sistemindeki kanama ve kanserlerin tanısında kullanılır. Uygulanması çok basit bir testtir. Hazır slide test ile gerçekleştirilir. Hastaya gayta kabı verilerek gaytasını getirmesi istenir. Reaktif çubuğu ile gaytanın 5 farklı yerinden örnek alınıp reaktif kabına alınıp çalkalanarak iyice karışması sağlanır. Gaytada gizli kan kasetinin numune yuvasına 3-4 damla damlatılarak 3-5 dk. bekletilir. Bant oluşup oluşmadığına bakılarak sonuç pozitif veya negatif olarak değerlendirilir.

Tek Çizgi (Kontrol) Negatif Sonuç

Çift Çizgi (Numune)Pozitif Sonuç

Eğer hiç çizgi oluşmamışsa test geçersiz olup tekrarlanmalıdır.

G. VAJİNAL AKINTI ÖRNEĞİ İNCELENMESİ

Vajinal flora yaşa bağlı değişiklikler gösterir. Yenidoğanlarda puberteye kadar vagina florasında laktobasiller bulunmaz. Erişkin vajinasında ise egemen olarak laktobasiller karşımıza çıkar. Erişkin kadınlarda öncelikle vajinit oluşturan etkenler Kandidalar ve Trichomonas vaginalis'tir.

Vajinit durumlarında en belirgin şikayet genital bölgede şiddetli kaşıntı ve vajinal akıntıdır.

Kandida vajinitlerinde akıntı miktarı az, yapışkan, kirli beyaz renktedir ve içinde yoğun parçalar bulunur. Vajen pH'sı normal sınırı olan 4,5 civarındadır. Trichomonas vajinitlerinde akıntı daha fazladır. Akıntı sarımsı bazen yeşilimsi akıcı nitelikte ve köpüklüdür.

Vajinal akıntı örneği alınması:

Hasta ürogenital pozisyonda jinekolojik masaya yoksa aynı pozisyonda hasta muayene masasına yatırılır. Antiseptiksiz bir spekulumla vajinaya girilir. Varsa vajen duvarındaki lezyonlar ile vajinal akıntının makroskopik görünümü, rengi ve kokusu gözlenir. Örnek pamuklu silgiçlerle alınır. Her hastadan iki silgiç ile örnek alınması tercih edilir. Silgiçler hemen, içlerinde 0,5 ml. beyin kalp buyyonu bulunan tüplerin içerisine konur.

KOH deneyi:

İnceleme örneği alınması sırasında mümkünse spekuluma bulaşmış akıntı numunesi üzerine, yoksa silgeçten lama bırakılan bir damla akıntı örneği üzerine iki damla %10'luk KOH damlatılır. Özellikle nonspesifik vajinitlerde %70 keskin bir balık kokusu alınır. Bu deney bazen Trichomonas vajinitlerinde de olumlu sonuç verebilirken kandida vajinitlerinde olumsuzdur.

Boyasız mikroskopik inceleme:

Bu inceleme ile Trichomonaslar ve varsa Kandida ile lökositler görülebilir. Temiz bir lam üzerine bir damla fizyolojik tuzlu su damlatılır. Vajinadan alınan örnek bu damla ile karıştırılıp bir süspansiyon elde edilir. Üzerine temiz bir lamel kapatılıp 300-400 büyültme ile mikroskopta incelenir. Genel olarak, görülen her bir vajinal epitelyum hücresine karşılık en az bir lökosit görülmesinin yangısal tepkime yönünde anlamlı olduğu kabul edilir.

Boyalı mikroskopik inceleme:

Temiz lamaların üzerine hazırlanmış preparatların klasik gram boyama sonrası incelenmesi değerli bir yöntemdir. Bununla kültür yapılmasına gerek kalmadan birçok rahatsızlık tespit edilebilir; kandida hücreleri ve psödohipleri gram olumlu olarak gözlenebilir.

H. GLUKOMETRE İLE KAN ŞEKERİ ÖLÇÜMÜ

Bu işlem birinci basamak sağlık kuruluşlarında, parmak ucu kapiller açlık kan şekeri düzeylerine striple bakılarak çok basit bir şekilde gerçekleştirilebilir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; striple bakılan kapiller açlık kan şekeri düzeyi yüksek bulunan kişilerden OGTT, total kolesterol, total trigliserid ve LDL düzeyleri değerlendirilmelidir.

I. DERİ TESTLERİ

Birinci basamakta deriye ait enfeksiyonlar; gerek klinik tablo olarak gerekse sebep olan mikroorganizma açısından çok çeşitlilik gösterirler.

Yara şeklindeki açık lezyonlarda;

%70'lik alkol ile yara çevresindeki deri iyice silinir, alkolün kuruması beklenir. Akut yaralarda örnek mümkünse iki pamuklu silgiç ile ve yara tabanı ile kenarlarına sürterek alınır. Kronik yaralarda ise silgiç ile sürüntüden mümkün olan en çok biyopsi parçası alınır.

Kapalı lezyonlarda;

Bül şeklindeki lezyonlardan deri %70'lik alkol ile silinir, kurutulur. Ucu ince bir pastör pipeti ile bül delinerek serozite pipete alınır. Kapalı apselerde ise deri %70'lik alkol ile silindikten ve kurutulduktan sonra ucunda kalın bir iğne bulunan enjektör ile apse ponksiyon yapılır ve içeriği alınır.

J. BOĞAZ TESTLERİ

Boğaz ve nazofarenks bölgesi, normalde çok çeşitli mikroorganizmaların bulunduğu bir bölgedir. Tahriş edici faktörler ortaya çıktığında (aşırı soğuk, sıcak, gazlar, virus enfeksiyonu, antibiyotik kullanımı) flora dengesi bozularak bakteriyal enfeksiyonlar oluşur.

En ciddi enfeksiyona neden olan bakteriler; A- grubu beta hemolitik streptokoklar, *Corynebacterium diphtheriae* ve *Staphylococcus aureus*'tur.

Boğaz kültürü alınması ve RADT testi de birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilebilecek basit ve etkin tetkiklerdir.

KAYNAKLAR

1. Textbook of Family Practice, Robert E. Rakel MD, 6th. Edition, Arthur H. Herold and Elizabeth A. Warner, Interpreting Laboratory Tests, p: 1548-83.
2. Çam H, Özkan HÇ: Eritrosit sedimentasyon hızı. Türk Pediatri Arşivi, 2002;37:194-200.
3. Öztürk T, Egemen A; Birinci basamakta bir laboratuvar testi, ESR; Sted, 2003;12:10.
4. Özçelik N, Tıbbi Biyoloji Uygulama Klavuzu, Isparta, 1999.
5. Aykut Köroğlu; Otomatik kan sayım ilkeleri ve sonuçların yorumlanması; Hematoloji birinci basamak kursu eğitim kitabı, Ed: Yücel Tangün, Türk Hematoloji Derneği, İzmir, 11-22, 2000.
6. Daniel H. Ryan; Automated analysis of blood cells. Hematology, Basic principles and practice, third edition, Ed: Ronald Hoffman ve ark., Philadelphia: 2000:2469-81.
7. Virgil F. Hairbanks; Iron-deficiency anemia. Manual of clinical hematology, Ed: Joseph J. Mazza, Little Brown Company, Boston: 1995;17-38.
8. Larry Waterbury; Hematology, Williams and Wilkins, Media, 1886.
9. Fiziyojji Laboratuvar Kitabı, SDÜ Tıp Fak. Fiziyojji Anabilim Dalı, Isparta, 2003.
10. Cecil Essentials of Medicine, 2. Edition, Ed: Ayhan Yalçın, p:494-577, Yüce Yayınları, 1991.
11. Andre D. Lascari. The erythrocyte sedimentation rate. Pediatric Clinics of North America 1972;19:1113-21.
12. Feigin Cherry Textbook of Pediatric Infectious Diseases 4th ed. Philadelphia WB Saunders 378-1005, 1995.
13. Harold C Sox, Jr., Matthew H. Liang, M.P.H. Palo Alto and Stanford, California and Boston, Massachusetts: The erythrocyte sedimentation rate Guidelines for rational use. Annals of Internal Medicine 1986;104:515-23.
14. Hariri N, Pöğün Ş: Fiziyojji laboratuvar kitabı. 1. Baskı, Ege Üniversitesi basımevi, Bornova, İzmir, 1992.
15. Bilgehan H., Klinik Mikrobiyolojik Tanı, Barış Yayınları, p:311-312, 354-356, 390-393, İzmir, 1995.

16. DEÜ Mesleksel Beceriler Komitesi, Tıp Öğrencileri için Mesleksel Beceriler, s: 66,75, Dokuz Eylül Yayınları, 2005.
17. Bridgen ML. Clinical utility of the erythrocyte sedimentation rate. Am Fam Physician 1999;60:1443-50.
18. Kirazlı Y, Akıncı A: Romatolojide laboratuvar testleri: Eritrosit sedimentasyon hızı. Romatizma Bülteni 2002;3:11.
19. Wallach J. Interpretation of Diagnostic Tests. Philedelphia, Lippincott Willams&Wilkins, 2000.
20. Brawski J, Mysliwiec M. The hematocrit corrected erythrocyte sedimentation rate can be useful in diagnosis inflammation in hemodialysis patients. Nephron, 2001;89:381-3.
21. Lawrence C, Fabry ME. Erythrocyte sedimentation rate during steady state and painful crisis in sickle cell anemia. Am J Med 1986;81:801-8.
22. Fox R. Not the ESR again: Lancet 1991;337:949.
23. Sternberg SS., Histology for Pathologists, Lippincott, 1997.
24. Eren N, Öztekin Z; Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara Yargıcıoğlu Matbaası, 1985.
25. Fişek N; Halk sağlığına Giriş, Ankara Çağ Matbaası, 1983.

Konu 59

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Yasemin ÇAYIR

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda öğrencilerin evde sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Evde sağlık hizmetlerinin (ESH) tanımını yapabilmeli,
- ESH'nin ortaya çıkışının 6 nedenini açıklayabilmeli,
- ESH ekibinde kimlerin yer aldığını söyleyebilmeli,
- ESH'nin kapsamını bilmeli,
- ESH ekibinin sorumluluklarını sayabilmeli.

ÖZET

Evde sağlık hizmetleri, kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başkalarına bağımlı hale gelmiş hastalara muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi ev ortamlarında profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir. Evde sağlık hizmetleri başta nörolojik defisitler nedeniyle oluşan yatağa bağımlılık durumları olmak üzere, kronik akciğer patolojilerinden, terminal dönem kanser hastalarına, yenidoğan sarılığından, ileri dönem kas hastalıklarına kadar geniş bir yelpazede sunulmaktadır.

Evde sağlık hizmetlerinde amaç hastaların sağlığını korumak, geliştirmek, fonksiyonel kapasitelerini maksimum düzeyde kullanmalarını sağlamak ile hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmaktır. Birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimleri kendilerine kayıtlı nüfusları içinde evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyacak kişileri belirlemekle ve düzenli aralıklarla ev ziyareti yapmakla sorumludur. Bu derste evde sağlık hizmetlerinin tanımı, tarihçesi ve kapsamı üzerinde durulacaktır.

GİRİŞ

Türkiye'nin, önümüzdeki yıllarda tüm dünyada yaşlı nüfusun en hızlı artacağı ikinci ülke olacağı öngörülmektedir. 2013 itibariyle Türkiye'de 65 yaş üstü bireyler, toplam nüfusun %8'ini oluşturmaktadır. Ülkemiz için doğumda beklenen yaşam süresi 78 yıla çıkmıştır (1). Yapılan araştırmalar, 1990'da bireylerin yaşamlarının %21'ini hastalıkla geçirirken, 2013 yılında bu oranın %31'e çıktığını göstermektedir. Günümüzde daha çok insan diyabet, kalp hastalığı, kronik solunum hastalıkları, kanser ve inmenin sonuçlarıyla yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre ise sağlık harcamalarının %60'ı kronik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır (2,3). Yaşlılık beraberinde getirdiği kronik hastalıklarla birlikte sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artırmaktadır. Yaşlanan nüfus, hem sağlık harcamalarının hem de bakım ihtiyacının hızla artmasına neden olmaktadır. Bu artış bir çok ülkede geleceğe yönelik ciddi bir tehdit olarak algılanmaktadır (4).

Önemli Noktalar

- ESH, günümüz toplumunun değişen demografik, epidemiyolojik, sosyal ve kültürel değişikliklerine cevap olarak ortaya çıkmıştır.
- ESH, yatağa ya da eve bağımlı hastalara kendi ev ortamlarında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir.

Diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artması ile birlikte bağımlı ve engelli hasta oranı da artmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın hastalık yükü araştırmasına göre toplam 22 milyon kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır ve nüfusumuzun %12,3'ünün engelli olduğu tahmin edilmektedir. Toplumumuzda geleneksel kalabalık aile yapısının kaybolması, kadınların daha çok iş yaşamında yer alması gibi kültürel değişiklikler ise artan sayıdaki bağımlı ve engelli hastaların bakımını gündeme getirmiştir. Ayrıca kanser hastalarının tedavi imkanlarının artması ile yaşam süreleri uzamaktadır. Yapılan araştırmalar bu hastaların terminal dönemlerini hastane ortamı yerine kendi ev ortamında ailesiyle birlikte geçirmeyi tercih ettiklerini göstermektedir (2,5).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yukarıda bahsedilen demografik, epidemiyolojik, sosyal ve kültürel değişiklikler sağlık hizmetlerinin yeniden şekillenmesine neden olmuştur. Bu gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerekmiştir. Nitekim 2012 yılında Sağlık Bakanlığı "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile evde sağlık hizmetlerinin (ESH) tüm devlet hastanelerinde kurularak yaygınlaşmasını sağlamıştır. Aile hekimleri de kendilerine kayıtlı nüfusları içinde ESH'ne ihtiyaç duyacak kişileri belirlemekle ve düzenli aralıklarla ev ziyareti yapmakla sorumludur (6).

ESH, kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle yatağa ya da eve bağımlı hale gelmiş hastalara kendi ev ortamlarında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir (5,6). Dünya Sağlık Örgütü ise ESH'ni, kendi kişisel bakımını sağlama ve yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanma ve yaşamının devamını sağlama konusunda desteğe ihtiyaç duyan bireylere verilen hizmetler olarak tanımlamıştır (7).

Aile hekimliğinde kişi merkezli ve hastanın gereksinimine göre sürekli sağlık hizmeti sağlamak esastır (8). Dolayısıyla aile hekimliği uygulamalarında eve ya da yatağa bağımlı hale gelen hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramaması için, aile hekimleri kendilerine ulaşamayan hastalara ev ziyareti yaparak hizmetin devamlılığını korumalıdır. Yani ESH, aile hekimliğinde sürekli sağlık bakımı sağlayan önemli bir modeldir.

Yaşlı bireylerin huzurevlerinde ya da hastanelerde uzun süreli bakımlarının hem tıbbi hem de sosyal açıdan olumsuz sonuçları vardır. Bunun yerine bu bireylerin kendi sosyal çevrelerinde bakımı hem daha ekonomiktir, hem de yaşam kalitesini daha fazla artırır. Evde bakımın sadece sağlıkla ilgili değil, aynı zamanda sosyal ve emosyonel faydaları da görülmüştür (9).

ESH'ne duyulan ihtiyacın bir diğer nedeni de hastaların beklenti ve tutumlarındaki değişikliklerdir. Günümüzde sağlık hizmeti sağlayıcılarının verdiği hizmetler daha fazla sorgulanır olmuş ve sağlık hizmeti sağlayıcıları hizmet alanların istek ve beklentilerini karşılama konusunda daha duyarlı hale gelmiştir. Yaşlılıkta da sağlık hizmetlerini evde almayı tercih eden birey sayısı her geçen gün artmaktadır (7).

Tüm bu bilgiler ışığında ESH'nin, değişen sağlık hizmeti anlayışının bir ürünü, değişen toplum özelliklerinin bir gereksinimi ve sağlıkta yeni bir hizmet modeli ihtiyacının bir sonucu olarak ortaya çıktığını söyleyebiliriz.

Dünyada ESH ilk kez hemşirelik hizmetleri şeklinde başlamıştır. İlk kapsamlı ESH uygulamalarının 1947'de Amerika'da kurulan Montefiore Hastanesi'nde başladığını görmekteyiz. Burada yeni taburcu olan hastalara evde iyileşme ve toparlanma için hastane destekli bakım sağlanmaktaydı. O yıllarda oldukça yeni bir kavram olan ESH içerisinde özellikle hastaneden taburculuk sonrasında bireysel ihtiyaçlara uygun hemşirelik bakımına, rehabilitasyon terapilerine ve çeşitli sosyal hizmetlere ev ortamında erişim mümkündü. Bu sağlık hizmeti "duvarsız hastane" olarak anılmaktaydı (10). Günümüzde İngiltere'de hasta-hekim görüşmelerinin %10'u evde gerçekleşmektedir. Hollanda'da bu oranın %8,5 olduğu görülmektedir. Kanada'da aile hekimlerinin %48,3'ü haftada bir ESH vermek için ev ziyareti gerçekleştirmektedir. Burada verilen ESH'nin çoğu hemşireler tarafından verilmektedir. Yaşlı hekimler, genç hekimlere göre daha sık ev ziyareti yapmaktadır. Amerika ve Avrupa'da ESH alan hastalara kısa süreli rehabilitasyon hizmetleri, hastanede yatış sonrası yaklaşık üç aya kadar verilen bakım hizmetleri, fizik tedavi hizmetleri, kişisel bakım hizmetleri, teknik hemşire hizmetleri ve ergoterapi gibi bakımlar verilmektedir (7,11).

Önceleri ESH ile evde bakım hizmetleri birbiri yerine kullanılmakta iken; son yıllarda bundan vazgeçilmiştir. Evde bakım hizmetleri ESH'ne göre çok daha geniş bir hizmet olduğundan farklı bir anlam taşır. Evde bakım hizmetleri, özellikle yaşlı bireylerin sağlığını korumak ve yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerine yardımcı olmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada sunulmasıdır. Bireylere sunulacak banyo, saç yıkama, elbise giyme, yemek yapma, ev temizliği, bahçe işleri gibi hizmetler evde bakım hizmetleri başlığı altında yer almaktadır. Kısaca evde bakım hizmetleri ESH'den farklı olarak yaşlılarda sosyal ve sağlık alanında her türlü bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlar (12,13). ESH ise, evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak kişilere ev ortamında verilen her türlü sağlık hizmetlerini ifade eder.

Ülkemizde profesyonel anlamda ESH sunumu 10 Mart 2005 tarihinde yayınlanan ve özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetleri verilmesine imkân sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile başlamıştır. ESH'nin Türkiye'deki tarihsel gelişimine baktığımızda, 18 Ağustos 2005'te “Evde Bakım Derneği”nin kurulduğunu ve 2006'da “1. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi”nin düzenlendiğini görmekteyiz. Yine 2006 yılında Denizli'de “Evde Bakım Hizmetleri Birimi” kurulmuş ve devlet tarafından verilen ilk ESH örneği olmuştur. Türkiye'de ESH'nin 1 Şubat 2010 tarihinde “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile tüm devlet hastanelerinde kurulmasıyla ivme kazandığı görülmüştür (14).

ESH'nin hasta özerkliğini en üst düzeyde tutması, hastanın yaşam kalitesini ve çevresiyle olan iletişimini arttırması gibi hasta ve ailesiyle ilgili avantajları vardır. Ayrıca, hastaların acil sağlık hizmetlerine başvurularını, hastaneye yatışlarını ve sağlık harcamalarını azaltma ve uzun süre hastanede yatıştan kaynaklanan hastane enfeksiyonu gibi riskleri ortadan kaldırma gibi hem hasta hem de sağlık kuruluşları ile ilgili avantajlar vardır. Bunun yanında ESH'nin hasta ve yakınlarının özel yaşamın gizliliğini zedeleyebilmesi, evde yapılan tıbbi uygulamalar sırasında oluşabilecek komplikasyonların kontrolünün güçlüğü ve ev ortamında tıbbi otorite ve düzen kurmanın zorluğu gibi dezavantajları vardır (15,16).

ESH'de üzerinde anlaşılmış bir uluslararası konsensüs olmadığından, her ülke kendi imkanları ve sosyokültürel özellikleri açısından aralıklı olarak güncelleyebileceği bir temel hizmet listesi oluşturmalıdır (17). Ülkemizde de ESH'nin kapsamı, sağlık çalışanlarının görev tanımı, yetkileri ve sorumlulukları ile ilgili tam bir standart geliştirilememiştir. Bununla beraber ESH hizmet kapsamı Sağlık Bakanlığı tarafından yatağa bağımlı hastalar, terminal dönem kanser hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum sistemi hastalıkları, yenidoğan sarılıkları ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak belirlenmiştir. Bu kişilere verilecek ESH ekibinde sorumlu hekim dışında, hemşire, sağlık memuru, fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanı, yaşlı bakımı elemanı, psikolog, ergoterapist, diyetisyen ve şoför olmalıdır. ESH ekibinin, rutin sağlık hizmetlerinin yanı sıra hemşirelik hizmetleri, bireysel ihtiyaçlara uygun bakım planı oluşturma, solunum ya da beslenme problemlerinin çözümü, tıbbi cihaz temini ve kullanımının eğitimi, bakım verenlerin psikososyal problemleri, bası ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi, doğru pozisyonlama ve bağımlılık derecesinin ölçümü gibi sorumlulukları vardır (6,14).

ESH deyince ilk akla gelmesi gereken hasta grubu yatağa bağımlı hastalardır. Özellikle serebrovasküler olaylar sonrası gelişen motor bozukluklar (hemipleji ve tetrapleji) yetişkinlerde yatağa bağımlılığın en önemli ve en sık nedenlerinden birisidir. Bu hastalar ev ziyaretlerinde bilinç durumu, mental fonksiyonlar, yutma fonksiyonu, refleksler, konuşma, serebellar değerlendirme, sfinkter problemleri, motor ve duysal açıdan ve kas-iskelet sistemi açısından değerlendirilmelidir (18). KOAH'lı hastalarda ESH ile sigarayı bırakma, pulmoner iritanlardan uzak durma, solunum egzersizleri, bronkodilatör ilaç ve cihazların kullanımına yönelik eğitimler mümkündür. Bu hastalarda özellikle pulmoner rehabilitasyonda tecrübeli hemşirelerle hastaların maksimum düzeyde kendi kendini yönetmesi ve yaşam kalitesinin arttırılması sağlanabilir (19). Terminal dönem kanser hastalarına verilecek ESH, rutin sağlık hizmetleri ve hemşirelik bakımı dışında kemoterapinin bulantı, kusma, ağrı, yorgunluk,

depresyon ve anksiyete gibi emosyonel bozukluklar, febril nötropeni, kaşeksi ve beslenme problemleri gibi yan etkileri de kontrol altına almaya yönelik olmalıdır. İlerlemiş kas hastalıklarında hastaya uygun ev içi düzenleme ve fizyoterapist eşliğinde ev içi fizyoterapi modaliteleri uygulanabilir. Burada amaç hastaların aynı özürülülük durumunda çok daha az bağımlılıkla yaşamını sürdürmesini sağlamak olmalıdır. Yenidoğan döneminin en sık görülen problemlerinden olan sarılıkta ESH kapsamında evde fototerapi uygulanabilir. Miadında doğan, sarılık dışında bir problemi olmayan ve sağlık ekibi ile işbirliği kurabilecek ailelerin bebeklerine evde güvenli ve etkili bir şekilde fototerapi uygulanabilir. Tüm bu bahsedilen durumların dışında, ESH alan hastaların ağız ve diş sağlığı problemleri de ESH kapsamında tedavi ve takip edilebilir (5,6).

ESH alan hastaların başlıca sağlık problemleri arasında bası ülserleri yer almaktadır. Bası ülserleri en sık sakrum ve topuk olmak üzere hastanın kullandığı koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi yardımcı araçlara bağlı olarak farklı bölgelerde de olabilir. ESH ekibinin en önemli görevlerinden biri bası ülserlerinin önlenmesi ve mevcut bası ülserlerinin bakımının sağlanmasıdır. Öncelikle her ev ziyaretinde bası ülserleri çap, akıntı veya enfeksiyon varlığı, çevre dokuların durumu açısından değerlendirilmelidir. Bası ülserleri oluşuktan sonra tedavisi oldukça zordur ve multidisipliner bir ekip gerektirir. Bu nedenle bası ülserlerinin önlenmesi ESH veren ekibin temel sorumluluklarından olmalıdır. Bakım verenlere bası ülserlerinin önlenmesi ve lokal yara bakımı hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya iki saatte bir yatakta yön değiştirilmesi, yatış ve oturma sırasındaki destek yüzeylerinin uygunluğu, basınç giderici özel yatakların kullanımı ile basıncın tüm yüzeye eşit dağıtılması, basınç azaltan manevraların uygulanması, çarşafların temiz ve ütülü olması, enfeksiyonların kontrolü, uygun beslenmenin sağlanması, kan şekeri yüksekliği, anemi gibi durumların tedavisi ile bası ülserlerinin oluşumu önlenir. Haftada bir bası ülseri takibi, iki haftada bir ise iyileşme kontrolü yapılmalıdır. İyileşme belirtileri yoksa tedavi planı tekrar gözden geçirilmelidir (6,20).

SONUÇ

ESH, günümüz toplumunun değişen ihtiyaçlarına cevap olarak ortaya çıkmıştır. ESH profesyonel bir ekiple yürütülmeli, aile hekimleri bu ekiple ortak çalışmalı ve devamlı irtibat halinde olmalıdır. ESH ile eve ya da yatağa bağımlı hastaların tüm tıbbi ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanarak yaşam kalitelerini artırmak mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014, "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
2. Onarcın M. Türkiye’de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2011;19. <http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icin-oneriler.aspx>. Erişim Tarihi: 01.03.2016.
3. Murray, Christopher J L et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries,

- 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet* 2015;386(10009):2145-91.
4. Popejoy LL, Stetzer F, Hicks L, et al. Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. *Nursing economic\$*. 2015;33(6):306-13.
 5. Çayır Y, Işık M. Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012;2:87-9.
 6. Çayır Y. Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz? *Dicle Med J* 2013;40(2):340-4.
 7. WHO Home Care in Europe http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf. Erişim Tarihi: 01.03.2016.
 8. McWhinney Ian R. Primary care core values: core values in a changing world. *BMJ* 1998;317(7147):1807-09.
 9. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, et al. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Derg* 2011; 38: 57-65.
 10. Montefiore Home Care: Where Caring Continues. <http://www.montefiore.org/home-care>. Erişim Tarihi: 01.03.2016.
 11. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press, 2009.
 12. Centers for Medicare and Medicaid Services. Home health care: what it is and what to expect. <http://www.medicare.gov/what-medicare-covers/home-health-care/home-health-care-what-is-it-what-to-expect.html>. Erişim Tarihi: 01.03.2016.
 13. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatrici* 2002;5(4):155-9.
 14. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010. Tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı.
 15. Tan WS, Lee A, Yang SY, et al. Integrating palliative care across settings: A retrospective cohort study of a hospice home care programme for cancer patients. *Palliat Med*. 2016 Feb 11. pii: 0269216315622126. [Epub ahead of print]
 16. Smith BM, Malay KA, Hawkins DJ. Basic statistics about home care updated. *National Association for Home Care & Hospice*, 2004.
 17. Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. *Euras J Fam Med* 2014;3(1):1-8.
 18. Çayır Y, Fakirullahoğlu P, Özer Ö, Taştan K, Navruz M. Kuadriplejik bir olgu üzerinden evde sağlık hizmetleri. *Genel Tıp Derg*, 2014;24(Ek 2):39-42.
 19. Alonso A. A new model for home care for COPD. *Stud Health Technol Inform* 2004;103:368-73.
 20. Çayır Y, Avşar Ü. Z, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri, *Konuralp Tıp Dergisi*. 2013;5(3):9-12.

Konu 60

ASM'DE GEBE İZLEMİ

Hüseyin CAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcının; doğum öncesi bakım rehberi ve sağlıklı gebe izlemi konularında bilgi sahibi olması, gebelik ve süreci konusunda danışmanlık yapabilecek düzeyde bilgilenmesi amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Gebelik takibinde yapılması gereken işlem ve tetkikleri bilmeli,
- Gebelikteki alarm bulgularını tanıyabilmeli,
- Hangi koşullarda gebeyi sevk etmesi gerektiğini açıklayabilmeli,
- Gebeyi doğum sürecine hazırlayabilmeli.

ÖZET

Annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmeleri, sağlıklı bebeklerin doğması ve gebelikte sağlığın korunması aile hekiminin birincil görevleri arasındadır. Gebelik saptandıktan sonra en erken dönemde doğum öncesi bakım hizmetine başlanmalı ve annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde düzenli aralıklarla doğuma kadar sürdürülmelidir.

Doğum öncesi bakım hizmeti kapsamında, gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmemiş tüm gebelere en az dört izlem yapılması ve anne adayının gebelik sırasında oluşabilecek tehlike işaretleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmesi ile gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek sorunların sayısının ve şiddetinin azaltılması hedeflenmelidir.

GİRİŞ

Anne sağlığının iyileştirilmesi Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) öncelikli hedeflerindedir (1). Maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak için DSÖ'nün öncülüğünde '*Güvenli Annelik Girişimi*' başlatılmış olup, güvenli annelik ile anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar benimsenmiştir (2).

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması 2011 itibarıyla tüm illerde uygulanmaya başlamıştır. Doğum öncesi izlem açısından aile hekimine yasa ile verilmiş yetki ve görevler şu şekilde sıralanabilir; doğum öncesi izlem yapmak, kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerini vermek, sunduğu hizmetlere ilişkin sağlık kayıtlarını tutmak, gerekli bildirimleri yapmak ve kendisine kayıtlı kişilerin sağlık durumlarını ev ziyareti ile tespit etmektir (3).

Doğum öncesi bakım (DÖB), eğitimli sağlık personeli tarafından anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak izlenmesidir. Tüm kadınlara gebelikleri boyunca yeterli DÖB alması, deneyimli kişilerce doğum yaptırılması ve doğumdan sonraki haftalarda bakım ve destek verilmesi sağlanarak anne ve bebek ölümleri azaltılabilir (1). DÖB ile annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmeleri, sağlıklı bebeklerin doğması ve gebelikte sağlığın korunması hedeflenmektedir (4). Gebelik saptandıktan sonra en erken dönemde DÖB başlanmalı ve annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde düzenli aralıklarla doğuma kadar sürdürülmelidir.

GEBELİK

Gebelik tanısı sıklıkla adet gecikmesi öyküsü, gebeliği düşündürülen belirtiler/bulgular ve buna eşlik eden pozitif gebelik testi (kanda veya idrarda insan koryonik gonadotropin β subüniti (β -hCG) artışının tespit edilmesi, fetüsün ultrasonografi ile görüntülenmesi, fetal el doppler ultrasonu ile fetal kalp atımının duyulması veya fetüsün palpe edilmesi) ile konur. Gebelik testinin kontrolü mutlaka yapılmalıdır. Gebelik tanısı konulduktan sonra gebelik süresi ve tahmini doğum tarihi hesaplanmalıdır. Bunun için *Naegele yöntemi* kullanılır. Bu yöntem ile son adet görüldüğü aydan üç ay çıkarılıp son adet ilk gününe yedi gün eklenerek tahmini doğum tarihi hesaplanır (5).

Fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden birçok anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişiklikler fetüs ve plasentadan kaynaklanan fizyolojik uyarılar nedeniyle meydana gelmektedir (6). Ancak gebelik süresince anne ve bebeğin sağlığını bozabilecek patolojik süreçler de

Önemli Noktalar

- Birinci basmakta gebeler en az dört kez izlenmelidir.
- Birinci izlem gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılmalı.
- İkinci izlem gebeliğin 18-24. haftaları arasında yapılmalı.
- Üçüncü izlem gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalı.
- Dördüncü izlem gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalı.

ortaya çıkabilir (%5-20). Gebeliğin takibini yapan hekimin gebelik sırasında ortaya çıkabilecek fizyolojik değişiklikler konusunda fikri olmalıdır. Böylelikle hekim gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek anormal değişiklikleri erken dönemde tespit ederek müdahale edilmesini mümkün kılabilmektedir (5).

SAĞLIK BAKANLIĞI DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİM REHBERİ

Doğum öncesi bakım uygulamasında standart, güvenli, kaliteli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından DÖB Yönetim Rehberi oluşturulmuş ve bu rehber 2009 yılında yayınlanmıştır (7).

“Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan rehberlerin uygulanması ile her gebeye doğum öncesi en az dört nitelikli izlem yapılması, doğum sonrası evde üç kez lohusa izleminin yapılması, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize edilerek sevklerinin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir. Bu rehberde, her izlemede gebe ve/veya aile yakınlarını karşılayarak uygun iletişimi kurmak için gebenin nazik bir şekilde karşılanması, gerekli mahremiyetin sağlanması, sağlık personelinin kendini tanıtmayı, gebeye ismiyle hitap edilmesi, gerekli olumlu beden dilinin kullanılması ve gebeye her aşamada soru sorabileceğinin belirtilmesi önerilmektedir.” İzlemler şu şekilde özetlenebilir (7):

BİRİNCİ İZLEM

Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılmalı ve süresi 30 dakika olmalıdır. İlk izlemede gebenin kişisel bilgileri (yaşadığı yer ve fiziksel koşulları, ailenin ekonomik durumu, ulaşım şartları gibi) kayıt edilmelidir.

Gebenin tıbbi geçmişi detaylandırılmalı, kronik sistemik hastalıklar, geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar, bağımlılık öyküsü, geçirilmiş operasyonlar, alerji öyküsü, talasemi taşıyıcılığı olup olmadığı, aile öyküsü, sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar, gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi, infertilite mevcut ise süresi ve infertilite için gördüğü tedaviler sorgulanmalıdır.

Ayrıntılı bir obstetrik öykü alınmalı, bu gebeliği dahil toplam gebelik sayısı (gravida), daha önceki doğum sayısı (parite), yaşayan çocuk sayısı, son gebeliğin sonlanma yeri ve tarihi sorularak not edilmelidir. Her gebeliğin öyküsü ve gebelik sonucu irdelenmelidir:

- Doğumların kim tarafından nerede yapıldığı,
- Gebeliklerin sonlanma şekli ve gebelik haftası,
- Bebek/çocuk ölümü ve nedenleri,
- Prematür/postmatür doğum,
- İkiz veya çoğul gebelik,
- Tekrarlayan düşük öyküsü,
- Gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar (kanama, preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, tromboz, emboli),

- Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, makat, transvers ve diğer prezentasyon anomalileri, uzamış doğum eylemi, üçüncü derece perine yırtıkları ve masif kanama, plasentanın elle çıkarılması),
- Doğum şekli (normal doğum, sezaryen doğum, forseps veya vakumla müdahaleli doğum),
- Doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar (sepsis, kanama, depresyon, meme absesi gibi),
- Daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar (hidrops fetalis, kromozomal anomali veya malformasyon, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi),
- Daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (cinsiyeti, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi) ve yaşanan komplikasyonlar,
- Tetanoz aşılama durumu.

Mevcut gebelik öyküsü: Son adet ilk günü öğrenilir ve son adet tarihine (SAT) göre tahmini doğum tarihi hesaplanır. SAT bilinmiyorsa ilk gebelik testi tarihi, gebelikten ilk şüphelendiği tarih, fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih, üremeye yardımcı teknik ise gebeliği ise embriyo transfer tarihi sorgulanır.

Gebelik yakınmaları (bulantı kusma, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, meme hassasiyeti, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik gibi) ve gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar (vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi) sorgulanır. Alışkanlıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulanarak kayıt edilir.

Fizik muayene

Gebenin boyu, kilosu, kan basıncı ölçülür ve nabızı sayılır. Ciddi anemi bulguları (el tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almada güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı) kontrol edilir. Tüm sistem muayeneleri yapılır. Pretibial ödem varlığı değerlendirilir. Gebelik haftası ile uterus büyüklüğün uygunluğunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılır. Uterus büyüklüğü ile gestasyonel hafta arasında uyumsuzluk durumunda sevk edilmesi önerilir. Semptomatik cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) bulgusu varsa değerlendirilir. Haftası uygun ise fetal kalp sesleri dinlenir. Gebenin, bebeğin ilk hareketlerini hissetme zamanını kaydetmesi istenir.

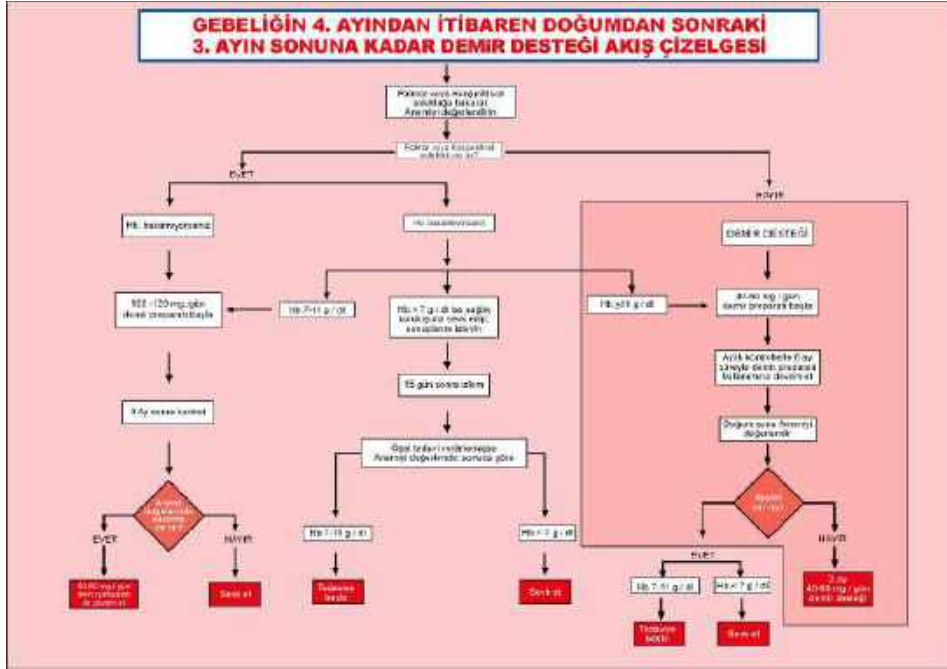
Öykü alma ve fizik muayenenin ardından “*risk değerlendirme formu*”ndaki sorgulamalar yapılır. Kriterlerden birine bile evet cevabı verilir ise izlemin uzman hekim danışmanlığı alınarak hangi basamakta devam edeceğine karar verilir. İzlem ikinci basamakta devam edecek ise gebenin yapılan müdahaleler ve izlem hakkında birinci basamağa bilgi vermesi konusunda gerekli danışmanlık verilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür.

Laboratuvar testleri

İdrar tahlili (bakteriüri ve proteinüri açısından test çubuğu ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakılması önerilmektedir), kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü (her izlemede mutlaka hemogloblin bakılması önerilmektedir), kan grubu tayini (bilinmiyorsa ilk izlemede Rh uygunsuzluğu açısından gebenin ve eşinin kan grubuna mutlaka bakılmalıdır), Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) bakılması önerilir. Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler yapılmalı, yapılmıyor ise bir üst basamağa yönlendirilmelidir.

Gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama

Tüm gebelere 16. gebelik haftasından itibaren günde **40-60 mg/gün elementer demir** preparatı desteğine başlanması ve “*Gebelere Demir Destek Programı*” akış çizelgesi kullanılarak destek veya tedavi dozuna karar verilmesi önerilmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Demir desteği akış çizelgesi

Tüm gebelerin ilk izlemede tetanoz toksoidi ile aşılama açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Gebeliğin 12. haftasından itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4. ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygundur. Aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilmesi önerilir.

Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri verilmeli, idrar yolu enfeksiyonu tedavisinin ardından kontrol izlemede hala enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basamağa sevk edilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar hakkında (yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, ciltteki değişiklikler, memelerde hassasiyet, meme başındaki glandlarda belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salgılanması, toprak vb. yeme) gebeyi bilgilendirmek gerekir.

Beslenme ve diyet, gebelikte cinsel yaşam, sigara ve alkol alışkanlıkları, gebelik tehlike işaretleri (vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, suyunun gelmesi, yüz, el ve bacaklarda şişme) gibi konularda gebeye danışmanlık verilmelidir.

Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyecekleri yöntem konusunda bilgilendirilmesi, doğum eylemi ve doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planlanması, emzirme ve postpartum aile planlaması danışmanlığı, fetal anomaliler, tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında da danışmanlık verilmelidir.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

İzlem sırasındaki tüm ayrıntılar izlem fişine yazılmalıdır. İzlem fişinin bir örneği ebeye verilmelidir. Bir sonraki izlem tarihi 18-24. haftalar (tercihen 20-22.haftalar) olarak belirlenerek randevu kartına yazılmalıdır.

İKİNCİ İZLEM

Gebeliğin 18-24. haftaları (tercihen 20-22. haftalar) arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır. İlk izlemde bu yana kişisel bilgilerde değişiklik olup olmadığı, hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varlığı sorgulanmalıdır. İlk izlemde bu yana olan gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, gebelik tehlike işaretleri sorgulanmalıdır. Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt edilmelidir. Demir alımına bağlı yakınmalarının olup olmadığı kontrol edilir.

Fizik muayene

Gebenin kilosu ve kan basıncı ölçülür, nabız sayısı kontrol edilir. Uterus yüksekliği ölçülür ve kaydedilir. Uygunsuzluk durumunda (4 cm fark varsa) sevk edilmesi önerilir. Yaygın ödem kontrolü yapılır. Diğer sistemik muayeneler yapılır. Varis, tromboflebit bulguları açısından değerlendirilir. Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilir.

Vajinal muayene karın ağrısı olan gebelere yapılır. Suyu gelen ve kanaması olan gebelere ise spekulum muayenesi yapılır. Bu hastalar ikinci basamakta takip için yönlendirilir. Fetus kalp sesleri uygun teknikle dinlenir.

Laboratuvar testleri

İdrar tahlili ve kan sayımı (hemogram) yapılır. Kan grubu tayininde Anne Rh (-), baba Rh (+) ise indirekt coombs testi yapılmalıdır. İndirekt coombs testi sonucu (-) olanlar birinci basamakta, (+) olanlar ikinci basamakta takip edilmelidir.

Bu izlemde oral glukoz tolerans testi (OGTT) ve temel obstetrik ultrasonografi önerilir. Temel obstetrik ultrasonografide fetus sayısı, fetal kalp atımı, fetal biyometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniyotik sıvı miktarı değerlendirilir.

Gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama

Demir desteğine devam edilmelidir. Gerekliyse tetanoz toksoidi ile aşılamanın 20. ve 24. haftalarda birinci ve ikinci dozunun yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Birinci izlemdeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. Tüm gebeler sevk gerektiren durum açısından değerlendirilmelidir:

- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması,
- Kanama ve lekelenme olması,
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon (140/90 mmHg üzerinde olması, başlangıç tansiyonunun sistolik 30 veya diyastolik 15 mmHg'dan daha fazla yükselmesi) ve/veya proteinüri olması,
- Uterus ykseklıği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması (büyük veya küçük),
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması,
- Bir nceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması,
- Tehlike işaretlerinin varlığı (vajinal kanama, konvülziyon, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, sularının gelmesi, yüz, el ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilememesi),
- oğul gebelik şüphesi olması (doğrulamak ve doğumu planlamak üzere),
- Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı (kalp hastalığı, böbrek hastalığı, diyabet, astım, tiroid fonksiyon bozukluğu gibi).

Sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediği mutlaka takip edilmelidir. Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliği tekrar değerlendirilmelidir.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

Bir sonraki izlem tarihi 30-32. hafta olarak belirlenerek randevu kartına yazılır.

ÜÇÜNCÜ İZLEM

Gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır. İkinici izlemde bu yana kişisel bilgilerde değişiklik olup olmadığı, hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varlığı sorgulanmalıdır. İlk izlemde kayıt edilen ve ikinci izlemde gözden geçirilene obstetrik öykü kontrol edilmelidir. İkinici izlemde bu yana olan gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, gebelik tehlike işaretleri sorgulanmalıdır. Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt edilmelidir. Demir alımına bağlı yakınmalarının olup olmadığı kontrol edilir. Fetus hareketlerinin varlığı sorgulanmalıdır.

Fizik muayene

İkinci izlemede yapılanlara ilave olarak meme muayenesi yapılır.

Laboratuvar testleri

İdrar tahlili ve kan sayımı (hemogram) yapılır. Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler yapılmalı, yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendirilmelidir.

Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama

Demir desteğine devam edilmelidir. Tetanoz toksoidi ile aşılamanın iki dozunun da yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar varlığında gereken tedavi verilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Birinci izlemedeki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. Acil durumlarda gebe ve ailesinin izleyeceği yöntem hakkında gebe ve ailesi bilgilendirilir. Erken doğum eylemi (rahim kasılmalarının düzenli ve kuvvetli gelmesi, kanamanın buna eşlik etmesi, nişan gelmesi) konusunda bilgi verilir. Doğum eylemi ve doğum, gebeye bilgi verilerek doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planlanır. Gebeye doğum sonrası aile planlaması ve emzirme hakkında danışmanlık verilir. Sevk edilecek durumların varlığına yönelik sorgulama ve değerlendirme yapılır.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

Bir sonraki izlem tarihi 36-38. hafta olarak belirlenerek randevu kartına yazılır.

DÖRDÜNCÜ İZLEM

Gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalı, süresi 20 dakika olmalıdır. En son izlemden bu yana kişisel bilgilerde değişiklik olup olmadığı, hastalık, kaza, yaralanma, hastaneye yatış varlığı sorgulanmalıdır. Obstetrik öykü kontrol edilmelidir. En son izlemden bu yana olan gebeliğe bağlı olağan yakınmalar, gebelik tehlike işaretleri sorgulanmalıdır. Demir dışında ilaç alımı varsa kayıt edilmelidir. Demir alımına bağlı yakınmalarının olup olmadığı kontrol edilir. Fetus hareketlerinin varlığı sorgulanmalıdır.

Fizik muayene

Üçüncü izlemede yapılanlara ilave olarak Leopold manevraları ve obstetrik değerlendirme amaçlı vajinal muayene (pelvik yapı, serviks, prezente olan kısım) yapılır.

Laboratuvar testleri

Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar tahlili, doğuma hazırlık açısından gebenin hemoglobin ölçümü yapılmalıdır.

Gebeye verilecek ilaç desteği ve bağışıklama

Demir desteğine devam edilmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar varlığında gereken tedavi verilmelidir.

Bilgilendirme ve danışmanlık

Birinci izlemdaki bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri tekrar edilir. Gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemi ve doğum, doğumun planlanması, emzirme ve postpartum aile planlaması konusunda danışmanlık verilmesi bu haftalardaki izlem için önceliklidir. Eğer 40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebenin doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda bilgi verilmelidir.

Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi

İzlem sırasındaki tüm ayrıntılar izlem fişine yazılmalı ve izlem fişinin bir örneği gebeye verilmelidir. Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır (7).

GEBELİKTE BESLENME VE KİLO ALIMI

Gebelikte önemli olan gereken tüm besin öğelerinin dengeli bir diyetle alınmasıdır. Gebelikte günlük kalori ihtiyacı ilk trimesterde gebe olmayan erişkinlerle aynı iken ikinci trimesterde günlük kalori ihtiyacına yaklaşık 350 kcal, üçüncü trimesterde yaklaşık 450 kcal ilave edilir (8). Gebe kadınlarda vücut kitle indeksine (VKİ) göre gebelik süresince alınması uygun olan kilo Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Gebelikte uygun kilo alımı*

Gebelikteki durumu	VKİ (kg/m ²)	Gebelikte önerilen kilo alımı (kg)
Zayıf	<18,5	12,7-18,1
Normal	18,5-24,9	11,3-15,8
Kilolu	25-29,9	6,8-11,3
Obez	>30	5-9,1

*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion: Weight Gain During Pregnancy Number 548, January 2013

GEBELİKTE VİTAMİN VE MİNERAL DESTEĞİ

Gebelikte başta folik asit ve demir olmak üzere hemen hemen tüm vitamin ve minerallere olan ihtiyaç artar. Gebelikte folat ve demir kullanımının faydaları kanıtlanmış olup yaygın kullanılan multivitamin preparatlarının hekim tarafından gerekli görülmedikçe kullanılması önerilmez (8). Gebelik öncesi dönemde folik asit desteği başlanması bebekte nöral tüp defekti görülme olasılığını azaltmaktadır. Folik asit günlük 400 mikrogram olmalı, planlanan gebelikten en az iki ay önce başlanmalı ve gebeliğin üçüncü ayına kadar devam edilmelidir (2). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “*Gebelere Demir Destek Programı Rehberi*”nde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimesterden başlayarak 6 ay ve doğum sonu üç ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-60 mg elementer demir verilmesi önerilmektedir. Ayrıca tüm gebelere 12. haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D vitamini preparatı başlanması önerilir. Hiperkalsemi bulgusu olmayan annelerde doğum sonrasında 6. aya kadar devam edilir (9).

GEBELİKTE BAĞIŞIKLAMA

Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programında; hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td (erişkin tipi difteri-tetanoz aşısı) aşısı yaptırılmalarının sağlanması önerilmektedir. İlk dozun gebeliğin dördüncü ayında veya ilk karşılaşmada, ikinci dozun ise birinci dozdan en az dört hafta sonra yapılmasını ve doğumdan en az iki hafta önce tamamlanması gerekmektedir (10).

Kızamıkçık (Rubella) ve Kızamık (Rubeola) aşısı zayıflatılmış canlı aşıdır. Canlı virüs aşılarının fetus üzerine olası riskleri nedeniyle aşıdan en az 28 gün süreyle gebelikten kaçınılmalıdır. Ülkemizde sadece rubellaya karşı aşı bulunmadığından Kabakulak-Kızamık-Kızamıkçık karma aşısı yapılmaktadır (8).

Kış aylarında gebe kalması olası kişilere, özellikle de ek hastalıkları olan ve üst solunum yolu enfeksiyonlarını ağır geçirdiğini belirten hastalara inaktive grip (influenza) aşısı önerilmelidir. Aşılanmanın influenza mevsiminden önce yapılması kritiktir. Bu nedenle Ekim ayı öncesinde gebe olan veya olması olası tüm kadınların aşılanması önerilmektedir (8).

GEBELİKTE SEROLOJİK DEĞERLENDİRME

Serolojik değerlendirme için gebelerde HbsAg, Anti HIV, Anti Rubella IgM ve IgG bakılması önerilmektedir. Toxoplasma, Sitomegalovirüs ve Parvovirüs için rutin tarama önerilmemektedir. Toxoplasma ve CMV ülkemiz gibi yüksek riskli popülasyonlarda bakılabilir. Gebelere ellerin ve yiyeceklerin dikkatli bir şekilde yıkanması, çiğ et ile temas edilmemesi ve yiyeceklerin iyi pişirilmesinin koruyucu rolü belirtilmelidir. Kan transfüzyonu olmuş gebelere, ailede hepatit C öyküsü olan gebelere Anti HCV istenmesi önerilmektedir. Son bir yıl içerisinde normal olarak sonuçlanmış Pap smear testi yoksa rahim ağzı kanseri için serviksten örnek alınması önerilmektedir (8).

GEBELİKTE TİROİD FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, gebelik planlayan veya gebe kadınlarda en az bir kez TSH ölçülmesini önermektedir. Hedef TSH değeri ilk trimester için <2.5 mIU/L, sonraki dönemler için <3 mIU/L olmalıdır (11).

GEBELİKTE ANOMALİ TARAMALARI VE GÖRÜNTÜLEME

11-14 hafta muayenesi: Sıklıkla transabdominal ultrasonografi ile uygulanır. Bu haftalardaki taramayla, Down Sendromu gibi anöploidiler ve diğer kromozomal anormalliklerinin riskinin değerlendirilmesi, bu haftada fetusta bulunabilecek yapısal anormalliklerin ve ikiz gebeliklerin saptanması amaçlanır. İlk trimester kombine taraması (11-14 hafta taraması ya da ikili test) anne yaşı, sonografik ölçüm ve sonografik ölçümle aynı zamanda gebenin kanında bakılan biyokimyasal parametrelerin kombinasyonu ile oluşturulur ve bu taramayla kromozomal defektlerin yakalanma oranı %85-90 civarındadır. Biyokimyasal değerlendirme için ultrason günü içerisinde annenin serumunda serbest β -hCG ve gebeliğe özgü plazma protein A (PAPP-A) konsantrasyonlarına bakılır. Trizomi 21 taşıyan gebelerin serumunda serbest β -hCG değeri normale göre artmış ve PAPP-A değeri normale göre azalmıştır. Test sonucunda Trizomi 21 riski 1:300 ve üzerinde çıktığında anne adayına kesin tanı için koryon villus örnekleme veya amniyosentez önerilir. Koryon villus örnekleme 10-12. gebelik haftalarında, amniyosentez 15. gebelik haftasından sonra yapılır (8).

16-18 Hafta Muayenesi: İlk trimester kombine taramasını kaçırmış anne adaylarına 16-18 haftalar arasında dörtlü test önerilir. Dörtlü testin yapılmadığı merkezlerde ilk trimester kombine taraması da yapılamamışsa üçlü test yapılır. Gebeden alınan kanda hCG, unkonjuge estriol ve alfa fetoprotein hormonları ölçülür. Sonuçlar, anne adayının yaşı ve ölçüm haftası ile beraber analiz edilir ve Trizomi 21, Trizomi 18 ve nöral tüp defekti için riskler ayrı ayrı saptanır. Down sendromunda unkonjuge estriol ve alfa fetoprotein gebelik haftasına göre olması gerekenden düşük, hCG ise olması gerekenden yüksektir (8).

18-23 Hafta Muayenesi: Fetusun hem trizomiler için hem de diğer organ patolojileri için ultrasonografi ile ayrıntılı olarak değerlendirildiği muayenedir. İkinci düzey değerlendirme olarak adlandırılan bu taramayı perinataloji alanında tecrübeli hekimler yapmalıdır. Bu muayenede fetusun beyin, yüz, kalp, böbrekler, bağırsaklar, kol ve bacak kemikleri, dil ve kulak gibi farklı alanları içeren organları ultrasonografi ile geniş bir spektrumda incelenir. 18-20. haftalar arası ultrasonografi ile nöral tüp defektlerinin %96'sının saptanabildiği ve ultrasonografinin alfa fetoprotein bakılmasına üstün olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (8).

GEBELİKTE DİYABET TARAMASI

Gestasyonel diyabetin araştırılması amacıyla tek aşamalı veya iki aşamalı tanı yaklaşımı kullanılmaktadır. İki aşamalı tanı yaklaşımı 24-28. gebelik haftalarında rastgele bir zamanda 50 gr glukoz içeren sıvı içirildikten bir saat sonra plazma glukoz düzeyinin değerlendirilmesi ve testin kuşkuolu olması (plazma glukoz düzeyi ≥ 140 mg/dl) durumunda daha ileri bir testin (100 gr veya 75 gr glukoz ile OGTT) yapılmasıdır. Tek aşamalı tanı yaklaşımı ise gebe kadınlara da gebe olmayan erişkinler gibi 75 gr glukoz ile iki saatlik OGTT yapılmasıdır. Günümüzde iki aşamalı tanı yaklaşımının kullanılması giderek azalmakta, buna karşılık tek aşamalı tanı testi kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde ise konu ile ilgili otoriteler, kanıta dayalı bulgular elde edilene kadar, iki aşamalı tanı yaklaşımına devam edilmesini benimsemektedirler (12).

SONUÇ

DÖB hizmeti kapsamında, gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından **“herhangi bir risk tespit edilmemiş tüm gebelere en az dört izlem yapılması”** ve anne adayının gebelik sırasında oluşabilecek tehlike işaretleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmesi ile gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek sorunların sayısının ve şiddetinin azaltılması hedeflenmelidir. DÖB hizmeti temelde birincil koruyucu sağlık hizmetidir ve bu hizmetten yararlanmak tüm kadınların hakkıdır. DÖB ile anne ve perinatal mortalite ve morbidite azaltılabilir ve anne-çocuk sağlığı yükseltilebilir (13).

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Maternal mortality. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Erişim Tarihi: 17.01.2016.
2. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, 2006, Ankara.
3. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1):1-15.

4. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma (1998). http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf Erişim Tarihi: 26/02/2016.
5. Decherney A. et al. Current Diagnosis And Treatment Serisi Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Tıraş B (Çeviren) 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2010:187-202.
6. Cunningham FG. et al. Williams Obstetrics 23rd Edition McGraw Hill. New York. 2010:107-35.
7. SB AÇSAP Genel Müdürlüğü - T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. 2009, Ankara.
8. Arslan T, Yiğiter AB. Gebelik Takibinde Güncel Yaklaşımlar. Turkish Family Physician 2012;3(2):1-13.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Gebelerde Demir Destek Programı Rehberi. www.saglik.gov.tr/EN/dosya/.../gebelerde-demir-destek-yeni--rehber.doc Erişim Tarihi: 25.03.2016.
10. T.C Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. <http://www.saglik.gov.tr/SHGM/belge/1-3929/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html> Erişim Tarihi: 31.03.2016.
11. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2007, Ankara.
12. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2013, Ankara.
13. Yıldızoğlu İ, Ökten Ş. Gebelerin DÖB Hizmetlerinden yararlanma durumları. Hemşirelik Forumu Dergisi 2001;4(6):51-5.

Konu 61

AKILCI TEDAVİ VE REÇETE YAZMA

Ahmet YILMAZ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların akılcı ilaç tedavisi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Gereksiz yere fazla ilaç yazılmaması konusunda duyarlı olabilmeli,
- Tanıyla ilişkisi olmayan ilaç kullanmama konusunda duyarlı olabilmeli,
- Uygunsuz antibiyotik kullanımına karşı tutum belirleyebilmeli,
- Etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet kavramlarını tanımlayabilmeli,
- Etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyeti dikkate alarak akılcı ilaç seçme prensiplerini açıklayabilmeli.

ÖZET

Hekimler; akılcı tedavi ve reçete yazma uygulamasının en temel unsurlarıdır. İlaç seçimi ve tedavi sürecinin nasıl yönetilmesi gerektiği aile hekimliği uygulamalarında güncel yaklaşımlar ışığında eğitim programlarında yer almalıdır.

Aile hekimleri etkinlik, güvenlik, uygunluk, maliyet kapsamında ilaç reçeteleme konusunda yaklaşım geliştirmelidirler. Aynı zamanda poliklinik şartlarında sıklıkla muayene edilen hasta profilleri, tanı grupları, medikal tedavi seçenekleri hakkında kısa notlar olarak ihtiyaç anında bu ajandalarından faydalanmaları hasta ve hekim açısından etkin yaklaşımlar olacaktır.

Sıklıkla reçete edilen ilaçların yanı sıra sağlık sisteminin her hangi basamaklarında bulunan hekimlerin de ilaçların saklanma koşulları, uygulama formları, pozoloji, endikasyon, kontrendikasyon durumları, paramedikal seçeneklerin de hastalar tarafından kullanılabilceği konusunda bilgi ve deneyim sahibi olması gereklidir.

GİRİŞ

İlaç, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “fiziolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlanmaktadır (1).

DSÖ, Akılcı İlaç Kullanımı'nı (AİK), hastaların klinik gereksinimlerine en uygun ilacı, bireysel ihtiyaçlarını karşılayan dozlarda, uygun bir sürede, kendileri ve toplum için en düşük maliyette alması olarak tanımlamıştır (2).

Hekimler; akılcı tedavi ve reçete yazma uygulamasının hayata geçirilmesinde büyük rol alırlar. İlaç seçimi ve tedavi sürecinin doğru yönetilmesi bu süreçte önemlidir.

Kabul gören yaklaşım; tedavi sürecinin hekimin kontrolünde doğru yönetilebilmesi için genel 6 basamaklı “rasyonel farmakoterapi” tedavi sürecinin hayata geçirilmesidir. AİK'in 6 basamağı şu şekilde tanımlanmıştır(3-6):

1. Hastanın sorunlarını tanımlanması,
2. Tedavi hedeflerini belirlenmesi,
3. Uygun ilacı, kullanım süresini etkili ve güvenli ilaç alternatifleri arasından seçilmesi,
4. İyi reçete yazılması,
5. Hastaya uygun bilgiyi verilmesi,
6. Tedavi sonucunu izlenmesi.

Bir başka ifade ile akılcı ilaç kullanımı;

- Etkililik,
- Güvenlilik,
- Uygunluk,
- Maliyet

açısından uygun ilaç seçimidir.

AİK (rasyonel farmakoterapi); hastaya doğru tanının konması, sorunun dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi, değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış (güvenilir) tedavinin seçilmesi, uygun bir reçete yazılması, hastaya açık bilgiler ve talimatlar vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir.

Aile hekimlerinin kendilerine başvuran hastalarına karşı yaklaşımları genel olarak şu şekilde ilerlemektedir;

Önemli Noktalar

- Akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri;
 - etkinlik,
 - güvenilirlik,
 - uygunluk,
 - maliyettir.
- Aile hekimlerinin sürekli bakım verme kapsamında akılcı ilaç kullanımında verilen tedavilerin etkinliğinin takip sürecinde geri bildirim ve kontrol muayeneleri ile değerlendirmesi önem arz etmektedir.

- Bilgi ya da öğüt vermek,
- İlaçsız tedavi,
- İlaçla tedavi,
- Sevk etmek.

Örnek Vaka:

-57 yaşında kadın hasta

-Şikayeti: Boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı, öksürük, balgam ve 38 derece ateş ile başvurdu.

Hastanın muayenesinde orofarenkste hiperemi, tonsiller hipertrofi ve kriptler olduğu görüldü. Yapılacaklar;

1. Problemin tanımlanması ve eldeki imkanlarla tanı konması (semptomlar: boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı ve akıntısı, tonsiller hipertrofi, hiperemi, ateş, boğaz ve tonsillerde beyaz ve sarı lekeler, tanı: kriptik tonsillit),
2. Tedavi amaç(ları)nın belirlenmesi (vücut ısısının normal düzeye gelmesi için düşürülmesi, semptomların giderilmesi), Etkili ilaç gruplarının listelenmesi (klinik gidişe göre uygun ilaç seçim kararının verilmesi, semptomatik tedavi), Kriterlere göre etkili bir ilaç grubu seçilmesi,
3. İlacın seçilmesi.

İlacımız için reçete yazınız;

- 1- İlacın etkileri: Hangi belirtiler, ne zaman kaybolacak? İlacı almak neden önemli? İlacı almazsa ne olur ?
- 2- Yan etkiler: Hangi yan etkiler oluşabilir, bunları nasıl fark edebilir, bunlar ne kadar sürecek, ne kadar ciddi, ortaya çıktığında ne yapılabilir?
- 3- Talimatlar : İlaçları ne zaman almalı, nasıl almalı, nasıl saklamalı, tedaviye ne kadar devam etmeli, sorun çıktığında neler yapmalı?
- 4- Uyarılar: Neler yapmamalı (ilaç etkileşimi gibi dikkat edilmesi gerekenler), maksimum doz (toksik ilaçlar için), tedaviye devam etme zorunluluğu (antibiyotikler için).
- 5- Sonraki randevu: Ne zaman gelmeli ya da gelmemeli, ne zaman daha erken gelmeli, kontrolde size söylemek için hangi noktalara dikkat etmeli?
- 6- Her şey anlaşıldı mı?: Başka soru var mı, tekrar eder misin?

Tedavi etkili miydi?

*Hastalık iyileşti ise; tedaviyi sonlandırın.

*Hastalık iyileşti fakat henüz tamamlanmadı ise, herhangi bir ciddi yan etki ortaya çıkmadı ise tedaviye devam edin, ciddi bir yan etki ortaya çıktı ise dozu ve ilaç seçiminizi yeniden değerlendirin.

*Hastalık iyileşmedi ise aşağıdaki adımları gözden geçirin;

- Tanı doğru mu?
- Tedavi amaçları doğru mu?
- Seçilen ilaç bu hasta için uygun mu?
- İlaç doğru reçete edilmiş mi?
- Tedavi hastaya doğru anlatılmış mı?
- Etki doğru biçimde izlenmiş mi?

Popülasyonlar yaşlandıkça; kronik hastalıkların oranı artmakta ve bununla birlikte kullanılan ilaç miktarı ve çeşidi artmaktadır. Artan kronik hastalık prevalansı ile birlikte çoklu ilaç kullanımı, uygunsuz ilaç kullanımı riskini arttırarak, ilaç direnci ve yan etkiler gibi problemlere yol açabilmektedir.

DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

İlaç Reçetelemede Aile Hekimlerinin Dikkat Etmesi Gereken Bazı Pratik Bilgiler

-Kullanılmakta olan ve en son kullanılan ilaçlar, hastanın alerjik durumları sorgulanmalı ve hasta tarafından belirtilmesi sağlanmalıdır.

-İlaçların nasıl, hangi dozda, hangi sıklıkta (günde iki defa, 12 saat arayla), ne kadar süre (kaç gün) kullanılacağı ve hangi koşullarda saklanacağı hastaya tam olarak anlatılmalı ve hasta/hasta yakını tarafından eksiksiz olarak uygulanmalıdır.

-Hasta/hasta yakını ilacın olası yan etkileri, ilacın besin ve ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirilmelidir. Bu durum hasta/hasta yakını tarafından da sorgulanmalıdır.

-İlaçlar kullanma talimatında belirtilen şekilde saklanmalıdır. Uygun olmayan saklama koşullarında ilaçların kimyasal yapılarında bozulma olabileceği yani etkisini kaybedebileceği hatta istenmeyen etkilerin ortaya çıkabileceği, zehirlenmelerin oluşabileceği unutulmamalıdır.

-Buzdolabında saklanması gereken ilaçlar kesinlikle buzlukta saklanmamalı ve dondurulmamalıdır.

-Hamilelik ve emzirme döneminde, çocuklarda, yaşlılarda, böbrek ve karaciğer yetmezliği olan hastalarda, kronik hastalığı olanlarda, ilaç alerjisi öyküsü olanlarda ilaç kullanımı konusunda daha dikkatli olunmalıdır.

-İlaç; hekimin veya eczacının önerisi dışında; çiğnenerek, kırılarak, bölünerek veya suda çözülerek kullanılmamalıdır. Unutmayınız ki her ilaç buna uygun olarak üretilmemiştir.

-İlaçlar çocukların göremeyeceği, ulaşamayacağı yerlerde, ışıktan ve nemden korunarak ve ambalajında saklanmalıdır.

-İlaç, hekiminiz tarafından önerilen süre boyunca kullanılmalıdır. İlaç kullanımı yarıda kesilmemeli, hekime danışmadan doz değişikliğine gidilmemelidir.

-Doz atlamamaya ve ilacı hekimin önerdiği şekilde almaya özen gösterilmelidir.

-İlaç dışı gıda takviyesi, bitkisel ürün gibi tedaviye yönelik diğer ürünlerin bilinçsiz kullanımından kaçınılmalıdır.

-Kesilmiş veya açılmış ambalajlar satın alınmamalı, son kullanma tarihi geçmiş olan ilaçlar kesinlikle kullanılmamalıdır.

AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

-Çoklu ilaç kullanımı

-İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı

-Klinik rehberlere uymayan tedavi seçimi

-Piyasaya yeni çıkan ilaçların uygunsuz tercihi

-İlaç kullanımında özensiz davranılması (uygulama yolu, süre, doz)

-Uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması

-Gereksiz yere antibiyotik tüketimi

-Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi

-Gereksiz ve uygunsuz vitamin kullanımı

-Bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı

-İlaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi

-Hastaların tedaviye uyumunun azalması

-İlaç etkileşimleri

-Bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesi

-Hastalık iyileşme süresinin uzamasına ya da sık tekrarlamasına

-Yan etki görülme sıklığının artışı

-Tedavi maliyetinin artış göstermesine neden olur.

En çok satılan ilaçlar (Dünya genelinde)

- Kalp-damar hastalıkları %19,3
- Santral sinir sistemi hastalıkları %15,8
- Metabolik hastalıklar %15,3
- Antibiyotikler %9,9
- Solunum sistemi hastalıkları % 9,3

En çok satılan ilaçlar (Türkiye’de)

- Antibiyotikler %19,0

- Ağrı kesiciler %12,0
- Antiromatizmal ilaçlar %11,0
- Soğuk algınlığı ilaçları %8,6
- Vitaminler %7,3

Kişi başına sağlık harcaması (Gayrisafi Yurtiçi Hasılanım)

Türkiye:	%4,4'ü
Almanya	%10,6'sı
İngiltere	%8,4'ü

Sağlık harcamasında ilacın payı

Türkiye	%32 (birinci)
İsviçre	%7 (sonuncu)

İlaç bedeli ödenmesinde kamunun payı

Türkiye	%83
ABD	%13

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Editör Recep Akdağ, 2011, Ankara.
2. WHO "Effective Public Education" in promoting rational drug use. WHO Programme on Essential Drugs and International Network for the Rational Use of Drugs, Eğitim Programı, 1987, Nairobi.
3. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to good prescribing. WHO/ Action programme on essential drugs, 1994, Geneva.
4. De Vries TPGM. Presenting clinical pharmacology and therapeutics. A problem based approach for choosing and prescribing drugs. Br J Clin Pharmacol, 1993;35:581-6.
5. Ro Laing Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. Health Policy Planning, 2001;16(1);13-20.
6. Morgan RDJ, Sutters CA, Livesley B. Cost –effective prescribing in elderly people. Pharmacoeconomics. 1992;1(6);387-93.

Konu 62

AİLE HEKİMLİĞİNDE EKG OKUMA

Ali Ramazan BENLİ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların aile hekimliği uygulamasında EKG okuma prensipleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- EKG'yi sistematik değerlendirme prensiplerini açıklayabilmeli,
- EKG dalga ve segmentlerini açıklayabilmeli,
- Kalp hızını ve aksını hesaplayabilmeli,
- Sağ ve sol dal bloklarını ayırt edebilmeli,
- Aritmi, enfarktüs gibi acil durumların EKG'lerini ayırt edebilmeli.

ÖZET

Elektrokardiyogram (EKG) ile tanı koymak; ancak doğru çekilmiş bir EKG varlığında mümkündür. Kalp hızı, ritmik olup olmaması, P dalga varlığı, P dalgasını QRS kompleksinin takip etmesi, P-R intervali, QRS kompleksi süresi ve Q-T intervalini değerlendirmek aile hekimliğinde akut ve kronik birçok hastalığın teşhisinde yararlı olacaktır. Kalbin elektriksel eksen (aks) sapmasını, patolojik dalgaların varlığını, bloklar ve aritmi çeşitlerini tanımak klinik uygulamada önemli bir yer tutar.

GİRİŞ

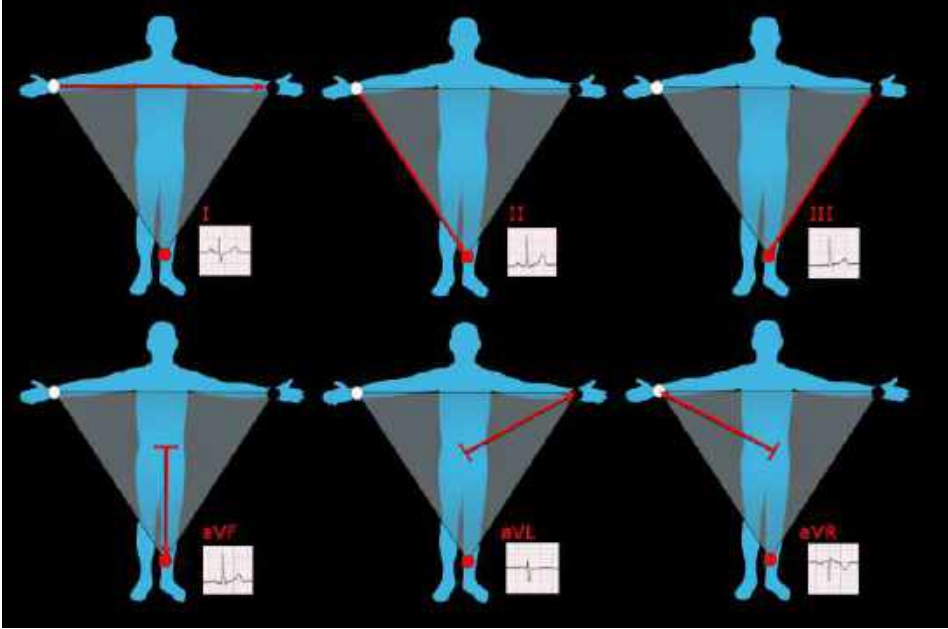
Önemli Noktalar

- EKG, kalbin oluşturduğu elektriksel gerilimin grafiksel kayıdır.
- Sinyaller ekstremitelere ve göğüs duvarına yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla alınır.
- Ekstremitelere bağlanan elektrotlar (sağ kol: kırmızı, sol kol: sarı, sol bacak: yeşil, sağ bacak: siyah) arasındaki gerilim farkları bipolar derivasyonları (D I: sağ kol-sol kol, D II: sağ kol-sol bacak, DIII: sol kol-sol bacak) oluşturur.
- Unipolar derivasyonlar ekstremitte ve göğüs derivasyonları olmak üzere ikiye ayrılır:
- Ekstremitte derivasyonları: aVR (sağ kol), aVL (sol kol), aVF (sol bacak)
- Göğüs derivasyonları: V1: sternum sağında 4. torakal interkostal aralık, V2: sternum solunda 4. interkostal aralık, V3: V2 ile V4 arasında orta nokta, V4: midklavikular hattın solda 5. interkostal aralığı kestiği nokta, V5: ön aksiller hattın solda V4'ten çizilen yatay hattı kestiği nokta, V6: orta aksiller hattın solda V4'ten çizilen yatay hattı kestiği nokta, şeklindedir.
- Pozitif derivasyonların kalbi gördüğü açıdan değerlendirilmesi yorumlamada kolaylık sağlayacaktır. Buna göre derivasyonların kalbin üzerindeki yorumları: "V1-V4: anteroseptal, V2-V5: anterior, V5-V6: anterolateral, DII-DIII-aVF: inferior, DI-aVL: yüksek lateral, aVR: sağ" şeklindedir.
- EKG'de dalgalardan P: atrium depolarizasyonunu, QRS: ventrikül depolarizasyonunu, T: ventrikül repolarizasyonunu gösterir. Atrium repolarizasyonu ise QRS'in içinde kaybolur.
- EKG değerlendirmesinde kalbin hızı, ritmi, aksı, dalgaların normal olup olmadığı, dalga aralarındaki geçişlerde yükseklik veya çökme varlığı, dalga boylarına bakılır. Özel bir derivasyona bakılmayacaksa değerlendirmeler kalbin iletisine (sinoatrial noddan ventriküle gidiş yönü) paralel olan DII üzerinden yapılır.
- Kalp hızının değerlendirmesinde "300/RR aralarındaki büyük kareler sayısı" şeklinde hesaplanır. Normal hız: 60-100/dk arasındadır.
- Kalp ritminin değerlendirilmesinde ise her P dalgasını bir QRS dalgasının takip edip etmediği ve bu durumun eşit aralıklarla devam edip etmediğine bakılır.
- Aksın değerlendirilmesinde yatay düzleme denk gelen DI ve dikey düzleme gelen aVF üzerinden yorum yapılır. Normal aks -30 ile +90 arasındadır. İki derivasyonda da R dalgasının pozitif olması beklenir. Aksın -30'dan daha aşağı olması sol aks sapmasını, +90'dan daha yüksek olması ise sağ aks sapmasını gösterir.
- Dalgaların boyları bize kalbin boşlukları hakkında bilgi verir. P dalgasının amplitüdünün 2,5 mm'den büyük olması atrium hipertrofisini, R dalgasının V4-V5-V6'da 26 mm'den yüksek olması sol ventrikül hipertrofisini, V1'de R dalgasının 7 mm'den yüksek olması sağ ventrikül hipertrofisini gösterir.
- P dalgasının çentikli olması sol atrial genişlemede, QRS dalgasının çentikli olması dal bloklarında, T dalgasının normalden yüksek olması ve sivrileşmesi iskemi ve elektrolit bozukluklarında görülebilir.
- ST yükseklikleri kalpte miyokard enfarktını, 1 mm. den fazla depresyonu ise iskemiye gösterir.
- Myokard enfarktüsünde (MI) lokalizasyona göre yorum yapılır. DII-DIII-aVF de ST yükselmesi varsa inferior MI, V1-V2 de ST yükselmesi varsa septal MI, V1-V5 ST yükselmesi varsa anteroseptal MI, V5-V6 da ST yükselmesi varsa lateral MI varlığını gösterir.
- Acil durumlarda kardiyoversiyon yapmak için monitorizasyon gereklidir. Ventriküler fibrilasyonda ve ventriküler taşikardide genel durum bozulmuş ise defibrile etmek gerekir.
- EKG'nin doğru yorumu sadece trase okumaktan ibaret olmayıp, hasta ile ilgili klinik ayrıntıları da içermelidir. Her aile hekimi EKG'yi anlamalı ve yorumlayabilmelidir.

EKG, kalbin oluşturduğu elektrik gerilimlerinin grafiksel bir kayıdır. Elektrik farkları, ekstremitelere ve göğüs duvarına bağlanmış metal elektrotlar aracılığı ile algılanır, güçlendirilir ve elektrokardiyografa yazdırılır. EKG, ucuz, kolay uygulanan, girişimsel olmayan ve fonksiyonel bir değerlendirme aracıdır. EKG'nin klinik önemi; aritmiler, ileti kusurları ve miyokard infarktüsü (MI) veya iskemisinin saptanmasının yanısıra hayatı tehdit eden metabolik bozukluklar veya kardiyak ölüm gibi birçok klinik durum hakkında bilgi verir.

GENEL BİLGİLER

Derivasyon: Elektrotların bağlandıkları yerlere göre potansiyel farkların kaydedildiği elektrokardiyogram eğrisine derivasyon denir. Standart EKG, altısı ekstremit (DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF) ve altısı da göğüs veya prekordiyal derivasyon (V1-V6) olarak 12 derivasyondan ibarettir. Pozitif ve negatif elektrotların kullanılmasıyla oluşan derivasyonlar bipolar (DI, DII, DIII), tek pozitif elektrottan elde edilenler unipolar (aVR, aVL, aVF, V1-V6) derivasyon olarak isimlendirilir (Şekil 1,2).



Şekil 1. Ekstremit Derivasyonları

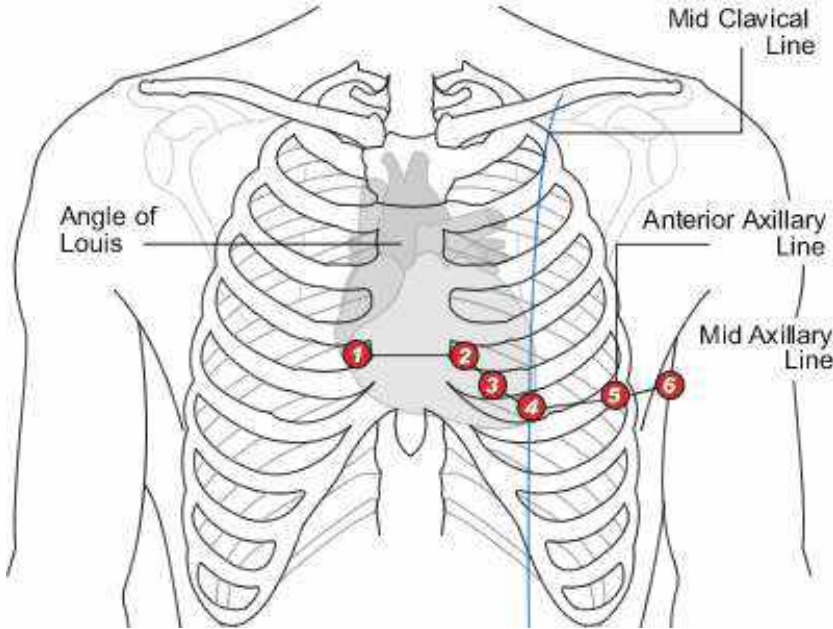
Ekstremitte Derivasyonları

- DI: Sol el bileğine sarı, sağ el bileğine kırmızı elektrot takılır. (Sol kol-sağ kol arasındaki potansiyel fark)
- DII: Sol ayak bileğine yeşil, sağ el bileğine kırmızı elektrot takılır (Sağ kol-sol bacak arasındaki potansiyel fark)
- DIII: Sol ayak bileğine yeşil, sol el bileğine sarı elektrot takılır (Sol kol-sol bacak arasındaki potansiyel fark)
- aVR (sağ kol), aVL (sol kol), aVF (sol bacak): augmented (yükseltilmiş) unipolar derivasyonlardır. Sağ kol, sol kol, sol bacadaki gerilimi ölçer (Şekil 1).

Göğüs Derivasyonları

V1, V2, V3, V4, V5, V6: Unipolar göğüs derivasyonlarıdır. Yerleşimleri;

- V1 (kırmızı) sternumun sağ tarafı 4. interkostal aralık,
- V2 (sarı) sternumun solu 4. interkostal aralık,
- V4 (kahverengi) midklavikular hat ile sol 5. interkostal aralığın kesiştiği nokta,
- V3 (yeşil) V2 ve V4 ü birleştiren çizginin ortası,
- V5 (siyah) V4 ten çizilen yatay çizgi ile ön aksiller hattın birleşme noktası,
- V6 (mor) V4 ten çizilen yatay çizgi ile orta aksiller çizginin kesişme noktasına yerleştirilir (Şekil 2).

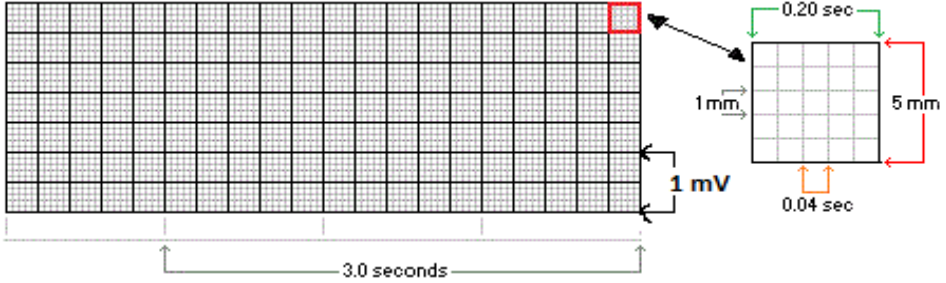


Şekil 2. Göğüs Derivasyonlarının Yerleşimi

Herhangi bir derivasyonun bipolar veya unipolar olmasına bakılmaksızın pozitif elektrotun yerleşim yerine göre değerlendirilmesi konunun daha iyi anlaşılmasını sağlar. Buna göre derivasyonların sol ventriküle bakış konumu şöyledir: DII, DIII, aVF inferior bölgeye, DI ve aVL yüksek lateral bölgeye, V1-V4 anteroseptal bölgeye, V5-V6 anterolateral bölgeye bakar. aVR ise sol ventrikülün belirli bir bölümüne bakmaz, kalbi sağ omuz bölgesinden görür.

EKG çekilmeden önce cihazın kalibrasyonuna, hastanın vücudunun kan, ter, yağ gibi maddeler yönünden kirli olup olmadığına, elektrotların temizliğine, hastanın hareket etmemesi gerektiğine, hastanın üzerinde metal eşya olmamasına dikkat edilmesi gerekir. EKG'nin iğnesi veya kalemi elektriksel değişiklikleri ısıya duyarlı kağıda kaydeder. Bu kağıt 1x1 mm olan küçük ve 5x5 mm olan büyük karelerden oluşmaktadır. EKG kağıdının hızı genellikle 25 mm/sn'dir. Her bir küçük yatay kutu 0,04 saniyeye (40 msn) karşılık gelir. Beş küçük kareyi içeren daha kalın çizgiden oluşan büyük kareler 0,2 saniyelik (200 msn) aralıkları gösterir. Bazen EKG kağıt hızını, dalga formlarını daha iyi yorumlamak için 50 mm/sn'ye arttırmak gerekir (Şekil 3).

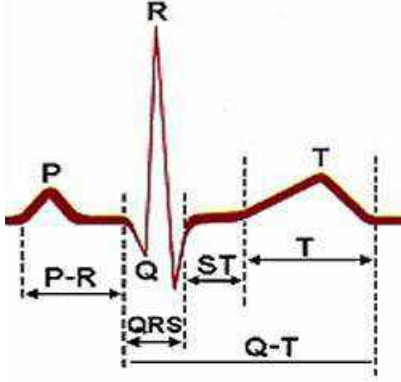
EKG grafiğinde oluşan dalganın yüksekliğine amplitüd denir. Standart kalibrasyon ile 10 mm'lik yükseklik (10 küçük kare) 1 mV'a eşdeğer gelir (Şekil 3). Kağıt hızı ve voltajı genellikle kağıdın altında yazılıdır.



Şekil 3. Elektrokardiyograf

EKG DALGALARI VE İNTERVALLER

EKG dalgaları, atrium depolarizasyonunu yansıtan P dalgası ile başlamak üzere, alfabetik olarak adlandırılır. QRS kompleksi ventriküler depolarizasyonu, ST-T-U kompleksi ventriül repolarizasyonunu yansıtır. J noktası, QRS kompleksinin sonu ile ST segmentinin başı arasındaki bağlantıdır (Şekil 4).



Şekil 4. EKG Dalgaları

P dalgası: P dalgası atriyum depolarizasyonunu gösterir (Şekil 4). Kardiyak uyarı sinüs düğümünden çıktıktan sonra AV düğümüne doğru atriyumlar boyunca ilerler. Normal P dalgası her iki atriyum miyokardının aktivasyonundan kaynaklanır ve sinüs düğümü aktivitesinin bir sonucudur. Ancak direkt olarak sinüs düğümü aktivitesini temsil etmez. Sinüs ritmi sırasında sağ atriyum sol atriyumdan daha önce uyarılır. Bu bazı normal kişilerin EKG'sinde P dalgasında görülen küçük çentiklenmeyi açıklar. P dalgasının süresi genelde üç küçük kareyi ifade eden 0,12 sn'nin ve amplitüdü 2,5 küçük kareyi ifade eden 0,25 mV'nin altındadır. P dalgası DI, DII, aVF ve V3-V6 da her zaman pozitifdir. aVR ise her zaman negatiftir. P dalga değişikliği atriyum patolojilerini gösterir.

PR aralığı (PR intervali): P dalgasının başlangıcından QRS dalgasının başlangıcına kadar olan süreyi ifade eder (Şekil 4). PR intervali AV düğümü ve his demeti boyunca iletiyi tanımlar ve ventriküllerin depolarizasyonunun ilk safhasını oluşturan, atriyumlardan interventriküler septuma yayılan depolarizasyon için gerekli zamanı ölçer. Bu da AV düğümü ve his demeti patolojilerini göstermesi bakımından önem arz eder.

PR aralığının uzunluğu kalp hızı ile değişir. Normal olarak 0,12-0,20 sn'dir (üç veya beş küçük kare). AV nodal blokta PR aralığı 0,20 saniyeden büyüktür. Sempatik aktivite ile hızlı kalp atımında PR aralığı kısalır. Sempatik aktivitenin azalması sonucu ise AV düğüm iletimi yavaşlar ve PR aralığı uzar.

QRS Kompleksi: EKG düzleminde ventriküler depolarizasyonu ifade eder. Bu kompleksin aşağı (negatif) ilk değişikliği Q dalgası, yukarı (pozitif) ilk değişikliği R dalgası ve bunu takip eden aşağı (negatif) yöndeki dalga S dalgasıdır (Şekil 4). Bazı kişilerde S dalgasından sonra yukarı yönde ikinci bir dalga olabilir ve buna R üstü (R') denir. QRS normal süresi 0,10 saniyeden azdır. Bu sürenin 0,12 saniyeden uzun olması interventriküler iletimdeki gecikmelere bağlıdır. QRS kompleks uzunluğu kalp hızından etkilenmez. QRS kompleksi değişiklikleri ventrikülü ilgilendiren patolojileri ve dal bloklarını gösterir.

R dalgası büyüklüğünün, V1'den V6 derivasyonuna doğru artması gerekir. Normal olarak V1 derivasyonunda küçük R dalgası ve derin S dalgası vardır. V6'da büyük R, küçük S dalgası vardır. Şayet Q dalgası R dalga boyunun ¼'ünden daha derin ve/veya

0,04 ml/sn'den (bir küçük kare) uzun ise "Patolojik Q" adı verilir. Patolojik Q dalgası genellikle geçirilmiş myokard infarktüsünü işaret eder.

ST segmenti: Ventriküler depolarizasyonu ile repolarizasyonu arasındaki elektriksel olarak sessiz dönemi yansıtır (Şekil 4). ST segmenti, QRS kompleksinin sonlandığı J (junction-kavşak) noktası ile T dalgasının başlangıcını birleştiren aralıktır. Süresi kalp hızıyla ters orantılı olarak değişkenlik gösterir (0-0,15 sn arasında). ST segmenti normal durumda izoelektrik çizgidedir (TP aralığı ile aynı düzeyde) ve T dalgasının başlangıcına doğru hafif yükselme gösterir. ST segmentinin ekstremitte derivasyonlarında 1 mm yukarıya ya da 0,5 mm aşağıya kayması normal bir bulgudur. Bazen, erken repolarizasyona bağlı olarak göğüs yada ekstremitte derivasyonlarında 3 mm'ye varan yukarıya kayma gözlenebilir.

T Dalgası: Ventriküllerin repolarizasyonunu yansıtır (Şekil 4). Erişkinlerde normal T dalgasının süresi 0,10-0,25 sn'dir. Genliği ise göğüs derivasyonlarında 10 mm'nin, ekstremitte derivasyonlarında 6 mm'nin altındadır. Normal olarak DI, DII, V3-V6'da pozitif (ventrikül repolarizasyonunun yönü bu derivasyonlara doğru olduğundan), aVR'de negatif (ventrikül repolarizasyonunun yönü bu derivasyondan uzaklaştığı için) T dalgaları görülür. Diğer derivasyonlarda ise T dalgasının görünümü değişkenlik gösterir: DIII, V1-V2'de pozitif ya da negatif, aVL ve aVF'de pozitif, negatif ya da bifazik olabilir. T dalgası da yine ventrikül patolojilerini gösterir.

U dalgası: T dalgasını izleyen, her zaman görülmemeyen ve oluşum nedeni kesin olarak bilinmeyen, ancak ventrikül içi ileti sisteminin yavaş repolarizasyonunu yansıttığı düşünülen bir dalgadır. Genellikle en iyi V3 derivasyonunda görülür ve T dalgasıyla aynı yöndedir. Genliği T dalgası genliğinin dörtte birini geçmez.

QT aralığı (QT intervali): Ventriküllerin depolarizasyonu ve repolarizasyonu için geçen toplam süreyi yansıtır (Şekil 4). QRS kompleksinin başlangıcından T dalgasının bitimine kadar olan sürenin ölçümüyle belirlenir. Normal QT aralığı değerleri; yaş, cinsiyet ve kalp hızıyla değişkenlik gösterir. Kalp hızına göre düzeltilmiş QT aralığı, QT uzaklığı (sn)'nin RR aralığı (sn)'nin kareköküne bölünmesiyle hesaplanır (Bazett formülü). Hesaplanan bu intervale "Düzeltilmiş QT aralığı" adı verilir. Düzeltilmiş QT aralığının (QTc) üst sınırı 0,44 sn'dir. QT aralığını değerlendirmek için daha basit bir yöntem, QT aralığının üst sınırını 70/dk kalp hızı için 0,40 sn. olarak kabul edip kalp hızında her 10/dk artış için bu rakamdan 0,02 sn. eksiltmek ve her 10/dk azalma için 0,02 sn artırmaktır. Buna göre, örneğin 90/dk kalp hızında QT'nin üst sınırı 0,36 sn iken; 60/dk kalp hızında ise 0,42 sn'dir.

KALP HIZI

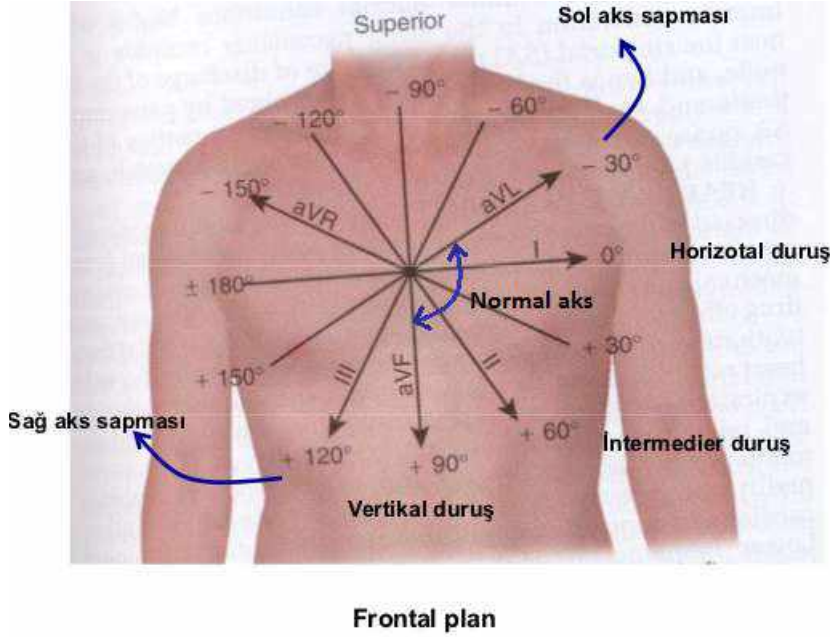
Kalbin ritmi düzenli ise ardışık QRS kompleksleri kalp hızını hesaplamada kullanılabilir. Kalp hızı ritmik ise 300 rakamının iki QRS kompleksi arasında kalan büyük kutu sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Eğer ardışık iki QRS kompleks arasında 2 adet büyük kutu varsa, kalp hızı $300 \div 2 = 150$ atım/dk'dır. Alternatif olarak, QRS kompleksleri arasındaki zaman saniye olarak da hesaplanabilir. 60 rakamı bu sayıya bölünerek kalp hızı bulunabilir. Örnek olarak, iki QRS kompleksi arasındaki süre 0,80 sn. ise, kalp hızı $= 60 \div 0,80 = 75$ atım/dk'dır.

Eğer kalp ritmi düzensiz ise, kalp hızını hesaplamanın en basit yolu EKG'deki komplekslerin sayısını 6 rakamı ile çarparak bulmaktır. Çünkü standart EKG 10 sn'lik bir zamanı gösterir. Kalp hızı 60-100/dk ise normal, 60/dk'dan az ise bradikardi, 100/dk'nın üstünde ise taşikardi olarak kabul edilmektedir.

KALBİN ELEKTRİKSEL AKSI

Her bir derivasyon, kendi pozisyonundaki elektriksel aktivitenin doğrultu ve büyüklüğünü kaydeder. Derivasyonu kendisine yaklaşan bir aktivite, yukarı yönde bir değişiklik yaparken; uzaklaşan bir elektriksel aktivite, aşağı yönde bir değişikliğe neden olur. Yukarıda bahsedilen dalga formlarının herbirinin elektriksel aktivitelerinin saptanabilmesine karşın, altı ekstremita derivasyonu olarak kullanılarak hesaplanan QRS ortalama aksı klinik olarak önemlidir. Einthoven üçgeni ve standart bir EKG'de 6 ekstremita derivasyonun dağılımı görülmektedir. Deri elektrotları her iki kol ve bacağına yerleştirilir, sağ bacak topraklamayı (dirençin en düşük olduğu elektrot) ifade eder. DI, DII, DIII numaralı derivasyonlar bipolardır ve iki derivasyon arasındaki elektriksel aktiviteyi verirler. DI; sağ ve sol kol (sol kolda pozitif), DII; sağ ve sol bacak (sol bacakta pozitif), DIII ise sol kol ile sol bacak (sol bacakta pozitif) arasındaki elektriksel farkı gösterirler. aVR, aVL, aVF derivasyonları daha değerlidirler. Bu derivasyonda elektriksel aktivite sağ kola doğru ise aVR'de, sol kola doğru ise aVL'de ve sol bacağına doğru ise aVF'de, QRS pozitif olacak ya da daha belirgin şekilde yukarı yönde değişecektir. Bu altı derivasyon 30 derecelik açılarla frontal düzlemde altıgen şeklinde yerleşirler (Şekil 5).

Normal QRS aksı -30 +90 derece arasında değişir. Aks -30 dereceden fazla negatifse sol aks deviasyonunu, +90 dereceden fazla ise sağ aks deviasyonunu ifade eder. Genellikle DI ve aVF'de pozitif QRS dalgası olması, QRS aksının normal olduğunu ve 0 ile 90 arasında bulunduğunu gösterir.



Şekil 5. Kalbin elektriksel aksının EKG derivasyonlarındaki görüntüsü

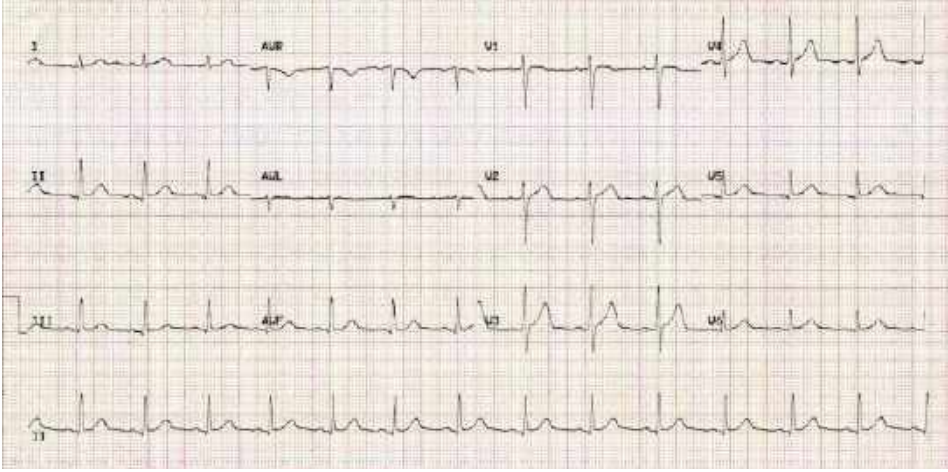
Sağ aks sapması: DIII ve aVF’de QRS pozitifliği, DI ve aVL’de QRS negatifliği (sol posterior fasiküler blok, lateral MI, sağ ventriküler atrofi, akut akciğer hastalığı, pulmoner emboli gibi) ventriküler ektopi, hiperkalemi, Wolf Parkinson White (WPW) sendromunu gösterebilir iken, horizontal yerleşimli kalbi olan zayıf erişkinlerde ve çocuklarda normal olarak da görülebilir.

Sol aks sapması: DI ve aVL derivasyonlarında QRS pozitifdir (dominant R dalgası). DII ve aVF derivasyonlarında QRS negatiftir (dominant S dalgası). Sol aks sapması; sol anterior fasiküler blok, sol dal bloğu, sol ventrikül hipertrofisi, inferior miyokard infarktüsü, ventriküler ektopi, pace ritmi, WPW sendromunda görülebilir.

ARİTMİLER

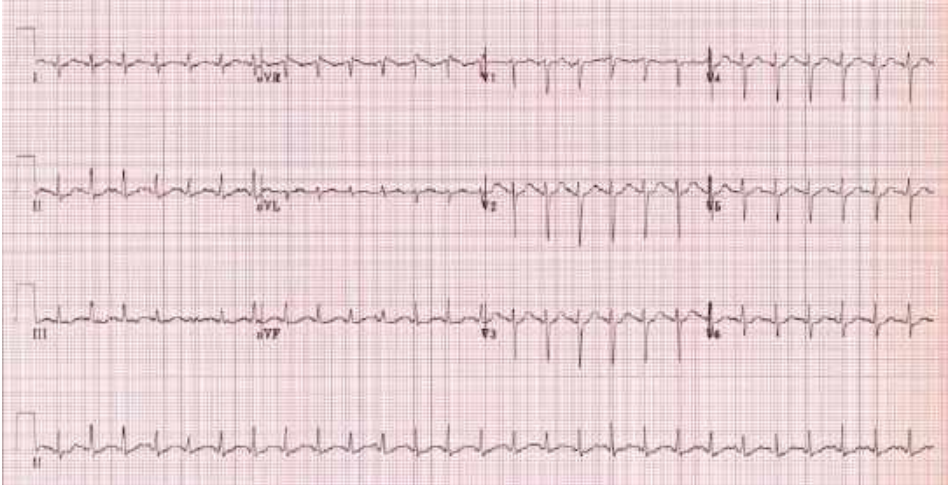
Aritmileri tanımak ve aritminin türüne göre tedavi etmek hayati önem taşımaktadır. Aritmiler, zamanında doğru tanı konup tedaviye başlanmaz ise mortalite ve morbidite ile seyredebilir.

Normal Sinüs Ritmi: Kalp hızı 60-100 arasındadır. İki R arasındaki karelere bakılır. 300/büyük kare veya 1500/küçük kare formülü ile kalp hızı bulunur. P dalgası DI, DII, aVF ve V2-V6 derivasyonlarında pozitif, DIII ve V1’de pozitif veya bifazik (+/-), aVL’de pozitif veya negatif ve aVR’de negatif ise sinüs ritmi düşünülür. QRS’ler dardır (<100 ms genişlik), her P dalgasından sonra bir QRS gelmektedir. PR aralığı sabittir (Şekil 6).



Şekil 6. Sinüs ritmi ve normal kalp hızı

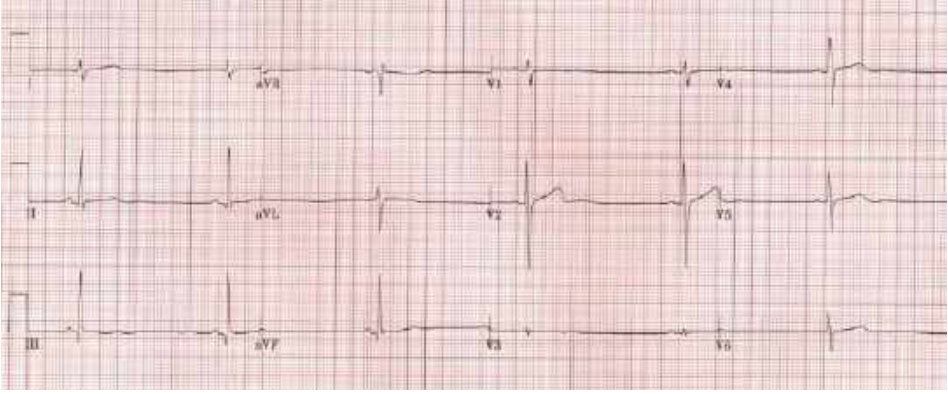
Sinüs Taşikardisi: Normal P-QRS-T dalgaları mevcut olup kalp hızı 100 atım/dk'nın üzerindedir (Şekil 7).



Şekil 7. Sinüs taşikardisi

Sinüs taşikardisinin en sık nedenleri: anemi, ağrı, anksiyete, korku, egzersiz, hipovolemi, ateş, MI, kalp yetersizliği, pulmoner emboli, obezite, fiziksel formda olmama, gebelik, tirostikoz, anemi, CO₂ retansiyonu ve ilaçlardır.

Sinüs Bradikardisi: Düzenli ve normal PR intervali (0,12-0,20 sn) varlığında sinoatriyal nod kaynaklı kalp hızının 60/dk'dan az olmasıdır. P-P araları eşit ve her P dalgasını QRS dalgası izler (Şekil 8).



Şekil 8. Sinüs bradikardisi

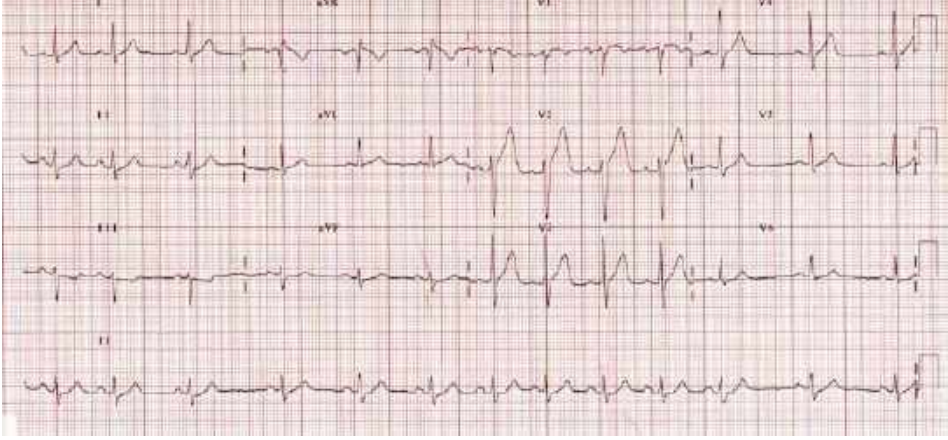
Sinüs bradikardisi yaygın olarak görülür ve genelde selim bir bulgudur. Uyku, yaşlılık, sporcu kalbi, ağrı (vagal stimülasyon artışına bağlı), MI veya iskemi, hiperkalemi, hipotroidizm, kafa içi basınç artışı (KİBAS), anorexia nervosa, miyokardit, ilaç kullanımı ve organofosfat zehirlenmesi gibi durumlarda oluşabilir.

Hasta Sinüs Sendromu: Sinüs bradikardisi, sinüs duraklaması, paroksizmal düzenli veya düzensiz atrial taşikardi atakları veya yavaş ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyon gibi çeşitli aritmilerle karakterize bir sendromdur (Şekil 9). Genellikle 6.-7. dekatta ortaya çıkar. Nadiren hayatı tehdit eder. Senkop, baş dönmesi ve çarpıntı görülebilir. Tedavide genellikle kalıcı kalp pili implantasyonu gereklidir.



Şekil 9. Hasta sinüs sendromu

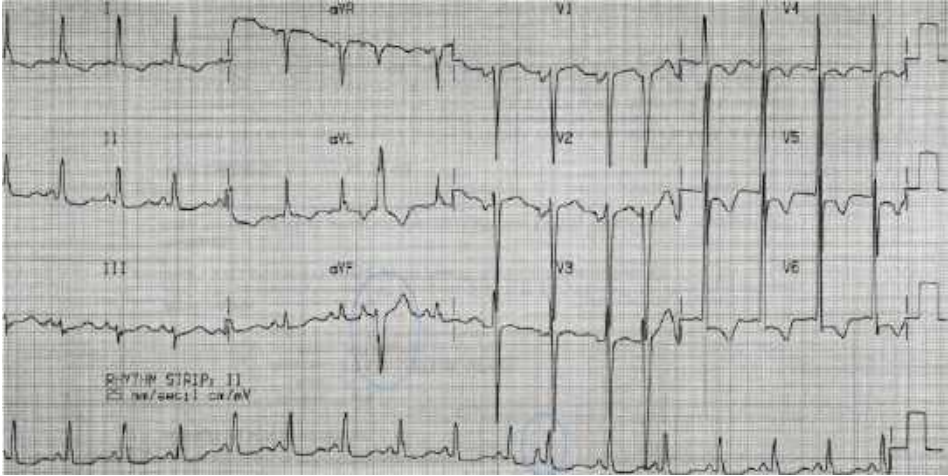
Sinüs Aritmisi: Vagal tonus bozukluğuna bağlı olarak meydana gelir. Tipik olarak inspiyumda kalp hızlanır, ekspiyumda yavaşlar. Bu fazik değışim sinüs aritmisi olarak adlandırılır (Şekil 10). Tedaviye gerek duyulmayan selim bir aritmidir.



Şekil 10. Sinüs aritmisi

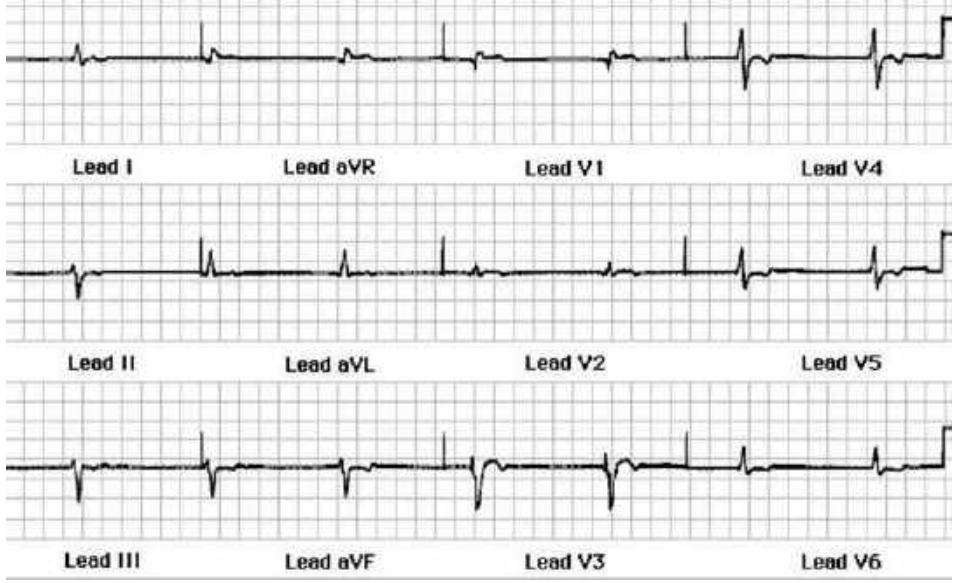
SUPRAVENTRİKÜLER ARİTMİLER

Prematür Atriyal Kompleks: Sinüs düğümü dışından, atriyumun başka yerinden uyarı çıkar. Bu nedenle P dalgasının şekli farklıdır. Genellikle normal QRS'in takip ettiği anormal P dalgası mevcuttur (Şekil 11). Anksiyeteye, ilaçlara, aşırı kafeine, digoksin toksisitesine bağlı gelişebilir. Genellikle tedavi gerekmez.



Şekil 11. Prematür atrial kompleks

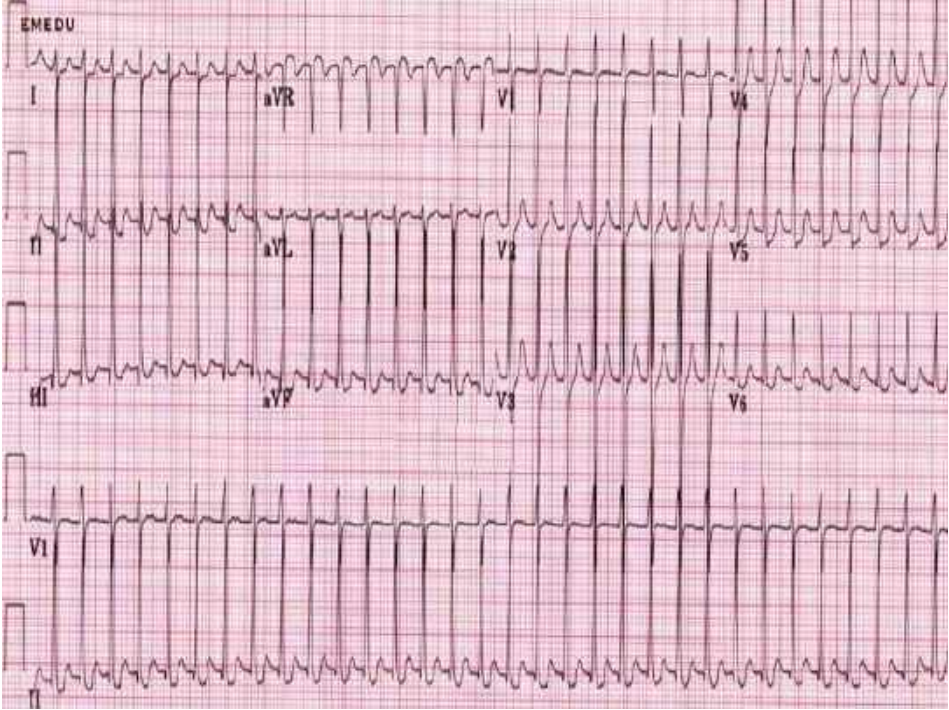
Nodal Ritm: Sinoatrial düğüm aktivitesinin geçici kaybı sonucu kalbin pacemaker görevini AV nodun almasıyla oluşur. Ventriküler kaynaklı olmadığı için QRS'ler dardır. Hız 40-60 atım/dk civarındadır (Şekil 12).



Şekil 12. Nodal ritm

İskemik kalp hastalığı ve digoksin kullanımına bağlı olabilir. Nadiren normal bireylerde görülebilir. Tedavi kalp hızı çok düşmüş ise gereklidir. EKG de P dalgası yoktur veya arkadan gelir.

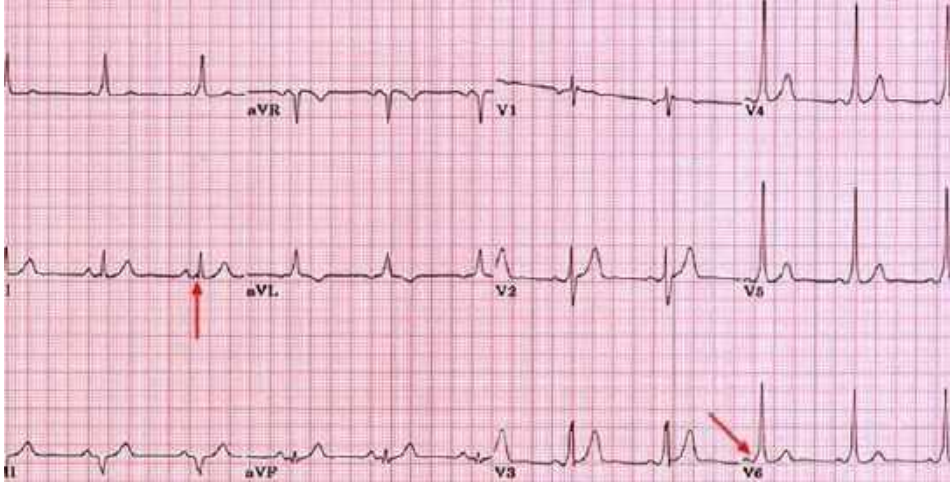
Paroksizmal Supraventriküler Taşikardi: Ani başlangıçlı, birkaç dakikadan birkaç saate kadar süren, dar QRS kompleksli (120 ms'den küçük), düzenli, hızı 140-220/dk olan bir ritmdir. Patofizyolojisinde impuls formasyonu ve ileti taşınma yollarındaki anormalliklerin neden olduğu gösterilmiştir. Uyarı his huzmesinin üzerinden çıkar. En yaygın mekanizma re-entrydir (Şekil 13).



Şekil 13. Paroksizmal supraventriküler taşikardi

Hastalar asemptomatik olabilecekleri gibi çarpıntı gibi hafif veya bayılma gibi ciddi semptomlarla gelirler. Tipik formu WPW sendromudur. Kalp yetmezliği, hipotansiyona neden olabilir.

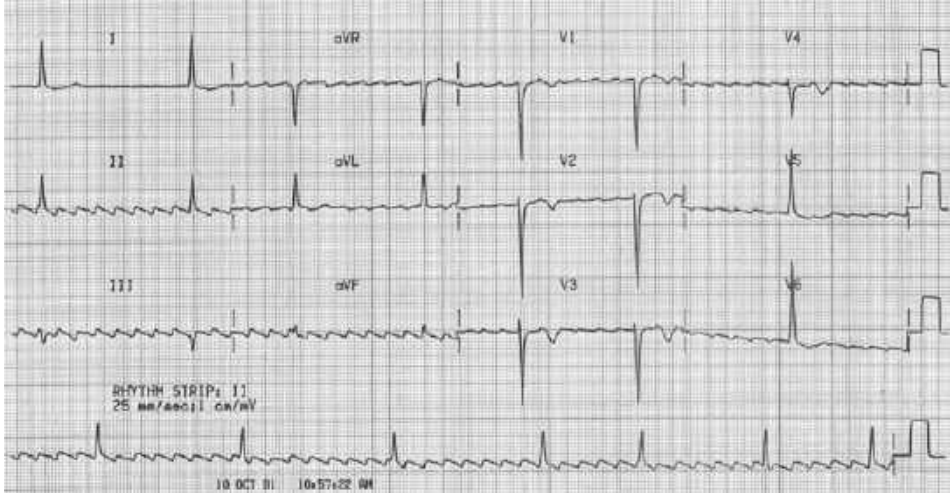
Wolf Parkinson White Sendromu (WPW): Kalbin doğumsal hastalığıdır (Şekil 14). WPW sendromunda PR intervali kısalır. QRS genişler. AV nodu by-pass eden anormal bir yol varlığı ile oluşur. Bu yol re-entry döngüsüne yol açarak paroksizmal taşikardiye neden olabilir. Normalde atriyal fibrilasyon (AF) oluştuğunda AV nodun geçiş süresine etkisinden dolayı ventrikül hızı belli bir düzeyin üstüne çıkmaz. Ancak WPW sendromunda AF geliştiğinde hız, bu yan yol nedeni ile korunmaz ve ventriküler fibrilasyon (VF) oluşabilir.



Şekil 14. WPW sendromu, delta dalgası

Delta dalgası: Aksesuar yol nedeniyle oluşan erken uyarının EKG deki görüntüsüdür.

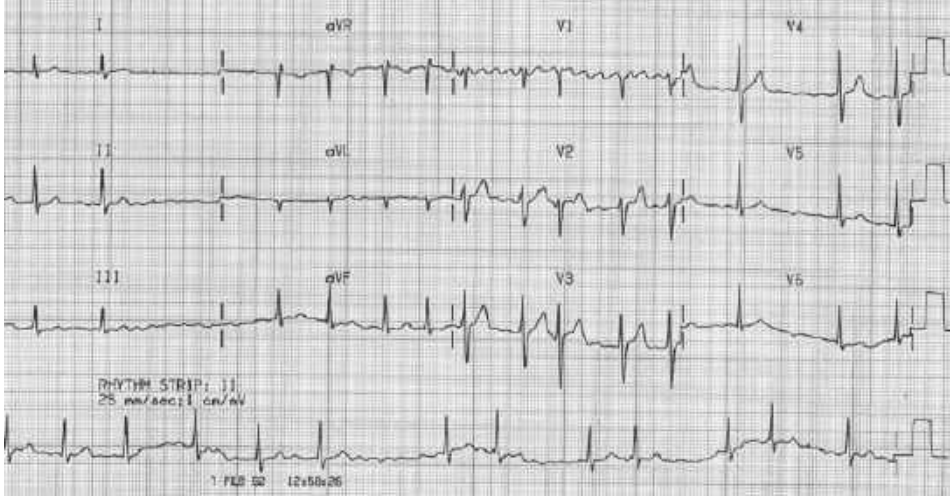
Atriyal Flutter: Atriyal hızın 250-350 atım/dk olması ve düzenli bir atriyal defleksiyonları ayıran bir izoelektrik başlangıç noktasının olmamasıdır. Sağ atriumdaki re-entry sonucu oluşur. Ventriküle geçiş düzenli yada düzensiz olabilir. Ancak atriyal iletim hızını düşüren ilaç kullananlarda atriyal hız 190-220 atım/dk civarında olabilir (Şekil 15).



Şekil 15. Atrial flutter

Genelde organik kalp hastalığına bağlıdır. EKG de dar QRS ve atrial depolarizasyona bağlı testere dişi görünümü vardır.

Atriyal Fibrilasyon (AF): Atrial multiple odakdan uyarı çıkışı sonucu oluşan düzensiz bir ritmdir. Ventriküler hız düzensiz ve atrial hızdan düşüktür. EKG’de P dalgası kaybolmuştur, F dalgaları vardır. QRS dar ve düzensizdir (Şekil 16).

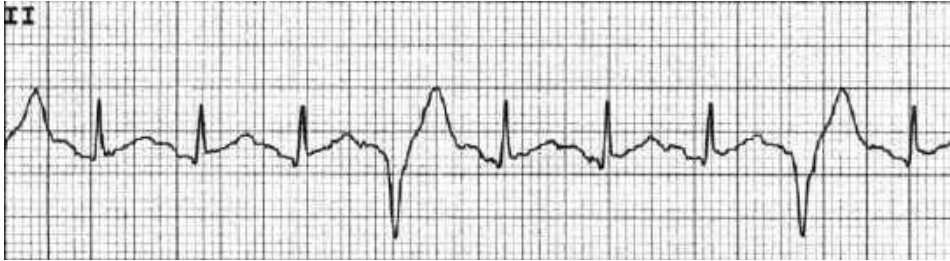


Şekil 16. Atrial fibrilasyon

AF nedenleri arasında hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, kapak hastalıkları, kalp yetmezliği, tirotoksikoz, akut enfeksiyon, perikardit, sepsis, kardiyak cerrahi, pulmoner hipertansiyon, elektrolit imbalansı sayılabilir.

VENTRİKÜLER ARİTMİLER

Ventriküler Ekstrasistol (VES): Ventriküler kaynaklı kaçış (escape), yeniden giriş (re-entry) veya kendiliğinden uyarıma (otomatisite) bağlıdır. Genellikle organik kalp hastalığında ve digoksin intoksikasyonunda gözlenir. EKG’de P dalgasını izlemeyen anormal yapıda QRS ve ters dönmüş T ile karakterizedir. VES’i kompanse edici duruş (compensatuar pause) denilen bir duraklama takip eder (Şekil 17).



Şekil 17. Ventriküler ekstrasistol

Ventriküler Taşikardi (VT): Ventriküler kaynaklı re-entry veya otomatisiteye bağlı, hızın 100 atım/dk'nın üstünde olduğu olduğu bir ritmdir. QRS kompleksinin önünde P bulunmaz. Atriyumlar ve ventriküller birbirinden bağımsız çalışır. İskemik kalp hastalığı, dilate kardiyomyopati, hipertrofik kardiyomyopati VT nedenleridir. QRS genişliği 0,12 sn veya üzerindedir. Ventrikül hızı 140-180 atım/dk olmakla birlikte 100 atım/dk ve üzeri VT olarak kabul edilir (Şekil 18,19).



Şekil 18. Ventriküler taşikardi



Şekil 19. Ventriküler taşikardi

Torsades De Pointes: Uzun QT ile beraber giden bir ventriküler taşikardidir. Genellikle kısa sürelidir ancak ventriküler fibrilasyona ilerleyebilir. QRS genişliği 0,12 sn ve üzerindedir. Düzensiz, ventriküler flutter ve VF komponentleri içerir. EKG'de QRS bir nokta etrafında sarmallanmış gibidir. Ventrikül hızı sıklıkla 200 atım/dk'nın üzerindedir. İdiopatik olabileceği gibi antiaritmik ilaçlara ve hipokalemiye bağlı olabilir (Şekil 20,21).



Şekil 20. Torsades de pointes



Şekil 21. Torsades de pointes

Ventriküler Fibrilasyon (VF): Ventriküler kaynaklı, düzensiz ve hızı tam olarak belirgin olmamasına rağmen 150-500 atım/dk olan ölümcül bir aritmidir. Kaotik, düzensiz çeşitli amplitüdüde elektrokardiyografik kompleksler içerir. ST segmenti ve T dalgası seçilemez. Ventrikül dolumu yoktur. Nedenleri arasında miyokardiyal iskemi, enfarkt, kardiyomyopati, digoxin zehirlenmesi, elektrolit imbalansı, elektrik çarpması sayılabilir (Şekil 22,23).



Şekil 22. Ventriküler fibrilasyon



Şekil 23. Ventriküler fibrilasyon

AV BLOKLAR

Birinci Derece AV Blok: Tüm uyarılar ventriküle gecikmiş olarak ulaşır. PR mesafesi 0,20 sn'den (5 küçük kare) uzun ve düzenlidir (Şekil 24,25). QRS kompleksi dar olup sağ veya sol dal bloğu varsa geniş olabilir.



Şekil 24. Birinci Derece AV Blok



Şekil 25. Birinci derece AV blok

İlaç etkisi (digoksin, beta bloker, verapamil, diltiazem), idiopatik, MI, miyokardit, hipokalemiye bağlı gelişebilir. Hemodinamik sıkıntıya neden olmaz.

İkinci Derece AV Bloklar:

-Mobitz Tip 1 AV Blok: PR aralığı giderek uzar ve bir noktada P'ye QRS yanıtı oluşmaz (Şekil 26). En uzun R-R aralığı iki P-P intervalinden daha kısadır. QRS kompleksi sıklıkla dardır.



Şekil 26. İkinci derece mobitz tip 1 AV blok

-Mobitz Tip 2 AV Blok: PR mesafesi sabittir. QRS'ler geniştir. Aralarda QRS oluşturmayan atımlar vardır. P dalgasını içeren R-R aralığı normal P-P intervalinin iki katıdır (Şekil 27).



Şekil 27. İkinci derece mobitz tip 2 AV blok

Üçüncü Derece AV Blok (Tam Blok): P'ler kendi aralarında düzenli, QRS'ler kendi aralarında düzenlidir. Her P'yi bir QRS izlemez. Atriyal hız 100 atım/dk civarında, ventriküler hız 40 atım/dk civarındadır (Şekil 28).



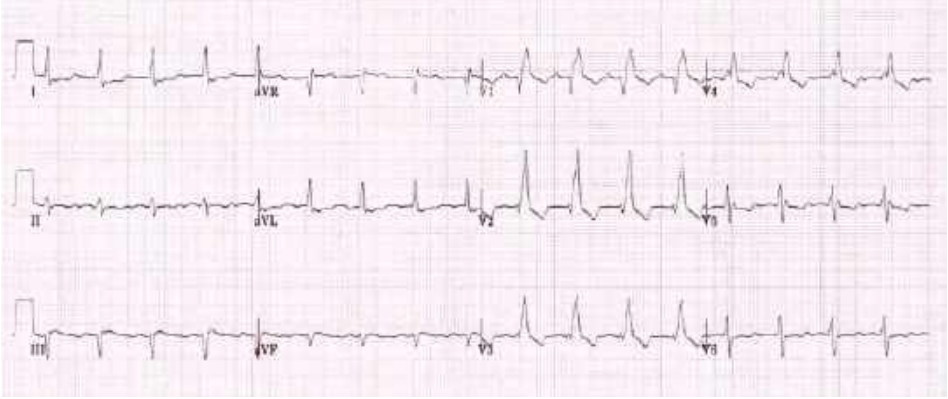
Şekil 28. Üçüncü derece AV tam blok

DAL BLOKLARI

Sağ Dal Bloğu: İnterventriküler sağ dal sisteminde blok gelişmesi sonrasında sağ ventrikül iletiminde bozulma ve yavaşlama ile karakterizedir. QRS >120 ms ve geniş QRS vardır. QRS in orta-son kısmında çentiklenme görülür (Şekil 29).

- V1-V3'te çentikli R dalgası ve negatif T dalgası ile beraber rsR patterni (M şekilli QRS kompleksi).
- DI, aVL ve V4-6'da derin ve bozuk S dalgası
- V1-3'te sekonder ST-T değişiklikleri

Kor pulmonale, pulmoner emboli, kardiyomyopati, iskemik kalp hastalığı, miyokardit, atrial septal defekt neden olabilir.



Şekil 29. Sağ dal bloğu

Sol Dal Bloğu: Ventrikül sol dal ileti sisteminde gelişen blok neticesinde kalbin sol iletim sisteminde bozulma ve yavaşlama ile karakterizedir. QRS süresi 0,12 sn üzerindedir (Şekil 30).

- DI, aVL, V4-6'da Q dalgası yoktur.
- DI, aVL, V4-6'da (lateral derivasyonlarda) rSR' dalgasında M paterni veya bozuk R dalgası görülür.
- V1-3'te bozuk QS veya rS dalgası bulunur.
- DI, aVL, V4-6'da sekonder ST, T değişikliği görülür.

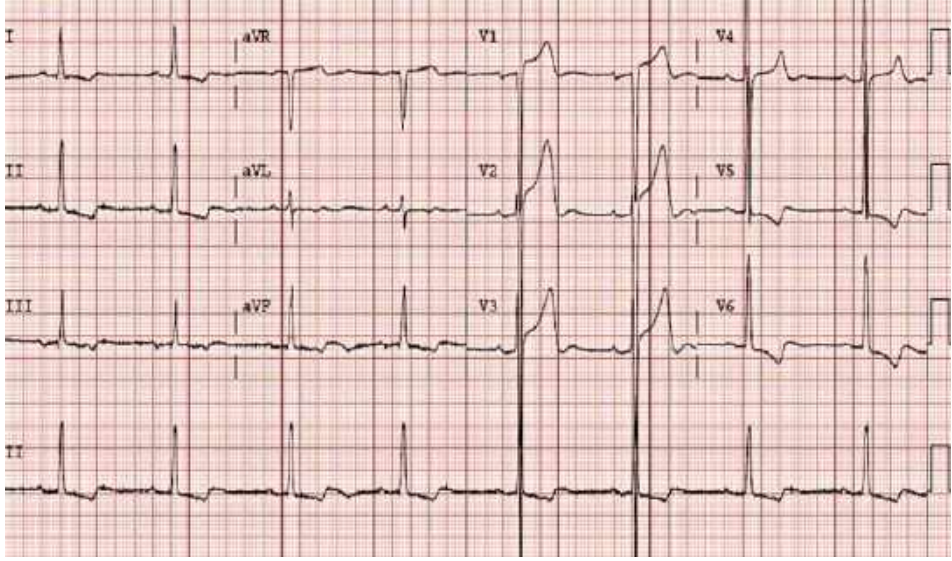
Sol dal bloğu en çok koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kapak hastalıkları, kardiyomyopatiler ve ileti sisteminin dejeneratif hastalıklarında görülür.



Şekil 30. Sol dal bloğu

HİPERTROFİLER

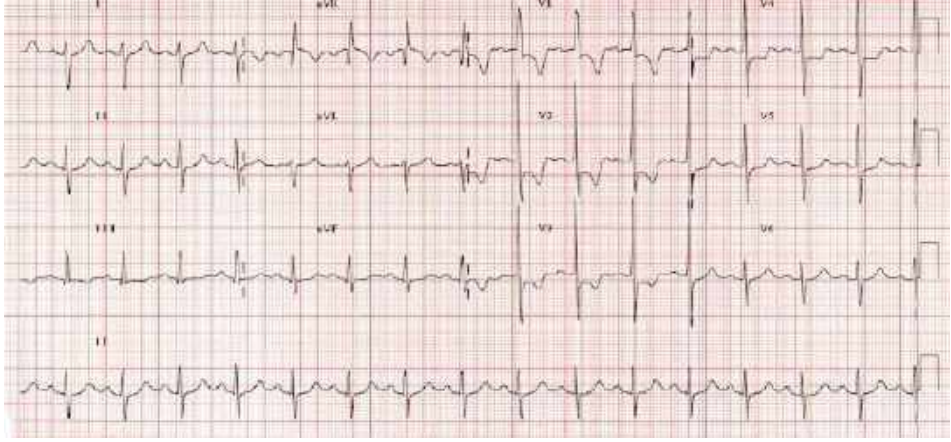
Sol Ventrikül Hipertrofisi: DI'deki R dalgası ile DIII'teki S dalgasının toplamı; 25 mm'den büyük olması sol ventrikül hipertrofisini gösterir (Şekil 31).



Şekil 31. Sol ventrikül hipertrofisi

- aVL'de R dalgası > 11 mm
- aVF'de R dalgası > 20 mm
- aVR'de S dalgası > 14 mm
- V4, V5 veya V6'da R dalgası > 26 mm
- V5 veya V6'daki R dalgası artı V1'deki S dalgası > 35 mm
- Prekordiyal derivasyonlarda en büyük R dalgası artı S dalgası > 45 mm'dir.

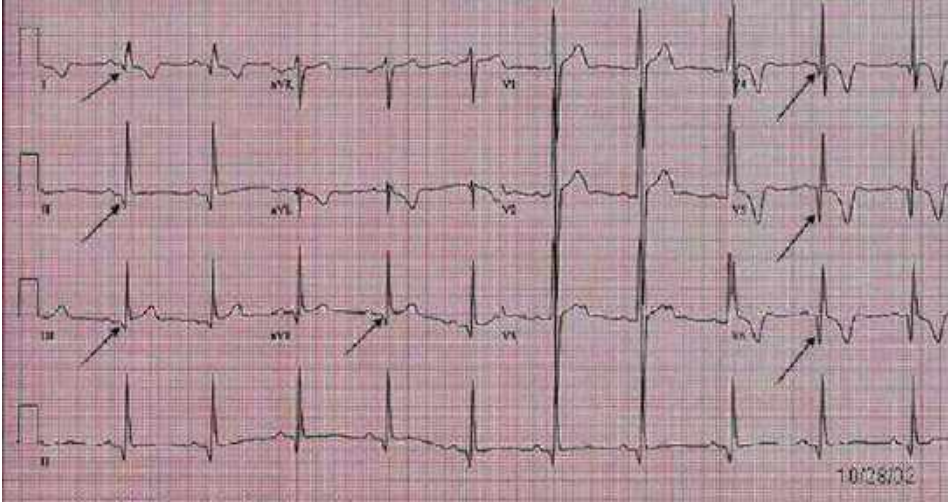
Sağ Ventrikül Hipertrofisi: Sağ ventrikül hipertrofisinde +110° veya daha fazla sağ aks sapması görülür (Şekil 32).



Şekil 32. Sağ ventrikül hipertrofisi

- V1'de dominant R dalgası (> 7 mm uzunluk veya R/S oranı > 1).
- V5 veya V6'da dominant S dalgası (> 7 mm derinlik veya R/S oranı < 1).
- QRS süresi < 120 ms (sağ dal bloğuna bağlı olmayan değişiklikler).
- Sağ atriyal genişleme (P pulmonale).
- Sağ ventrikül gerilme patterni=Sağ prekordiyal (V1-4) ve inferior (II, III, aVF) derivasyonlarda ST çökmesi/T dalga inversiyonu.
- S1S2S3 patterni=I, II ve III. derivasyonlarda dominant S dalgaları ile birlikte ileri sağ aks sapması.
- Lateral derivasyonlarda derin S dalgaları (I, aVL, V5-6) görülür.

Hipertrofik Kardiyomiyopati (HKMP): Prekordiyal voltaj artışı ve non-spesifik ST-T anormallikleriyle sonuçlanan sol ventriküler hipertrofidir (Şekil 33).



Şekil 33. Hipertrofik kardiyomiyopati

- Asimetrik septal hipertrofi, lateral (V5-6, I, aVL) ve inferior (II, III, aVF) derivasyonlarda derin, dar (“hançer benzeri”) Q dalgaları oluşturur. Q dalga morfolojisi farklı olmasına rağmen -hipertrofik kardiyomiyopatide septal Q dalgalarının süresi < 40 ms iken; infarktüste Q dalgalarının süresi tipik olarak 40 ms’den fazla– eski miyokard infarktüsünü taklit edebilir.
- Sol ventriküler diyastolik bozukluk, sol atriyal genişleme bulguları (“P mitrale”) ile birlikte kompensatuvar sol atriyal hipertrofiye yol açabilir.
- HKMP ve WPW sendromu arasında bir ilişki vardır; bir çalışmada WPW’ye ait EKG bulguları HKMP’li hastaların 1/3’ünde görülmüştür. Her iki durumla birden ilişkili en az bir genetik mutasyon tanımlanmıştır.
- AF ve SVT’ler yaygındır. Ayrıca ventriküler disritmiler de görülüp ani ölüme sebebiyet verebilir.

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (MI)

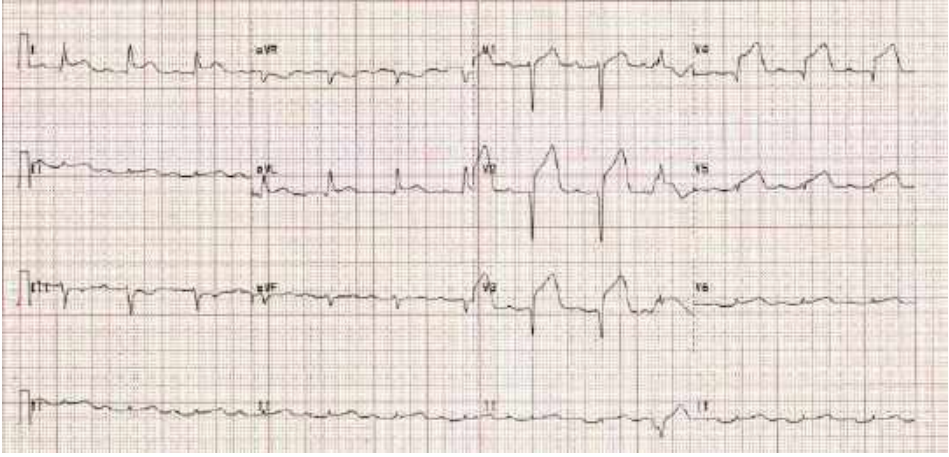
Tam kat veya ST segment yükselmeli MI’da karakteristik özelliklerin sıralaması şöyledir:

- Normal EKG
- ST segment yükselmesi
- Q dalgalarının ortaya çıkması
- ST segmentinin taban çizgisine dönmesi

-T dalgasının inversiyonu

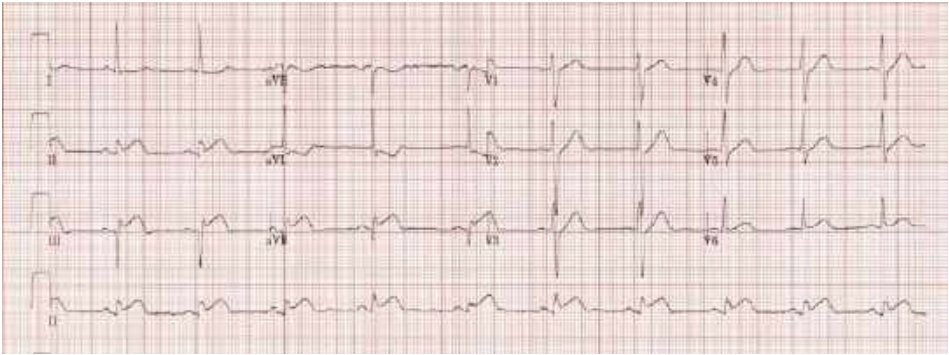
Miyokard infarktüsünde EKG’de görülen tipik değişiklikler etkilenen kalbin tutulduğu yere bağlıdır.

Akut Anterior MI: Kalbin ön yüzü etkilenir. EKG tamamen normal olabileceği gibi V2-5’te ST yükselmesi (elevasyonu) görülür (Şekil 34).



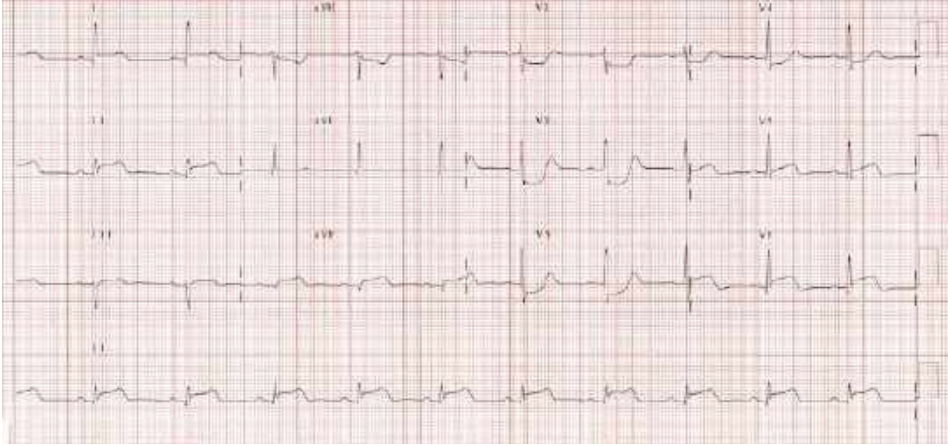
Şekil 34. Akut anterior MI

Akut İnferior MI: Kalbin inferiorunu besleyen dalın tıkanması neticesi görülen bir durumdur. DII, DIII, aVF’de ST yüksekliği ile birlikte aVL’de resiprok ST çökmeleri ve T dalga inversiyonu görülür. Sıklıkla Sağ MI eşlik etmesi nedeni ile mutlaka Sağ EKG değerlendirilmelidir (Şekil 35,40).



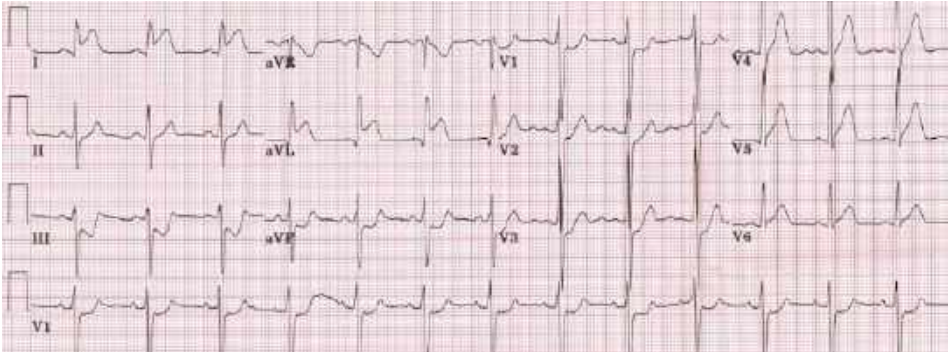
Şekil 35. Akut inferior MI

Akut İnfereposterolateral MI: İnfериorda ST yüksekliği, V2 de nispeten sivri T dalgaları ve yüksek R dalgaları (posterior tutulum),V5 ile V6 da ST yüksekliği (lateral tutulum) görölür (Şekil 36).



Şekil 36. Akut İnfereposterolateral MI

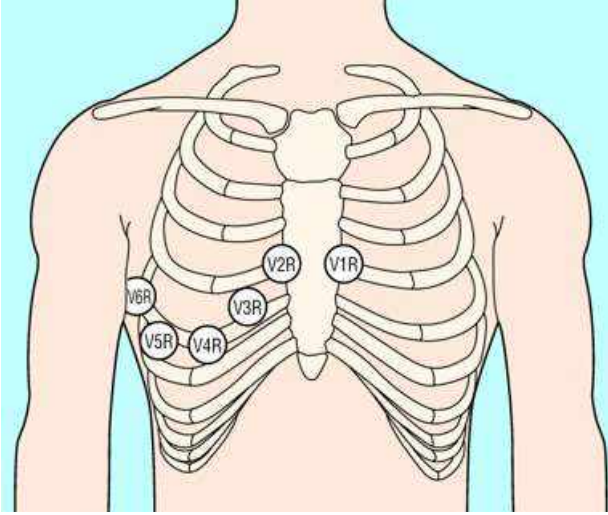
Akut Lateral MI: Lateral derivasyonlarda (V5-V6) veya yüksek lateral derivasyonlarda (DI-aVL), ST yükselmeleri mevcuttur (Şekil 37).



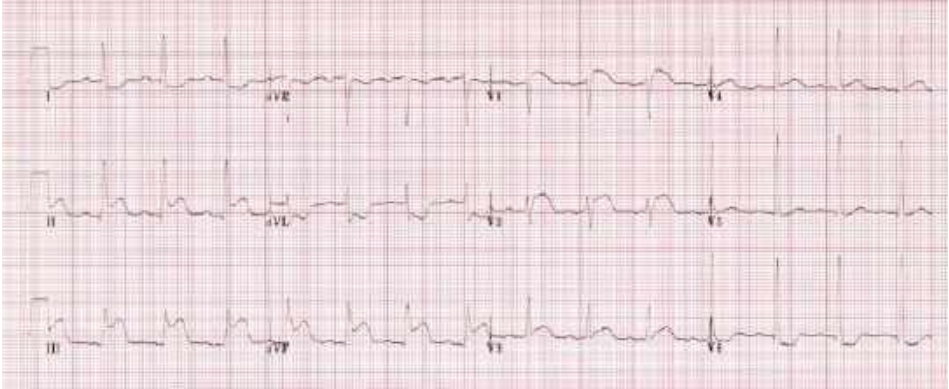
Şekil 37. Akut lateral MI

Sağ Ventriköl İnfarktüsü: Çoğunlukla inferior MI ile birlikte dir. Kalbin inferiyorunu besleyen dal çoğunlukla Sağ Koroner Arter'den (RCA) köken alır. Şayet RCA proksimalden tıkanırsa inferior MI ile birlikte sağ MI görölürken, distalden tıkanırsa sadece inferior MI görölür. Bu nedenle inferior MI tespit edilmesi durumunda sağ taraf EKG çekilmelidir. Bunun için normal EKG çekiminden sonra göğüs derivasyonları

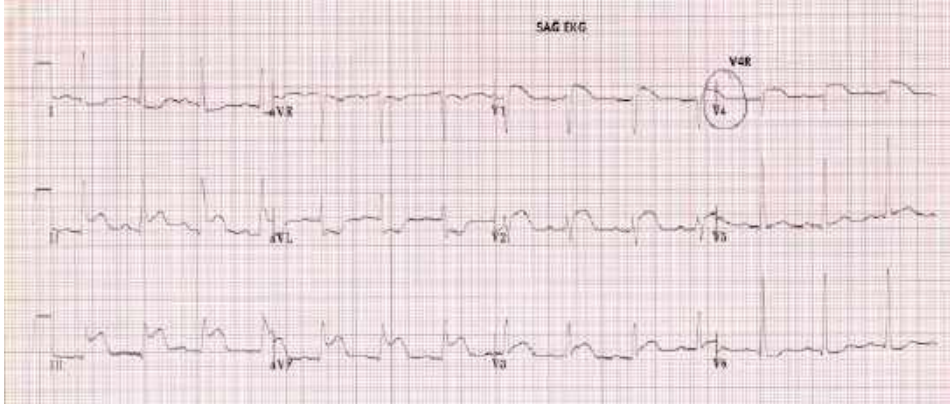
simetrik olarak göğsün sağ tarafına taşınır (Şekil 38). Özellikle V4R incelenirken, V5R, V6R'de de ST değişikliği aranır (Şekil 40).



Şekil 38. Sağ EKG elektrotları yerleşimi

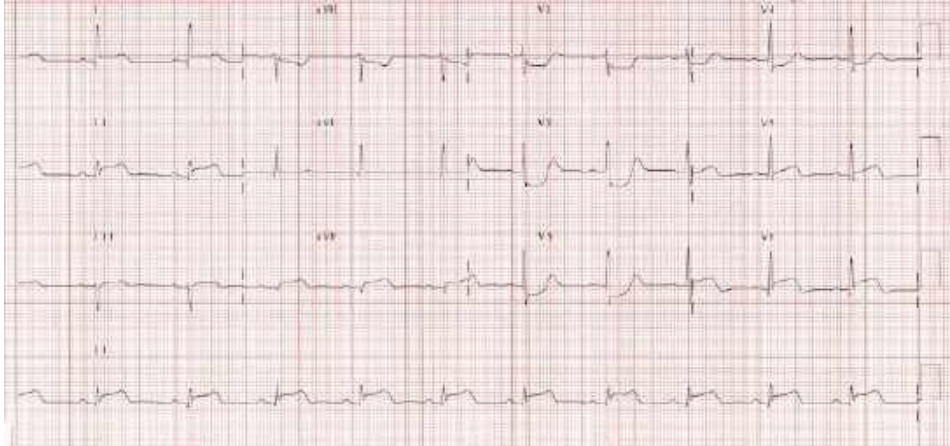


Şekil 39. Akut inferior MI

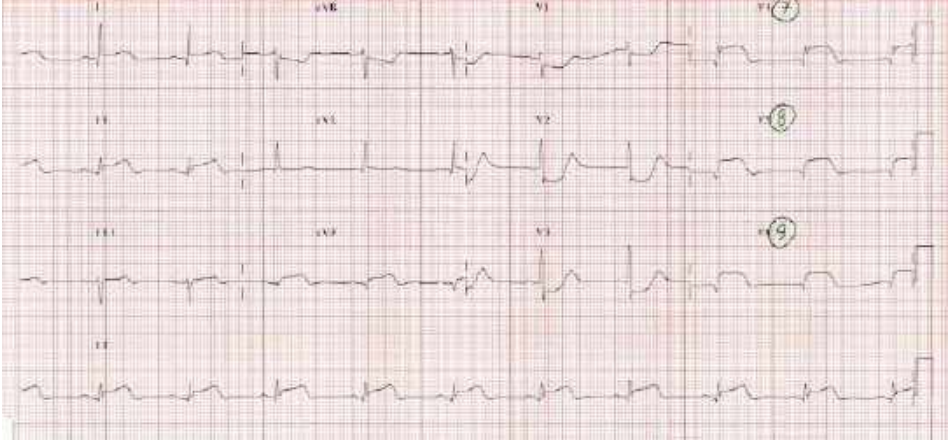


Şekil 40. Şekil 39'daki hastanın sağ EKG görünümü

Akut Posterior MI: ST yükselmeli MI'ların %10-15'lik kısmında posterior bölge etkilenmektedir. Sadece posterior MI görülme olasılığı azdır. Genellikle inferior veya lateral infarkta eşlik eder. Standart EKG'de posterior duvarı doğrudan gören bir elektrot yoktur. Anterior göğüs derivasyonlarında (genellikle V1-V3) posterior MI'nin bulgularının görülmesi beklenir. Yani ayna hayali gibi ters gözükür (Şekil 41).

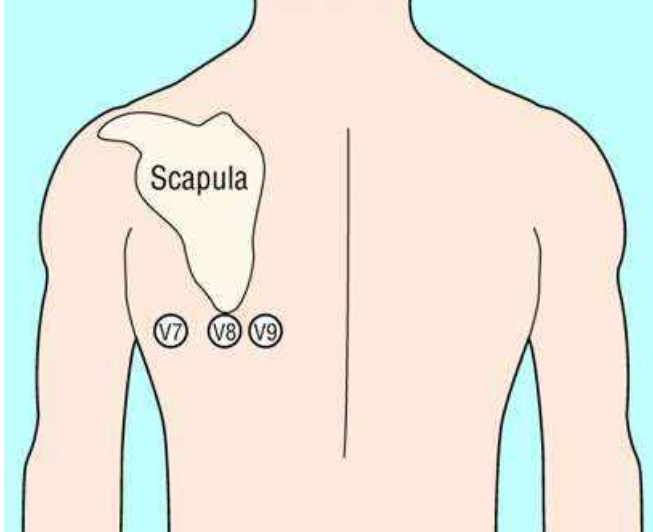


Şekil 41. Posterior MI'da anterior derivasyonlarda (V1-V3) ayna görüntüsü



Şekil 42. Şekil 41'deki hastanın posterior EKG görüntüsünde, V7-V9'daki ST elevasyonu

V1-V3'te ST depresyonu, uzun ve geniş R dalgası, yukarı dönük T dalgaları, V2'de dominant R dalgası, V2'de ST depresyonu görülmesi posterior MI'dan şüphelendirir. Bu şüphe durumunda posterior EKG çekilmelidir (Şekil 42).



Şekil 43. Postreior EKG çekiminde elektrot yerleşim yerleri

Posterior duvarı incelemek için V7, V8, V9 derivasyonları kullanılır. Bunlar anterior göğüs derivasyonlarının posterior göğüse doğru devamı gibi düşünülür.

V7: Sol posterior orta aksiller hat üzerine

V8: Orta skapular hat

V9: Orta skapular hat ile vertebra ortasına yerleştirilir (Şekil 43).

MI LOKALİZASYONLARI KISACA;

V1-V3: anteroseptal

V1-V4: anterior

V1-V6, DI, AVL: yaygın anterior

DI, aVL, V5-V6: anterolateral

DII, DIII, aVF: inferior

DII, DIII, aVF, V5, V6: inferolateral

SONUÇ

EKG günlük pratikte sık uygulanan bir tanı yöntemidir. Hastaneye yatırılan hemen her hastanın EKG'si çekilmektedir. Kardiyovasküler rahatsızlığı olanlarda daha sık tekrarlanmaktadır. Aile hekimliği pratiğinde, nefes darlığı, göğüs ağrısı, efor dispnesi, çarpıntı gibi kalp hastalığını düşündüren olguların tanısında EKG değerlendirmesi yapılmalıdır. Aile hekimi hastada acil kardiyak bir durum olup olmadığını bilecek ve ilk müdahalesini yapacak bilgi donanımına sahip olmalıdır. Ayrıca sağlık raporu verilen hastalarda kardiyovasküler probleminin olup olmadığını anlaşılmasında ve kronik hastalıkların takibinde EKG'nin önemli yararları olabilmektedir.

EKG ucuz, uygulanması kolay olmasının yanında kalp hakkında çok geniş bilgi verebilmektedir. Bu bölümde aile hekimliği ve genel hekimlik pratiğinde gerekli olan acil ve kronik hastalıklarda sık görülen patolojilerin EKG'ye yansımalarını değerlendirdik. EKG'yi tam anlamıyla anlamak için okumak ve sürekli pratik yapmak gerekir.

KAYNAKLAR

1. Prof.Dr. Barış İlerigiden, Prof.Dr. Haşim Mutlu. Ekg Kurs Kitapçığı. http://www.ctf.edu.tr/stek/EKG_Kurs_Kitap.pdf Erişim Tarihi: 15.02.2016.
2. Dan L, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Çeviri: Prof. Dr. Kadir Biberoğlu. Harrison Principles of Internal Medicine, 18th Edition. Nobel Tıp Kitabevi, 2013, İstanbul.
3. Mutlu H, Öz E. Pratik Elektrokardiyografi. Sanovel ilaç A.Ş. 2005, İstanbul.
4. Conover MB. Çeviri: Prof. Dr. Cihat Küçüküseyin. Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, İstanbul.
5. Hampton JR. Çeviri: Prof. DR. Aytaç Öncül, Uzm. Dr. Emre Aslanger. İstanbul Tıp Kitapevi, 2011, İstanbul.
6. Dubin D. Hızlı EKG Yorumu. Çeviri: Dr. Taha Okan. Güven Kitabevi, 2009, İstanbul.

Konu 63

AİLE HEKİMLİĞİNDE AKCİĞER GRAFİSİ OKUMA

Aslı KORUR, Süheyl ASMA

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin amacı, tıp eğitiminin ilk yıllarındaki öğrencilerin aile hekimliği uygulamasında akciğer grafisi okuması hakkında bilgi sahibi olmalarıdır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Röntgenogram ile akciğer inceleme yöntemlerini açıklayabilmeli,
- PAAC grafisi çekim tekniklerini sayabilmeli,
- Birinci basamakta çekilmiş olan bir PAAC grafinin teknik değerlendirmesinin nasıl yapılacağını açıklayabilmeli,
- Radyolojik değerlendirme prensiplerini açıklayabilmeli.

ÖZET

Günümüzde hastalıkların yapısındaki değişiklik, ölüm nedenlerinin farklılaşması, kronik hastalıkların oranlarındaki artış, sağlıkta teknoloji ve kaynak kullanımının da önemli boyutlara ulaşması insanları sürekli izleyebilecek yeni bir hekim profiline ihtiyacı ortaya çıkarmıştır.

Özellikle hastaların hekimle ilk temasını sağlayan birinci basamakta, alanında uzmanlaşmış hekimler olan aile hekimliği uzmanlarının sadece akut sorunlarla ilgilenmediği, tüm sağlık sorunlarıyla (akut ve kronik) aynı anda ilgilendiği ve bunu yaparken de mevcut kaynakları etkili bir şekilde kullanması gerektiği bilinmektedir. Bunlar aile hekimliği uzmanlarının bağlı olduğu disiplin özellikleri içerisinde yer almaktadır.

Hastalar çoğunlukla yaşla birlikte artan sayıda çeşitli yakınmalar için doktora başvurur. Alanında uzman olan hekimler kaynakları etkin bir şekilde kullanarak bu akut ve kronik sorunları yönetir. Bu yüzden toraks boşluğunun içeriğinin görüntülenmesinde en sık kullanılan yöntem olan akciğer grafisinin birinci basamak hekimi tarafından yorumlanabilmesi önem teşkil etmektedir. Bu bölümün amacı, akciğer grafisinin doğru bir şekilde elde edilip yorumlanması için gereken önemli noktaları vurgulamak ve tanı koyma aşamasında tanınması gereken önemli işaretleri hatırlatmaktır.

GİRİŞ

X-ışınları, 1895 yılında Alman fizik Profesörü Wilhelm Konrad Röntgen tarafından bulunmuştur. Bu keşif hemen uygulamaya konulmuş ve hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Akciğer grafisi, toraks boşluğunun içeriğinin görüntülenmesinde en sık kullanılan yöntemdir. X-ışınları iyonize radyasyon kaynağı olarak kullanılır ve projeksiyon radyografi şeklinde iki boyutlu görüntü sağlar. Tipik erişkin dozu 0,02 mSv civarındadır. Hastayı geçen x-ışınları doğrudan gümüş bromür emülsiyonu taşıyan röntgen filmi üzerine düşürülerek fotoğrafik bir görüntü elde edilir.

Önemli Noktalar

- Penetrasyon:
 - kalp arkasında vertebraları gör.
- İspirasyon:
 - 9.-10. arka kostayı gör.
- Rotasyon:
 - klavikularlar arası spinöz prosese bak.
- Angulasyon:
 - 3. kosta üzerinde klavikulayı gör.

AKCİĞER İNCELEME YÖNTEMLERİ

- PA Akciğer Grafisi (arka-ön, posterio-anterior)
- Lateral Grafi
- Apikolordotik grafi
- Lateral Dekubitis Grafisi
- Oblik Grafiler
- İspiriyum-Ekspiriyum Grafileri olarak sınıflandırılabilir.

Bu terimler, hastanın X-ışını kaynağı ve filme göre duruşunu belirler. Terimlerdeki ilk sözcük ışının girdiği yeri gösterir. Ön-arkada hastanın önu ışına dönüktür, film hastanın arkasındadır. Postero-anterior (arka-ön) pozisyonda olay tersinedir. Lateral (yan) grafide ise filme yakın olan tarafın adıyla söylenir. Sağ yanda hastanın sağ, sol yanda solu filme yakındır. Dekübitis pozisyonda horizontal (masaya paralel) ışın kullanılır. Hasta yatar durumdadır. Lateral dekübitis pozisyonları hastanın yukarıda olan yanı ile isimlendirilir. Sağ yan dekübitis pozisyonda hastanın sağ tarafı yukarıda, sol yan dekübitiste ise sol yanı yukarıdadır.

En sık yapılan görüntüleme prosedürü (yani rutin iki yönlü grafi) standart olan **PA ve sol lateral grafidir**. Posteroanterior (PA) akciğer grafisi çekiminde hastanın göğüs ön duvarı kasete yaslanır ve X-ışını yaklaşık 180 cm arkada bulunana kaynaktan göğüs posterior duvarına yönlendirilerek görüntü elde edilir. Aradaki mesafenin nedeni ışının yayılmasından kaynaklanan ve tüpe yakın yapıların büyük görünmesine neden olan etkiyi kaldırmaktır.

PA akciğer grafisinde filmin üst sınırı C7 vertebra düzeyini içerisine almalıdır. Larinks ve kostofrenik açılar grafi alanında olmalıdır. Işın T4 vertebra düzeyine santralize edilir. Her iki skapula akciğer alanları dışında tutulacak şekilde hastaya pozisyon verilir.

Radyogramlardaki görüntüleri tanımlamak için birçok **radyoloji terimi** kullanılır. En çok kullanılan radyoloji terimleri şunlardır:

Radyopasite: (Yoğunluk artımı) X-ışını geçirgenliğinin az olduğunu anlatan bir terimdir. Bu bölgeler atom ağırlığı yüksek ve/veya daha yoğun ve kalınlığı daha fazla olan anatomik oluşumlar tarafından yapılır. Beyaza yakın gri tonlarda görülürler.

Radyolusensi: (Yoğunluk azlığı) X-ışınına geçirgenliğin arttığını gösterir. Göreceli olarak atom ağırlığı düşük ve/veya yoğunluğu düşük, kalınlığı az oluşumlar tarafından yapılır. Siyaha yakın tonlardadır.

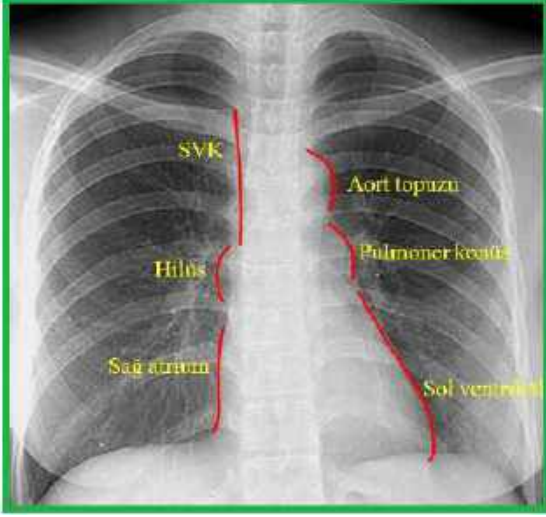
Artefakt: İncelen bölgenin anatomisi ile ilgili olmayan, hastanın üstündeki oluşumlara veya teknik hatalara bağlı görüntülerdir. Kaset içerisindeki toz veya kirin yaptığı lekeler, hastanın üzerinde yer alan giysi, örtüye ait lekeler, örülmüş saçın radyogram üzerindeki gölgesi de artefaktır.

Tablo1. Röntgenogramlardaki yoğunluk örnekleri

Yoğunluk	Örnek
Çok radyolusent	Gaz (hava)
Orta derecede radyolusent	Yağ (yağ dokusu)
Ara Yoğunluk	Su (yumuşak dokular)
Orta derecede radyopak	Kemik ve kalsifikasyonlar
Çok radyopak	Metal (atom ağırlığı yüksek elementler)

Değerlendirmeye Başlangıç

Çekilmiş olan bir akciğer grafisini değerlendirmeye başlamadan önce hastaya ait bilgilerin kontrolü gerekmektedir. Hastaya ait klinik bilgiler (doğru hasta olup olmadığı, hastanın adı ve soyadının kontrolü), yaş ve cinsiyet bilinmeli, eğer varsa eski grafileri de elde bulunmalıdır. Çekimin gün ve saati de kontrol edilmelidir. İstenilen grafi ile çekilen grafinin aynı olup olmadığı teyit edildikten sonra grafi üzerinde yabancı obje varlığı olup olmadığına da bakılmalıdır (tüpler, EKG elektrotları, direnler, sütür materyalleri gibi).



Resim1. Röntgenogramda anatomik oluşumların projeksiyonu

Teknik Yeterlilik

Çekilen grafinin değerlendirilmesinde bir sonraki adım teknik yeterliliğdir. Teknik yeterlilik değerlendirilmesi sırasında dikkat edilmesi gerekenler:

- 1) **Projeksiyon:** (AP/PA) Projeksiyonun bilinmesi özellikle kalp ve mediastinum boyutları açısından önemlidir. AP grafilerde büyütme etkisi belirginleşir ve kasetten uzak X-ışını kaynağına yakın yer alan kalp ve vasküler yapıları daha geniş gösterebilir. Ayrıca AP grafide diyafragmalar daha yukarıda ve kostofrenik sinüsler daha küt görülebilir.
- 2) **Pozisyon:** Filmin çekildiği sırada hastanın pozisyonu (ayakta-yatarak) değerlendirme için önemlidir. Çoğu zaman acil servislerde, yataklı servislerde veya yoğun bakımlarda hastanın genel durum bozukluğu nedeni ile uygun pozisyon verilemediği için film çekimi optimum olamamakta ve kardiyomegali, hilus genişliği gibi durumlara yol açarak yanıltıcı olabilir.
- 3) **Penetrasyon:** (x-ışının enerjisi-deliciliği) Uygun bir grafide kalp gölgesi arkasında torasik vertebraların seçilebilmesi gerekir. Ancak vertebra detayı çok fazla seçilmemelidir. Kalbin arkasındaki damarlar görülebilmeli ve akciğer periferindeki damarlar seçilebilmelidir. Eğer film iyi penetre değil ise sol hemidiyafragma (ve sol akciğer bazali) iyi görüntülenemez. Akciğer işaretleri olduğundan daha belirgin hale gelir.
- 4) **İnspirasyon:** Akciğer grafisi tam inspirasyonda elde edilmelidir. Uygun inspirasyonda elde edilen bir grafide diyafram 8.-10. posterior ya da 5-6. anterior kotlar seviyesinde olmalıdır. Yetersiz inspirasyonda akciğer işaretleri kalabalıklaşır ve hastada havayolu hastalığı varmış gibi görünüm verir. Aşırı

inspirium ise tersine normal olan akciğerlerin amfizemli gibi görünmesine yola açabilir.

- 5) **Rotasyon:** Vertebra spinöz prosesleri her iki klavikulanın medial uçlarından eşit mesafede ise rotasyon yoktur. Spinöz proses sol klavikula yakın ise hasta kendi sağ tarafına dönmüştür. Eğer spinöz proses sağ klavikula yakın ise hasta kendi sol tarafına dönmüştür. Belirgin rotasyon varsa, filmde uzak taraftaki pulmoner arterlerin daha büyük görünmesine neden olur. Hilus geniş izlenimi verebilir.
- 6) **Angulasyon:** (Simetri) X-ışını demeti hasta başına doğru açılarak elde edilen filme apiko-lordotik film denir. Anterior yapılar posterior yapılardan daha yükseğe yerleşmiş gibi görülür. Angulasyon olursa, sol hemidiyaframanın keskin görünümünde silinme yaratır.

Teknik olarak kabul edilebilir PA akciğer grafisi için:

- **Projeksiyon ve Pozisyonun** bilinmesi,
- **Tüm akciğer alanlarının** kasete dahil olması, **skapulaların** akciğer alanlarını örtmemesi,
- **Yeterli inspirasyon;** 9-10 arka kostaların görülmesi,
- **Rotasyon;** klavikular arası spinöz prosese bakılması,
- **Angulasyon;** 3. kosta üzerinde klavikulanın görülmesi gereklidir.

Bu teknik özelliklerin araştırılmasından sonra göğüs röntgenogramlarının değerlendirilmesine geçilir. Aslında bu morfolojik bir muayenedir. Akciğerlerdeki normal oluşumların pozisyonları ve anormal gölgelerin varlığı röntgenolojik olarak, diğer muayene yöntemlerinden çok daha iyi saptanabilir. Gölgelerin cinsini saptamada röntgenolojik değerlendirme daha az yardımcıdır. Çünkü farklı lezyonlar benzer görüntü verebilirler. Bu nedenle akciğerler değerlendirilirken kesin tanı koymaktan kaçınılmalıdır.

Değerlendirme yapılırken sistematik olunmalıdır. Bunun için belirli bir sıra izlenir. Bu sıranın şekli değişik olabilir. Ancak dikkat edilmesi gereken nokta, değerlendirmede unutulmuş bir bölümün bırakılmamasıdır. Örneğin göğüs yumuşak dokularından başlanır ve sırasıyla kemik yapılar, diyafragma altları ile diyafragma ve sinüsler, kalp ve mediastinum ve akciğer alanları incelenir.

Akciğerler üç bölgeye ayrılırlar. Bunlara *zon* adı verilir.

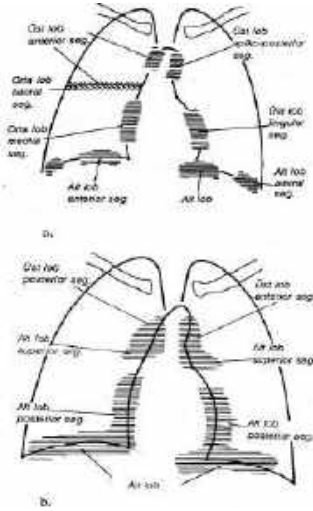
- İkinci ön kostaları birleştiren çizginin üstünde kalan kesim **üst zon**,
- İkinci ve dördüncü ön kostalar arası **orta zon**,
- Dördüncü ön kostalardan aşağısı da **alt zon** olarak adlandırılır.

Radyolojik kontrast:

Yumuşak dokuların atom ağırlıkları benzer olduğundan röntgende görülebilmeleri için çevrelerinin farklı yoğunlukta bir madde ile sarılmış olması gerekir. Bu nedenle normal graflerinde damarlar görüldüğü halde bronşlar görülmezler.

Bu kural pratiğe iki şekilde uygulanır:

- 1) Bir röntgenogramda normalde görülmesi gereken bir yapının kenarının görülememesi bu kenara komşu alanın aynı yoğunlukta bir madde ile kaplandığını gösterir. Yani bu bölgede kontrast ortadan kalkmıştır. Bu bulguya silüet işareti denir (Şekil 1). Silüet işareti lezyonun varlığını veya lokalizasyonunu gösteren önemli bir röntgen bulgusudur. Silüet işaretinin aranmasındaki ilk şart filmin normal penetrasyonda olmasıdır. Yani lezyonların yoğunluğu eşit olmalıdır. Eşit olmayan yoğunlukta lezyonlarda silüet işareti geçersizdir. Silüet işaretinin hiluslara uygulanması ile kitleler lokalize edilebilir. Bir kitle hilusların üzerini örtüyorsa bu genellikle ön mediastene aittir. Bir yoğunluk artımı içerisinde damarların seçilememesi lezyonun hilusda olduğunu, tersi ön veya arkada olduğunu gösterir.



Şekil 1. a. Silüet işareti pozitif b. Silüet işareti negatif

- 2) Normalde görülmeyen oluşumlar, çevrelerindeki kontrast değişince görülür hale gelirler. Örneğin normalde görülmeyen bronşlar, çevrelerindeki hava yerini su yoğunluğundaki oluşumlara (sıvı, hücre gibi) bırakırsa görülür hale gelirler. Bu önemli bulguya hava bronkogramı denir (Resim 2). Grafide bir lezyonun içinde hava bronkogramı görülmesi, lezyonun akciğer içerisinde olduğunu kesin kanıttır. Hava bronkogramı daima çevredeki alveollerin konsolidasyonunu gösterir. Pnömonide, pulmoner ödemde, pulmoner infarktta, hyalen membran hastalığında görülür. Bronşektazi ve kronik bronşit bu kuralın

dışındadır. Bu olgularda çevrede alveolar konsolidasyon olmadığı halde, bronş duvarının kendisi belirgin şekilde kalınlaştığı için görülür hale gelmiştir.



Resim 2. Hava bronkogramı

Mükemmel bir tekniğe ve usta bir yorumcuya rağmen akciğer lezyonları göğüs röntgenogramları ile saptanamayabilir. Lezyonlar ya çok küçük olabilir veya gizlenmiştir. Altı mm'den küçük soliter bir akciğer lezyonu saptanamaz. Ortalama 200-300 ml pleval sıvıda da grafilerin normal görülebildiği unutulmamalıdır.

Göğüs röntgenogramlarında anormallikler üç başlık altında sınıflandırılabilir:

- 1) **Akciğerler veya çevresindeki** normal oluşumların şekli, pozisyonu ve boyutları değişmiştir (damarlar, bronşlar, kalp ve mediastinum gibi),
- 2) **Akciğer alanlarındaki** normalde olmayan radyoopasite veya radyolusensi artımı vardır,
- 3) **Göğüs duvarında** (kemik ve yumuşak doku) değişiklikler vardır.

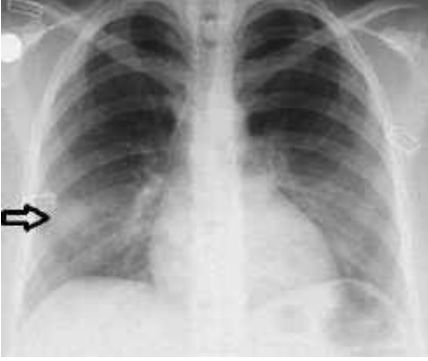
Birinci basamakta çalışan hekimlerin en sık karşılaşılabilecekleri sağlık sorunları ve hastalıklar göz önüne alınacak olursa, akciğer grafisi ile ilgili bilinmesi gereken temel noktalar aşağıda özetlenmiştir.

Tek (soliter) nodül

En sık nedenler; *periferik tip akciğer kanserleri, metastaz, granülom ve hamartom*dur.

Ülkemizde en sık görülen granülom, tüberkülozdur. Benzer şekilde hidatik kiste ülkemizde sık görülen bir soliter pulmoner nodül nedenidir. Akciğer metastazlarının yaklaşık %25'i soliterdir.

Bu nodüllerin bening/malign ayırımı çok önemlidir. Bu ayırım için hasta mutlaka göğüs hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir.



Resim 3. Akciğerde soliter nodül

Kavitasyon

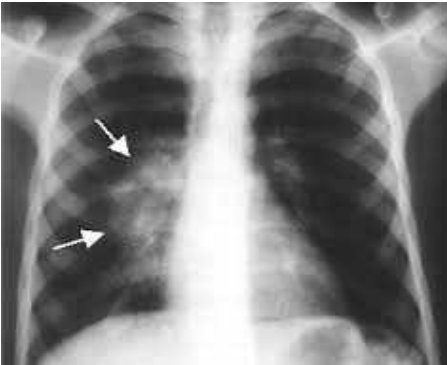
Kavitasyon, akciğerde çevresi duvarla sarılmış bir radyolusensi olarak tanımlanabilir. En sık görülen *tüberküloz*, *stafilokok* ve *tümör* kavitelere aittir.

Tüberküloz kavitesine *kavern* adı da verilir. Üst lobların apikoposterior ve alt lobların apikal segmentinde yerleşir. Çevrede her zaman tüberküloz enfeksiyonuna bağlı satellit lezyonlar vardır.

Akciğer abseleri, en sık *stafilokokoccus aureus* ile oluşur. Sıklıkla plevraya yakın lokalizasyondadır. Aspirasyona bağlı olanlar en sık sağ alt lobda yerleşir.

Bronş karsinomunda ve metastazların bazılarında da kavitasyon olabilir.

Özellikle tüberküloz kaviteri gibi uzun süre kalan bir kavite içerisinde *aspergillus fumigatus*'un oluşturduğu *mantar topu* gelişebilir (Resim 4). Hareketli olan bu yapılar kavite boşluğu dolduracak boyuta yaklaştığında kavite duvarı ile top arasında hilal şeklinde bir radyolusensi ortaya çıkar. Bu görünüme *menisküs işareti* adı verilir. Bu özellikle kemoterapi alan hematolojik veya onkolojik maligniteli hastaların tedavi sonrası uzun dönem süren nötropeni sürecinde oluşabilir. Ateşi olan nötropenik hastada akciğer dinleme bulguları olsun veya olmasın fırsatçı mantar enfeksiyonları akılda tutulmalıdır.



Resim 4. Mantar topu

Kalsifikasyon

Toraks yapılarında değişik nedenli birçok kalsifikasyon görülür. Normal bir yaşlanma olayı gibi görülen kostokondral kalsifikasyonlar akciğer ve üst abdomene süperpoze olarak yanılığa yol açabilir. Görünümün simetrik olması önemli bir ayırıcı tanı ölçütüdür.

Değişik lokalizasyonlarda lenf nodu kalsifikasyonları ülkemizde sıklıkla *primer komplekse* bağlanır. Akciğer parankimindeki yaygın kalsifikasyonun ülkemizdeki en sık nedeni *reenfeksiyon tüberkülozudur*. Bunlar düzensiz dağılmış benek şeklinde kalsifikasyonlardır.

Su çiçeği pnömonisi geçiren yetişkinlerde de yaygın parankim kalsifikasyonu görülebileceği unutulmamalıdır.

Plevra kalsifikasyonları, hemotoraks, ampiyem ve plevra sıvı sekeli veya asbestozise bağlıdır.

Ayrıca kalp ve ana damarlara ait kalsifikasyonlar da görülür. En sık görüleni aort kavsindeki hilale benzer, aterom kalsifikasyonudur. Şiddetli pulmoner hipertansiyonda ana pulmoner arter dallarında kalsifikasyonlar görülebilir.

Kronik bronşit

Genellikle sigara içen bireylerde görülen öksürük ve ekspektorasyonla karakterize klinik bir durumdur. Olguların yarısında göğüs grafisi normaldir. Kronik bronşiti düşündüren bulgular, bronkovasküler görünümünde artma ile akciğerin herhangi bir kesiminde görülebilen sınırları seçilemeyen küçük opasitelerdir. Peribronşial kalınlaşma ve amfizeme gidiş olduğunda havalanma fazlalığı görülebilir.

Bronşiektazi

Bronşların irreversible dilatasyonudur. Bronşların düzenli dallanması bozulur. Ancak normal bir grafibronşiektazi tanısını ekarte ettirmez. Röntgen bulguları değişik olmakla birlikte; genellikle bronşların duvarlar kalınlaşmıştır. Buna bağlı olarak *tren rayı* şeklinde lineer opasiteler gözlenir.

Astım

Bronşların paroksizmal ve reversible olan yaygın daralmasını anlatan klinik bir terimdir. Krizler arasında grafi normal iken; kriz sırasında hiperaerasyon bulguları görülebilir.

Amfizem

Terminal bronş distalinde kalan hava yollarında, destrüktif duvar değişiklikleri ile birlikte görülen genişlemeler olarak tanımlanabilir. Destruksiyon olmadan görülen havalanma fazlalığına *pulmoner hiperaerasyon* denir.

Obstrüktif tip hiperaerasyonun en sık nedeni çocukta yabancı cisim ve endobronşial tüberküloz, yetişkinde bronş karsinomudur.

Kompansatuar hiperaerasyon, kollabe lob, lobektomi, pnömonektomi gibi bir nedenle boşalan alan, komşu akciğer tarafından doldurulur.

Pnömoniler

Akciğerin enfeksiyöz nedenli hastalığıdır. Radyolojik olarak pnömoniler:

- 1) Alveolar pnömoni: Alveollerin iltahabi hücre ve sıvı ile dolmasıdır. Lober pnömoni iyi bir örnektir.
- 2) İnterstisyel pnömoni: Peribronşial doku artımı şeklinde görülür. Viral pnömoniler iyi bir örnektir.
- 3) Miks tip: Bronşların çevresindeki interstisyum ve çevre akciğer dokusunun birlikte tutulumudur. Stafilokok pnömonileri bu gruba örnektir.



Resim 5. Pnömoni

Pnömoninin iki temel bulgusu *bronkovasküler görünümelerde artma ve konsolidasyondur*. Bronkovasküler görünümelerde artma hem arterlerin belirginleşmesi, hem de bronşların sekresyonla dolarak görülür hale gelmesine bağlıdır. Konsolidasyon terimi ise alveoller, bronşiooller ve küçük bronşlar içerisindeki havanın eksuda, transuda, kan veya hücre ile yer değiştirmesi anlamında kullanılır. Pnömoni, pulmoner ödem ve pulmoner infarkta konsolidasyon görülür.



Resim 6. Pnömoni

Unutulmaması gereken bir nokta da pnömonilerde röntgen bulguları klinik bulgulardan daha sonra ortaya çıkar ve hastanın kliniği düzelse de görülmeye devam eder.

Pnömonilerin röntgen görüntüsüne bakarak etiyolojik ajana karar vermek olanaksızdır, ancak bir takım bulgular destekleyici olabilir. Yenidoğan döneminde solunum yolu

enfeksiyonlarından ölümlerin en sık nedeni olan *stafilococcus aureus*'a bağlı pnömonide, lezyonlar yamalı konsolidasyonlar şeklindedir. Çoğu olguda plevra tutulumu vardır. Lezyonların görünümü süratle değişir. Çocuklarda sıklıkla tek taraflıdır. Yetişkinlerde genellikle iki taraflıdır, plevra tutulumu daha az olup abse oluşumu sık gözlenir (%25-75).

Tüberküloz

Micobacterium tuberculosis'e bağlı gelişen spesifik bir pnömoni olan tüberküloz farklı evrelerde farklı röntgen bulguları ile karşımıza çıkar.

Çocuk ve genç yetişkinlerde görülen primer tüberkülozda, 1-7 santimetre çapında, homojen, sınırları net seçilemeyen bir konsolidasyon yapar. Üst lobları ve pleural yüzeyleri tutmaya eğilimlidir. Beraberinde lenfadenomegali önemli bir bulgudur. Konsolidasyon ve lenfadenomegali birlikte primer kompleks adını alır. Primer komplekslerin çoğu kalsifikasyonla iyileşir. İyileşmeyenlerde ise değişik röntgen görünümleri ortaya çıkar. Çocuklarda görülen primer tüberkülozda pleural sıvı ve kavitasyon nadirdir (adölesanlardaki tüberkülozda pleural sıvı sıktır). İnfiltrasyon odağından basiller yayılırsa miliyer tüberküloz ortaya çıkar. Toplu iğne başı büyüklüğünde, uniformite gösteren, tüm akciğere simetrik olarak yayılmış opasiteler şeklindedir. Primer lezyonların röntgen kaybolması bir yıl sürebilir.

Erişkin dönemde gözlenen reenfeksiyon tüberkülozu sıklıkla üst lobların apikal ve posterior, alt lobların süperior segmentlerini tutar. Hemen daima akciğerin arka yarısına yerleşir. Sıklıkla bilateraldir. Yamalı konsolidasyonlar veya çizgisel ve nodüler, keskin kenarlı opasiteler şeklinde de görülebilirler. Bu dönemdeki lezyonlarda kavitasyon sıktır. Bronşial yayılım da gözlenebilir. Bronşiektazi ortaya çıkabilir.

Tüberkülozun akciğer lezyonları birleşmezler. Bir lezyon kaybolurken, diğeri ortaya çıkar.

Akciğer kanseri

Bronşial karsinomların çoğu büyük bronşları tutar ve santral yerleşimlidir. Santralde olanlar erken semptom verir, ancak bölgesel lenf nodlarına çabuk yayılırlar.

Periferik adenokarsinomlar genellikle <4 cm, sferik veya oval şekilli nodüller olup, içerisinde akciğer içerisine doğru fırçamsı uzantıları vardır. Genellikle "coin" (para) lezyonu olarak görülür. Akciğerde çapı <6 cm, küçük, tek, yuvarlak gölgelere *coin lezyon* adı verilir ve bu lezyonun en sık nedeni akciğer kanseridir.

Kavitasyon büyük kitlelerde daha sık gözlenir. Ekzantrik yerleşimli, kalın duvarlı ve iç kenarları düzensizdir. Lenf bezi tutulumu da olabilir.



Resim 7. Akciğer kanseri

Pancoast tümörü: Akciğer apeksinde, superior sulkusta yerleşir. Birlikte üst kostalarda ve vertebralarda kemik destrüksiyonu sıktır. Pulmoner semptomları yoktur, ancak brakial pleksusun tutulumuna bağlı kola yayılan şiddetli ağrı vardır.

Plevral sıvı

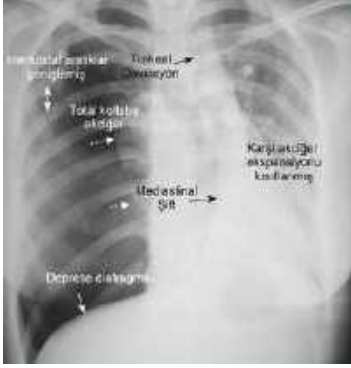
Transuda, eksuda, hemorajik veya şilöz yapıda olabilir. Tümü aynı yoğunlukta gölge verir. Konkavitesi hilusa doğru bakan, göğüs duvarına doğru yükselen parabol şeklinde bir kenar veren homojen bir opasite görünümündedir. Bir hemitoraksı tümüyle kaplayacak kadar olan sıvı kalp ve mediastinumu karşı tarafa iter (Resim 8).



Resim 8. Plevral effüzyon

Pnömotoraks

Plevral boşluk içine hava girmesidir. Hava girince içerideki negatif basınç ortadan kalkar ve akciğer kollabe olur. Röntgende akciğer dokusunun bulunmadığı alanlar radyolüsent görülür.



Resim 9. Pnömotoraks

SONUÇ

Radyasyonun organizmadaki etkileri ışınlamanın şekline ve dozuna göre değişir. Etkiler, bu faktörlere bağlı olarak hemen görülebilir veya latent bir devreden sonra ortaya çıkabilir. Vücutta biyolojik değişikliklerin başlaması için alınan dozun bir eşik değeri yoktur. Dolayısı ile küçük dozlar bile kanser riskini artırabilir. Gonadların aldığı az dozlar mutasyonlara veya herediter bozukluklar oluşturabilecek kromozomal değişikliklere neden olabilir. Fetusun ışın alması durumunda ise gelişim anomalileri riski intrauterin üçüncü haftadan başlar ve 25. haftaya kadar devam eder. Risk ilk haftalarda daha da yüksektir. Bütün bunlar göz önüne alındığında; tanısal olarak istenebilecek grafilerde hekim, hastanın tam bir savunmanlığını yaparak, yarar-zarar göz önüne alındıktan sonra istem yapmalı, çekilen grafi değerlendirmesi konusunda tam bir bilgi sahibi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sloane PD, Slatt L, Ebel M, Smith M, Power D, Viera A. Çeviri Editörleri: Palanduz A, Denizeri SB, Tuncer BS, Eren T. Aile Hekimliğinin Esasları (6. baskı). İstanbul Tıp Kitabevleri, 2015, İstanbul.
2. Ödev K. Toraks Radyolojisi (Türkçe, İkinci baskı). Nobel Tıp Kitabevi, 2010, İstanbul.
3. Akman C. Göğüs Radyolojisinin Esasları (Türkçe, Birinci basım) İstanbul Medikal Yayıncılık, 2009, İstanbul.
4. Planner A, Uthoppa M, Misra R. A-Z of Chest Radiology (İngilizce). Cambridge University, 2007, Oxford.

Konu 64

KIRSAL HEKİMLİK

Hakan DEMİRÇİ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların aile hekimliğinde kırsal hekimlik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Kırsal hekimliğin şehir merkezinde hekimlik yapmaktan farklılıklarını açıklayabilmeli,
- Mobil aile hekimliği çalışmalarını tartışabilmeli,
- Tele Tıp konusunun kapsamını anlatabilmeli,
- Kırsal bölgede kronik hastalık yönetimi ve kronik ağrı yönetimini tartışabilmeli,
- Zoonozları ve korunma yollarını sayabilmeli,
- Su sanitasyonunun önemini savunmalı.

ÖZET

Kırsal bölgelerde yaşanan coğrafyanın özelliklerinden kaynaklı farklılıklar, meslek ile ilişkili hastalıklar, hijyenik sorunlar, nüfusa özgü problemler sık görülebilir. Gezici sağlık hizmeti sunan aile hekimleri kırsal bölgede yaşayan halka koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ulaştırır. Uzman hekime konsültasyona ihtiyaç olduğunda, Tele Tıp birçok uzmanlık dalında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu uygulama ile zaman ve iş gücü tasarrufu sağlanır. Kırsal bölgede kronik hastalık yönetimi önem kazanmaktadır, çünkü yapılan çalışmalarda obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların, kırsal bölgelerde beslenme ve yaşam tarzının kentsele uyması sonucu hızla arttığı gösterilmiştir. Bu hastalıkların erken tanısı, düzenli takibi ve uygun tedavi edilmeleri mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır. Benzer şekilde, kronik ağrı kırsalda çalışan hekimlerin en sık karşılaştığı sağlık sorunlarından biridir, çünkü ilgilendikleri nüfus ağırlıklı olarak kas gücü ile iş yapmaktadır. Hekim, ağrı yönetiminde medikal tedavinin yanında hastada obezite, depresyon ve benzeri eşlik eden hastalıklar varsa uygun şekilde bunların tedavisini de sağlamalıdır. Ek olarak, hayvancılıkla geçinen kırsal bölgelerde zoonozlar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kuduz, şarbon, bruselloz, toksoplazmoz, salmonelloz, Kırım Kongo kanamalı ateşi ve tenyazis en çok bilinen zoonoz örnekleridir. Hijyenik kurallara uyulması zoonozları önemli ölçüde azaltacaktır. Son olarak, şebeke suyunun ulaşmadığı nadir yerleşim bölgelerinde suyun dezenfeksiyonu sağlanmalıdır. Birçok enfeksiyonun kontamine su ile bulaştığı düşünüldüğünde içilen

suyun temiz olmasının önemi anlaşılacaktır. Su sanitasyonu için suyu kaynatma, filtreleme, klorlama veya ultraviyole gibi yöntemler kullanılabilir.

GİRİŞ

Kırsal yerleşim, yaşayan insan sayısının yaşam alanına oranının düşük olduğu bölge olarak tanımlanabilir (1,2). 2000 yılından bugüne Türkiye’de köylerin merkezi şehir belediyelerine bağlanması ile nüfusu 20.000’den az olan yerleşim yerleri kırsal bölge olarak tanımlanmaktadır. TÜİK 2013 yılı verilerine göre Türkiye’de nüfusun %13’ü kırsal bölgede yaşamaktadır (3).

Önemli Noktalar

- Ülkemizde halen kırsal hekimlik “mobil aile hekimliği” şeklinde uygulanmaktadır.
- Tele Tıp ekonomik bir yöntemdir.
- Kronik hastalıklar kırsalda da yaygındır.
- Zoonozlardan korunmada hijyen esastır.
- Temiz suya ulaşım herkesin hakkıdır.

Kırsal bölgede yaşayanların ihtiyaçları ve sağlık sorunları kentsel bölgede yaşayan nüfusa göre farklılıklar gösterir. Uzman hekime ve ilaca ulaşmadaki güçlükler düşünüldüğünde kırsal bölgede yaşayanlarda diyabet, hipertansiyon ve KOAH gibi kronik hastalıkların takibinde güçlükler yaşanabilir. Bunların dışında kırsal bölgelerde coğrafyadan dolayı farklılıklar, meslek dağılımından kaynaklı sorunlar, hijyenik sorunlar, nüfusa özgü problemler de görülebilir. Kırsalda yaşayan nüfusun iş gücü çiftçilik ve hayvancılık gibi belli meslek gruplarında yoğunlaşmaktadır ve gelir düzeyi kırsal bölgede kentsele göre değişkenlik gösterebilir.

Kırsal bölgede yaşayan halka temel sağlık hizmetleri mobil aile hekimliği ile sağlanırken; bu bölgelerin kendine özgü ihtiyaçları da göz önünde tutulmaktadır. Kırsalda yaşayan nüfus sıklıkla yaşlı veya okul dönemindeki çocuk ağırlıklıdır. Çalışan nüfus kentsel yaşamı tercih ederken yaşlı ve çocukların yoğun olarak yaşadığı kırsal bölgelerde bu yaş grubunda sık görülen rahatsızlıklara yönelimli olmak uygun olacaktır. Kırsal bölgede görev yapan hekim geriyatri ve pediatri konularında deneyimli olmalıdır. Acil tıbbi müdahaleler, zoonozlar, yılan ve akrep sokmaları, tarım ilaçları ile zehirlenmeler, kazalar ve bulaşıcı hastalıklar kırsalda çalışan hekimlerin sık karşılaştıkları konu başlıklarıdır. Kırsal bölgelerde temiz su kaynaklarına ulaşabilme önemli bir sağlık sorunudur. Bazı bölgelerde kuyu suyu veya akarsudan faydalanma söz konusu olabilir ve bu durum bulaşıcı hastalıkların kolayca yayılmasına zemin hazırlar. Hekim bu soruna karşı alınacak tedbirler konusunda yol gösterici olmalıdır.

Kırsal bölgelerde sağlık çalışanı istihdam etmek güçtür. Bu sebeple kırsal bölgelere ulaşan sağlık hizmeti görece kentsel bölgelere oranla düşüktür. Yurtdışında kırsalda çalıştırılmak üzere kırsal bölgelerden daha fazla sayıda tıp öğrencisi alınması uygulanan çözümlerden biridir (4,5). Merkezden uzak bölgelerde çalışan hekimler bu alanda eğitilmelidir ve bu alanda uzmanlaşma ve akademik kariyer olanağı verilmesi uygulanan diğer çözümlerdir (6-8).

Kırsal bölgelerde sağlık hizmetleri için alternatif yöntemlere başvurulur. Alternatif yöntemlerden en ilgi göreni “Tele Tıp” adı verilen ve elektronik cihazlar vasıtası ile hizmetin merkez hastaneden uzaktaki birimlere ulaştırılması şeklindeki uygulamadır (9). Tele Tıp yöntemi ile konsültasyonlar yapılabilir ve böylece durumu kritik görülen hastalara şehir merkezine taşımadan konsültasyon imkanı sağlanabilir. Tele Tıp; psikiyatri, dermatoloji, fiziksel tıp, acil hekimliği, pediatri, radyoloji ve kadın hastalıkları ve doğum gibi birçok tıp alanında 50 yılı aşkın süredir başarı ile

uygulanmaktadır (10-14). İnternet üzerinden sadece hasta değerlendirmesi değil, tıp öğrencisi eğitimi de ilgi gören uygulamalardandır (15).

MOBİL AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETİ

Gezici sağlık hizmeti planlaması Sağlık Bakanlığı'nın ilgili güncel yönetmeliğine göre düzenlenmiştir (16). Coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır. Nüfusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri için en az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilmektedir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılırken; bu imkan olmayan yerlerde yerel çözümler üretilmektedir. Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapmakta ve toplum sağlığı merkezine bildirmektedir ve bunu sözleşme döneminin sonuna kadar uygulamaktadır. Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır (16).

Gezici sağlık hizmeti sunan aile hekimi kırsal bölgede yaşayan halka koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ulaştırır. Periyodik olarak gerçekleştirilen ziyaretlerde anne ve çocuk sağlığı, gebe takibi, aile planlaması, aşı, sağlık taraması, kronik hastalık yönetimi ve diğer sağlık hizmetleri sunulur. Mobil hizmet sunan aile hekimlerine kurumca yapılan ödemeler nispeten yüksek, hasta sayıları nispeten düşüktür.

TELE TIP

Teknoloji mesafeleri kısaltmaktadır. Tele Tıp ve e-sağlık konularında çalışmalar birçok ülkede uzun zamandır yürütülmektedir. Tele Tıp, e-sağlık kavramının bir dalı olarak değerlendirilebilir. İnternet ağı sayesinde sağlık bakım hizmeti veya tıbbi eğitim bir coğrafyadan diğerine kolaylıkla ulaştırılabilir ve böylece insan kaynakları daha etkili kullanılabilir.

Tele Tıp, cildiye, fizik tedavi ve psikiyatri gibi birçok tıp dalında yaygın olarak kullanılmaktadır (15). Hastaların kan şekeri sonuçlarını mobil telefon yardımı ile hekime düzenli olarak ilettikleri uygulamalar Dünya'da yaygın olarak kullanılmaktadır. Düzenli zaman aralıkları ile yapılan ölçümlerin hekime ulaşması tedavi planlamada kolaylık sağlamaktadır. Benzer şekilde kan basıncı monitorizasyonu konusunda da olumlu deneyimler mevcuttur. Tele tıp sağlık çalışmaları konusunda 1960 yılından günümüze çalışmalar mevcuttur (17). Önceleri telekomünikasyon bu kadar yaygın ve ucuz değildi, bu sebeple kullanımı sınırlı bir uygulamaydı. Ancak günümüzde 4.5G internet erişimi ve akıllı telefonlar işimizi oldukça kolaylaştırmaktadır. Psikiyatri muayenelerinde ulaşım kolaylığı ve sağlık personelinin daha verimli kullanılmasının yanında psikiyatri doktoruna başvurma konusunda çekinceler ve damgalanma gibi problemler de Tele Tıp uygulaması ile aşılabilmektedir.

Tele Tıp acil hastalarda kullanımı da yaygın olarak çalışılmaktadır. Acil vakalarda, kırsal yerleşimli küçük hastanelerde dal uzmanının bilgisine başvurulması gereken radyolojik tetkikler kolayca danışılabilir (18).

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ

Son yapılan çalışmalar; obezite, diyabet ve hipertansiyonun kırsal ve kentsel arasında sıklık olarak önemli fark göstermediğini, ancak bu bölgelerde hastalıktan farkındalığın daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. TURDEP II çalışması sonuçlarına göre kronik hastalıklar, kırsal bölgelerde beslenme ve yaşam tarzının kentsele uyması sonucu hızla artmaktadır (19). Ancak hekime ulaşma ve ilaca ulaşma konusunda bazı sorunlar yaşanabilmektedir. Tedavide görülen aksamalar hastaların ileri evrede ve komplikasyon gelişmiş olarak hekime ulaşmasına yol açmakta ve böylece morbidite ve mortalite artmaktadır.

Obezite, birçok sağlık sorununa zemin hazırlar (20). Hipertansiyon, diyabet, depresyon, kalp damar rahatsızlıkları obezite ile birinci derece ilişkilidir. Obezite ile mücadele multidisipliner bir bakım gerektirir, ancak örneğin psikolojik danışman, diyetisyen, endokrin uzmanı ve gerekirse gastrointestinal cerrahlar kentsel hastanelerde çalışmaktadır ve bu imkanlar kırsal bölgede yoktur.

Diyabet tanı, tedavi ve takibinde de benzer durum söz konusudur. Bu hastalar düzenli olarak muayene ve tetkik edilmelidir. HbA1C bu hastalarda önemli bir takip parametresidir. Güvenilir HbA1C ölçümü birçok merkezde yapılamamaktadır. Diyabet hastaları retinopati riski dolayısı ile periyodik olarak göz muayenesi olmalıdırlar. Bu hastalar aynı zamanda nefropati ve büyük damar hastalıkları açısından da periyodik olarak kontrol edilmelidir (21). Mobil aile hekimliği hizmetleri ile bu ihtiyaçlar kısmen karşılanmaya çalışılırken; ileri tetkik gerektiren vakaların şehir merkezlerinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hipertansiyonla mücadele gelişmiş ülkelerde bile üstesinden layıkıyla gelinebilen önemli bir halk sağlığı problemidir. Ülkemiz verilerine göre halen tedavi almakta olan hastalarda hedef değerlere ulaşabilme başarısı %50 civarındadır. Tuz tüketiminin oldukça yüksek olduğu ülkemizde hipertansiyon tedavisinde genellikle kombine preparatlara ihtiyaç duyulmaktadır (22). Hipertansiyon hastaları düzenli tetkik ve muayene edilmediklerinde uygun tedaviden mahrum kalabilmektedir. Tedavi edilememiş vakalar önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır.

Bunlardan başka TÜİK verilerine göre tütün ve alkol kullanımı ülkemizde kırsal bölgelerde şehir merkezindeki kadar yaygındır (3). Şehir merkezinde yaşayan bağımlılık hastaları ilgili uzmanlara daha kolay ulaşırken kırsalda yaşayanlar bu olanakların biraz uzağında kalabilmektedir.

KRONİK AĞRI YÖNETİMİ

Kırsalda çalışan hekimlerin en sık karşılaştığı sorunlardan biri ağrıdır, çünkü ilgilendikleri nüfus ağırlıklı olarak kas gücü ile iş yapmaktadır. Genel olarak aile hekimlerinin karşılaştığı vakaların yaklaşık %10-20'sini kronik ağrı oluşturur (23). Kronik ağrı prevalansının çeşitli kaynaklarda %2-40 arasında değiştiği bildirilmektedir (24,25).

Ağrı, karşımıza akut veya kronik olarak çıkar. Kronik ağrı tanım olarak üç aydan uzun süren ağrılardır. En sık kas ve iskelet sistemine bağlı olarak karşımıza çıkar. Bel ve sırt ağrısı, en yaygın görülen şeklidir (26). Genellikle birden çok bölgede ağrı yakınması mevcuttur. Akut ağrı genellikle ciltten kaynaklanırken, kronik ağrı daha derin doku ve

organlardan da kaynaklanabilir. Akut ağrı ile henüz kronikleşmeden müdahale edilmesi önem arz eder.

Ağrının şiddetinin belirlenmesinde için “Görsel (Visüel) Analog Skala (VAS)” kullanılması yararlı olacaktır (27). Hasta ağrı şiddetini 10 cm skala üzerinde işaretler (Resim 1). Tedavi takibinde ağrıda oluşan değişikliği anlamlı sayabilmek için ise skalada 13 mm bir yer değişikliği gerekmektedir (28). Hastadan alınan öykünün yanında detaylı bir fizik muayene de yapılmalıdır.

VAS (Visual Analog Scale)

Aşağıdaki çizgi üzerinde ağrınızın şiddetini gösteren noktayı işaretleyiniz



Resim 1. Görsel (Visüel) Analog Skala (VAS)

Tedavide ilk önce yaşam tarzı değişikliği ve hastanın fizik durumuna uygun düzenli egzersiz önerilir. Ağrı yönetiminde tütün kullanımının bırakılması ve obezite ile mücadele önemlidir. Hastada depresyon ve benzeri eşlik eden hastalıklar varsa uygun şekilde bunların tedavisi sağlanmalıdır. Ağrının farmakolojik tedavisi için genellikle non-steroid antiinflatuvar ilaçlardan yararlanır. Ancak bunların renal ve gastrointestinal yan etkileri akılda tutulmalıdır (25). Tedavi başlanan hasta etki ve yan etkiler açısından kontrol edilmelidir. Ağrı kontrolü sağlanmışsa tedavi planına devam edilir, ancak ağrıda düzelme yoksa konsültasyon ve sevk seçeneği değerlendirilmelidir (29).

ZOONOZLAR

Zoonozlar, hayvanlardan insanlara doğrudan veya dolaylı temas yoluyla, artropod vektör veya yiyeceklerle bulaşan enfeksiyöz hastalıklardır. İnsana bulaşan enfeksiyonların %61'nin zoonotik olduğu bilinmektedir (30). Kuduz, şarbon, bruselloz, toksoplazmoz, salmonelloz, kırım kongo kanamalı ateşi ve tenyazis en çok bilinen zoonoz örnekleridir.

Zoonozlardan korunma için alınacak önlemler:

- Halk zoonotik hastalıklar ve korunma yolları konusunda bilgilendirilmeli
- Sokak köpekleri gözetim altına alınmalı
- Özellikle kurban bayramlarında hijyenik olmayan koşullarda ve yetkili olmayan kişilerce yapılan kesimler önlenmeli
- Çiğ veya az pişmiş et yenmemeli ve çiğ etle temas sonrası eller sabunla yıkanmalı

- Çiğ sebzeler iyi yıkanmalı, çocukların hayvan dışkıyla kontamine topraklarda oynamasının engellenmeli ve yemek öncesi el yıkama alışkanlığı kazandırılmalı.

SU SANİTASYONU

Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma-Ata Bildirgesi (1978) aile hekimliğinin dönüm noktalarındandır. Bu bildirmede yer alan 7 temel birinci basamak önerilerinden birisi; yeterli temiz su sağlanması ve temel sanitasyondur (31). Temiz suya sahip olmak herkesin hakkıdır. Birçok enfeksiyonun kontamine su ile bulaştığı düşünüldüğünde içilen suyun temiz olmasının önemi anlaşılacaktır. Su sanitasyonu için kaynatma, filtreleme, dezenfeksiyon veya ultraviyole gibi yöntemler kullanılabilir.

Suyu kaynatma yöntemi zararlı mikroorganizmaları öldürmek için kullanılan etkili bir yöntemdir. Su kaynamaya başladıktan bir dakika süreyle kaynatmaya devam edilmelidir. Eğer bulunan bölgenin rakımı 2000 metreden yüksek ise kaynatma işlemi su kaynadıktan sonra üç dakika sürdürülmelidir (32).

Dezenfeksiyon, mikroorganizmaların zararlarını azaltmak için kullanılır. Eğer su kaynatma yöntemi mümkün değilse, filtreleme ve dezenfektanın birlikte kullanımı etkili bir yöntemdir. Filtreleme virüslere karşı etkisizdir. Klor ve iyotla dezenfeksiyon bakterileri ve virüsleri öldürmede yüksek etkili iken özellikle Giardia patojeni üzerinde zayıf etkilidir. İyot alerjisi olanlarda, tiroid hastalarında ve gebelerde iyot ile dezenfeksiyon önerilmez (32).

KAYNAKLAR

1. Pong RW, Pitbaldo RJ. Don't take "geography" for granted! Some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians. Canadian Journal of Rural Medicine. 2001;6:105.
2. Pitblado JR. So, what do we mean by "rural," "remote" and "northern"?. The Canadian Journal of Nursing Research. 2005;37(1):163-8.
3. Sağlık İstatistik Yıllığı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf>. Erişim Tarihi 03.03.2016.
4. Rourke J, Dewar D, Harris K, Hutten-Czapski P, Johnston M, Klassen D, Konkin J, Morwood C, Rowntree C, Stobbe K, Young T, Task Force of the Society of Rural Physicians of Canada. CMAJ. 2005;172(1):62-5.
5. Dunbabin JS, Levitt L. Rural Remote Health. 2003;3(1):212.
6. Rourke JT, Incitti F, Rourke LL, Kennard M. Can Fam Physician. 2003; 49:1142-9.
7. Rourke JT. Politics of rural health care: recruitment and retention of physicians. CMAJ. 1993;148(8):1281-4.
8. Canadian Medical Association. Report of the Advisory Panel on the Provision of Medical Services in under serviced Regions. The Association 1992, Ottawa.
9. American Telemedicine Association "Telemedicine Defined." <http://www.americantelemed.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3333> Erişim Tarihi: 03.03.2016.
10. Smith AC, Bensink M, Armfield N, Stillman J, Caffery L. Tele Tıp and rural health care applications. J Postgrad Med. 2005;51:286-93.

11. Crowe BL, Hailey DM, de Silva M. Teleradiology at a children's hospital: a pilot study. *J Telemed Telecare*. 1996;2:210-6.
12. Finley JP, Sharratt GP, Nanton MA, Chen RP, Bryan P, Wolstenholme J, MacDonald C. Paediatric echocardiography by Tele Tip-nine years' experience. *J Telemed Telecare*. 1997;3:200-4.
13. McLaren PM, Laws VJ, Ferreira AC, O'Flynn D, Lipsedge M, Watson JP. Telepsychiatry: outpatient psychiatry by videolink. *J Telemed Telecare*. 1996;2:59-62.
14. Magann EF, McKelvey SS, Hitt WC, Smith MV, Azam GA, Lowery CL. The use of Tele Tip in obstetrics: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66(3):170-8.
15. José G. Conde, Suvaranu De, Richard W. Hall, Edward Johansen, Dwight Meglan, and Grace C.Y. Peng. Tele Tip and e-saglik. 2010;16(1):103-6.
16. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenetmelikler/4058-aile-hekimlii-uygulama-yoenetmeli.html> Erişim Tarihi: 03.03.2016.
17. AADE Guidelines for the practice of Diabetes Self-Management and Training (DSME/T). *The Diabetes Educator*. 2009;35:85-105.
18. Benger J. A review of Tele Tıp in accident and emergency: the story so far. *J Accid Emerg Med*. 2000;17(3):157-64.
19. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*. 2013;28(2):169-80.
20. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009;9:88.
21. Demirci H, Satman I, Çınar Y, Bilgel N. Essentials of Diabetes Care in Family Practice, Diabetes Mellitus - Insights and Perspectives, Oguntibeju O, 2003;255-70.
22. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Dericu U, Karatan O, Hasanoglu E, Caglar S. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press*. 2010;19(5):313-8.
23. Günvar T. Birinci Basamakta Kronik Ağrı Yönetiminin Temel İlkeleri. *TJFMPC*. 2009;3(3):14-7.
24. Birket-Smith M. Somatization and chronic pain. *Acta Anesthesiol Scand* 2001;45(9):1114-20.
25. Demirag SA. Birinci basamakta kronik ağrı ve yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2011;2(2):57-60.
26. İlhan MN, Aksakal FN, Kaptan H, Ceyhan MN, Durukan E, İlhan F, maral I, Bölükbaşı N, Bumin MA. Birinci basamakta yaşam boyu bel ağrısı sıklığı ve ilişkili sosyal ve mesleki risk etmenleri. *Gazi Tıp Dergisi*. 2010;21(3):107-10.
27. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+validation+of+visual+analogue+scales+as+ratio+scale+measures+for+chronic+and+experimental+pain> 1983;17(1):45-56.

28. Gallagher EJ, Liebman M, Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med.* 2001; 8(6):633-8.
29. Tanyıldızı İ, Mevsim V. Kronik bel ağrısı olan hastalara aile hekimliği yaklaşımı: Ne kadar etkili? *Türk Aile Hek Derg.* 2015;19(2):54-62.
30. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2001;356(1411):983-9.
31. Declaration of Alma-Ata, WHO/UNICEF International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 paras I and VII (3).
32. Healty Water.
http://www.cdc.gov/healthywater/pdf/drinking/Backcountry_Water_Treatment.pdf.
Erişim Tarihi 03.03.2016.

Konu 65

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA HEKİMLİK UYGULAMALARI

Yusuf Adnan GÜÇLÜ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların olağanüstü durumlarda hekimlik uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlıkta olağanüstü durumların tanımını yapabilmeli,
- Tıbbi gereksinimlerin belirlenmesi ve yardımların organizasyonlarının işleyişini açıklayabilmeli,
- Çevre sağlığı yönetiminin önemini açıklayabilmeli,
- Bulaşıcı hastalıklara yaklaşımı ile ilgili temel kavramları ve yaklaşımlarını açıklayabilmeli.

ÖZET

Beklenmedik bir biçimde oluşan ve sağlık sorunlarına neden olan olaylar sonucunda karşılaşılan durumlara “sağlıkta olağanüstü durum” diyebiliriz.

Gelişmekte olan ülkelerde özellikle birçok felaket geliyorum diyerek oluşmaktadır. Normal işleyişi bozan her türlü olay sağlık çalışanı için olağan dışı çalışma koşullarını getirir. Bu olağan dışılık bazen bulaşıcı hastalık salgınında, bazen yoğun göçlerde, bazen de doğal afet ya da savaşlarda karşımıza çıkar.

Olağanüstü durum ortaya çıktıktan sonra bir taraftan acil tıbbi yardım yapılırken diğer taraftan hayatta kalanlar felaket bölgesinde veya bu bölge dışında geçici yerleşim yerlerinde yaşamını sürdürmeye devam etmektedir.

Bu değerlendirme toplumun temel sağlık sorunlarına yönelik önlemler alınması, riskli grupların belirlenmesi ve yapılacak yardımların planlanmasında son derece önemlidir.

GİRİŞ

Afetin (olağanüstü durum) birçok tanımı yapılmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanı ve açık olanı şu tanımdır; toplumun olağan yaşam düzenini bozan, onun yanıt verme ve uyum sağlama kapasitesini aşarak, dış yardıma gereksinimi doğuran, büyük miktarlarda can ve mal kaybı ile sonuçlanan ekolojik olaylara afet denir.

Bu tanım 5 ögeye sahiptir:

1. Herhangi bir nedenle, ekolojik denge bozulur,
2. Bu bozukluk, olağan yaşamı ortadan kaldırmaz,
3. Bu olağandışılık, büyük can ve mal kayıplarına neden olur,
4. Sonuçlar, yerel toplumun yanıt verme ve uyum kapasitesini aşar,
5. Dış yardıma gereksinim duyulur (3,4).

Nerede, ne zaman, hangi büyüklükte, nasıl ve ne türde meydana geleceği bilinmeyen afetler, var oldukları ilk günden bu yana insan topluluklarının can ve mal güvenliğine yönelmiş en büyük tehlikedir. Afetler pek çok ülkede tamiri çok güç kayıplara ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik gelişme sürecinin yıllarca sürebilen kesintilere uğramasına neden olmaktadır (5).

Bir diğer önemli noktada, günümüzde meydana gelen afetlere insan kaynaklı olanlarının da eklenmesidir. Örneğin çeşitli nedenlerle meydana gelen yangınlar, nükleer patlamalar, küresel ısınma da gerçekte birer afet kabul edilebilir ve sonuçlarıyla insan hayatını olumsuz etkilemektedir. İlerisi için bu konularda önlemler alınmaz ise, ciddi sonuçlar doğacak ve sonuçlarıyla diğer afetlerden farklı olarak milyonları hatta milyarları etkileyecektir(6).

Günümüzde afetler sonucunda ortaya çıkan zararların, insan hayatı, sosyo-ekonomik yapı ve çevre açısından çok büyük boyutlarda olabildiği ortadadır. Bu noktada ortaya çıkan "Afet Yönetimi" kavramı, her türlü tehlikeye karşı hazırlıklı olma, önleme ve zarar azaltma, müdahale etme ve iyileştirme amacıyla mevcut kaynakları organize eden, analiz, planlama, karar alma ve değerlendirme süreçlerinin tümünü kapsar. Bu nedenle, afet ve/veya risk yönetimi çalışmaları bir bütündür (1,4,7).

Afet Türleri

Afetler; doğal ve yapay afetler olmak üzere iki başlık altında toplanabilmektedir (3,8).

Doğal afetler;

Can ve mal kaybına yol açan doğal olaylardır. Afetin ilk özelliği doğal olması, ikincisi can ve mal kaybına neden olması, bir diğeri çok kısa zamanda meydana gelmesi ve son olarak da başladıktan sonra insanlar tarafından engellenememesidir. Bazı afetlerin yeryüzünün hangi bölgelerinde daha çok görüldüğü bilinmektedir. Örneğin deprem,

Önemli Noktalar

- Aile hekimliği eğitimleri esnasında olağanüstü durumlarda sağlık hizmetleri ile ilgili eğitim planlanmalı.
- "Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" ile ortak eğitim programı ile:
 - Afet yönetimi uygulamaları,
 - Çevre sağlığı yönetimi uygulamaları,
 - Halk sağlığı hizmetleri uygulamaları,
 - Afetlerin önlenmesi ve zararlarının minimize edilmesi ile ilgili eğitim çalışmaları yapılmalı.

heyelan, çığ, sel, şiddetli soğuk ve bazı afetlerin sonuçları doğrudan ve hemen ortaya çıkar. Fakat kuraklıkta olduğu gibi bazı doğal afetlerin sonuçları uzun bir zaman sonra ve dolaylı olarak görülür.

İnsanın neden olduğu afetler;

İnsanın neden olduğu afetler arasında savaşlar, terör olayları ve laboratuvarlarda üretilen çok özel koşullarda saklanan biyolojik savaş ajanları ile salgın hastalıklar çıkarılması sayılabilir.

Afetin evreleri:

- Sessiz evre
- Alarm evresi
- İzolasyon evresi
- Dış yardım evresi
- Rehabilitasyon evresi (3,4).

Afet Yönetimi

- Risk yönetimi (proaktif/önleyici hizmetler): Sessiz dönemde, hasar nedenlerini yok ederek tetikleyicinin verebileceği zararları önleme /azaltma çalışmalarında hedef, afet/hasar/risk nedenlerini dolayısı ile de afetleri yok etmektir-KORUMADIR.
- Kriz yönetimi (reaktif/onarıcı hizmetler): Tetikleyicinin verdiği hasarları onarma/yaraları sarma/ölüm ve sakatlıkları azaltma çalışmalarıdır. Kriz yönetiminde hedef ikincil kayıpları en aza indirmektir-TEDAVİDİR (3,4).
- Olağan üstü durum ortaya çıktıktan sonra bir taraftan acil tıbbi yardım yapılırken, diğer taraftan hayatta kalanlar felaket bölgesinde veya bu bölge dışında geçici yerleşim yerlerinde yaşamını sürdürmeye devam etmektedir (1,2).

Mevcut kriz yönetiminin genel sorunları:

- Ulaşım hizmetlerinde yaşanan sorunlar,
- Altyapı sorunları,
- Kurtarma ve tahliye sorunları,
- Emniyet ve asayiş sorunları,
- İnsani yardım malzemelerinin kabulü, kaydı, depolanması ve dağıtımı ile ilgili lojistik sistemin kurulmasında yaşanan sorunlar,
- Mühendislik açısından yaşanan sorunlar,
- Geçici barınma sorunları (6,7,9).

Tıbbi gereksinimlerin belirlenmesi ve yardımların organizasyonu:

Öncelikler saptanmalıdır:

- Eldeki kaynaklar ve etkinlikleri değerlendirilmelidir,
- Eldeki kaynakların önceliklere göre hızlı ve etkin kullanımı amacı ile planlama yapılmalıdır,
- Uygulamaya ancak iyi bir planlamadan sonra geçilmelidir,
- Her uygulama, yapılacak değerlendirmelerle yeniden ele alınmalıdır.

Olağanüstü durumlarda gerekli ilaç ve malzemenin belirlenmesi:

Erken dönem gereksinimleri öncelikle, yerel kaynaklardan, yakın bölgelerdeki kuruluşlardan sağlanmalıdır. İyi bir bölgesel koordinasyon ile yerel kaynakların etkin kullanımı olasıdır.

- Diğer ülkelerden gönderilecek yardımların ana dağıtım merkezine ulaşması en az 24 saati bulacaktır. Ardından, boşaltma, yeniden düzenleme ve dağıtım organizasyonu ile yardımların hedefine ulaşması zaman alacaktır.
- Her türlü olağanüstü durumun erken döneminde, ülkenin kendi olanakları ve yerel kaynaklarını kullanması ile ulaşım, gönderilecek yardımın niteliği, dağıtımdaki organizasyon aksaklıkları ve insan gücü kayıpları gibi olumsuzluklar engellenmiş olur.
- Yerel kaynaklardan sağlanacak malzemenin dağıtımını kadar, bu malzemeyi kullanacak sağlık personeli ve bunların organizasyonu da önemlidir.
- Sağlık hizmetlerinin, bölgesel bir merkezden (bölgedeki devlet hastanesi gibi) başlayarak en uç noktaya dek yaygınlaştırılması veya bölgedeki kuruluşların organizasyonlarının gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi, yardımlar ve sağlık personelinin dağıtımını kolaylaştırdığı gibi, bölgede yaşayan insanların hizmetlere ulaşılabilirliğini kolaylaştıracak ve basit sağlık sorunlarının uç birimlerde çözümlenmesi ile merkezdeki yığılmaları önlemiş olacaktır.

ULUSLARARASI YARDIM

Erken dönemde gereksinimler ve öncelikler belirlendikten sonra yapılacak uluslararası yardım istekleri, daha etkili ve daha yararlı olacaktır. Yararlanımını daha da arttırmak için

- Uluslararası iletişimler tek bir resmi kanaldan yapılmalıdır.
- Gereksinimleri karşılayacak miktarda istek yapılmalıdır.
- İstek yapılırken, öncelikler, istenen ilaç veya bir yıldan az süresi olan malzemenin miktarı ve jenerik ismi açık olarak belirtilmelidir.
- İstekler, öncelikler ve gereksinimleri en ucuz karşılayacak şekilde yapılmalıdır.
- Gerekli soğuk zincir organizasyonu sağlanmadan aşırı gibi bozulabilecek malzeme isteği yapılmamalıdır.

- Aynı listelerin farklı ülke veya kuruluşlara gönderilmesinin duplikasyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır (1,2).

Çevre Sağlığı Yönetimi

Afetlerde fizik ve sosyal çevrede ekolojik denge bozulur. Yoğun nüfus hareketleri olur. Hasar gören çevre altyapısı sonucu sağlık hizmetleri kesintiye uğrar. Çevre kirlenmesi sonucu toplum yaşamı olumsuz etkilenir. Epidemiler görülebilir.

FELAKET ÖNCESİ ÖNLEMLER

Felaket öncesi çevre sağlığı önlemlerinin temel amacı, felaket gerçekleşikten sonra etkilenen alanlarda çevre sağlığı tehlikelerini ortadan kaldırmak veya azaltmaktır(1,2).

Felaketlere hazırlık planları yapılmalı. Bu planlar 5-10 yılda bir tartışılarak yenilenmelidir.

İyi hazırlanmış basit ve açık olarak yazılmış; felaket gerçekleştiğinde var olan yerel kaynakları kullanarak kimin, ne zaman, hangi işlevi yerine getireceğini tanımlayan bir plan yapılmalıdır (8).

Felaketlerin çevre sağlığı açısından verdikleri zararlar;

-Binaların, su, elektrik, gaz, kanalizasyon sistemlerinin zarar görmesi, biyolojik ve kimyasal kontaminasyon, su ve gıda kontaminasyonu (özellikle sel felaketlerinde), su, toprak ve hava kirliliği, vektör üreme alanlarının çoğalması, ulaşım ve iletişim kesintisi ve nüfus hareketleridir (göç).

Çevre sağlığı koşulları ve hizmetleri kadar, kişisel hijyen ve ev sanitasyonu standartlarının da azalması felaketlerin en bilinen etkilerindedir. Özellikle uygun giyinme, sabun, deterjan, basit temizlik ve yıkama araçlarının yoksunluğu alışılmış kişisel hijyen koşullarını sağlamada güçlük oluşturur ve sonuç olarak ishaller hastalıklar, tifüs gibi vektörle bulaşan hastalıklar ve uyuz gibi felaket öncesi dönemde önlenebilen hastalıklar artar.

Etkin çevre sağlığı yönetimi için gerekli faktörler:

- Yeteri kadar barınak,
- Yeterli miktarda ve kolay elde edilebilir nitelikte su,
- Atıklarının zararsız hale getirilmesi,
- Gıda stoklarının kontaminasyona karşı korunması,
- Bireylerin vektör kaynaklı hastalıklara karşı, vektör kontrolü yöntemleri ve kemoprofilaksi yoluyla korunması (1,2,8).

Bulaşıcı hastalıklara yaklaşım:

Olağanüstü durumlar sonrasında ortaya çıkan sorunlardan birisi de bulaşıcı hastalık riskidir. Genellikle doğal kaynaklı olağanüstü durumlarda bulaşıcı hastalık riski hastalığın endemik düzeyiyle orantılıdır. Daha önce bölgede bulunmayan bir enfeksiyon etkenine bağlı hastalık riski hemen hemen yoktur.

Çevrede oluşan ekolojik değişiklikler bulaşıcı hastalık riskini artırır veya azaltabilir. Bu durumdan özellikle vektör ve su kaynaklı hastalıklar önemli derecede etkilenir.

Felaket bölgesinden göç, hastalıkların başka bölgelere taşınmasına yol açabilir.

Kalabalık koşullarda yaşanması ile temas ve hava yolu ile bulaşan hastalıklar daha sık görülür ve hızlı yayılırlar.

Alt yapının zarar görmesi özellikle su ve besin kaynaklı hastalıkların riskini artırır.

Aşılama, çevre sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerindeki duraklama da bulaşıcı hastalık riskini arttıran önemli etmenlerdendir.

Bulaş yoluna yönelik önlemler, sağlıklı çevre koşulları, kişisel temizlik, vektör kontrolü, dezenfeksiyon/sterilizasyon, nüfus hareketinin ve yoğunluğunun azaltılmasını kapsamalıdır.

Sağlam kişilere yönelik ise; aşılama, kemoprofilaksi, kişisel korunma ve yeterli dengeli beslenme gibi önlemler alınmalıdır.

En sık görülen ve sıklıkla ölüme yol açan hastalıklar; diyareli hastalıklar (kolera ve basilli dizanteri dahil), kızamık, akut alt solunum yolu enfeksiyonları ve sıtma'dır.

Sıtma; endemik bölgede önemli salgınlar oluşturur. Kontrol programı aşağıdaki dört yöntemi içermelidir;

- Sivrisinek üreme yerlerinin azaltılması,
- İnektiler kullanılarak erişkin vektör kontrolü
- Kişisel korunma önlemlerinin (cibinlik gibi) alınması,
- Kemoterapi ile hasta tedavisi (10).

Kamp koşullarında çevre sağlığı hizmetleri:

Felaket sonrası dönemde, evleri zarar gören insanların sağlıklı ve güvenli koşullarda barınmalarının sağlanması, daha sonraki dönemlerde çıkabilecek sorunların önlenmesi ve özellikle de hastalık ve ölümlerin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu nedenle kamp koşullarında yapılacak işlemlerin ve alınacak önlemlerin bilinmesi gerekir (11).

Günlük su tüketimi şöyle olmalıdır;

- Alan hastanesinde, 40-60 lt/kşi,
- Toplu beslenme merkezlerinde 20-30 lt/kşi,
- Geçici barınma yerleri ve kamplarda 15-20 lt/kşi,
- Yıkınma tesislerinde, 35 lt/kşi olmalıdır.

Su dezenfeksiyonu kuralları;

- Günlük serbest klor düzeyi 0,7-1 mg/lt olmalı,
- Boruların dezenfeksiyonu için 50 mg/lt, 24 saat sürekli veya 100 mg/lt saat
- Kuyu ve kaynakların dezenfeksiyonu için 50-100 mg/lt, 12 saat klor kullanılmalı.

- Dezenfekte edilen sudaki yüksek klor düzeyinin giderilmesi için 0,88 gr sodyum tiyosülfat/1000 mg klor kullanılmalı.

Suyu korumak için, su kaynağı ile kirlilik kaynağı arasında en azından 30 metre olmalı. Kuyular su tablası, hela çukuru ve lağımın 1,5-3 metre üstünde tutularak korunabilirler.

Kamp tuvaletleri, yüzeysel çukurlar şöyle olmalı;

- 90-150 cm derinlik, 30 cm genişlik (veya olabildiğince dar kazılabilir), 3-3,5 metre uzunluk/100 kişi.
- Çöp depolamak için hazırlanacak çukurlarda 2 metre derinlik, 1,5 metre genişlik, 1 metre uzunluk/2 kişi olmalı.
- Çukurlar, 40 cm kalınlığında sıkıştırılmış toprakla örtülmelidir. Bu boyutlardaki çukurlar bir haftada dolabilir. Çukurdaki çöplerin dekompozisyonu için gerekli süre 4-6 haftadır (12).

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA BESLENME

Beslenme olağan dışı koşullarda hemen el atılması gereken alanlardan birisidir. Sanılanın aksine, çok özel durumlar hariç (büyük kuraklıklar, savaş ve ani mülteci akımları gibi) insanların aç kalmaları için hiç bir neden yoktur. Genelde bizim gibi ülkelerin böyle bir sorunu olmayacağı gibi dış yardımlar da 24-48 saat içinde bölgeye ulaşmaya başlar. İlk şok geçtikten sonraki dönemde risk grupları iyi belirlenmeli (çocuk, yaşlı, gebe gibi) ve gıdalar günlük gereksinimleri hesaplanarak ailelere verilmelidir.

Beslenme ilkeleri normal zamanlarda olduğu gibidir, ancak eksikliği olumsuz koşullarda özellikle risk gruplarının hemen etkileneceği göz önüne alınarak iyi bir örgütlenme ve dağıtım planı yapılmalıdır. Gereksiz ve kültürel alışkanlıklara uymayan yiyeceklerin gelmesi engellenmelidir (2).

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARIN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Olağanüstü durumlarda ve sonrasında en çok ihmal edilen sorunlardan biri, felakete uğrayanların ve yakınlarını kaybedenlerin ruh sağlığı sorunlarıdır. Belki ilk bakışta haftalar, aylar sonra günlük yaşam normale dönmüş gibi gözükebilir; ancak özellikle uzun dönemde etkili olan ruh sağlığı sorunlarını çözmek anlayış, sabır, emek ve zaman işidir. Bireylerin geçirdikleri şokların yakın ve uzak etkileri dışında, olağanüstü durumların neden olduğu sosyoekonomik sorunları ve bunların ruh sağlığına olan etkilerini unutmamak gerekir.

Ruh sağlığını olumsuz etkileyen durumlar:

İşsizlik, evsizlik, çevrenin yok olması, yönetim boşluğudur.

Bir olağanüstü durum sonrasında oluşan psikolojik yanıt üç ana unsura bağlıdır;

- Olağanüstü durumun özellikleri (şiddeti, sıklığı, aniden oluşu, tipi),
- Toplumun özellikleri (hazırlıklı olup olmaması, sosyal dayanışmanın bulunması, daha önceki deneyimler, önderlerin varlığı),

- Bireyin özellikleri (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kişilik yapısı, fiziksel durum, sosyal destek, kaybın boyutu).

Stres olağanüstü durumlarda normal bir tepkidir. Stres bazen olumlu işlev görüp kişiyi aktive eder. Aktivasyon, kurtarma işlemleri ve sosyal dayanışma için gereklidir.

Stersin göğüs ağrıları, bulantı, kusma, ishal, ağrılar, kardiyovasküler yakınmalar, dil kuruması gibi fiziksel; suçluluk hissi, korkular, kızgınlık duygusu, saplantılar, apati, depresyon gibi duygusal ve sigara, tütün, alkol kullanımı, aşırı ilaç kullanımı, hiperaktivite, antisosyal davranışlar gibi sosyal belirtileri olabilir. İnsanca olan bu tepkiler, sağlık personeli için de geçerlidir! Önemli olan tanı koymaktır (13).

Psikiyatristlere, afetzedelerin üzerinde afetlerin etkilerini azaltmada önemli rol düştüğü halde yeterli derecede bu konuya dahil edilememişlerdir (14,15).

HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Çevre sağlığı hizmetleri iki yönlüdür;

- Çevreye yönelik koruyucu hizmetler (barındırma, su güvenliği, gıda güvenliği, vektör kontrolü, atık kontrolü gibi),
- Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler (aşılar, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi gibi).

Afetlerde su sağlanması öncelikli hizmetlerdendir. Afetler, su yokluğu, su kıtlığı, su kirliliği sonuçlarını ve bunların yol açtığı sağlık sorunlarını ve epidemileri doğurur.

Tuvalet-banyo-çamaşırhane;

- 10 kişiye bir yıkanma musluğu, 100 kişiye bir banyo, kışları 50 kişiye bir duş, yazın 30 kişiye bir duş olacak şekilde ayarlanmalıdır.
- Her 10 kişiye bir tuvalet kabini. Açık çukurlu hela için her 50 kişiye 3 metre çukur gereklidir.
- Merkezi çamaşırhane ve yeterli çamaşır makinesi bulunmalı.

Kanalizasyon atıkları;

- Şebeke zarar gördüyse onarıma gidilmelidir.
- Sıvı sabun, su, kağıt gibi temizlik maddeleri sağlanmalıdır.

Var olan yapılar hasarlanmış ise;

- Açık çukurlu tuvaletler, seyyar tuvaletler kullanılabilir.
- Atık suların kontrollü uzaklaştırılması sağlanmalıdır.
- Yeni tuvaletler yapıp, kanalizasyona bağlanmalıdır.

Dezenfeksiyon ve klorlama;

- Kaynak-kuyu klorlaması, bireysel/ailesel klorlama, meyve sebze klorlaması, serbest klor tayini ve denetimi yapılmalıdır (1,16).

SONUÇ

Afetlere karşı etkin mücadele stratejilerinin geliştirilmesi gerek insan yaşamının gerekse toplumsal yaşamın sürekliliği açısından önemlidir. Bu stratejilerin geliştirilebilmesi, afet olgusuna öncesi ve sonrasıyla bir bütün olarak bakılması ile mümkün olacaktır.

Afetlere karşı etkin mücadelenin toplumu oluşturan her birey ve her kurumun katılımıyla birlikte gerçekleştirilebileceği unutulmamalıdır. Çünkü afetten tüm toplum etkilenir.

Afet yönetimi içerisindeki tüm kamu kurum ve kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları'nın Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ışığında faaliyetlerini devam ettirmeleri sağlanmalıdır (15,16,17,18,19).

Zarar azaltma çalışmalarının etkinliği toplumların gelişmişlik düzeyleri ile doğru orantılıdır. Zira toplumlar geliştikçe insan yaşamına verilen önem artmakta, dolayısıyla insan yaşamını tehlikeye atabilecek en yaygın olaylardan olan afetlerin önlenmesi ve zararlarının minimize edilmesi çalışmalarına verilen önem ve ayrılan mali kaynakların miktarı artmaktadır (20,21,22).

KAYNAKLAR

1. Amato Z, Elçi ÖÇ.(editörler): Olağanüstü Durumlarda Sağlık Hizmetleri, TTB Yayını. AçılımYayıncılık, İzmir, 1996.
2. Olağandışı durumlarda Sağlık hizmetleri Sağlık çalışanının El kitabı, Editör Prof.Dr.Ali Osman Karababa, TTB, 2002, İstanbul.
3. Akdur R. Olağanüstü Durumlarda Sağlık Hizmetleri. Akdur R.: Afetlere Karşı Toplumsal Örgütlenme ve Hazırlık, Afet Tıbbı (Editörler: Eryılmaz M, Dizer U) Ünsal Yayınları 2005, Ankara.
4. Recep Akdur. Olağanüstü Durumlarda Sağlık Hizmetleri. Akdur R.: Afetlere Hazırlık ve Afet Yönetimi, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TAKAV Matbaacılık, 2001, Ankara.
5. Press, F. and Hamilton, R. M.. Mitigating Natural Disasters. Science. 1999;284(5422): 1927.
6. Erkal T, Değerliyurt M. Türkiye'de afet yönetimi. Doğu Coğrafya Derg, 2009;14(22):147-64.
7. Gökçe O, Tetik Ç. Teoride ve pratikte afet sonrası iyileştirme çalışmaları. https://www.afad.gov.tr/Dokuman/TR/81-20140602101635-afet_sonrasi_iyilestirme_calismalari-1.pdf. Erişim Tarihi: 15.07.2016.
8. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Çevre Sağlığı; Olağanüstü durumlarda çevre sağlığı hizmetleri. https://www.google.com.tr/?gws_rd=ssl#q=Ola%C4%9Fan%C3%BCst%C3%BC+durumlarda+%C3%87evre+Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1+Y%C3%B6netimi. Erişim Tarihi: 15.07.2016.
9. Esen, K. 17 Ağustos 1999 Marmara, 12 Kasım 1999 Düzce Depremleri Işığında Olası Benzeri Depremlerde Kullanılması Gereken Tecrübeler. Türk İdare Dergisi, 2000;72: 29-53.
10. Reyhan U. Doğal Afetler ve olağanüstü durumlarda görülen enfeksiyon hastalıkları. ANKEM. 2002;15(3): 651-6.

11. Afetlerde Çevre sağlığı Hizmetleri.
http://www.umke.org/images/dosyalarim/afetlerde_cevre_sagligi_hizmetleri.pdf. Erişim Tarihi: 15.07.2016.
12. Akdur R. Afetlerde Su Yönetimi. Ulusal Su ve Sağlık Kongresi, 26-30 Ekim 2015 Antalya.
13. Yılmaz B, Şahin NH. Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme. Türk Psikoloji Dergisi; 2007;22 (59):119-33.
14. Holmes A. System issues for psychiatrists responding to disasters. Psychiatr clin north am. 2004;27(3):541-58.
15. Bryce CP. Stess Management in Disasters. Pan American Health Organization. <http://www.paho.org/disasters>. Erişim Tarihi: 15.07.2016.
16. Eric K. Noji, M. Public health issues in disasters. Crit Care Med 2005;33(1):29-33.
17. Yılmaz A. Türkiye’de afetlerde karşılaşılan sorunlar. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi 2012;1(1):61-81.
18. Sarp N. Sağlık Hizmetlerinde Afet Yönetimi. Deprem Araştırma Enstitüsü Bülteni 1999;26:81.
19. F. Nateghi-A. Disaster mitigation strategies in Tehran, Iran, Disaster prevention and management 2000;9(3):205.
20. Don Schramm. Aim & Scope of Disaster. <http://epdfiles.engr.wisc.edu/dmcweb/AA02AimandScopeofDisasterManagement.pdf>. Erişim Tarihi: 15.07.2016.
21. Ergünay O. Afete Hazırlık ve Afet Yönetimi. Türkiye Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü Afet Operasyon Genel Merkezi (AFOM) 3-17 Ankara, 2002.
22. Pfenninger E, Himmelseher S, König S. Zivilschutz-Forschung. Neue Folge Band 54. 2004 Bonn.
23. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Bevölkerungsschutz: Hilfe und Selbsthilfe. https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Publ_magazin/bsmag_1_16.pdf?__blob=publicationFile. Erişim Tarihi: 15.07.2016.

Konu 66

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YÖNETİMİ

Berna Erdoğan MERGEN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların birinci basamak sağlık kurumları ve yönetsel özellikleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Birinci basamak sağlık hizmeti kavramını tanımlayabilmeli,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu açıklayabilmeli,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarını ve görevlerini sayabilmeli,
- Birinci basamak hekimliği olarak aile hekimliği ile ilgili kavramları açıklayabilmeli,
- Aile hekimliği birimi ve aile sağlığı merkezini, özelliklerini, yapılandırılmasını ve görevlerini tanımlayabilmeli,
- Toplum sağlığı merkezini temel özelliklerini, yapılandırılmasını ve görevlerini tanımlayabilmeli,
- Aile hekimliği güncel uygulamasını ve sağlık sistemi içindeki yerini açıklayabilmeli.

ÖZET

Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulamaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) ve Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanması (2006) ile birlikte başlatılmıştır. 2010 yılı itibarıyla topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi çalışmaları yapılmış ve aile hekimliği uygulaması tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. 2012 yılında hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulması gerçekleştirilerek, Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu kurulmuştur. Birinci basamak vizyonunu ortaya koyan dokümanların yayımlanarak (Aile Hekimliği Türkiye Modeli) kanun ve yönetmeliklerle birinci basamak hizmet sağlayıcılarının görev ve sorumluluklarının ve birinci basamak merkezlerin özellikleri tanımlanmıştır. Topluma (TSM) ve kişiye yönelik (ASM) temel sağlık hizmetlerinin eşgüdümünün sağlanması için Halk Sağlığı Kurumu kurulmuş, finansman global bütçeden karşılanacak şekilde planlanmıştır.

Aile hekimliği uygulaması ile ASM ve TSM olarak hizmet veren birinci basamak sağlık kurumlarının yapılandırılması yönetimi mevzuatta tanımlanmış, görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. İdari olarak Bakanlık, Sağlık Müdürlükleri ve ASM'ler arası her türlü evrak ve yazışma işlerinin Toplum Sağlık Merkezleri (TSM) tarafından yürütülmesi planlanmıştır. TSM'lerin görevi arasında ayrıca Aile Sağlığı Merkezleri

(ASM) arası koordinasyonu sağlamak da belirlenmiştir. Temel yönetim teknikleri tüm işletme ve kurumlarda benzer olsa da birinci basamakta özellikle ASM’de farklıdır.

GİRİŞ

Yönetim, belirlenen bir amaca ulaşabilmek için yapılacak işlerin planlanması, planın uygulanması ve denetimin sağlanması olarak tanımlanabilir. Bu tanımda üç önemli işlev göze çarpmaktadır: planlama, uygulama, denetim.

Birinci basamak yönetimiyle ilgili temel konu, toplum ve bireyin sağlık hizmeti ihtiyacının ve hizmet talebinin birinci basamak hekimliği yaklaşımı sınırları içinde kalarak mevcut kısıtlı kaynaklarla karşılanmasıdır. Bu amaçla sağlık hizmet ihtiyacının, önceliklerinin belirlenmesi ve kaynak yönetimi önemlidir.

Vatandaşların sağlıklı bir çevrede yaşayabilmesinin ve sürekli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin temini, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve gerekli denetimlerin yapılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleştirilmesi devletin görevidir.

Önemli Noktalar

- 2003 yılında başlatılan sağlıkta dönüşüm programı sonrasında aile sağlığı merkezlerinin örgütlenmesi ve yönetimi yeni özellikler kazanmıştır.
- Aile hekimlerinin klinik hizmet sunma, araştırma yapma ve eğitimin yanında yönetim bilgilerinin de olması gerekir.

TARİHSEL GELİŞİM

2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile başlatılan sağlık hizmetlerinin organizasyonunun bir alanı da aile hekimliği uygulamalarının başlatılması olmuştur.

Aile hekimliği uygulamasında, Sağlık Ocakları'nın yerini Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) almıştır. ASM, sağlık ocağı görevlerini ve ana çocuk sağlığı-aile planlaması görevlerini (tanı, tedavi, hasta takibi, sağlık raporları, 15-49 yaş kadın, loğusa, hamile, bebek, çocuk takibi gibi) yapan, bire bir hasta ve sağlıklı birey takibini gerçekleştiren, yönetim ve finansman açısından özerk işletmeler yapılaşmasında olan kurumlardır. Toplum sağlığı merkezleri (TSM) ise Sağlık Müdürlükleri ile ASM arasında iletişimi sağlayan, toplum sağlığı ve idari hizmetler, eğitim ve denetim faaliyetlerini yürüten işletme olmayan, kamu kurum ve kuruluşları kapsamında yer alan sağlık merkezleridir. Her ilçede en az bir tane olmak üzere görev yapan TSM tarafından halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, aşı ve aile planlaması araçlarının dağıtımı ve yaygın bağışıklama hizmetleri, laboratuvar ile toplum taramaları, tıbbi istatistiklerin toplanması aile hekimleri ile eşgüdüm içinde yürütülür. TSM bünyesinde verem savaş dispanseri, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezi, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), obezite danışma birimi ve kronik hastalıklar birimi ile çalışan diyetisyen birimi, sigara bıraktırma birimi, ağız diş sağlığı polikliniği, yabancılar polikliniği, psikolojik danışmanlık birimi bulunmaktadır.

Kamu binalarının sayısının yeterli olmadığı yerlerde aile hekimleri yönetmeliklerde belirtilen şartlara uygun binalar kiralarak ASM oluşturabilirler. Aile sağlığı merkezlerinin demirbaşları, kira ya da mal sahibi olarak binası, bakımı, onarımı, tıbbi cihazları, cihazların amortismanı aile hekimlerine aittir. Sağlık Bakanlığı, teşkilat yasası kapsamında yer alan görevlerini yerine getirebilmek için gerekli tesisleri kurmak,

işletmek, meslek personelini yetiştirmek, sağlık kurumlarını denetlemek gibi işlemlerden sorumludur. Sağlık Bakanlığı sağlık sistemini yönetir ve gerekli politikaları belirler.

Sağlık Bakanlığı yapılanmasında *Merkez ve Taşra Teşkilatı* adı verilen iki kurum vardır. Taşra teşkilatı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneler Birliği, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü ve bağlı kuruluşlardan oluşur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde ise Türkiye Halk Sağlığı Laboratuvarı, TSM, ASM ve bağlı merkez birimler yer almaktadır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli olarak kurulmuştur.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ

Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanları tarafından aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur. Maliyetlerin azalması ve hekim çalışma sürelerinde esnekliğe imkan vermesi bakımından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte görev yaptığı aile sağlığı merkezleri nüfusun ve ulaşımın uygun olduğu yerlerde oluşturulabilir Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya gibi hizmetler için bireysel veya ortak olarak personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler. Buralar sadece birinci basamak sağlık hizmeti verilmek üzere planlanmalıdır.

Bina; kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanı tek aile hekimi için 60 metrekare olmalıdır. Bekleme ve kayıt bölümü bulunmalıdır. Muayene odası, her aile hekimi için en az 10 metrekare olmalıdır. Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir. Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır. Bunlar tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Özürlü ve yaşlı hastaların giriş ve çıkışlarını olanaklı hale getiren ve kolaylaştırıcı önlemler alınır. Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, verilerin toplanması ve istatistikî değerlendirmeler ile resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların güvenli bir şekilde yapılabileceği bir büro veya bölme bulunmalıdır.

Aile sağlığı merkezi içinde bulunan her bir aile hekimliği biriminde bulunması gerekenler arasında stetoskop, tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy), otoskop, oftalmoskop, termometre, ışık kaynağı, küçük cerrahi seti (asgari bir portegü, bir makas, bir penset, bir bisturi sapı), paravan, perde vb., muayene masası, hasta kayıtlarının muayene, takiplerin kayıtlandığı bilgisayarlar, aşı kayıtları için barkod okuyucu sayılabilir. Aile sağlığı merkezinde ortak kullanımda bulunması gerekenler ise manometreli oksijen tüpü (taşınabilir), seyyar lamba, buzdolabı, jinekolojik muayene masası, spekulum, muayene ve RİA seti, ilaç ve malzeme dolabı, sterilizatör, EKG cihazı, tromel, negatoskop, tekerlekli sandalye, pulse oksimetre, jeneratör, genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılar ve antiserumlar, girişte hasta çağırılması için kullanılan numeratör ve ekran sistemleri, temel acil ilaçlar (adrenalin-atropin-avil-kapril) sayılabilir.

ASM'de yönetilmesi gereken konular; hasta yönetimi, ASM'de görevli aile hekimleri, aile sağlığı elemanı, sekreter, hizmetli dahil tüm çalışan personelin yönetimi, finansman yönetimi, ofis yönetim ve denetimi, hizmetlerin planlanması, pazarlama, hasta ve çalışan güvenliği, diğer ASM, TSM, sağlık müdürlüğü ve sevk edilen hastaneler ile iletişim, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında sunulmasıdır. ASM'de çalışan personelin eğitimlerinin planlanması da yönetici aile hekiminin görevidir. ASM'de zaman, çalışan yönetimi, stratejik planlama, motivasyon, toplantı, eğitim, zor hasta yönetimi, denetim, yönetim ekibi oluşturulması yönetimin ana konularıdır. Birinci basamak hizmetlerini nitelikli olarak verebilmek için gerekli ve etkin önlemlerin zamanında alınması oldukça önemlidir.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA NÜFUS (HASTA) KAYIT İŞLEMLERİ

İlk kayıt, müdürlük tarafından kişilerin ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Yenidöğünler ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kayıt edilir. Aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince veya ilgili toplum sağlığı merkezince yapılır. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez. İkamet ettiği ilden başka bir ile göç eden kişiler istedikleri bir aile hekimine kayıt yaptırabilirler. Sürekli ikamet ettiği bölgeden uzakta veya geçici süre ile Türkiye'de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden misafir hasta olarak hizmet alırlar. Aile hekimi misafir kişiler için herhangi bir ücret talep etmez.

AİLE HEKİMLİĞİNDE ÖDEME ESASLARI

Kayıtlı kişi sayısı başına ve çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır. Kayıtlı kişi sayısı üzerinden sağlık hizmeti ihtiyaçlarına göre farklı katsayılar kullanılarak ödeme yapılır. Gebeler 3; 65 yaş üstü 1,6; tutuklu ve hükümlüler 2,25; 0-59 ay arası çocuklar 1,6; diğer bireyler ise 0,79 katsayısı kullanılarak hesaplanır. Yerleşim yerlerinin koşullarına göre ücret ödemeleri farklı ve değişen katsayılar uygulanır. Entegre pozisyonlar için katsayı 1,65; nüfusu zorunlu olarak düşük pozisyonlar için katsayı 2 olarak hesaplanır. Cari gider ödeneği; ASM kirası, ek personel maaş ve sigortası, demirbaş, elektrik, su, ısınma, onarım, gezici hizmet ödeneği gibidir.

Ödemeye esas alınan negatif performanstır. Koruyucu sağlık hizmetlerini iyileştirmek amacıyla gebe, bebek ve çocuk takibi ile aşılama oranları %98'in altına düştüğünde ücrette kesinti yapılmaktadır. Toplamda %20'ye kadar kesinti yapılabilmektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA BİLGİ SİSTEMİ KULLANILMASI

Gelişmiş bilgi işlem alt yapısının kullanılması aile hekimliği uygulamasının temel unsurudur. Hizmet alan tüm vatandaşlara ait sağlıkla ilgili demografik veriler elektronik ortamda kayıt altına alınır. Merkez veri tabanlarında toplanan bu verilerden ihtiyaçlar doğrultusunda raporlar hazırlanmaktadır. Bu veriler istatistiki çalışmalarda, sağlık hizmetleri planlamalarında ve ücret hesaplamalarında kullanılmaktadır.

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ

TSM bölgesinde yaşayan, toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite

edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşlarıdır.

İlçe sağlık idaresinin yönetiminde, merkez ilçeler dahil her ilçede en az bir adet olmak üzere toplum sağlığı merkezi oluşturulur. Bu merkezler aile hekimliği uygulamasında gerekli tetkik ve tahlilleri yapmanın yanı sıra, aile hekiminin görevi dışında kalan diğer temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir. TSM'ler aynı zamanda eğitim ve planlama merkezleri olarak hizmet verir. TSM'lerin görev ve yetkileri başlıca topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Toplum sağlığı merkezinde TSM başkanı olan bir sorumlu tabip, tabip ve uzman tabipler (aile hekimliği uzmanı, halk sağlığı uzmanı gibi), sağlık memuru, ebe, hemşire, psikolog veya sosyal çalışmacı, diyetisyen, çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, idari ve mali işler memurları, kayıt ve istatistik memurları, şoför, temizlik personeli, hizmetli görev alır. TSM bünyesinde idari ve mali işler, kayıt ve istatistik, plan ve program yapma, üniversitelerle işbirliği, izleme ve değerlendirme, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, ulusal programlar, adli tıp hizmetleri (ölü muayenesi ve defin ruhsatı düzenlenmesi), acil sağlık hizmetleri, kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri (içme ve kullanma sularının denetimi, gıda maddelerinin denetimi, esnaf denetimi, atıkların denetimi, sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele), iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, hizmetleri, afet hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, sağlık eğitimi hizmetleri, toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri, sosyal hizmet çalışmaları yapılır.

HALK SAĞLIĞI KURUMU DÜZEYİNDE EŞGÜDÜMÜN SAĞLANMASI

Birinci basamak hizmet sağlayıcılarının dağılımları bölgeler arasında sayısal olarak farklılık göstermektedir. Bunun sonucunda aile hekiminin hizmet yoğunluğu kendisine bağlı nüfusun büyüklüğüne bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Kişiyeye yönelik temel sağlık hizmetlerinin, bir başka deyişle ASM ve TSM'nin entegre sağlık hizmeti sunabilmesi için toplum yönelimli birinci basamak uygulamalarının geliştirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir. Bu anlamda yerel toplumun katkısının sağlandığı toplum yönelimli birinci basamak uygulamaları önem kazanmaktadır. Gönüllüler ve toplum liderleri (öğretmen, muhtar gibi) ile işbirliği yapan, sağlığın geliştirilmesine yönelik ihtiyaç ve eylemleri birlikte planlayan, bu eylemlerde orada yaşayan kişilerin de sorumluluk alabilmesine imkan veren, temel sağlık hizmetlerine bütüncül yaklaşan bir model ile kişiyeye ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanabilir.

Farklı alanlarda (idarecilik, ana çocuk sağlığı, yetişkin hasta bakımı, aile planlaması gibi) çalışma deneyimine sahip olan hekimler, yeni uygulamada aile hekimi olarak kendilerine bağlı her yaş ve cinsiyetten kişilere kapsamlı sağlık hizmeti sunmak durumundadırlar. Hizmet sunucusunun niteliklerine bağlı olarak hizmet sunumu farklılaşabilmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı sürecinde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan finansmanda rakamsal bir artış gözlenmektedir. Aile hekimliğinin Sağlık Bakanlığı genel bütçesindeki payı, 2006 yılında sadece %0,2 iken; 2009'da %6,3'e yükselmiştir. 2006 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinin %73,7'si olan hastane harcamaları, 2009

yılında %67,7'ye gerilemiştir. Birinci basamakta çalışan hekim sayısı 2002'den 2010'a kadar %11 artarken, aynı dönemde birinci basamakta görülen hasta sayısı 2,5 kat artmıştır. 2002 ila 2012 arasındaki 10 yıllık sürede yaklaşık 25 bin yeni uzman yetişirken, pratisyen hekim sayısındaki artış 8 bin ile sınırlıdır.

BİRİNCİ BASAMAK HİZMET SUNUCULARININ GENEL GEÇERLİ STANDART NİTELİKLERE SAHİP OLMASI

Birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin de mesleki derneklerinin ve birinci basamağa özgü pratiklerinin gelişimine katkıda bulunacak şekilde ders programlarının ve uygulamalarının yapılandırılması ve birinci basamak hemşireliğine yönelik bilimsel dergilerinin olması birinci basamak hizmet sunumunda önemli bir noktadır. Kronik hastalıklar birinci basamak başvurularının içinde önemli bir ağırlığa sahiptir.

Birinci basamakta çalışan insan gücü diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı mesleklerden bireylerle desteklenmelidir.

Aile hekimlerinin sayıca yetersiz olması, aile hekimi başına düşen kayıtlı kişi sayısının Avrupa ortalamasının üzerinde olması, mesai saatleri dışında birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olması (esnek mesai, yeşil alan nöbeti), telefon/e-posta ile konsültasyon yollarına nadiren başvurulması, web tabanlı hizmetler ve randevu sistemlerinin yaygın kullanılmaması, coğrafi engeller, sevk zincirinin etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerine katkısı ve sağlık hizmetinin koordinasyonuna katkısı üzerine etkisi halen tartışılmaktadır

Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı merkezlerinde öğrencilerin gözlem yapması için aşağıdaki taslak dokümanlar değiştirilerek kullanılabilir.

Aile Sağlığı Merkezi Hekim Bilgilendirme Yazısı

Sayın Meslektaşımız,

Üniversitemizin Tıp Fakültesi 1. Sınıf öğrencilerine verilen Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın dersleri çerçevesinde öğrencilerimiz aile sağlığı biriminizde yarım günlük bir gözlem yapacaklardır. Bu uygulamanın amacı, öğrenim hayatlarının başındaki öğrencilerimize birinci basamak sağlık hizmetlerimizin durumu, kadroları, çalışma koşulları, hizmet alanları, hasta görüşmesi gibi konularda fikir vermek ve tıp mesleğini tanımalarına yardımcı olmaktır. Bu uygulamada vereceğiniz destek için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Adı-Soyadı:..... Telefon:..... E-posta:

Aile Sağlığı Merkezi Öğrenci Gözlem Formu

Sevgili Öğrencimiz,

Daha öğrenim hayatınızın başlangıcındayken çoğunluğunuzun ileride görev alanını oluşturacak olan aile sağlığı merkezlerini tanımanızın yararlı olacağına inanıyoruz. Bugün öğleden sonra mesai bitimine kadar ilgili sağlık kuruluşunda gözlem yapınız.

Gözlemlerinizden azami yarar sağlayabilmeniz için aşağıdaki yönergeleri hazırladık. Bu

formu doldurup gittiğiniz sağlık kuruluşunun doktoruna onaylatınız.

Formlar tarihine kadar Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na teslim edilecektir. tarihindeki dersimizde bu uygulamadaki gözlemlerinizi tartışılacaktır.

Adı Soyadı:..... Tarih:..... İmza:.....

Sağlık Kuruluşu:.....

1. Aşağıdaki bilgileri öğrenerek not ediniz.
 - a. Sağlık kuruluşu kaç kişilik bir nüfusa hizmet vermektedir? :.....
 - b. Günlük ortalama hasta sayısı nedir? :.....
 - c. yılında toplam kaç hasta bakılmış? :.....
2. Sağlık kuruluşundaki görevlilerin ünvan ve sayıları nelerdir?
.....
.....
3. Hangi sağlık hizmetleri verilmektedir?
.....
.....
4. Bir doktor-hasta görüşmesini gözlemleyerek aşağıdaki soruları cevaplayınız.
 - a. Görüşme kaç dakika sürdü? :.....
 - b. Görüşmenin sonucunda ne karar verildi?
 - i. Tetkik istendi :.....
 - ii. Tedavi (ilaç) önerildi :.....
 - iii. Kontrolle çağrıldı :.....
 - iv. Davranış değişikliği önerildi :.....
 - v. Konsültasyon istendi :.....
 - vi. Egzersizle ilgili önerilerde bulunuldu :.....
 - vii. Beslenme ile ilgili önerilerde bulunuldu :.....
 - viii. Diğer:.....
5. Diğer gözlemlerinizi:
.....
.....

Sağlık Kuruluşu Doktorunun Onayı:.....

SONUÇ

Sağlık sistem planlayıcılarının kendi toplumlarındaki farklı özelliklere göre temel ihtiyaçları belirleyerek aile hekimliği sisteminin biçimlendirilmesi ve uygulamada yönetsel farklılıkların olması doğaldır. Maliyet etkinlik ve sürdürülebilir finansman sağlamanın unsurları; koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili sunumu ile tedavi maliyeti yüksek hastalıkların önlenmesi, ikinci basamak sağlık kuruluşlarına gereksiz müracaatın

azalması, insan kaynaklarının etkili kullanımı, negatif performanslı kişi başına ödeme ile mali kaynakların etkili kullanılmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Bodenheimer T, Grumbach K. Çeviri Editörleri: Bozdemir N, Saatçi E. Birinci Basamağın Geliştirilmesi. Nobel Tıp Kitapevi, 2009, Adana.
2. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. WONCA. Çeviri Editörü Bilgel N. Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı. Klavuz Kitap. SZT Matbaası, 2005, Bursa.
3. Aydın S, Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan, Hacımamağaoğlu A. Aile Hekimliği Türkiye Modeli.T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004, Ankara.
4. Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Nobel Tıp Kitapevi, 2010, Adana.
5. Aktürk Z, Dağdeviren N. (Çeviri Editörleri). Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, 2004, İstanbul.
6. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu YA, Özer C. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. TAHEV (Türkiye Aile Hekimliği Vakfı). Akademi Yayınevi, İstanbul.
7. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (25.01.2013). <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>. Erişim Tarihi: 27.02.2016.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı. Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları, 2013, Erzurum.
9. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplinin Tarihiçesi. Türkiye Klinikleri J. Med Sci 2007;27:412-8.

Konu 67

SUT UYGULAMALARI

Murat ALTUNTAŞ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların aile hekimliği uygulaması dahilinde güncel Sağlık Uygulama Tebliği temelinde hasta ve hastalıklar için tanımlanmış haklar hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlık Uygulama Tebliği'nin dayandığı hukuki kaynakları açıklayabilmeli,
- Sağlık Uygulama Tebliği'nin yayımlanma gerekçesini tartışabilmeli,
- Sağlık Uygulama Tebliği'nin içeriği ve yeni düzenlemeleri belirtebilmeli,
- Aile Hekimi gözünden Sağlık Uygulama Tebliği'ne bakış kazanabilmeli.

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay sağlık politikalarını belirleyen unsurların başında yer almaktadır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin belirli bir standart kalite düzeyinde sunumu temel hedef olarak belirlenmiştir. Ülkemizde bu doğrultuda yapılan düzenlemeler özellikle 2003 yılından sonra “Sağlıkta Dönüşüm” programı ile hızlanmış ve hizmetlerin sunum ve finansmanında köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bu derste sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin rol oynayan Sağlık Uygulama Tebliği'nin birinci basamak temelinde hasta ve hastalıklar için içerdiği haklar ve sorumluluklar ortaya konulmuştur.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Son yıllarda artan nüfus yoğunluğu bir yandan sağlık harcamalarının artmasına neden olurken; diğer yandan da sağlık hizmetlerinin finansman yapısına ilişkin tartışmaların hem kamu kesiminde hem de özel kesimde artarak yaşanmasına neden olmuştur.

Bireylerin ve toplumların sağlıklı olabilmeleri ve de bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin üretimi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri, toplumların gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişme göstermektedir. Bunun yanında toplumların sağlık ve dolayısıyla hastalık konusuna bakışları da kültürel algılamaları ve sosyal yaşamları doğrultusunda değişim göstermektedir.

Söz konusu farklılıklar sağlık hizmetlerinin kapsamını ve çeşitliliğini de etkilemektedir (1).

Sağlık hizmetleri temelde, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon” olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir". Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir; yetmişmiş personel ve fiziki imkanlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiyacı nedeni ile tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri” şeklinde ele alınmaktadır (1). Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmeti sunumu temelli Aile Hekimliği uygulaması önem kazanmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması Türkiye’de ilk kez 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile 15.09.2005 yılında Düzce ilinde başlatılmıştır. Sevk zinciri uygulaması ile hastaların öncelikle bağlı buldukları aile hekimliklerine başvurarak gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirildikleri bir model olarak benimsenen

Önemli Noktalar

- Sağlıklı nesiller koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması ile ortaya çıkacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin belirli standartlarda sürdürülebilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi büyüktür ve bu amaçla özendirilmesi gerekmektedir.
- Aile hekimliği düzeyinde sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı SUT ile düzenlenmektedir.
- SUT ile tanımlı kişilere ve hastalıklara Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen finansman desteği şartları gereksinimler doğrultusunda belirli aralıklarla güncellenmektedir. Bu amaçla güncellemelerin takibi ve bu doğrultuda hizmetin sürdürülmesi yerinde olacaktır.

organizasyon, aile hekimliği birimi başına düşen hasta nüfusunun fazlalığı başta olmak üzere benzeri sorunlar dolayısıyla ertelenmiştir. Günümüzde Aile Hekimliği Uygulaması, hastaların aile hekimleri olmasına rağmen diğer sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan başvuruabildiği bir anlayışla sürdürölmektedir. Bu durum birinci basamak temelinde hasta ve hastalıkların öncelikle karşılanacağı ve dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin de ön plana çıkarılmasıyla maliyet etkin bir hizmet sunumunun yakalanacağı anlayışın tam olarak uygulanamadığı bir süreci getirmiştir.

Türkiye'deki her vatandaşın sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi sosyal devlet anlayışı gereğidir. Tüm vatandaşların etkin ve standardize bir sağlık hizmetinden faydalanabilmesi amacıyla görev yapan Sosyal Güvenlik Kurumu bu görevini oluşturduğu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile yapmaktadır. SUT; 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir. 5510 sayılı Kanun'a ilaveten diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişileri de kapsamaktadır.

SUT'un amacı; sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin bildirilmesidir (2).

5510 Sayılı Kanun gereği sağlık hizmeti sunucuları arasında; birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarına ilaveten birinci ve ikinci basamak özel sağlık kuruluşları yer almaktadır. Bu makalede SUT öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimlikleri düzeyinde irdelenmiş ve ilişkili maddeler bu bağlamda ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, kişilerin müracaatı aşamasında, acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulaması yapılması zorunludur. Bu işlemi usulüne uygun yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından ödenen tutar geri alınır.

Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, kurum bilgi işlem sistemi üzerinden T.C. kimlik numarası veya yurt dışı provizyon aktivasyon ve sağlık sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası alacaklardır.

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca hasta sevki aynı yerleşim yeri içindeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına yapılabilir. Kişiler sevk belgesi ile sevk düzenlendiği tarih dahil 5 (beş) iş günü içinde sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edeceklerdir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar **katılım payı** olarak ifade edilmektedir. **Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri/aile hekimliği birimlerine müracaatlar katılım payından muaftr.**

Sağlık rapor formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve diğer uygulamalarında Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve MEDULA sistemindeki düzenlemelere uyulmaktadır. MEDULA-Hastane, MEDULA-Eczane ve MEDULA-Optik girişi ve uygulamalarında kullanılmak üzere hekimlere, kurum web uygulaması üzerinden “SGK Hekim Şifresi” verilir. Uzman hekim raporları ise ilgili tek uzman hekim tarafından düzenlenir (2).

Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

Sağlık Bakanlığı “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamına dahil olmayan aşı bedelleri; kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedaviye bağlı olarak bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden karşılanır.

Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adölesanların hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde, yılda bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.

Pnömonok aşısı bedeli (polisakkarit); iki yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünsupresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diyabet dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kraniyal defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir karşılanır. Altmış beş yaş ve üzerindeki kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

Hepatit A aşısı bedeli; kronik karaciğer hastalığı olan veya pıhtılaşma faktörü konsantresi alan ve Hepatit A seronegatif olan; bir yaş üzeri çocuklar ve erişkinlerde, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez karşılanır (2).

Şeker ölçüm çubukları

Tip I diyabetli, tip II diyabetli, hipoglisemili, gestasyonel diyabetli hastalar ile sadece oral anti diyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalar için, **aile hekimliği uzmanı**, endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından uzman hekim raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

Kan şekeri ölçüm çubukları;

- 1) Tip I diyabetli çocuk hastalar (18 yaş altı), gebeler, transplantasyon hastalarında sağlık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak,
- 2) Tip I diyabetli erişkin hastalar ve insülin kullanan tip II diyabetli tüm hastalarda ayda en fazla 150 adet,
- 3) Medikal tedavi ile kontrol altında tutulan hiperinsülinemik hipoglisemisi olan çocuk hastalar için ayda en fazla 150 adet, erişkin hastalar için en fazla 50 adet,
- 4) Oral anti diyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalara 3 ayda en fazla 100 adet hesabıyla,

reçete edilmesi halinde bedeli kurumca karşılanır.

Kan şekeri ölçüm cihazlarına ait bedeller de kurumca karşılanacaktır. Kan şekeri ölçüm cihazının yenilenme süresi iki yıldır. Bu süreden önce temin edilen kan şekeri ölçüm cihazının bedeli kurumca ödenmez (2).

Enjektör bedelleri

Ayaktan tedavide reçeteye yazılan enjektörlü ilaç adedine ve mililitresine uygun enjektör bedeli kurumca belirlenen bedel üzerinden ödenir. İnsülin kalem iğne uçları bedelleri, insülin kartuşları ile birlikte ya da tek başına reçete edildiğinde bedeli kurumca karşılanır (2).

REÇETE VE SAĞLIK RAPORU YAZIM İLKELERİ

İlaçların reçetelendirilmesinde matbu, e-reçete veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler kullanılır. Reçetelerde teşhis bilgilerinin yer alması zorunludur. Ayrıca hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı, diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendiği sağlık kurum veya kuruluşunun adı mutlaka yer alacaktır. İlave hastanın adı soyadı, T.C. kimlik numarası veya reçete tanzim tarihi ile birlikte MEDULA takip numarası veya e-reçete numarası veya protokol numarası yer alacaktır. Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenecek reçetelere, sağlık yardım hakkını veren ülkenin adı ayrıca yazılacaktır.

Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler.

Sağlık raporuna istinaden reçete edilecek ilaçlar, SUT ve eki listelerde aksine bir hüküm olmadıkça, bu sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir (2).

İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi

Sağlık raporlarında, SUT ve eki listelerde özel düzenleme yapılmış ilaçlar hariç olmak üzere, ilaç dozlarının belirtilmesi şart olmayıp, etken madde adının yazılması yeterli olacaktır. Sağlık raporuna etken madde adının yazılmasının yeterli olduğu ilaçlar için hastanın kullanacağı ilacın etken madde miktarı ve günlük kullanım dozu reçete ile düzenlenecektir. Ancak raporda ilacın etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirtilmiş olması halinde belirtilen doz miktarı aşılamaz. Hasta

katılım payı muafiyeti için düzenlenen sağlık raporlarında, teşhis ve ICD-10 kodu yer alacaktır. Sağlık raporları, SUT'ta yer alan özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir (2).

Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

İlaçların parenteral formları ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 (on) günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilir. Majistraller için tedavi süresi ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. Uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçlar, katılım payı alınmak koşuluyla en fazla üç aylık tedavi dozunda reçete edilebilir.

Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde en fazla bir kutu ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise bir küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir (2).

ELEKTRONİK REÇETE UYGULAMASI

E-reçete uygulamasında, e-reçetelerin kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, şifre) imzalanması şarttır.

Kurum tarafından gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler arasında; yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenen reçeteler, majistral ilaç içeren reçeteler, alerji aşıları reçeteleri, ithal ilaç grubuna giren kişiye özel yurt dışından getirtilen ilaçlar için düzenlenen reçeteler, MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen reçeteler, acilde düzenlenen reçeteler, **aile hekimleri tarafından “gezici sağlık hizmeti” kapsamında düzenlenen reçeteler (bu reçetelerin gezici sağlık hizmeti kapsamında düzenlendiğini belirtir ifadenin bulunması ve hekim tarafından onaylanması gerekmektedir), evde sağlık hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler**, resmi ve özel sağlık kuruluşlarından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, işyeri hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, huzur evlerinde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde, Türk Silahlı Kuvvetleri'nin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenen reçeteler sayılabilir.

Ayrıca belirtmekte fayda görülmektedir ki; Sağlık Bakanlığı tarafından özel mevzuatı düzenlenmiş olan kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde reçeteler ayrıca kuruma ibraz edilmeyecektir.

MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ilişkin “Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenememiştir” ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde belirtilmeli ve bu ibare reçeteyi düzenleyen hekim tarafından onaylanmalıdır (2).

Hasta katılım payından muaf ilaçlar

SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, sağlık raporuna dayanılarak en fazla üç aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir ve sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce de reçete edilebilir. Ayrıca sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları eş ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, en fazla bir yıllık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir (2).

Enjektabl allerji aşularının kullanım ilkeleri

Sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler, bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, dermatoloji, iç hastalıkları veya **aile hekimliği uzman** hekimi tarafından da yapılabilir (2).

Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri

Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen, kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından reçete edilebilir. Ayrıca yatan hastalarda veya acil müdahale gerektiren durumlarda acil servislerde rapor aranmaksızın tüm hekimler tarafından reçete edilebilir (2).

Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri

1-Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil)

Statinler, daha önce kullanmayan hastalarda, uzman hekim raporuna dayanılarak kullanılmaya başlanır;

- a) LDL düzeyinin 190 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda,
- b) LDL düzeyinin 160 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; iki ek risk faktörü varsa,
- c) LDL düzeyinin 130 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; üç ek risk faktörü varsa,
- d) LDL düzeyinin 70 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; diyabet, akut koroner sendrom, geçirilmiş Mİ, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda.

Yukarıda belirtilen ek risk faktörleri; hipertansiyon, ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü, 65 yaş ve üstü hastalardır.

Tedaviye başlamaya esas olan ilk uzman hekim raporunda, bu rapor öncesi son 6 ay içinde, a, b ve c bentleri için en az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları belirtilir. Rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. Raporun yenilenmesinde lipid düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu istenmez. Bu ilaçlar uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

Son olarak yine belirtmekte fayda görülmektedir ki; rosuvastatinin 20 mg ve üzeri atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri, fluvastatinin 80 mg ve üzeri, etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir (2).

2-Statın dışındaki lipid düşürücü ilaçlar (fenofibrat, gemfibrozil, kolestiramin)

Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar; trigliserid düzeyinin 500 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda veya trigliserid düzeyinin 200 mg/dL üstünde olan; diyabet, akut koroner sendrom, geçirilmiş Mİ, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları ve nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

Lipid düşürücü ilaçlar için raporlu hastalarda raporun yenilenmesi durumunda, yapılan tetkik sonucu dikkate alınmadan, daha önce alınmış ilacın teminine esas olan bir önceki raporun düzenlenme tarihi veya tedaviye başlama tarihi ve başlama değerlerinin raporda belirtilmesi yeterlidir. Ancak yeni yapılan tetkikin sonucu başlama değerlerine uygunsuzsa önceki rapora ait bilgilere gerek olmaksızın yeni rapor düzenlenir (2).

Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri

Bu grup ilaçların bütün formlarından; östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar (östradiol ya da konjüge östrojen ve progesteron kombinasyonları, yalnız östrojen içerenler ve tibolon içerenler) ile progesteronlar; endokrinoloji, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve **aile hekimliği uzman hekimlerince** veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir (2).

Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

Metformin, sulfonilüreler, metformin + sulfonilüre kombinasyonları, alfa glukozidaz inhibitörleri ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

Repaglinid (kombinasyonları dahil), nateglinid ve diğer oral anti diyabetiklerin kombine preparatları; endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji ve **aile hekimliği uzman hekimlerince** veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazonun oral kombinasyonları veya pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir (2).

Parenteral demir preparatları kullanım ilkeleri

Parenteral demir preparatları intestinal malabsorpsiyon sendromları, kronik enflamatuvar barsak hastalıkları, akut gastrointestinal sistem kanaması olan hastalar, hemodiyaliz hastaları, total ve subtotal gastrektomili hastalar, oral demir alımını tolere edemeyen gebeler gibi durumlarda uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir (2).

Reçetelerin geçerli olduğu süre

İlaçlar reçetenin tanzim tarihinden itibaren dört iş günü içinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir. Bu sürenin dışındaki müracaatlarda reçete muhteviyatı ilaçlar eczanece verilmeyecektir. Sağlık raporuna dayanılarak yazılan reçetelerde, ilaç bitim tarihinden 15 gün öncesinde verilebilir (2).

SONUÇ

Yukarıda detaylarıyla belirtilen tüm hususlar güncel haliyle SUT ve uygulamaları hakkında bilgiler içermektedir. Masraflı ancak zorunlu olan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulabilmesi için birinci basamak hizmetlerinin özellikle koruyucu sağlık hizmetleri temelinde güçlendirilmesi şarttır. SUT'ta da bu doğrultuda düzenlemeler yapılarak, özendirici değişiklikler ile teşvik gereklidir.

Ayrıca belirtilmelidir ki; sağlık harcamalarının kontrol altına alınarak, harcamalara maliyet etkin bir yapı kazandırılabilmesinin diğer bir koşulu ise aile hekiminden diğer basamaklardaki uzman hekimlere kadar olan süreçte sevk zincirinin devreye sokulabilmesidir. Aksi takdirde bu amaç için tek başına ilaç fiyatlarını azaltmak ya da reçete sayılarını azaltmak yeterli olmayacaktır. Sağlık sistemine işleyen bir yapı kazandırmak adına atılan adımların olumsuz çıktısı olarak kendini gösteren sağlık hizmetlerine kolay ulaşım aynı zamanda müracaat başına ortalama maliyetleri artırmaktadır. Buradan hareketle sağlık sistemine kolay ulaşımın engellenebileceği, sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin gereksinimleri doğrultusunda ilgili sağlık hizmet sunucularına yönlendirilebileceği bir akış hayata geçirilmelidir. Bu sistem kurgulanırken basamak tercihi de sağlık hizmeti alanlara değil sağlık profesyonellerine bırakılmalıdır (3).

KAYNAKLAR

- 1- Altay A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. <http://sayistay.gov.tr/yayin/dergi/icerik/der64m2.pdf> Erişim Tarihi: 27.02.2016.
- 2- SUT Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT (16.01.2016) http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler Erişim Tarihi: 22.02.2016.
- 3- Aytekin S., Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012;5(9):33-44.

Konu 68

TOPLUM YÖNELİMLİ AİLE HEKİMLİĞİ

P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların sağlık hizmeti sunmada toplum yönelimli olma ve bunun aile hekimliğinde kullanımı ve önemi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Toplum yönelimli sağlık hizmetinin tanımını yapabilmeli,
- Aile hekimliği hizmet sunumunda toplum yönelimli olmanın önemini kavrayabilmeli,
- Hastanın sorunlarının içinde yaşadığı toplum ve toplumun sağlık gereksinimleri bağlamında ele alınması gerekliliğini bilmeli,
- Sağlık hizmeti sunumunda başka sektörlerdeki kuruluşlar, kişiler, gruplar ile işbirliği içinde olmanın önemini açıklayabilmeli,
- Toplum yönelimli aile hekimliği temel uygulama özellikleri ve basamaklarını sayabilmelidir.

ÖZET

Toplum yönelimli bakım (TYB) epidemiyoloji, birinci basamak sağlık hizmeti, koruyucu hekimlik ve sağlığın iyileştirilmesi prensiplerini temel alan bir sistematik sağlık hizmeti yaklaşımıdır. Başlangıçtaki başarısından beri birinci basamak hekimleri ve eğiticileri tarafından dikkate alınmıştır. TYB, geleneksel halk sağlığı metodolojisi ile birinci basamak tıbbi uygulamalarının kombinasyonundan oluşmaktadır.

TYB'nin köşe taşı kavramları olan uygulanan araştırmanın önemi, sağlık ve hastalığın lokal konseptlerini anlamının önemi, toplumsal tanıyı anlamak, toplum yönelimi ve takım çalışması yaklaşımları aile hekimliği uygulama ve eğitiminin merkezidir. Bir aile hekiminin optimal düzeyde hizmet sunması ancak bağlı olduğu topluluğun özelliklerini, öncelikli ihtiyaçlarını bilmesi ile mümkündür, bunu da sağlayacak olan toplum yönelimli hizmettir.

Toplum yönelimli aile hekimliğinin ana prensipleri, toplumu tanıma ve karakterize etme, toplumun sağlık sorunlarını tanımlama, daha öncelikli sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık sunum programını modifiye etme, program modifikasyonlarının etkinliğini izleme ve bunları yaparken toplumu da girişimlere dâhil etmedir.

GİRİŞ

Toplum yönelimli bakım (TYB), belli bir topluluğa belirlenip hedeflenmiş öncelikli sağlık hizmetlerini sunmak üzere toplum sağlığı uygulamalarını birinci basamağa entegre etmiş bir sağlık hizmeti geliştirme modelidir (1,2). TYB'nin başlangıç noktası, topluma ve bireylerine bir bütün olarak yaklaşmaktır, çünkü sağlık servislerinin sorumluluğu, tanımlanmış belli bir toplumun ve azınlıkların tüm bireylerinin sağlık hizmetini almak isteyip istememelerinden bağımsız olarak sağlıklarını korumaktır (3,4). Sağlık sunumu hastalıkların bakımından iyiliğin devamına, bireyselden topluma doğru bir yönelim içinde olmalı ve gerekli iş gücü ile alt yapı buna göre ayarlanmalıdır (5). İşte TYB, belli bir toplumda sağlık ihtiyaçlarının belirlenerek problemlerin aydınlatıldığı süreklilik arz eden bir süreçtir (6,7). Buradaki toplum, içinde yaşanılan ortamı değil bizzat bu sistemin kullanıcılarını kapsar (7).

Önemli Noktalar

- Aile hekimliğinin 12 temel özelliği ve bunlara bağlı 6 çekirdek yeterliliğinden biri de “Toplum Yönelimli” değildir.
- TYB’de ana kavram, birinci basamağın toplumun içinde, toplum için ve toplumla birlikte köken alıp sağlığın geliştirilmesidir. Buradaki ana nokta pasif alıcılara hizmet sunumu değil, lokal toplulukların bilgi, tutum ve motivasyonlarını değiştirecek şekilde aktif katılımları ile hizmet sunmaktır.

İlk olarak 1940’larda Sidney Kark tarafından Güney Afrika’da kavramsallaştırılmış olan TYB, sonra yine Kark ve ekibi tarafından 1960’larda İsrail’de geliştirilmiştir. İlerleyen tarihlerde Amerika’da özellikle hizmetin ulaşmadığı ücra bölgelerde yaygın olarak uygulanmıştır (2). Toplum yönelimli hizmet sunumu İngiltere, İspanya ve gelişmekte olan birçok ülkede de uyarlanıp uygulamaya konulmuş, olumlu sonuçlar alınmıştır (8,9). Bu da TYB kavramlarının ve ilkelerinin bir sağlık sisteminden, bir ülkeden diğerine aktarılabilir olduğunu gösterir, ayrıca uygulama yöntemleri her bir uygulamada kendine özgü olduğundan dolayı ana-çocuk sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetlerine hatta ulusal düzeydeki planlama ve yönetimlere de uyarlanarak başarı ile kullanılmıştır (8).

Kark’ın çıkış noktası sağlığı korumanın bir toplumun sorumluluğu ve sağlık bakımının da her bireyin hakkı olduğu gerçeğidir. Sağlık hizmetlerinin finansal sistemleri ve organizasyonları ülkeden ülkeye değiştiği gibi farklı sağlık durumlarına, gelir gruplarına veya aynı yerdeki farklı sağlık hizmeti şekillerine göre de bir hayli değişiklik gösterebilmektedir, ancak burada asıl önemli olan sadece belli tıbbi ihtiyaçları olan insanların değil, tüm bireylerin bakımının sorumluluğunu almayı kabullenmektir (5). Kark ve Abramson 1980’lerde yayınladıkları TYB’yi anlattıkları kitaplarında, “Mevcut tıbbin ve sağlık bakımının sağlığı iyileştirme, hastalıklardan koruma, kronik hastalıkların sakatlık ve maruziyet durumlarını önleme, tedavi olabilen hastalıkları iyileştirme, ve hayat tarzı değişikliği gerektiren travma ve hastalıkları rehabilite etme kapasitelerinin çok iyi bilinmesi gerekmektedir. Bunun için bizim şimdikinden daha entegre bir sağlık bakımına, farklı birinci basamak sağlık hizmetlerini mevcut belli toplum hekimliği görüşleri ile bir araya getirmeye ihtiyacımız vardır. Toplumun yönelimli bakımı bunun için öneriyoruz.” diyerek iki farklı uygulama olan toplumdaki bireylerin klinik bakımı ve toplum hekimliğinin uygulamalarını TYB bağlamında birleştirmenin daha verimli ve kapsamlı bir hizmet sunmaya olanak tanıyacağını vurgulamışlardır (5).

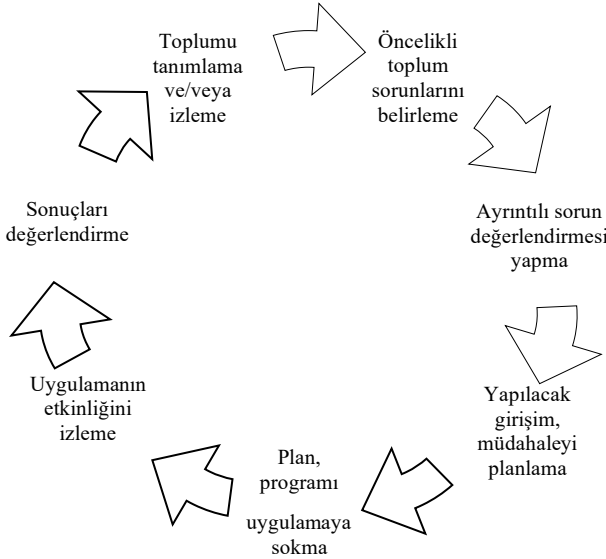
Toplum yöneliminin kavramsal çerçevesi şunlardır:

- Belli bir topluluğun kapsamlı bakımının sorumluluğu,
- Sağlık ihtiyaçları ve belirleyici faktörlerine dayanan sağlık bakımı,
- Bu ihtiyaçların, sağlık programlarının uygulanabilmesi için önceliklendirilmesi,
- İyileştirme, koruma ve tedavinin entegre edildiği programlar,
- Toplumun da sürece katılması (4).

Bu bağlamda TYB sunumunda stratejik temeli oluşturan aşağıdaki 5 ana soru sorulmalıdır:

1. Toplumun sağlık durumu nedir?
2. Bu sağlık durumundan sorumlu faktörler nelerdir?
3. Bu konuda sağlık hizmet sistemi ve toplumun kendisi ne yapmaktadır?
4. Bu konuda başka ne yapılabilir, ne önerilebilir ve beklenen çıktı ne olur?
5. Toplumun sağlık izlemlerini devam ettirmek ve mevcut programların etkisini değerlendirmek için ne gibi önlemlere ihtiyaç vardır? (3,5).

Bu kavramlardan yola çıkılarak TYB döngüsü hayata geçirilmiştir (Şekil 1) (1,3,4,7,8,10,11):



Şekil 1. Toplum Yönelimli Birinci Basamak Yaklaşımı Döngüsü

TYB döngüsü, bir dizi basamağı olan toplumun tanımlanması ile başlar. Bu toplumun demografik özelliklerinin, çevrenin, sağlık durumunun, ulaşılabilen sağlık ve sosyal hizmetlerin tanımlanmasıdır. Bu başlangıç tanımlama, epidemiyolojik ve klinik verilerle toplumsal ve profesyonel girdilerden temel alan toplumun majör sağlık sorunlarının değerlendirilmesine olanak tanır (3,4).

Bu tanımlanan problemler, önceden saptanmış objektif kriterlerin uygulanması ile öncelik sırasına konur ve tek bir sağlık sorunu (veya ortak risk faktörleri olan bir grup sorun) müdahalenin öncelikli hedefi olarak seçilir. Hedeflenen sorun, toplumdaki asıl durumu ve yaygınlığını öğrenmek üzere ayrıntılı bir değerlendirmeye tabi tutulur. Bu ayrıntılı bilgi ile bir müdahale programı (değerlendirme komponenti de olan) geliştirilip uygulanabilir. Bu uygulamalar izlenir ve değerlendirilir. Bundan sonraki basamak da toplumun sağlık durumunun yeniden değerlendirilip aynı döngünün tekrar başlamasıdır. Bu döngü, TYB'yi topluma dayalı diğer projelerden ayıran en önemli özelliktir (3,4,7).

TYB, “temel sağlık hizmetleri uygulamaları ile halk sağlığının planlı entegrasyonu yoluyla, tanımlanmış bir topluma, o toplumun belirlenmiş sağlık gereksinimleri temelinde sunulan sürekli bir temel sağlık hizmetleri süreci”dir (8). Bunu başarılı şekilde yapmak, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik klasik halk sağlığı rolünü klinikte hastalıkların ve sekellerinin tedavisine odaklanmış Temel Sağlık Hizmetleri ile planlı olarak entegre etmeyi gerektirir yani bir Temel Sağlık Hizmeti uygulamasının uzun dönemde ele alınmasıdır (8,10).

Toplum yönelimli yaklaşım modelinin çekirdek komponentleri:

- Spesifik bir topluluğa bakım sunan bir birinci basamak uygulama ortamı,
- Bu uygulamayla hizmet verilen ve açıkça tanımlanmış bir toplum,
- Topluluğun majör sağlık sorunlarına işaret eden uygulamaların o toplumla işbirliği ile oluşturulmuş sistematik bir süreci,
- Epidemiyolojik ve klinik özelliklerin birbirlerini tamamlayacak şekilde kullanılması,
- Birinci basamak hizmetlerinin ulaşılabilirliğidir (2).

TYB, özellikle uzak bölgelerde, sağlık hizmetlerinin ancak kısıtlı olarak sunulabildiği topluluklarda kullanılabilirliği sayesinde sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi bağlamında büyük yararlar sağlar, çünkü birinci basamağın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesine olanak tanıyan disiplinler arası bir modeldir (1).

Toplumun sağlığı için birinci basamakla topluma dayalı toplum sağlığını, birey, aile ve toplumu birleştirerek kombine ettiğinden TYB, sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelini teşkil eder. Spesifik klinik göstergeler ve topluma yayılmış parametreler, TYB'nin sağlığı iyileştirdiğini göstermiştir (12). 1940'lardan beri uygulanmakta olan toplum yönelimli yaklaşımlar özellikle kronik hastalıkların kontrolü, perinatal sağlık, çocuk sağlığı ve gelişiminde başarılı olmuştur (4). Kark'ın Güney Afrika'daki TYB uygulamaları sonucunda uyuz ve impetigo gibi enfeksiyonlar 1942'de

%20 görülürken, 1950'de %7,8'e düşmüştür. Ayrıca, yine %27,5 olan bebek ölüm hızı %10 olmuştur (9).

TYB, takımın bütün elemanlarına eğitici bir yaklaşım sunar; hekimlere hastalık ve sağlık modellerinin aydınlatılmasında yardımcı olur; uygulamanın kapasitesini toplum sağlığını bireysel sağlıkla birleştirerek geliştirir; ekip çalışması sürecinin oluşması ve süregelmesini destekler ve toplumun bir bütün olarak değerlendirilmesini sağlayarak denetimi kolaylaştırır (1). TYB'de bireyin kendisi ve toplum veya nüfus tanı, tedavi ve süregelen izlemin odak noktasıdır (2).

Toplum yönelimi, popülasyonu ve klinik problemleri inceleme ve kaynak kullanımı konusunda geniş, katılımcı kararlar sunan bir oluşumdur. Bu yeni yüzyılda sağlıkta etkinlik ve demokrasinin sağlanmasına uygun bir yöntemdir (7). Bu yüzden 2012'de Amerikan Tıp Enstitüsü TYB'yi birinci basamak ile toplum sağlığını birleştirerek sağlık bakım sunumunda belirgin iyileşmeler oluşturan dinamik, interdisipliner bir model olarak kabul etmiştir (4). Yani toplum yönelimli hizmet, iyi geliştirilmiş iletişim, savunuculuk ve araştırma becerilerine ek olarak bir dizi sosyal ve sağlık kuruluşunun koordinasyonunu ve interdisipliner bir perspektifi gerektirir (2). Multidisipliner kooperasyon ve hiyerarşik olmayan işbirliği TYB'nin temel taşlarıdır. Koordinasyon, sosyal, sağlık ve gönüllü sektörlerinde toplumdan sorumlu olma esnasında gereklidir (1,2).

TYB'de ana inanış, birinci basamağın toplumun içinde, toplum için ve toplumla birlikte köken alıp kavramsallaştırıldığıdır (13). Birinci basamak sağlık sunumunun toplum yönelimli olması demek, daha efektif, daha eşit ve verimli bir sağlık hizmeti sunulması demektir. Toplum yönelimi ile belli bir topluluğa, o topluluğun ihtiyaçları göz önüne alınarak sağlık durumlarını daha da iyileştirmek için birinci basamak bakım ile toplum sağlığının kombine edildiği bir hizmet sunulmuş olur (4). Burada ana ihtiyaç pasif alıcılara hizmet sunumu değil, yerel toplulukların bilgi, tutum ve motivasyonlarını değiştirecek şekilde aktif katılımları ile hizmet vermektir (13). Bir toplumdaki halk sadece alıcı olmamalı, aynı zamanda hizmetin kalitesinin ve içeriğinin belirlenmesinde de söz sahibi olmalıdır (8). TYB'nin ana özellikleri bakımın sürekliliğine özen göstererek toplumdaki bireylere ve ailelere birinci basamak bakımı sunmak; konsültasyonlar, uzman görüşleri ve hastane yatışları için gerekli ayarlamaları yapmak; ihtiyaçların tespiti, hizmetleri planlama ve sağlama, bakımın etkilerini değerlendirme durumlarında topluluğa bir bütün olarak ve alt grupları dikkate alarak odaklanmaktır (5).

TYB epidemiyoloji, birinci basamak sağlık hizmeti, koruyucu hekimlik ve sağlığın iyileştirilmesi prensiplerini temel alan bir sistematik sağlık hizmeti yaklaşımı olduğundan gereksinimin değerlendirilmesi için gerekli temel gereçler epidemiyolojiktir, fakat davranış bilimleri, biyoistatistik ve sağlık ekonomisi alanındaki beceriler de çok yararlı olduğundan sağlık ve ilgili mesleklerden çok disiplinli bir ekibin katılımı ile toplumun bizzat katılımını gerektirir (8,9). Başlangıçtaki başarısından beri birinci basamak hekimleri ve eğiticileri tarafından dikkate alınmıştır. 1980'lerden beri Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından birinci basamağı güçlendirileceği vurgulanmış, 1982'deki konferans ile TYB'nin sağlık profesyonellerinin eğitiminde de kullanılması tavsiye edilmiştir (9).

Aile hekimliğinin 12 temel özelliği ve bunlara bağlı 6 çekirdek yeterliliğinden biri de “Toplum Yönelimli” değildir (11). Toplum Yönelimli Aile Hekimliği (TYAH), tanımlanmış bir toplumda, toplumun sağlık ihtiyaçlarının değerlendirildiği, sağlık problemlerine sistematik yaklaşılan, sonuçların kaydedildiği, multidisipliner takımların çalıştığı bir kapsamlı birinci basamak sağlık hizmeti sunum şeklidir (9,11). Bir aile hekiminin optimal düzeyde hizmet sunması, ancak bağlı olduğu topluluğun özelliklerini, öncelikli ihtiyaçlarını bilmesi ile mümkündür, bunu da sağlayacak olan toplum yönelimli hizmettir (11). Bir toplumdaki sağlığın iyileştirilmesi bireyleri, yaşadıkları ev ve iş ortamı, kültürleri, sağlığa bakış açıları, eğitimleri, ekonomik düzeyleri, mevcut sağlık durumları ve sağlık riskleri bağlamında değerlendirilip sağlık hizmetinin buna göre düzenlenmesi ve etkinlik ile yeni oluşabilecek durumlar açısından periyodik olarak ve devamlı izlenmesi sürecini gerektirir; işte bu süreci yönetecek hekim de aile hekimidir (5,11).

TYAH, bir birinci basamak ortamında toplum hekimliği becerilerinin öğretilmesi ve uygulanmasıdır (14). Aile hekimliğinde toplum yönelimli olmak, kişisel tedavi edici ve koruyucu tıp hizmetlerini, demografik çalışmaları, epidemiyolojik incelemeleri, toplumsal organizasyonları ve sağlık eğitimi entegre etmektir (13). TYAH, psikolojik, biyolojik, epidemiyolojik ve sosyal bilimlerin ışığında bireylerin ve toplumların, multidisipliner aile sağlığı ekibinin organizasyonuna dâhil olmasını sağlayarak işlev görür (9,13). Aile hekimleri için önemli bir uygulama yöntemidir ve bireysel uygulamaların ötesinde topluluklara bakım stratejisi sunar (9).

Kavramsal olarak TYAH, aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetleri konsepti arasındaki bağlantıdır (15). 1970’lerde henüz aile hekimliği yeni bir uzmanlık dalı iken hastaların aile, sosyal ve kültürel ortamları bağlamında değerlendirilmelerinin önemi yeni varılmıştı. Aile hekimliği de aile hekimlerinin koordinatör, pek çok biyopsikososyal sistemi birbirine bağlayan ve bireyin sağlığını pozitif yönde etkileyen bir faktör olarak rol aldığı kapsamlı sağlık hizmeti yaklaşımı yani toplum yönelimli bir hizmet anlayışı geliştirmiştir. Bu gelişme, hasta bakımına multidisipliner ve kültürel olarak duyarlı bir ekip yaklaşımı kazandırmıştır (9).

Toplum yönelimli olmak, aile hekimliğine koruyucu, geliştirici ve tedavi edici yaklaşımları, çabaları tanımlanmış bir topluma yönelterek ve durumları öncelik sırasına koyarak birleştirebilecek araçlar sunar (11,15). Anahtar başlangıç noktası belirlenmiş bir toplumdur; bir toplum olmadan tüm bireylere sağlık sunumu planlanamaz aksine ancak belli birkaç kişiye sağlık hizmeti planlandığı fark edilir (9).

TYB’nin köşe taşı kavramları olan uygulanan araştırmanın önemi, sağlık ve hastalığın lokal konseptlerini anlamamanın önemi, toplumsal tanıyı anlamak, toplum yönelimi ve takım çalışması yaklaşımları aile hekimliği uygulama ve eğitiminin de merkezidir (9).

1980’lerin başında, Amerikan Aile Hekimliği Akademisi TYB ve uygulamaları hakkında bir monograf yayınlamış, birinci basamak hekimlerinin topluma yönelik aktivitelerini, dört genel alanda toplamıştır; bunlar:

1. Toplumun sağlık sorunlarını tanıma ve müdahale etme,
2. Yerel kültürel grupların belli sağlık inanışlarının farkında olma,

3. Toplumun sağlık kaynaklarını koordine etme ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapma,
4. O toplumun bir parçası olma ve organizasyonlarında görev almadır (9,10).

Bütün bu verilere dayanarak TYAH'nin 5 temel özelliğini şöyle sıralayabiliriz:

1. Epidemiyolojik ve klinik özellikleri tamamlayıcı fonksiyon olarak kullanmak: Her ikisi de mümkün olan en yüksek standartta olmalıdır.
2. Hizmetten sorumlu olunan popülasyonun tanımlanması: Bu tanımlanan popülasyon, izlem ve bakım için hedef popülasyon ve sağlık durumunun ve ihtiyaçlarının tespiti, hizmetin değerlendirilmesi için de ölçüttür.
3. Birinci basamak çerçevesi içinde toplumun sağlık sorunları ile başa çıkmak için tanımlanmış programlar: Bu toplum sağlığı programları sağlığı iyileştirme, primer ve sekonder koruma, tedavi edici ve rehabilite edici bakımı veya bunların kombinasyonunu içerebilir. Bu programlar, epidemiyolojik bulgulardan temel alır.
4. Toplumun, kendi sağlığının iyileştirilmesine dâhil edilmesi: Toplumun müdahil oluşu TYB hizmetinin tatmin edici ve devamlı olma fonksiyonu için gereklilik olarak görülebilir.
5. Ulaşılabilirliğin sadece coğrafi ulaşılabilirlikle sınırlı olmaması (ideal olanı hizmet verdiği toplumun içinde bulunmasıdır): Fakat bu aynı zamanda mali, sosyal, iletişimsel veya herhangi bir başka bariyerin olmaması anlamına gelmektedir (5).

TYAH'nin 6 hedefi vardır, bunlar:

1. Sağlık hizmeti sunumunda ekip çalışmasını kullanmak,
2. Klinik ve toplum sağlığı tıbbı arasında hastalıklar için bir ortak bakış açısı geliştirmek,
3. Toplumun da girişimlere müdahil etmek,
4. Eğitim sürecini değiştirmek,
5. Klinik ve toplum araştırmacılarının ortak yürüteceği araştırmalar tasarlamak,
6. Sağlık bakımı değerlendirme ölçütleri geliştirmek için beraberce çalışmaktır (1).

Böylece TY aile hekimi:

- Her bir konsültasyonu toplumdaki diğer benzer sorunları “buzdağının görünen kısmı” olarak görüp “risk altındaki popülasyon”u belirler.
- Her hastayı, mevcut problemin genellenebilmesi açısından (sosyal etkenler, predizpozan faktörler, enfektivite, temas gibi) sorgular.

- Sadece başvuran hasta için değil, diğer aile üyeleri, iletişimde bulunulanlar ve/veya risk altında olabilecek gruplar gibi aynı durumdan etkilenmiş ve hasta olma ihtimali olanlar için de bir yönetim planı tasarlar.
- Hizmet verdiği popülasyon, demografikleri, güçlü ve zayıf yönleri ve kendisine özgü karakteristikleri açısından “büyük resmi görmeyi” bilir.
- Bilinçli olarak sadece hastalık profilinin değil o toplumun en yüksek önceliklerinin farkındadır.
- Toplumdaki hastalıklara yatkın veya marjinal grupların hizmete ulaşımını teşvik etmek için sistemdeki diğer hekimlerle ekip halinde çalışır.
- Belli bir toplumdaki sağlığı etkileyen majör problemlere koruyucu ve geliştirici temelde işaret eden kuruluşlara medikal bir perspektif sağlar (15).

Aile hekimi bu süreci yönetirken devlet yöneticileri, sivil toplum kuruluşları, diğer sağlık personelleri, yerel yöneticiler, sosyal hizmet uzmanları ile ekip halinde çalışmalıdır (11). Böylece daha kaliteli ve etkin bir hizmet sunulmuş olur. Toplum yönelimli hizmetlerin sağlık otoriteleri ve bunların halk sağlığı departmanları tarafından tam olarak desteklenmesi, uygulanabilirliği ve verimi artırır (14). TYAH uygulamasında, hekim bütün toplumun sağlığını iyileştirme sorumluluğunu kabul etmiştir ve toplumun üyeleri de bu geliştirici hizmetlerin bir parçası olmayı onaylamıştır. Böylece sağlığı iyileştirme stratejileri ve koruyucu hekimlik statüsü artırılmış olur. TYB, mevcut birinci basamak ve toplum kaynaklarının kullanımını destekler ve ciddi sağlık problemleri riski altındaki bireyleri hedefleyerek maliyet-etkin bir hizmet sunumunu sağlar (1). TYAH’de öncelikli konular arasında kilo kontrolü, sigara bırakma, madde ve alkol kullanımı, egzersiz, aile içi şiddet, çocuk bakımı, hamilelik ve ilk postnatal periyod yönetimi, depresyon ve intihar gelmektedir (2).

TYAH yaklaşımı aile hekimlerine:

- Klinik perspektiflerini genişletme,
- Toplum hekimliğine aile hekimliğini dâhil etme,
- İnterdisipliner işbirliği ve koruyucu hizmetleri geliştirme,
- Maliyet-etkin odaklı girişimleri geliştirme,
- Hizmete ve hizmet verilen topluma spesifik sorulara vurguda bulunma fırsatı sunar (2).

Bu perspektif, 5 yıldızlı doktorun, sağlık hizmet sunucusu ve klinisyen; sağlık yöneticisi; takım kaptanı ve karar verici; öğretmen ve iletişimci; ve toplum lideri olması gerektiği düşüncesinin temelidir (15).

TYAH’nin doğru uygulanabilmesi için üç öneride bulunulmuştur:

1. Ulaşılabilir, kapsamlı, sürekli, sorumlu sağlık bakımı sunan bir birinci basamak ortamı,
2. Uygulamanın, sağlığından sorumlu olduğu bir tanımlanmış topluluk,
3. Aşağıdaki beş maddeyi sırasıyla içerecek bir süreç:
 - Toplum tanıma ve karakterize etme,
 - Toplumun sağlık sorunlarını tanımlama,
 - Daha öncelikli sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık sunum programını modifiye etme,
 - Program modifikasyonlarının etkinliğini izleme,
 - Bunları yaparken toplumu da girişimlere dâhil etme (6,9).

1999'da Akademik Aile Hekimliği Organizasyonları ile Aile Hekimliği Eğitici Yöneticileri Birliği, Stratejik Planlama Çalışma Grubu, aile hekimliği asistanlarının eğitimleri esnasında aşağıdaki yeterlikleri kazanmaları gerektiğini belirtmişlerdir:

1. Aile hekimliği asistanları TYAH'yi ve nüfusa dayalı tıbbi uygulamaları anlayabilmelidir,
2. Aile hekimliği asistanları, TYAH'yi veya kendi uygulamalarında topluma dayalı uygulamaları modelleyebilmelidir,
3. Aile hekimleri toplumun sağlık ihtiyaçlarını tanıyabilme, girişimler oluşturabilme ve çıktılarını değerlendirebilme kapasitesine sahip olmalıdır (9).

Her ne kadar, TYB, hastaların sağlık ihtiyaçlarını bir popülasyon perspektifinden saptama imkanı verse de minör grupları ve az görülen hastalıkları planlama sürecine katmama ihtimali vardır (14). Aile hekimlerinin bu noktada dikkatli olması gerekmektedir.

Vurgulanması gereken önemli bir nokta da “toplum yönelimi” ile “topluma dayalı” terimlerinin birbirinden farklı olduğudur. Bu iki terim özellikle tıp eğitiminde karşımıza çıkmaktadır. Toplum yönelimli eğitim, hem topluma hem de bireye odaklanan, toplumun sağlık ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran eğitim olarak tanımlanır. Eğitim aktivitelerin temel alındığı amaç, hedef ve temel prensipler içinde bulunan toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenir; programın kapsamı tedavi edici değil kapsayıcıdır; program aktiviteleri, herkesin sağlığını hedefler (16). Topluma dayalı eğitim toplumun ihtiyaçları ile ilgili eğitimi verme aracıdır, dolayısıyla toplum yönelimli bir eğitim programı uygulanır. Öğrenme ortamı olarak toplumu kullanır. Eğitime, eğiticiler yanında, toplumun üyeleri, diğer sektör temsilcileri de katılır. Eğitim, köyde, kentte veya nerede organize edilebilirse orada verilir. Amaç, eğitimin toplumun öncelikli sağlık problemleri ile ilgili olmasıdır (16,17).

SONUÇ

Görüldüğü gibi TYB, sonu olmayan bir yolculuktur ve yol boyunca pek çok zengin ödülle karşılaşmak mümkündür (6). İhtiyaçların belirlenmesi, hastalıkların, risk faktörlerinin ve popülasyon alt gruplarının nitelenme kabiliyetine bağlıdır (14). Bunu da ancak aile hekimliği uzmanları yapabilir. Etkin bir hizmet sunum süreci için aile hekimlerinin uygun konseptte yetişmesi yanında toplumun da bu sistemin faydalarının farkında olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Iiffé S, Lenihan P. Integrated primary care and public health: Learning from the community-oriented primary care model. *Int J Health Serv.* 2003;33(1):85-98.
2. Lenihan P, Iiffé S. Community-oriented primary care: A multidisciplinary community-oriented approach to primary care? *J Community Appl Soc Psychol.* 2001;11:11-8.
3. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience: Three decades of service, research, and training in community-oriented primary care. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1717-21.
4. Gofin J, Gofin R, Stimpson JP. Community-oriented primary care (COPC) and the affordable care act: An opportunity to meet the demands of an evolving health care system. *J Prim Care Community Health.* 2015;6(2):128-33.
5. Abramson JH, Kark SL. Community-oriented primary care: Meaning and scope. In: Connor E, Mullan F, eds. *Community-oriented primary care. New directions for health services delivery.* Washington, D.C. National academy press (US): Institute of Medicine (US) Division of Health Care Services, 1983; pp.21-27.
6. Harper PG, Baker NJ, Reif CJ. Implementing community-oriented primary care projects in an urban family practice residency program. *Fam Med.* 2000;32(10):683-90.
7. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: New relevance in a changing world. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1748-55.
8. Sağlık hizmetleri yönetimi eğitimi. Referans notları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara. 2000:205-9.
9. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: Historical perspective. *J Am Board Fam Pract.* 2001;14(1):54-63.
10. Strelnick AH. Community-oriented primary care. The state of an art. *Arch Fam Med.* 1999;8:550-2.
11. Altunbaş Ateş E, Set T. Aile Hekimliği çekirdek yeterliliklerinden biri: Toplum yönelimli bakım. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care.* 2015;9(3):121-124.
12. Cashman SB, Lopez Bushnell FK, Fulmer HS. Community-oriented primary care: A model for public health nursing. *J Health Polit Policy Law.* 2001;26(3):617-34.
13. Geiger HJ. Community-oriented primary care: the legacy of Sidney Kark. *Am J Public Health.* 1993;83(7):946-7.
14. Pollock AM, Majeed F. Community-oriented primary care. *BMJ.* 1995;310:481-2.
15. Reid S. Community-oriented primary care: The missing link. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 2010;2(1):2.
16. Community-based education of health personel. Report of a WHO study group. World Health Organization technical report series:746. WHO Geneva 1987, p.8.

17. Karaoğlu N. Topluma yönelik-topluma dayalı tıp eğitimi ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2012;6(1):1-6.

Konu 69

UYGULAMADAKİ AİLE HEKİMİNİN GÖREVLERİ

Murat ALTUNTAŞ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersten sonra katılımcıların aile hekimliği uygulamasında aile hekimlerinin görevleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Uygulamadaki aile hekiminin görev tanımını ortaya koyabilmeli,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili farkındalık oluşturmali,
- Entegre Sağlık Hizmetlerine aile hekimi katkısını ortaya koyabilmeli,
- Aile hekimlerinin verdiği diğer sağlık hizmetlerinin bilinirliği artmalı,
- Birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışma hizmetleri hakkında bütüncül bir yaklaşım kazanabilmeli.

ÖZET

1961 Anayasası'nda sosyal güvenlik ve sağlık kavramları birer hak olarak tanımlanmış ve bu hakların sağlanmasının devletin görevi olduğu kabul edilmiştir. Prof. Dr. Nusret Fişek önderliğinde hazırlanan 5 Ocak 1961 tarihli **224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası** bu alanda önemli bir adım olmuştur. Bu yasa ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yaygın ve hakkaniyetli bir biçimde tek elden ve tam gün esasına göre verilmesi benimsenmiştir. Ardından bu anlayış 2005 yılında pilot kapsamda başlayan aile hekimliği uygulaması ile ivme kazanarak günümüze kadar gelmiştir. Bu bağlamda uygulamada çalışan ve birinci basamak sağlık hizmeti yürüten aile hekimlerinin toplumsal sağlığın devamlılığının sağlanması açısından önemi anlaşılmıştır. Bütüncül bir yaklaşım sağlayan bu organizasyonun çekirdeği niteliğindeki aile hekiminin görevleri ve diğer basamaklarla olan ilişkileri uygulamayı daha iyi kavrayabilmek açısından değerlidir.

GİRİŞ

Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliğinin doğuşu da bir gereksinim sonucu olmuştur. Bu gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Bu görüşün ilk yansıması 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners’ın kurulması olmuştur. Ardından 1966 yılında Milis ve Willard raporlarının yayınlaması sonrası Amerika Birleşik Devletleri’nde American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) kurulmuştur. Tüm bu gelişmelere paralel 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olarak “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (1-3).

Önemli Noktalar

- Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan sağlık profesyoneli.
- Aile hekimi sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur.
- Aile hekimi adli tabiplik hizmetlerine de katkı sağlamaktadır.

Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan sağlık profesyoneli. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alarak bütüncül bir değerlendirme ile yaklaşır. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilerek hareket eder. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğunu kabul eder. Diğer bir tanım ile aile hekimi; esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir (4).

Son olarak aile hekimi, aile hekimliği ile ilgili düzenlemelere yer veren mevzuatın tamamında; “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip” olarak tanımlanmıştır (5).

AİLE HEKİMİ VE GÖREVLERİ

Aile hekimi sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bunun yanı sıra sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. Ayrıca bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım

geliştirir. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

Aile hekimi ayrıca sağlık hizmetlerinin hasta gereksinimlerine göre sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır ve hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Buna paralel gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yöneterek uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

Aile hekimi toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenmiştir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır. Aile hekiminin bu rol tanımı, disiplinin yukarıda tanımlanan özelliklerini hekimin uygulama ortamıyla ilişkilendirir.

Yukarıda detaylı bir şekilde belirtilen bu tanım tüm aile hekimlerinin arzu edebileceği bir ideali yansıtır. Bu tanımdaki unsurlardan bazıları aile hekimlerine özgü değildir ve genel olarak tüm tıp mesleğine uygulanabilir. Yine de aile hekimliği disiplini, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplindir (4,6).

Aile hekimlerinin görevleri ise, Aile Hekimliği Pilot Kanun'u uyarınca çıkarılan yönetmeliklerde düzenlenmiştir. 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren, "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nde, aile hekiminin görevlerine yer verilmiştir: Yönetmeliğin 4. maddesinde, "Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları" olarak;

1- Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

2- Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

3- Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,
- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
- Periyodik sağlık muayenesi yapar,

- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı gibi) yapar,
 - Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
 - Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,
 - Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,
 - Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,
 - Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,
 - Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,
 - Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
 - İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,
 - Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,
 - Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar,
- düzenlemelerine yer verilmiştir.

Yönetmeliğin “aile hekiminin görev yetki ve sorumlulukları” başlıklı maddesi ile sıralanan bu görevlerin yanı sıra, yönetmelikte, aile hekimlerine bir dizi görev daha verildiği görülmektedir. Şöyle ki; yönetmeliğin 6. maddesinin 2. fıkrasında; “cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir....” denilerek, aile hekimlerinin, toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talebi üzerine, bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti vermek için görevlendirilebileceği de belirtilmiştir.

Aile hekimine anılan yönetmelikle verilen bir diğer görev ise bağışıklama hizmetleridir. Yönetmeliğin 7. maddesi gereğince, bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülecektir.

Yine Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 10. maddesinin 3. fıkrasındaki; “aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabilirler.” düzenlemesi ile aile hekimlerinin olağanüstü durumlarda da çalıştırılacağı belirtilmiştir.

Yönetmeliğin yine 10. maddesinin 5. fıkrası ile de; “Adli Tıp Kurumu'nun doğrudan hizmet vermediği ve hastane bulunan yerlerde yerinde otopsi dışındaki adli tıp hizmetleri hastaneler tarafından verilir. Yerinde otopsi mesai saatleri içerisinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince yapılır. Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile yerinde otopsi hizmeti dışındaki adli tabiplik hizmetleri; mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde ise ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak aşağıdaki gibi icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür.

- Hastane bulunmayan ilçe merkezlerindeki adli tıbbi hizmetler ile acil sağlık hizmetleri mesai saatleri dışında ilçedeki toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerince icap veya aktif nöbet şeklinde yürütülür. İlçe merkezindeki toplam hekim sayısı 6 veya daha az ise icap, 6'dan fazla ise aktif nöbet şeklinde yürütülür.
- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde toplam hekim sayısı 6 ve 6'dan az ise mesai saatleri dışındaki adli tıbbi hizmetler ve acil sağlık hizmetleri; toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezde çalışan hekimler ve aile hekimleri tarafından münavebeli olarak icap nöbeti şeklinde, toplam hekim sayısı 6'dan fazla ise münavebeli olarak aktif nöbet şeklinde yürütülür.
- Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ile entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde aile hekimi sayısı birden fazla ise aile hekimleri hizmet ihtiyacını değerlendirerek mesai saatlerini müdürlüğün onayı ile güne yayarak düzenlerler.” denilerek, aile hekimleri de, adli tıbbi hizmetlerin yürütülmesinde görev paylaşımına dahil edilmiştir. Yönetmelikte son olarak 24. maddenin 5. fıkrası ile; “... Mevzuatına göre ölü muayenesi ve defin ruhsatı cenazenin bulunduğu yerdeki belediye tabibi tarafından, belediye tabibi bulunmayan yerlerde toplum sağlığı hekimi, toplum sağlığı hekiminin bulunmadığı yerlerde aile hekimleri de ölü muayenesi yaparak gecikmeksizin defin ruhsatı verirler...” denilerek, ölü muayenesi ve defin ruhsatı hizmetlerinin de belirli şartlar dahilinde aile hekimince verilebileceği düzenlenmiştir (5,7,8).

SONUÇ

Tüm bu açıklamalar ışığında görülmektedir ki; aile hekimi kendisine başvuran hastalarına kapsamlı bir bakım ve koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlıklı yaşamın devamını sağladığı gibi, hastalıkların tedavisi aşamasında da etkili bir rol oynamaktadır. Bu rolünü ayrıca ikinci ve üçüncü basamak ile olan koordinasyonu ile daha da pekiştirmekte ve yararlılık ilkesini en üst düzeye ulaştırmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Dirican R. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri. Toplum ve Hekim 1994;9:49-50.
- 2- Çağlayaner H. Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı. İletişim Yayınları, 1995, İstanbul.
- 3- Rakel RE. The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. WB Saunders, 2002, Philadelphia.
- 4- The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. WONCA Europe Office Publication, 2002, Barcelona.
- 5- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı:28539, Tarih: 25.01.2013
- 6- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html> Erişim Tarihi: 27.02.2016.
- 7- Barnett BL. From cradle to rocker: Providing care across the human life cycle. In: Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB, eds. Essentials of Family Medicine. 4th ed. Lippincott Williams and Wilkins Publications; 2002, Baltimore.
- 8- Aile Hekimlerinin Görevleri. <http://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/asmtsm1.pdf> Erişim Tarihi: 23.02.2016.

Konu 70

AYRIŞMAMIŞ HASTALIKLARA YAKLAŞIM

Mustafa Haki SUCAKLI

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların aile hekimliğinde ayrışmamış hastalıklara yaklaşım prensipleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Birey (hasta) merkezli yaklaşım prensiplerini açıklayabilmeli,
- Ayrışmamış ve organize olmamış rahatsızlıkların tanımını yapabilmeli,
- Ayrışmamış hastaya yaklaşım tarzını tartışabilmeli,
- Düşük prevalans hekimliği terimini açıklayabilmeli,
- Tanısal karar ve önemini tartışabilmeli,
- Tanı için farklı klinik akıl yürütme biçimlerini tartışabilmeli,
- Zamanın nasıl tanısal araç olabileceği ve etkin kullanılmasını tartışabilmeli,
- İyi iletişim ve izlemin önemini savunmalı.

ÖZET

Şikayetlerin çoğunun tıpta bilinen bir nedene bağlanamıyor olmasından dolayı, aile hekimliği belirsizliğin en fazla olduğu hekimlik alanıdır. Hastaların şikayetlerinin büyük çoğunluğu hekime gitmeden kendiliğinden düzelmektedir. Hekimler, toplumda yaşanan sağlık sorunlarının yalnızca küçük bir bölümünü görmektedirler. Ciddi semptomları olduğu halde bazı hastalar aile hekimlerine başvurmazken, bazı hastalar da hafif semptomları için başvuruda bulunmaktadır. Aile hekimliğinin klinik problem çözme yöntemi diğer branşlardan farklılık göstermektedir. Çünkü aile hekimi daha çok ayrışmamış, farklılaşmamış, organize olmamış ve bir başka hekim tarafından değerlendirilmemiş hastalarla karşılaşmaktadır.

Aile hekimliğinde klinik yöntem hasta merkezlidir; hastayı ve onun hastalığını kavramayı amaçlar.

Hasta merkezli klinik yöntem ayrışmamış rahatsızlığı, patolojiden duygu ve düşüncelere kadar bütün düzeylerde anlamayı hedefler.

Ayrışmamış rahatsızlık ya da hasta; ilk başvurusunu yapan, henüz tıbbi bir tanı almamış, rahatsızlığı ya da rahatsızlıkları bir hekim tarafından tıbbi hastalık sınıflarından birine sokulmamış yani sınıflanmamış hasta anlamına gelmektedir.

Ayrışmamış hastaya yaklaşımda kullandığımız klinik yöntemin önemli prensiplerinden biri, hekimin görüşmenin akışının hasta tarafından belirlenmesi ve yönlendirilmesine izin vermesi gerekliliğidir.

Acil durumlar dışında ayrışmamış hastalarda, belirsizliğe rağmen müdahale etmek yerine hastalık tablosunun netleşmesini beklemek ya da tablonun kendiliğinden düzelmesine fırsat tanımak da gerekmektedir.

Aile hekimliğinde ayrışmamış hastada önemli olan tanı değil, o an ne yapılacağı ile ilgili bir karar verilmesidir.

Zamanı tanı aracı olarak kullanabilmek, aile hekiminin tüm klinik donanımı içinde önemli bir araçtır.

Ayrışmamış hastayı doğru yöne kanalize etmek, aile hekiminin kontrolünde gerçekleşmekte ve aile hekimine önemli bir sorumluluk yüklemektedir.

Aile hekimleri; diğer uzmanlık alanlarında pek verilmeyen, bekleme ya da sevk etme kararını vermek durumundadır. Dolayısı ile son nokta tanı değil “karar”dır.

GİRİŞ

Şikayetlerin çoğunun tıpta bilinen bir nedene bağlanamıyor olmasından dolayı, aile hekimliği belirsizliğin en fazla olduğu hekimlik alanıdır. Hastaların şikayetlerinin büyük çoğunluğu hekime gitmeden kendiliğinden düzelmektedir. Hastalık belirtilerinin yaklaşık %20'sinin birinci basamak için iatrotrofik stimulus yarattığı gösterilmiştir. Öte yandan

toplumdaki hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar; hekimlerin, toplumda yaşanan sağlık sorunlarının yalnızca küçük bir bölümünü gördüğünü ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışma 1000 hastanın bir ayda 800 semptom bildirdiği ve bunların sadece 130'unun birinci basamak hekimine başvurduğunu göstermiştir. Ciddi semptomları olduğu halde bazı hastalar aile hekimlerine başvurmazken, bazı hastalar da hafif semptomları için başvuruda bulunmuşlardır. Bu da göstermektedir ki; kişiler ne zaman hekime başvurmaları gerektiği konusunda, daha geniş ifadesiyle sağlıklarını yönetmekte yetersiz kalmaktadırlar. Bu problem hekimin işini daha da zorlaştırmaktadır. Çözüm aile hekimliği disiplininin kendine özgü klinik yöntemidir. Aile hekimliğinde klinik yöntemde en önemli konulardan biri ayrışmamış ve organize olmamış rahatsızlıkların yönetimidir. Bu makalede ayrışmamış hastaya aile hekimliği bakış açısı değerlendirilerek farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Önemli Noktalar

- Aile hekimliğinde son nokta “karar” dır.
- “Rahatsızlık” hekime gittiğimizde, “hastalık” ise hekimden döndüğümüzde sahip olduğumuz şeydir.

AİLE HEKİMLİĞİNDE KLİNİK YÖNTEM

Klinik karar verme ve sorun çözme ile ilgili temel prensipler bütün tıp alanlarında aynı olsa da her disiplinin bu prensipleri kendine özgü bir uygulama yolu vardır. Disiplinler arasındaki bu fark o disiplinlerin karşılaştığı sorunlar ve sağlık sistemi konuları arasındaki farktan köken alır. Klinik problem çözme yöntemi; kişiye sürekli bakım veren, hastayı genellikle daha hastalık ayrışmadan, farklılaşmadan ve organize olmadan gören aile hekimliğinde diğer klinik branşlara göre farklılık göstermektedir.

Hekimler, aldığı eğitim ve tecrübesi ve belli bir zihinsel süreç sonunda karar verir. Bu zihinsel süreçte, elde edilen ipuçlarına göre tanı ihtimalleri arasında gidip gelme olur. Bu süreci anlamamız ve yaklaşımlarımızda, klinik yönetime göre belli bir sistematığı uygulamamız, başarımızı artırarak hizmet kalitesini yükseltecektir.

Aile hekimliğinde klinik yöntem hasta merkezlidir. Bu yöntemin özünde hekimin iki önemli görevi gerçekleştirmesi yatmaktadır; hastayı ve onun hastalığını kavramak. Hasta merkezli klinik yöntem hastayı ve hastalığını bir araya getiren bütüncül ve sistematik bir yaklaşım sunmaktadır. Aile hekimlerine başvuran hastaların %25 ile %50'sinde herhangi bir hastalık tanısı koymak mümkün olmamaktadır. Bu tür sorunları anlayabilmek ve yönetebilmek ancak hastanın ve hasta-hekim ilişkisinin anlaşılması ile mümkündür.

Aile hekimleri; hastalarla ilk sağlık temasını yönetir, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız giriş temini sağlar. Acil girişim gerektirebilen rahatsızlıklardan tutun da, gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde ortaya çıkan rahatsızlıklarla ilgilenir. Bu noktada ayrışmamış rahatsızlık kavramına dikkat çekmek ve değerlendirmek gerekecektir.

AYRIŞMAMIŞ RAHATSIZLIK

Rahatsızlık, hastanın fiziksel veya ruhsal bir bozukluk nedeni ile yaşadığı kişisel deneyimdir. Bu deneyim hastanın algıları, duyguları (özellikle korkuları), sıkıntıları ve engelleri, hekimlerine ve içinde buldukları duruma karşı tutumları, başlarına gelen durumun yaşamları ve ilişkileri üzerindeki etkileri, hekime başvuru nedenleri, beklentileri ve fikirleri ile şekillenir. Bu deneyimin şekillenmesi sürecine ayrışmamış rahatsızlık denilebilir.

Ayrışmamış rahatsızlık yada hasta; ilk başvurusunu yapan, henüz tıbbi bir tanı almamış, rahatsızlığı ya da rahatsızlıkları bir hekim tarafından tıbbi hastalık sınıflarından birine sokulmamış yani sınıflanmamış hasta anlamına gelmektedir. Daha önce hekim tarafından hiç değerlendirilmemiş, isimlendirilmemiş veya sınıflandırılmamış rahatsızlık ise “farklılaşmamış rahatsızlık” olarak tanımlanmaktadır.

Hastalık ise hekimin rahatsızlığı açıklamak üzere kullandığı patolojik süreçlerdir. Aile hekimliği hastanın ilk tıbbi temas noktası olduğu için sıklıkla tanımlanabilir bir patolojik süreçten yoksun rahatsızlıklar karşımıza çıkar. Buna hastaliksız rahatsızlık da denilebilir.

Hastalık teoriler dünyası, rahatsızlık ise deneyimler dünyasıdır. Rahatsızlık hekime gittiğimizde, hastalık ise hekimden döndüğümüzde sahip olduğumuz şeydir. Rahatsızlık hastanın yaşamı ile ilgili bir anlam ifade ederken; hastalık patoloji düzeyindeki anlamı ifade etmektedir. Hasta merkezli klinik yöntem ayrışmamış rahatsızlığı, patolojiden duygu ve düşüncelere kadar bütün düzeylerde anlamayı hedefler.

AYRIŞMAMIŞ HASTA YÖNETİMİNİN İPUÇLARI

1. Hastalık paternleri, toplumdaki hastalık paternlerine benzer.
 - a. Yüksek insidans: Akut, kısa süreli, geçici, kendini sınırlayan rahatsızlıklar.
 - b. Yüksek prevalans: Kronik hastalıklar.
2. Farklılaşmama nedenleri:
 - a. Hastalık geçici, akut, kendini sınırlayıcı, tanı almadan iyileşmekte,
 - b. Hastalık sınırda veya ortada olabilir,
 - c. Hastalığın doğal seyri gereği farklılaşmadan uzun süre aynı kalıyor (geçici görme bulanıklığı, multipl skleroz gibi),
 - d. Hastalık, kişilik ve yaşam evreleri ile ilişkili olabilir (kronik ağrı gibi).
3. Organize olmamış rahatsızlık: Hasta, hekime geldiğinde şikayetlerinin neden-sonuç ilişkilerini bilmez.
4. Organize olmama nedenleri:
 - a. Hasta aynı anda birden fazla sorun anlatır,
 - b. Sorunlarda öncelik sırası yoktur,
 - c. En önemli sorun en sona kalabilir,

- d. En duyarlı sorun dolaylı veya metaforik bir dille anlatılabilir,
 - e. Gerçek sorun ve hastalık aynı değildir,
 - f. Hasta gereksiz bilgiler verebilir.
5. Tüm verileri önemseyin, görüşmeyi erken bitirmeyin ve ön-tanınızı gerektiğinde değiştirmeye açık olun.
 6. Bilgi hakimiyetinizin yetersiz olabileceğini düşündüğünüz hastaları not ederek, diğer arkadaşlarımız ile tartışın. Gerekirse sevk edin.
 7. Bulgular atipik ise yakın takibe alın, duruma göre ilgili olabilecek branşa sevk edin.
 8. Kendinizi herhangi bir nedenle teşhis koymak yada tedavi vermek zorunda hissetmeyin.
 9. Aile hekimliğinde zaman güçlü bir tanısal araçtır.
 10. Bekle ve gör yaklaşımı için hekim herhangi bir risk almadığından ve tedavi planlanmış ise, hastalık belirtilerini baskılayıp ayırıcı tanıyı zorlaştırmayacağından emin olmalıdır. Hastaları belli aralıklarla takip-kontrol görüşmelerine davet etmek riski azaltır.
 11. Ciddi, majör ve yaşamı tehdit eden durumları, minör durumlardan erken dönemde ayırmak gerekir.
 12. Hekim kişisel ve çevresel şartları birlikte ele almalıdır.
 13. Hasta karar verme sürecine dahil edilebilmeli.
 14. Klasik hastalık kategorilerini kullanmalarının yanı sıra aile hekimleri erken dönemdeki, ayrışmamış rahatsızlıkları yönetebilmelerine yardımcı olacak diğer sınıflamaları da kullanabilirler. Karın ağrısı ile müracaat eden bir hastada hekimin görevi, hastanın akut batın olup olmadığı kararını vermektir. Hekim akut batın olmadığı kararını verirse bu noktadan sonra, bunun minör kendini sınırlayan bir durum olabileceğini düşünerek hastayı izleme alabilir. Burada hekim hastanın nesi olmadığını tanımlayarak görevini yerine getirmiş olur. Bu yönetime “**hariç bırakma**” adı verilir.
 15. Aile hekimlerinin kullandıkları bir diğer sınıflama yöntemi de geleneksel anlamda tanı koymaksızın, değerlendirme sonucunda tedaviye gitmektir (**tedaviden tanıya gitmek**). Örneğin; öksürüğü olan ve göğüs muayenesinde pozitif bulgu saptanan hastalara antibiyoterapi verilmesi gibi.
 16. Hasta davranışının anlaşılması: Hasta neden geldi? Gerçek geliş nedeni? (gizli gündem) (kapı tokmağındaki el sendromu) Neden bugün ve bu saatte geldi? Kendi sorunlarını nasıl algılıyor? Esas sorun nedir? sorularına cevap aranmalıdır.
 17. Semptomun hastayı hekime getirme gücü (iatrotrofik stimulus) de önemlidir (hemoptizi-öksürük gibi).

18. Hastanın sorunu iki kategoride birden yer alıyor olabilir (psikojenik ve organik ya da üst ve alt solunum yolları enfeksiyonu gibi). Zaman içinde kategori değiştirebilir.
19. Problem çözme süreci: Hekim sorunu karşılar. En az bir, en çok ortalama 2-5 hipotez oluşturur. Araştırmaya başlar (öykü, fizik muayene, laboratuvar, görüntüleme gibi). Teyit eden ve etmeyen kanıtları (ipuçlarını) araştırır. Veriler, hipotezi teyit etmiyorsa hipotezi gözden geçirir, yeni hipotez oluşturur.
20. Ayırışmamış hastaya yaklaşımda sık yapılan hatalar:
 - a. Tanı koymak zorunda hissetmek,
 - b. Yanlış tedavi vermek,
 - c. Gereksiz sevk,
 - d. Yetersiz takip,
 - e. Kayıt kullanmama,
 - f. Kanıtı dayalı tıp ve tanı rehberi kullanım eksikliği (tanı kılavuzu kullanmama).
21. Ayırışmamış hastaya yaklaşımda kullanacağımız klinik yöntem hekime bir dizi yönerge sunar:
 - a. Hastanın beklentilerini sorgula,
 - b. Hastanın neden başvurduğunu anlamaya çalış,
 - c. Hastanın duygularını anla ve tepki ver,
 - d. Bir klinik tanıyı koy veya dışla,
 - e. Hastanın öyküsünü dinle,
 - f. Ortak zemin ara,
 - g. McWhinney bunlara iki yönerge daha eklemiştir: “kendi duygularının farkında ol” ve “hasta hekim ilişkisine önem ver”.
22. Hastayı etkin dinleme ve kendilerini ifade ederken verdikleri sözel veya sözel olmayan ipuçlarını dikkate almak zorunlu becerilerdir. Eğer hastanın verdiği ipuçları gerekli rehberliği sağlamaz ise bazı sorular hastanın duygularını ifade etmesine yardımcı olabilir: “hastalığınız ile ilgili ne düşünüyorsunuz?”; “...olmak size ne hissettiriyor?”; “korkuyor musunuz?”; “semptomlar başladığında hayatınızda ne gibi değişiklikler oldu? gibi.

Aile hekimleri her türlü sorunu ilgilendikleri için hastanın geliş nedeni (başvuru nedeni) hakkında önceden bir varsayımda bulunmazlar. Ayrıca hastanın söylediği ilk sorun ana sorun da olmayabilir. Bu sebeple aile hekimleri görüşmenin başlarında hastanın başvuru nedeni ve beklentileri hakkında hipotezler oluştururlar ve üzerinde durulacak sorunları formüle ederler. Bu hipotezler, hastanın ifadeleri ve vücut dili ile verdiği ipuçları kadar, kendisini uzun süredir takip eden ve tanıyan aile hekiminin hasta hakkında ki bilgi birikimini üzerine inşa edilir. Hasta konuştuğu hekim semptomların

anamlılığını değerlendirir. Bu değerlendirme sorunun acil olup olmadığı, hastanın bir yaşam problemini mi ifade etmeye çalıştığını yoksa sadece bir konuda rahatlatılma gereksinimi nedeni ile mi başvurduğunu araştırmak ve netleştirmektir.

Bütün bunları bir araya getiren hekim, görüşmenin nasıl bir seyir izleyeceği hakkında bir fikir edinir. Hasta hekim görüşmesinde önceden belirlenmiş bir sıra yoktur. Ana yakınma ile başlayıp sistemlerin sorgulanmasına kadar giden ve muayene ile sonlanan tek tip bir akış yoktur. Akış, karşılıklı olarak hastanın ifadeleri ve hekimin bunlara tepkisi rehberliğinde şekillenir. Ayrışmamış hastaya yaklaşımda kullandığımız klinik yöntemin önemli prensiplerinden biri hekimin görüşmenin akışının hasta tarafından belirlenmesi ve yönlendirilmesine izin vermesi gerekliliğidir.

Semptomlar hastanın rahatsızlık davranışını ifade etme yollarıdır. Sözcük anlamının yanında yüklü anlamlar da içerir. Söze dökülmesi güç durumlar ise jestlerdeki yüklü anlamı keşfetme sürecinde anlaşılabilir (terminal dönemdeki bir hasta ağrısını sadece kaşlarında bir çatılma veya hareket ettirildiğinde bir inilti ile belli edebilir).

Tıp fakültesinden her hastanın durumunda mutlaka tanı koymanın mümkün olduğu izlenimi ile mezun olmuştum. Uzun süre yılmadan ancak nafîle bir şekilde, ders notlarımı ve kitaplarımı karıştırarak tanıya ulaşmak için çabaladım. Birkaç yıl boyunca hastalara tanı koyamama nedenimin kişisel yetersizliğim olduğunu düşündüm. Sonra, yavaş yavaş hasta-hekim görüşmeleri ve diğer yollarla, benim gereksinim duyduğum tarzda bilginin var olmadığının farkına vardım (Mair, 1973).

Doktor Sir James Mackenzie'nin de belirttiği gibi birinci basamakta aile hekimi kendini mutlaka hastaya bir tanı koymalıyım diye şartlandırmamalıdır. Hastalık ayrışmamış olduğundan tanı isterseniz de konamayabilir. Bir kısım semptomlar da zaman içinde herhangi bir hastalık tablosuna dönüşmeden kendiliğinden düzelecektir. Acil durumlar dışında ayrışmamış hastalarda, belirsizliğe rağmen müdahale etmek yerine hastalık tablosunun netleşmesini beklemek yada tablonun kendiliğinden düzelmesine fırsat tanımak da gerekmektedir.

Bazı hekimler hastaya bazıları ise hastalığa tanı koyarlar. Modern anlamı ile tanı, hastanın rahatsızlığını, patolojik süreçler ve bazen özgün bir neden ile ilişkilendiren bir kategori içine yerleştirmektir. Sorun çözme ve karar verme kavramlarının ikisi de tanı koymaktan daha geniş bir çerçeveye sahiptir. Klinik sürecin tüm aşamalarında kararlar verilmesi gerekir. Keza, tanı koymaktan önce, sıklıkla hiç tanı koymadan da kararlar alınması gerekebilir. Dolayısı ile aile hekimliğinde ayrışmamış hastada önemli olan tanı değil o an ne yapılacağı ile ilgili bir karar verilmesidir (acile yada bir üst basamağa sevk, bekleme, tedavi verip takip etme kararı gibi).

Aile hekimliğinde rahatsızlıklar, toplumda görüldüklerine benzer bir sıklıktadır. Bu akut, ayrışmamış, kısa süren ve çoğunlukla kendi kendini sınırlayan rahatsızlıkların, kronik rahatsızlıkların ve tanımlanabilir organik bir patoloji saptanamayan rahatsızlıkların sıklığının yüksek olduğu anlamına gelir. Geleneksel bakış açısının aksine hastalar sıklıkla fiziksel, psikolojik ve sosyal elementlerin karmaşık bir bileşimi şeklinde başvururlar. Bu durum **düşük prevalans hekimliği** olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık sistemine ilk başvuru noktası olması nedeni ile aile hekimleri, hastalıklarla genellikle erken evrede karşılaşılır. Erken tanı ve tedavinin prognozda önemli olacağı durumlarda aile hekimi önemli bir sorumluluk olarak daha az ciddi hastalık

durumlarından ayırt edecek klinik verilere karşı duyarlı ve donanımlı olmalıdır. Hastalıkları erken evrelerinde tanınamızı sağlayacak belirti, bulgu ve testler onları daha geç evrelerinde saptayabilecek olanlardan sıklıkla farklılık gösterir. Bulgu ve testlerin duyarlılık ve özgüllükleri hastalığın evresine göre değişmektedir. Dolayısı ile aile hekimi erken evrede ve çoğunlukla ayrışmamış rahatsızlıklarda yapılması gereken testlere de hakim olmalıdır.

Ayrışmamış hastanın tanı sürecinde aile hekimi, hasta tarafından sunulan ham veriyi kendi araştırması sonucunda elde ettiği veriler ile katarak yorumlar ve rahatsızlığı, kendi bilgileri içinde kalan bir hastalık kategorisine yerleştirmeye çalışır.

Diğer taraftan pek çok hastanın rahatsızlığı için bir sınıflama yapılamayabilir. Bu durumun çeşitli nedenleri vardır:

1. Rahatsızlığın geçici ve kendi kendini sınırlayan bir yapısı olabilir. Yarattığı işlevsel problem kaybolmuş ve geride tanı için temel alınabilecek bir kanıt bırakmamış olabilir. Bazen bir hasta tanı konmadan sonunda kendiliğinden iyileşen bir rahatsızlık nedeni ile aylarca sıkıntı çekebilir.
2. Bazen bir hastalık o kadar erken tedavi edilir ki tanı konulabilecek olgunluğa ulaşmaya fırsat bulamaz.
3. Her hastalık kategorisinin sınırları vardır. Bu sınırlar içine girmeyen, ara, gri bölgelerde yer alan, sınıflamanın zor ve hatta mümkün olmadığı durumlar vardır. Aile hekimleri bir hastalığın tüm çeşitleri ile karşılaşabildikleri için özellikle ilgili branş uzmanına ulaşmayacak daha hafif şekiller ve sınırdaki durumlar ile karşılaşma ihtimalleri daha yüksektir.
4. Bir rahatsızlık tanı konmadan önce yıllarca ayrışmamış durumda kalabilir. Örneğin geçici görme kayıpları, multipl sklerozun diğer belirtileri ortaya çıkmadan yıllarca sürebilir.
5. Bir rahatsızlık bireyin kişiliği ve özel yaşamı ile son derece iç içedir ve sınıflanması mümkün olmayabilir. Kronik ağrısı olan hastalar genellikle bu durumdaki hastalardır.

Aile hekimliğinde, değerlendirme sonrasında bile rahatsızlıkların %25-50'sinin ayrışmamış olarak kaldığı tahmin edilmektedir. Gerçek oran gözlem süresi ve sınıflamada kullanılan ölçütlere bağlı olarak değişiklik gösterecektir.

Rahatsızlıkların her şeye rağmen ayrışmamış kalabilmeleri, aile hekimliğinin klinik yöntemi üzerinde önemli etkiler yapmaktadır. Bu durumu kavramanın anahtarı hastanın tanısının hastalıktan ziyade kişi veya hekim-hasta ilişkisi temelinde konmasıdır. **Zamanı tanı aracı olarak kullanabilmek**, aile hekiminin tüm klinik donanımı içinde önemli bir araçtır. Bu durum aile hekimine tanının belirsiz olduğu durumlarda araştırmaya ne zaman son vermesi gerektiği konusunda önemli fırsatlar sunmaktadır. Hastanın izlenmesi klinik hipotez için güçlü bir test olabilir. Tanıyı zaman içinde koymayı tercih etmek, ancak beklemenin bir risk oluşturmadığı ya da aktif müdahalenin riskli olduğu durumlarda için geçerlidir. Aile hekimi hastası ile ilişkisi sürekli olduğu için sorunların çözümünde aceleci davranmak durumunda değildir. Ancak bu gecikme hastanın mağduriyeti ile sonuçlanmamalıdır. Doktorun zamanı uygun ve etkili bir

şekilde kullanabilmesi için hastasını ikna etmesi ve geçen zaman içerisinde belirsizliğin yaratacağı duygular içinde kendini kontrol altında tutabilmesi gerekmektedir.

Kendi kendini sınırlayan rahatsızlıklarda zamanın tanı aracı olarak kullanılması pek çok gereksiz tetkik ve tedaviyi de engelleyecektir.

Zaman sorunu olmaması için aile hekimi öncelikli sorunu bulup çözümlenebilir. Zamanı iyi kullanmak zorunda olan aile hekimi, tüm kararları verirken zaman baskısı ile karşı karşıya gelmekte ve esas sorunu belirlemede güçlük çekmektedir. Sonuç olarak aile hekimi sorunların önceliğini belirlemeli ve buna benzer bir uygulamayı uzun dönem için de planlamalıdır.

İlk başvurularında hastalar sorunlarını parçalı ve karışık bir şekilde ifade ederler (organize olmamış rahatsızlık). Hasta için en önemli olan sorun ilk sorun olarak değil genellikle de dolaylı yoldan ifade edilir. Araştırma ve görüşme sürecinde hekim hangi semptomun önemli olduğunu hastaya öğretir. Bu aile hekimliğinde çok önemli bir sorumluluktur. Çünkü ayrılmamış hastayı doğru yöne kanalize etmek, aile hekiminin kontrolünde gerçekleşecektir. Aile hekimi hastayı gören ilk hekim olarak hastanın algılarını değiştirme ve rahatsızlığı düzene sokma açısından çok büyük bir güce sahiptir.

Ayrılmamış rahatsızlığın adlandırılması ve ne olduğunun bilinmesi hasta için çok rahatlatıcı olabilir. Kronik yorgunluk sendromu hastaları tanı konulmasını yaşamlarında bir dönüm noktası olarak görmekteyiz. Adlandırma hem hastayı rahatlatır, hem de ailesi ve çevresi tarafından ciddiye alınmasını sağlayabilir. Ancak rahatsızlığa konulan tanı, hastanın yeterli desteği alacağından emin olunmadan söylenmemelidir.

Rahatsızlığın organize olması ve adlandırılması (tanı) iyi klinik kanıtlara dayandırılarak yapılmalıdır. Aksi halde kişinin bedensel takıntısını besleyerek zarar verme potansiyeline sahiptir.

Aile hekimliğinde son nokta

Geleneksel tıpta inceleme tanı koyma ile son bulur. Ancak bu aile hekimliğinde her zaman mümkün değildir. Aile hekimleri; diğer uzmanlık alanlarında pek verilmeyen, bekleme ya da sevk etme kararını vermek durumundadır. Dolayısı ile son nokta tanı değil “**karar**”dır.

Hasta ile devamlı ilişki içinde olduğundan aile hekiminin tüm sorunları aynı anda çözmesi gerekmez. Aile hekimi hasta ilişkisi resmi olarak sınırlanmadığından ihtiyaca göre araştırma sürdürülebilir veya yarıda kesilebilir.

SONUÇ

Aile hekimlerinin kültürel ve fiziksel olarak kolay ulaşılabilirliği, bireyin yaşadığı ortamı tanınması, dilini, kültürel değerlerini anlaması, hastanın bakış açısını dikkate alması disiplinin temel özellikleri içinde yer almakta olup, ayrılmamış hastaya yaklaşımda önemli kolaylıklar sağlamaktadır.

Aile hekimi ayrılmamış hastaya yaklaşım konusunda kendini geliştirmelidir. Bu sayede hastasını doğru yöneterek ve yönlendirerek yanlış teşhis ve tedavinin önüne geçebilir.

KAYNAKLAR

1. Özenç S, Parlak A, Yeşilkaya Ş. Aile Hekimliğinde Genel Prensipler. <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1573.pdf>. Erişim Tarihi: 15.07.2016.
2. Green L Fryer GE, Yavn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. The New England Journal of Medicine 2001;344(26):2021-25.
3. McWhinney I, Freeman T. Aile Hekimliği. Guldal D, Çev. editoru. 1. baskı. Medikal Akademi Yayıncılık; 2012, İstanbul.
4. Topsever P, Filiz TM. Düşük Prevalans Hekimliği. Birinci basamakta tanı ve tedavi kitabı. s: 96. Editörler: Bozdemir N, Kara İH. Adana Nobel Kitabevi 2010, Adana.
5. Aktürk Z. Aile Hekimliğinde, Klinik Yaklaşımlar ve Biyopsikososyal Yöntem. Sağlıkta Nabız Dergisi 2011;28:23-6.
6. Mair A. Sir James Mackenzie. M.D., General Practitioner. 1853-1923. Churchill Livingstone 1973, Edinburgh.
7. Crombie DL. 1963. Diagnostic methods. Practitioner 91:539.
8. Howie JGR. Anewlook at respiratory illness in generalpractice. A reclassification of respiratory illness besad on antibiotic prescribing. Journal of the Royal Collage of General Practitioners 1973;23:895.

Konu 71

TIPTA UYGULAMA REHBERLERİ

Bilge SÖNMEZ, Ayşe Semra DEMİR

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu sunumun sonunda katılımcılara tıpta uygulama rehberleri hakkında bilgi vermek ve bu rehberleri kullanabilme becerisi kazandırmak amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Uygulama rehberinin tanımını yapabilmeli,
- Uygulama rehberlerinin hazırlanma amaçlarını açıklayabilmeli,
- Uygulama rehberi geliştirme aşamalarını sayabilmeli,
- Uygulama rehberlerinin önemini tartışabilmeli,
- Örnek problem üzerinden verilen uygulama rehberine göre karar verebilmeli.

ÖZET

Sağlık uygulamalarında kalitenin artırılması, hataların azaltılması, bakımın standardize edilmesi ve bakım maliyetinin azalması için klinik uygulama rehberleri geliştirilmiştir.

Klinik uygulama rehberleri bir hastalığın, sorunun, sürecin veya işlemin kabul edilmiş yönetiminin kanıta dayalı özetidir. Klinik uygulama rehberleri bir anlamda belli bir klinik uygulamada klinisyenlere ve hastalara karar verme sürecinde yardımcı olabilecek, sistematik olarak geliştirilmiş, güncel kanıta dayalı belgelerdir. Uygulama rehberleri “doğru yapılacak işlemi” tanımlar.

GİRİŞ

Gün geçtikçe hızla ilerleyen bilgiler topluluğundan oluşan tıp bilimi, insan sağlığının korunmasının ve bozulan sağlığın düzeltilmesi için uğraşan tüm bilimlerin ortak çatısıdır (1). Toplumun tıbbi konularda bilinç ve bilgi düzeyinin artması, hekiminden beklentilerinin yükselmesi; hekimin hastasına daha çok bilgiyi daha dikkatli, şeffaf ve akılcı bir şekilde kullanarak sağlık hizmeti sunma gereğini artırmıştır (2). Hasta bakımında hekimlik uygulamaları çok geniş ve farklı bir yelpazeye sahiptir. Günümüzde uygulamalardaki bu farklılıkların azaltılması, tıbbi hataların azaltılması, bakımın standardize edilmesi ve sağlık hizmet kalitesinin artırılması için kanıta dayalı tıp uygulamalarının önemi giderek artmaktadır.

Önemli Noktalar

- Klinik uygulama rehberleri sürekli tıp eğitiminin bir parçasıdır. Klinik uygulamalarda evrensel standartların oluşturulmasına, sağlık hizmeti kullanıcılarının, sağlık hizmetlerinden beklentilerinin ne olması gerektiği konusunda eğitilmesine yardımcı olur.
- Klinik uygulama rehberleri bilimsel gelişmeyi tetiklerler, gereksiz hasta sevklerinin engellenmesine yardımcı olurlar, kaynakların daha etkili kullanılmasını sağlarlar, gelecekte yapılması gerekli araştırmalara ışık tutarlar.

Kanıta dayalı tıp uygulamalarının önemi giderek artmaktadır. Kanıta dayalı uygulama, klinik kararları desteklemek için elde edilebilen mevcut güncel, güvenilir ve en iyi kanıtların kullanılma sürecidir (3). Klinisyenlerin kanıtlara ulaşabilmesi ve uygulamalarını kanıta dayalı sürdürürebilmeleri için farklı araçlar kullanılabilir (4). Bu araçlardan tıbbi bilgilerin kanıta dayalı özeti olan diğer bir deyişle kanıta dayalı tıp uygulamalarının somutlaşmış hali olan klinik uygulama rehberleri çok önemli bir yere sahiptir. Klinik Uygulama Rehberleri, hasta bakımını en iyi hale getirmek için sistematik araştırmaya dayalı kanıtlardan ve alternatif bakım seçeneklerinin yarar ve zararlarının değerlendirilmelerinden oluşan önerileri içeren bildirimlerdir (5). Araştırma ile uygulama arasındaki uçurumu kapatmayı amaçlar. Tüm sağlık disiplinlerinde kanıta dayalı tıp ilkelerinin uygulanması “Kanıta Dayalı Sağlık Bakımı” olarak da tanımlanmaktadır. Bu uygulamanın artışı, sağlık sistemleri ve profesyonel örgütlerin taleplerinin yanı sıra tıbbi uygulama hatalarındaki artış da belirleyici olmuştur (6).

Günümüzde kanıta dayalı sağlık bakım uygulamalarının önemi ve gerekliliği giderek artarken, tıbbi müdahalelerin yalnızca %20’sinin kanıta dayalı olduğu, kanıtlara ulaşmak isteyen hekimin, Medline ve Medline dışı olmak üzere toplam da 20.000’in üzerinde dergi ile karşı karşıya kaldığı bilinmektedir. Üstelik bu dergilerdeki yayınların da yalnızca %1’inin bilimsel olarak özenli sonuç veren yayınlar olduğu saptanmıştır. Hekimlerin klinik kararlarını dayandırabileceği güvenilir bilgileri, bu bilgi yoğunluğunun içinden ayıklamak zorunda kalması, hastalarda hatalı uygulama kaygısı, bilgi taleplerinde artış ve sağlık personeline olan güvenin azalması gibi nedenlerden dolayı ilgili sürecin yönetilmesi için kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde çeşitli rehberler geliştirilmiştir (7-11).

TANIM

Klinik uygulama rehberleri, en iyi hasta bakımını sağlamak için özel koşullarda hekimlere hastasıyla ilgili karar verme sürecinde yardımcı olmak üzere tasarlanmış, sistematik araştırmaya dayalı kanıtlardan ve alternatif bakım seçeneklerinin yarar ve

zararlarının değerlendirilmelerinden oluşan güncel tavsiyeleri içeren açıklamalardır (5,11,12).

Uygulama rehberleri “doğru yapılacak işlemi” tanımlar, mutlaka uygulanması zorunlu protokoller değildir. Rehberlerin rolü iki faktör varlığında açıktır: 1) Hasta sonuçlarını etkileyen uygulama çeşitliliği, 2) Etkili uygulama için güçlü verilere dayalı araştırma tabanı varlığı. Rehberler sağlıkta kalite iyileştirme programlarının bir parçasıdır. Diğer klinik uygulamalardan izole olarak görülmemelidir. Rehber gelişimi, uygulanması ve değerlendirilmesi birbirine bağımlı bir dizi aktiviteden oluşur. Bunlar; klinik uygulamada araştırmaların pratiğe dönüştürülmesi, belirli standartların oluşturulması ve izlemi ile herhangi bir serviste klinik mükemmelliği sağlamak için yapılan bütün tamamlayıcı etkinliklerdir. Rehberler hekime sağlık hizmeti sunarken izleyeceği yolda katkıda bulunur, ancak mükemmel hasta sonuçları sağlamayı ve geliştirmeyi garanti etmek için yeterli değildir (13). Karar aşamasında hasta katılımı da sağlanmalıdır.

Uygulama Rehberleri Hazırlanma Amaçları;

1. Hekimlik uygulamalarında hastaya en doğru ve uygun tedaviyi, o gün için geçerliliği olan, bilimsel, kanıt ve geniş fikir birliğine dayalı olarak almasını sağlamak,
2. Hastaya yaklaşımda, klinik uygulamalardaki belirsizlikleri ve farklılıkları azaltmak,
3. Sağlık hizmetinde alınan sonuçların beklentilere yakın olmasını sağlamak,
4. Sağlık hizmet kalitesini artırmak,
5. Etkinliği kanıtlanmamış, gereksiz veya hastaya zararlı olabilecek klinik uygulamaları azaltmak,
6. Hekimin hastaya en yararlı, en az risk ve maliyet içeren, en kısa sürede uygulanabilecek tedaviyi verebilmesini sağlamak şeklinde sıralanabilir.

REHBERLER NASIL OLUŞTURULUR?

Klinik Uygulama Rehberleri tüm Dünya’da çeşitli bakanlıklar, uluslararası rehber ağları ve sivil toplum kuruluşları tarafından bazı yöntemler kullanılarak geliştirilmektedir (14). Zaman, emek ve ekip çalışması gerektirir.

Klinik uygulama rehberlerinin hazırlanma basamakları

Uygulama rehberlerinin oluşturulmasında sistematik olarak uyulması gereken aşamalar vardır (13). Bunlar;

-Rehber konusunun seçimi

-Bir kılavuz geliştirme grubu oluşturulması: Konu ile ilgili her gruptan temsilci olmalıdır. İdari sorumlu, sponsor, proje yöneticisi, araştırmacı, eczacı, hasta, etik inceleme kurulu ve ilgili branşın uzmanları bulunmalıdır.

-Sistematik literatür taranması

-Önerilerin oluşturulması

-Danışma ve kanıtların değerlendirilmesi: Elde edilen veriler dikkatli bir şekilde gözden geçirilmeli, en yüksek kaliteli kanıta dayanan veriler dikkate alınmalıdır.

-Yayın ve yaygınlaştırma: Öncelikle kullanıcılara sunulmalı ve geri bildirimlere göre son hali verilerek yayınlanmalıdır.

-Uygulama: Bu dönemde yoğun bir eğitim verilmelidir. Rehberlere erişim kolaylaştırılmalıdır.

-Gözden geçirme: Her yıl klinik, ekonomik ve hasta tabanlı sonuçlar değerlendirilmeli ve gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

REHBERLERİN OLUŞTURULMASINDAKİ SORUNLAR

Oldukça faydalı kılavuzlar olan klinik uygulama rehberlerinin oluşturulmasında ve uygulanmasında birtakım zorluklar ve sınırlamalarla karşılaşmaktadır (14-18).

Öncelikle rehberler hazırlanırken kullanılacak kaynakların dayandırıldığı bilgilerin kanıt düzeyinin iyi olması gerekir. Bu kaynakların bilimsel olarak özenli hazırlanmış olması, sayısı ve tutarlılığı, çalışma bulguların genellenebilirliği ve uygulanabilirliği önemlidir.

Bilim her zaman klinik uygulamadaki sorulara açık cevaplar sağlayamaz. Rehberleri desteklemek için kullanılan çalışmalar sınırlı uygulamalara sahip veya kötü tasarlanmış olabilir. Bu nedenle rehberler kanıta dayalı yeni bilimsel gelişmeler ve teknolojilere ayak uydurarak güncellenmelidir (19).

UYGULAMA REHBERLERİNİN YARARLARI

Kılavuzlar kalite iyileştirme programlarının bir parçasıdır. Sağlık bakımının kalitesini artırmak ve objektif medikal kararlar alabilmek için hekimler tarafından tasarlanmıştır. Sağlıkta klinik uygulamalardaki farklılıklar, gereksiz ve kanıta dayalı olmayan uygulamalar, kötü hizmet kalitesini ve ekonomik kayıpları, hekim ve hasta memnuniyetsizliğini beraberinde getirir. Kaliteli bir sağlık hizmeti ancak günün mesleki bilgileri içinde, kişilere ve topluma güvenli, maliyet-etkin, kanıta dayalı, hakkaniyetli ve kabul edilebilir bir hizmet sunumuyla mümkün olmaktadır. Uygulama rehberleri bu sunumda hekimlere pratik bir yaklaşım sağlar. Rehberler sayesinde hastaların uygun maliyetli kanıta dayalı bakıma erişebilmeleri sağlanır, kaynaklar etkili bir biçimde kullanılarak sağlık harcamaları azaltılabilir (11). Kaynak yoksunluğu nedeniyle birçok ülkede sağlıkta bakımın belirli standartlarının uygulanmasının sınırlı kaldığı bilinmektedir. Rehberler, önemli ölçüde kaynak farklılığının görüldüğü ortamlarda standardizasyonu sağlamaya yardımcı olmaktadır (20). Yapılan birçok çalışmada uygulama rehberlerinin klinik uygulamaları geliştirdiği vurgulanmıştır. Rehberler klinikte hasta yaklaşımı için bir temel oluşturur (21). Sağlık hizmetlerinde kalite için değerlendirme ölçütü sağlar (22).

Rehberlerin bir diğer önemli rolü kritik yol haritalarının hazırlanmasıdır. Örneğin pnömoni yönetiminde hastaneye yatması gereken hasta, yapılacak tetkikler, antibiyotik seçimi, yan etkilerin saptanması ve tedavisi gibi konular rehberlere dayanılarak yol haritası halini alır (23). Böylece klinik uygulamalardaki belirsizliğin azaltılması, hastaya

daha iyi hizmet verilmesi ve zaman kazanılmasını sağlar. Bir başka örnek verelim. Diyelim ki birinci basamakta menenjit şüpheli bir vaka ile karşılaştık. Rehberlere göre akut başlangıçlı ateş (rektal $\geq 38,5^0$ C veya aksiller $\geq 38^0$ C) ile birlikte ense sertliği ve/veya bilinç değişikliği ve/veya diğer meningeal irritasyon bulgularının varlığı ve/veya peteşiyal ya da purpural döküntü ile karakterize hastalık tablosu ile karşılaşıldığında meningokoksik menenjitten şüphelenilmelidir. Bu durum rehberlere göre “olası vaka”dır. Hastanın menenjit ön tanısı ile ileri tetkik ve yatarak tedavi için üst basamağa sevk edilmesi gerekmektedir (24). Lökosit sayımı kan kültürü veya daha ileri laboratuvar tetkiklerinin yapılması, hastanın sevk kararını değiştirmeyecek, tedavi için zaman kaybına ve gereksiz sağlık harcamalarına neden olacaktır. Rehberler klinik uygulamada hekime karar verme sürecinde destek araçlarıdır. Mutlaka uyulması gereken kesin hükümlü belgeler değildir. Düzgün ve yerinde kullanılmadığında faydasızdır. Rehberlere uyum her zaman mümkün olmayabilir. Hastanın mevcut klinik tablosu, komorbid durumlar, yaşa bağlı nedenler ve eşlik eden komplikasyonlar rehberlere uymamak için geçerli bir neden teşkil ediyor olabilir. Profesyonel sorumluluk kaliteli hasta sonucuna odaklı olmakla birlikte hasta merkezli yaklaşım esastır. Bu nedenle rehberler bir yaptırım değil, klinik kararlara yardımcı olarak görülmelidir (25).

AİLE HEKİMLİĞİNDE UYGULAMA REHBERLERİNİN ÖNEMİ

Aile hekimleri belirli bir nüfusa hizmet vermekle birlikte sunduğu sağlık hizmet kapsamı oldukça geniştir. Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım vermekle sorumlu kişisel doktorlardır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, rehabilitasyon ve tedavi ile ilgili diğer tüm sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sürekli ve kapsamlı bir şekilde verir. Verdikleri sağlık hizmetlerinin çeşitliliği nedeniyle, kanıta dayalı ve doğru klinik uygulamaları gerçekleştirebilmek için karşılaşılabilecekleri her türlü tıbbi durumla ilgili daha fazla kaynağa ve bilgiye ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle aile hekimliğinde uygulama rehberlerinin klinik uygulamalarda, standartların korunmasında hekime yardımcı olması açısından, diğer uzmanlık alanlarına göre ayrıca önemli olduğu söylenebilir.

UYGULAMADA YAŞANAN SORUNLAR

Tıp bilimi hızla değişmekte ve gelişmektedir. Bu nedenle klinik uygulama rehberlerinin bu bilimsel dinamizme ayak uydurması gerekmektedir. Rehberler güncel ve kanıta dayalı olmalıdır. Rehberlerin yalnızca gelişimi ve benimsenmesi yeterli değil, hasta sonuçlarındaki olumlu katkıları da değerlendirilmelidir. Sağlık profesyonelleri rehberin dayandığı kaynağı önemsemektedir. Çünkü hasta yönetiminde hasta sonuçlarına olumlu etkisi olan bir yol haritası çizdiklerinden emin olmak istemektedirler. Doğru rehber doğru hasta için uygulanmalıdır. Hekim hastası için uygun rehberi seçmez ise ya da titizlikle hazırlanmış özenli sonuçlar içeren rehberler günlük klinik uygulamalara dâhil olmaya uygun değilse, hasta sonuçlarında farklılığa yol açar böylece geliştirmek için olan çabalar boşa gider (19).

SONUÇ

Sağlığın korunmasının, geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin primer savunucusu olan hekimler klinik tecrübeleriyle birlikte güncel bilgi ve bilimsel araştırmalar ışığında hastalarına mümkün olan en iyi bakımı verebilmek için çalışırlar. Bu hizmeti sunarken kanıta dayalı klinik kararların alınmasında uygulama rehberleri hekime yol göstericidir. Rehberler doğru seçilip uygulanmadıkları sürece klinik sonuçlara olumlu etkileri görülemez. Dinamik ve değişim içeren belgelerdir. Bilimsel ve teknolojik gelişmelere uyum sağlamalı, yakından izlemelidirler.

KAYNAKLAR

1. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1993;19:424-47.
2. Porta M. Is there life after evidence-based medicine? *J Eval Clin Pract* 2004;10:147-52.
3. Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *J Nurs Adm* 1998;28(7-8):45-53.
4. Kahveci R, Özyiğit F. Kanıta Dayalı Tıp Beceri Edindirme Yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010;9:3.
5. IOM, *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. The National Academies Press, 2011, Washington, DC.
6. Youngblut J, Brooten D. Evidence-based nursing practice: Why is it important? *AACN Clin Issues* 2001;12(4):468-76.
7. Grimshaw JM, Santesso N, Cumpston M, Mayhew A, Mc Gowan J. Knowledge for knowledge translation: the role of the Cochrane Collaboration. *J Contin Educ Health Prof* 2006;26:55-62.
8. *Clinical Practice Guidelines*. In: Field MJ, Lohr KN, eds. 1st ed. National Academy Press 1990, Washington DC.
9. Twaddle S. Clinical practice guidelines. *Singapore Med J* 2005;46:681-6.
10. Cook DJ, Greengold NL, Ellrodt AG. The relation between systematic reviews and practice guidelines. *Ann Intern Med* 1997;127:210-6.
11. Shekelle PG, et al. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ* 1999;318(7183):593-6.
12. Klein WW. Current and future relevance of guidelines. *Heart* 2002;87:497-500.
13. Cook DJ, Greengold NL, Ellrodt AG. The relation between systematic reviews and practice guidelines. *Ann Intern Med* 1997;127:210-6.
14. Garrnck D, Hendricks AM, Brennan TA. Can practice guidelines reduce the number and costs of malpractice claims? *JAMA* 1991;266:2856-60.
15. Hadorn DC, McCormick K, Diokno A. An annotated algorithm approach to clinical guideline development. *JAMA* 1992;267:3311-4.
16. Hyams AL BJ, Lipsitz SR, Shapiro DW, Brennan TA. Practice guidelines and malpractice litigation: a two-way street. *Ann Intern Med* 1995;122:450-5.
17. Van Amringe M, Shannon TE. Awareness, assimilation, and adoption: the challenge of effective dissemination and the first AHCPR sponsored guidelines. *Jt Comm Q Rev Bull* 1992;18:397-404.

18. Boston MA. Clinical Practice Guidelines. Management Decision and Research Center 1998, Washington.
19. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for Type 2 diabetes. International Diabetes Federation 2005, Brussels.
20. Kelly JT. The interface of clinical paths and practice parameters.In: Spath PL, ed. Clinical paths: tools for outcomes management. American Hospital Publishing 1994, Chicago.
21. Hoffmann PA. Critical path method: an important tool for coordinating clinical care. Jt Comm J Qual Improv 1993;19:235-46.
22. Kellie SE, Kelly JT. Medicare peer review organization preprocedure review criteria: an analysis of criteria for three procedures JAMA1991(265):1265-70.
23. Klinik Uygulama Rehberleri ve Kanıtı Dayalı Tıp Dr. H. Erdal Akalın http://www.actus.com.tr/files/Klinik_Uygulama.pdf Erişim Tarihi: 15.07.2016.
24. Buzgan T, Tumay Ş, Buyurgan V, Bayazıt Y. Meningokoksik menenjit saha rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2005, Ankara.
25. Yakışan RŞ, Set T. Klinik Uygulama Rehberleri. TJFMPC 2013;7(2):26-8

Konu 72

SİGARA BIRAKMA DANIŞMANLIĞI

Mustafa Haki SUCAKLI

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların sigara bıraktırma danışmanlığı hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sigara içimini bırakmanın sağlık açısından faydalarını sayabilmeli,
- Nikotin bağımlılığını değerlendirme yöntemlerini açıklayabilmeli,
- Sigara bıraktırma yaklaşım başlıklarını açıklayabilmeli,
- Sigara bırakmada kullanılan ilaçları sayabilmeli,
- Sigara bırakmada kullanılan ilaçların kullanımını açıklayabilmeli.

ÖZET

Sigara, önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Tüm sigara içenlerin danışmanlık alması ve tercihan onaylanmış farmakoterapi ile kombine edilerek sigarayı bırakmalarının desteklenmesi önerilmektedir.

Hekimlerin bu konudaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devam etmesini sağlamak için bireyi desteklemektir.

Hekimlerin nikotin bağımlılığı tedavi yaklaşımını öğrenmesi ve uygulaması; hem bırakma teşebbüslerini başlatıcı etki sağlamakta, hem de bırakma denemelerinin başarı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır. Hekim nikotin bağımlısı ise önce kendi sorununa çözüm aramalıdır.

Sigara içme süresinin ve miktarının nikotin bağımlılığı şiddetini artırdığı ve nikotin bağımlılığı arttıkça sigara bırakma başarısının azaldığı belirlenmiştir. Sigara bırakma kronik bir olaydır ve tekrarlayan girişimlere gereksinim duyulabilir.

Sigara bırakma danışmanlığının; sürekli, kapsamlı ve bütüncül bakımı esas alan aile hekimleri tarafından verilmesi daha uygundur. Bunun sağlanabilmesi için aile hekimlerine gerekli eğitimlerin verilmesi ve uygun ortamın hazırlanması gerekmektedir.

GİRİŞ

Sigara, dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre Dünya'da sigara kullanımına bağlı yılda 5 milyon ölüm gerçekleşmekte, 2030'a kadar da 8 milyona çıkması beklenmektedir.

Sigaranın bırakılması, sağladığı sağlık yararları dikkate alındığında eşine az rastlanır ve maliyet etkin bir sağlık müdahalesidir.

Önemli Noktalar

- Nikotin bağımlılığı tedavisini en iyi yapabilecek hekimler, aile hekimleridir.
- Hekimler sigara kullanmayarak rol model olmalı.
- Asıl öncelik, kişilerin nikotin bağımlısı olmalarının önlenmesi olmalıdır.

Farklı sigara bırakma tedavilerinin etkinliğini inceleyen yeni bir kapsamlı derlemeye dayanarak, Amerikan Halk Sağlığı Servisi (The Public Health Service: PHS) tüm sigara içenlerin danışmanlık almasını ve tercihan onaylanmış farmakoterapi ile kombine edilerek sigarayı bırakmalarının desteklenmesini önermektedir.

Hekimlerin bu konudaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devam etmesini sağlamak için bireyi desteklemektir.

Yapılan çalışmalar; hekimlerin sigara bağımlılığına gerekli önemi vermediğini, bilgilerinin yeterli olmadığını ve/veya hastalarla hekimlerin birbirlerini anlamakta zorluk çektiğini göstermektedir.

Ayrıca sigara bıraktırma polikliniğinde takip edilen olgularda bir yıl sigarayı bırakmış olarak kalma oranının %40'a kadar yükseldiği tespit edilmiştir. Bu yüksek oran; hastaların sistemik hastalıkları nedeniyle hekimlerinden ciddi uyarı almalarına, hekim desteğine ve bırakma döneminde poliklinikten sık takibe çağrılmalarına bağlıdır.

Hekimlerin nikotin bağımlılığı tedavi yaklaşımını öğrenmesi ve uygulaması; hem bırakma teşebbüslerini başlatıcı etki sağlamakta, hem de bırakma denemelerinin başarı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır.

DÜNYA'DA SİGARA

Sigara kullanımı Dünya'da salgın boyutuna ulaşmıştır. DSÖ, Temmuz 2015 güncellemesine göre bir milyardan üzerinde kullanıcı bulunmaktadır. Her yıl 6 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır.

DSÖ'nün öncülüğünde 2005 yılında "Dünya Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme çerçevesinde 2008 yılında devletlerin alması gereken önlemler MPOWER adı altında belirlenerek uygulamaya konulmuştur. DSÖ'nün MPOWER (KUVVET) paketindeki 6 politika ile tütün salgını kontrol edilebilir ve neden olduğu ölümler azaltılabilir.

- Pasif sigara dumanı etkileniminden • **KORU**
- Sigarayı bırakmak için • **UYGUN** yardım öner

- Tütün üzerindeki • VERGİYİ artır
- Tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunu kısıtlama konusunda • VAR OLAN mevzuatı güçlendir
- Sigaranın zararları konusunda toplumu • EĞİT
- Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmaları • TAKİP ET

TÜRKİYE'DE SİGARA

Türkiye'de, tütün üreten bir ülke olmasının da etkisiyle tütün kullanımı oldukça yüksektir. Dünya'da en çok tütün kullanılan ülkeler içinde 10. sıradadır.

“Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013” sonuçlarına göre 15 yaş ve üzeri nüfusun sigara kullanım verileri:

- 2011 yılında erkeklerin %43'ü, kadınların %17'si sigara içmektedir.
- Sigara içme prevalansı yaş gruplarına göre değişkenlik göstermektedir. En yüksek sigara kullanma prevalansı 25-44 yaş aralığındadır.
- En yüksek bırakma oranları erkeklerde 55 ve üzeri, kadınlarda 45 ve üzeri yaşlardadır.
- Erkekler günde ortalama 17,2 adet sigara içerken, kadınlar ortalama 11,0 adet sigara içmektedir.
- Sigara kentsel bölgede kırsal bölgelerden daha yüksek oranda içilmektedir (%31, %25)
- Sigarayı bırakmış olanların oranı %9'dur, içenlerin %57'si bırakmayı denemiştir.
- Nargile, puro, pipo gibi diğer tütün ürünlerinin kullanımı %3'tür.
- Evlerin %37'sinde, işyerlerinin %23'ünde sigara içilmektedir.
- Bırakmayı düşünmeyenler ve bırakmayı denemeyeceğim diyenlerin oranı %35'dir.

NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Nikotin, tütün kullanımının bağımlılık yapıcı etkisinden sorumlu psikoaktif bir maddedir. Dokunun ve nikotini ileten aracın (duman gibi) pH'sına bağlı olarak; solunum yolu, deri ve ağız mukozasından kolayca emilen, suda çözünürlüğü zayıf bir bazdır. Bir sigaradan ortalama bir mg nikotin alınmaktadır. Nikotin karaciğerde metabolize olur. Nikotinin yarı ömrü ortalama iki saattir. Nikotinin en önemli metaboliti kotinindir ve yarı ömrü 15-20 saattir.

Nikotin sigara dumanı ile inhale edilir ve 10 saniye içinde beyne ulaşır. Kötü kullanıma uygun olduğu ve bağımlılık yaptığı bilinen diğer maddeler gibi nikotinin etkilerinin de Merkezi Sinir Sistemi'ne (MSS) olan etkisi yoluyla ortaya çıktığı; MSS üzerine olan etkisinin öforizan olduğu ve doza bağımlı olarak değişiklik gösterdiği belirlenmiştir.

Sigaradaki nikotinin bağımlılıktan sorumlu tutulma nedenleri arasında psikoaktif oluşu ve pozitif pekiştirici (keyif verici) etkisi, sigara dışı yollarla uygulanan nikotinin de bağımlılık yapması ve nikotini azaltılmış sigaraların rağbet görmemesi sayılabilir.

Nikotin beyindeki özgül $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerinden etki eder ve nikotinin akut ödüllendirici etkisinden sorumlu olduğu düşünülen dopamin salınımını uyarır. Nikotin ve kötüye kullanım potansiyeli olan diğer ilaçların ön beyindeki nucleus accumbense uzanan dopamin salgılayan nöronların “ödül döngüsü” etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Presinaptik alanda asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımını artırır. Dopamin ve norepinefrin salınımı zevk almayı sağlar ve iştahı azaltır, asetilkolin ise performans ve bellek gücünde artışa yol açar. Beta endorfinlerin salınımı ise anksiyete ve gerginlikte azalmaya yol açar. Nikotin zona kompakta, substansia nigra ventral tegmental bölgedeki dopaminerjik hücrelerin ateşlemesini arttırmaktadır. Locus coeruleustaki nikotin reseptörleri ve orta beyindeki mezolimbik dopaminerjik sistem hem uyanıklığı hem de bilişsel işlevleri (locus coeruleus) güçlendirir ve beynin haz merkezini aktive eder (mezolimbik sistem).

DSM-IV kriterleri bağımlılığı son bir yıl içinde aşağıdaki 7 maddeden üçünün görülmesi olarak tanımlamaktadır.

1. Niyetlendiğinden daha fazla miktar ve süre kullanmak,
2. Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri,
3. Kullanımı için fazla vakit harcamak,
4. Sosyal faaliyetleri, hobileri, başka zevk verici aktiviteleri azaltmak ya da terk etmek,
5. Maddeye bağlı ya da madde kullanımıyla artan fiziksel ya da psikolojik problemler yaşamasına rağmen kullanmaya devam etmek,
6. Tolerans gelişmesi,
7. Yoksunluk belirtileri.

DSM IV’e göre nikotin yoksunluk kriterleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. DSM- IV’ e göre Nikotin Yoksunluk Kriterleri

DSM- IV Nikotin Yoksunluk Kriterleri

A. En az birkaç hafta süre ile nikotin kullanılmaması.

B. Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:

1. Disforik ya da depresif duygu durumu
2. İnsomnia
3. İrritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
4. Anksiyete

5. Düşüncelerin yoğunlaştırılmaması
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. İştah artması ya da kilo alma

C. B tanı ölçütündeki belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler genel tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Bağımlılık, kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. DSÖ madde bağımlılığını “kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlar. Madde bağımlılığı, psikotrop bir madde ile santral sinir sistemi arasında etkileşim sonucu ortaya çıkar.

DSÖ değerlendirmelerine göre sigara tiryakisi sayılmak için “düzenli olarak günde bir sigara içmek” yeterlidir.

Sigara bağımlılığı birçok kullanıcının, yokluğuyla uzun bir dönem, yıllarca hatta on yıllarca mücadele etmesi gereken kronik ve nüksedici bir durumdur.

Nikotin bağımlılarının yaşadıkları üç madde temelinde özetlenebilir:

1. Kuvvetli içme isteği,
2. İçme isteğini kontrol edememe (kontrol kaybı),
3. Sigarasız kalınca duygu durumunun bozulması (duygu durumunda çökme, disfori, anksiyete) ve bazı bedensel (somatik) belirtilerin ortaya çıkması (bradikardi, iştah artışı) ve sigara içildiğinde bu belirtilerin ortadan kalkması.

Sigara içmeye başlayanların %70’i bağımlı olmaktadır. Sigarayı bir kez deneyen dört kişiden üçü sigara bağımlısı olmaktadır. Di Franza ve arkadaşları, 1246 ergenin yer aldığı çalışmalarında, tütün kullanımı üzerindeki kontrolün sigarayı ilk içine çektiği bir-iki günde ortadan kalktığını tespit etmişlerdir.

Sigara içme süresinin ve miktarının nikotin bağımlılığı şiddetini artırdığı ve nikotin bağımlılığı arttıkça sigara bırakma başarısının azaldığı belirlenmiştir.

İNSANLAR NEDEN SİGARA İÇER?

Bu konu ile ilgili bugüne kadar ileri sürülen dört teori vardır;

- a) Birincisi bir alışkanlık olduğu şeklindedir.
- b) İkinci teori ise sigara içmenin çocukluktan beri bilinçaltında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağlı olduğuna dayanır.

- c) Üçüncü teori sigara içmenin özellikle düşük benlik kontrollü kişilik yapısına sahip bireylerin heyecan ve yenilik arayışı içinde ortaya çıkardıkları bir davranış olduğunu ileri sürer.
- d) Son teori ise bunun bir seçim olduğunu ve sigara içenlerin bilinçli olarak sigaranın yarar ve zararlarını tarttığı ve bu konularda objektif olarak yanlış olsalar bile buna uygun davrandıkları ya da davranmaya çalıştıklarını söyler.

SİGARANIN ZARARLARI

Sigara vakitsiz ölme tehlikesini üç kat artırmaktadır.

Sigaranın, kırk kadar hastalığa neden olduğu kesin olarak bilinmektedir.

Ülkemizde ve Dünya’da en çok öldüren dört hastalığın (koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, başta akciğer kanseri olmak üzere kanser ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı) en önemli nedenlerinden biri sigara kullanımudur.

Ağız, larenks, özefagus, mide, pankreas, böbrek, mesane, serviks uteri kanserleri, akut miyeloid lösemi, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması, pnömoni dahil akut ve kronik solunum yolu hastalıkları, çocuklar ve gençlerde astım benzeri belirtiler, kadında fertilité azalması, katarakt, kalça kırığı, menopoz sonrası kadınlarda kemik mineral yoğunluğunda azalma, peptik ülser, diş eti hastalığı, ameliyat sonrası yara iyileşmesinde gecikme, ameliyat sonrası solunum yolu sorunları, cildin erken yaşlanması sigara kullanımının neden olabildiği hastalıklar veya durumlardır.

Hamilelikte sigara kullanımının; ani bebek ölümü, düşük doğum ağırlığı, miadından önce doğum, erken membran rüptürü, plasenta previa ve plasenta dekolmanına neden olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca pasif içiciler de sürekli maruziyetten dolayı hasta olmaktadır.

SİGARA BIRAKMANIN FAYDALARI

Sigara bırakıldığında aşağıdaki faydalı etkiler meydana gelmektedir:

- a) 20 dakikada; kan basıncı, nabız ve ateş normale dönmektedir.
- b) 8 saatte; vücut kendi kendini tamire başlamaktadır. Karbon monoksit miktarı normale gelmekte, oksijen seviyesi normale yükselmektedir.
- c) 24 saatte; kalp krizi geçirme ihtimali azalmaktadır.
- d) 48 saatte; sinir uçları tekrar büyümeye başlamakta, tad ve koku hissi gelişmektedir.
- e) 72 saatte; bronşlar gevşemekte, akciğer kapasitesi artmakta ve solunum daha kolay hale gelmektedir.
- f) 2 hafta-3 ay; dolaşım düzelir, yürüme rahat hale gelir. Akciğer fonksiyonları %30 kadar artar.

- g) 1-9 ay; akciğerlerdeki silyalar büyür ve akciğeri temizleme kabiliyetleri artarak enfeksiyonlar azalır. Öksürük, sinüslerdeki dolgunluk ve geniz akıntısı, nefes darlığı azalır, vücudunuzun enerjisi artar.
- h) 5 yıl; akciğer kanserinden olan ölümlerde %50 azalma olmaktadır. Kalp krizi geçirme riski hiç içmeyenlerin seviyesine inmektedir.
- i) 10 yıl; akciğer kanserinden ölme riski hiç içmeyenlerin seviyesine inmektedir. Diğer organ kanserlerine yakalanma ihtimalide düşmektedir.

1. Sigara İçenler Sigarayı Bırakmak İstiyorlar mı?

Sigara içenlerin %67'sinin sigarayı bırakmak istediği belirlenmiştir.

2. Sigara İçenler Yardım Alabiliyorlar mı?

Sigarayı kendi başına bırakanlarda uzun dönem başarı oranı yaklaşık %7 iken, kılavuzlara uygun tedavi edilenlerde başarı %15-30'lara çıkmaktadır.

Sigara bırakma işleminde hekimlerin rolü kişinin kendisinden sonra ikinci önemdedir. Ancak ne yazık ki hekimlerin bu konudaki gerek bilgileri gerekse istekleri tüm dünyada ve ülkemizde yeterli görülmemektedir.

3. O Zaman Aile Hekimi'ne Düşen Görev Nedir?

Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi asıl önemli olanın kişinin sigaraya hiç başlamaması olduğu gerçeğine karşın, sigara içenlere sigaranın bırakırılması da hekimlerin sorumluluk alanına girmektedir. Birinci derecede kişinin kendi isteği, kararı ve iradesiyle ilişkilidir. Hekimlerin bu konudaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devamını sağlamak için bireyi desteklemektir.

Ancak hekimlerin bir kısmı kendileri sigara bağımlısıdır. Bu durum hasta karşısında hekim dezavantajlı duruma düşürmektedir. Dolayısı ile nikotin bağımlısı hekim önce kendi sorununa çözüm aramalıdır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; kendisi sigara bağımlısı olan hekim hastaların sigara içme tutumlarına karşı daha kayıtsız olmakta, herhangi bir girişimde bulunmayı kimi zaman gereksiz bulmaktadır.

Hekimlerin sigara bıraktırma konusunda yeterince etkin olamamalarının en önemli nedenlerinden birisi de bu konuda yeterli bilgilerinin olmamasıdır. Aile hekimlerinin yaşam tarzı değişikliği ve nikotin bağımlılığı tedavisi ile ilgili eğitim alması gereklidir.

Halen dünyada bu konuda yayınlanmış sigara bırakma kılavuzları ve etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleri mevcuttur. Bu kılavuzlar eşliğinde sigara bırakma tedavileri konusunda şu genel ilkeleri söyleyebiliriz;

1) Sigara bırakma kronik bir olaydır ve tekrarlayan girişimlere gereksinim duyulabilir. Ancak halen etkili tedaviler mevcuttur ve bunlar uzun süreli ya da kalıcı olarak sigara bırakmaya yardımcı olurlar.

2) Sigara bırakmada etkinliği kanıtlanmış tedaviler olmasından dolayı, sigara içen her hastaya aşağıdaki tedavi yöntemlerinden biri uygulanmalıdır;

- a) Sigarayı bırakmayı denemek isteyen her hastaya kılavuzlarda etkin olduğu belirtilen tedavilerden biri önerilmelidir.
- b) Sigarayı şu anda bırakmak istemeyen kişilere ise sigara bırakma motivasyonunu arttıracak kısa süreli eğitim verilmelidir.
- 3) Klinisyenler ve sağlık sistemi arasında sisteme kayıtlı tüm sigara içenlerin tedavisine olanak sağlayacak işbirliği kurulması gerekir.
- 4) Sigara bırakmak isteyen her hastaya etkinliği kanıtlanmış olan kısa süreli eğitim mutlaka verilmelidir.
- 5) Sigara bırakma ile sigarayı bıraktırma yaklaşımları arasında güçlü bir doz-yanıt eğrisi mevcuttur. Bu nedenle uygulanan yaklaşımın sıklığı ve toplam süresi arttıkça başarı şansı da artmaktadır.
- 6) Üç çeşit destek tedavisinin özellikle etkili olduğu gösterilmiştir;
 - a) Öncelikle problem çözme ve beceri kazandırmaya yönelik destek.
 - b) Tedavinin bir parçası olarak sosyal destek.
 - c) Tedavi dışı sosyal destek
- 7) Sigara bırakmada etkinliği kanıtlanmış bir çok farmakolojik ajan vardır. Herhangi bir kontrendikasyon olmadığı sürece bu tedavilerden biri seçilmelidir.

4. Nikotin bağımlılığına tedavi yaklaşımımız nasıl olmalı?

I. SOR (ask)

Hastayla yapılan her görüşmede sigara içip içmediği sorulmalı ve kaydedilmelidir. Kişiler sigara bağımlılığı açısından üç gruba ayrılır:

- a. Sigara içen,
- b. Sigarayı bırakmış,
- c. Hiç sigara kullanmamış.

II. SÖYLE (advise)

Sigarayı bırakması gerektiği hastaya söylenmelidir.

- a. Bırakmalısın mesajı açık olmalıdır.
- b. Mesaj bireyselleştirilmiş olmalıdır.
- c. Mesaj kuvvetli olmalıdır.
- d. Mesaj yüreklendirici olmalıdır.

III. SORGULA (assess)

Bu aşamada önce kişinin bağımlılık düzeyi ölçülür. Günümüzde kullanılan iki bağımlılık testi vardır.

I. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - d. 1 saatten sonra (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
 - a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - a. 31 ve daha fazla (3 puan)
 - b. 21-30 adet (2 puan)
 - c. 11-20 adet (1 puan)
 - d. 10 ve daha az (0 puan)
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)

Toplam skor

0-2: Çok az bağımlılık

3-4: Az bağımlılık

5: Orta derecede bağımlı

6-7: Yüksek bağımlılık

8-10: Çok yüksek bağımlılık.

2. Avrupa Hekimler Birliği [European Medical Association on Smoking or Health (EMASH)] bağımlılık testi:

- a. Günde 15 ve üzeri sigara kullanımı,

- b. Sabah kalktığında ilk 30 dakikada sigara içimi var ise yüksek derecede bağımlı olarak kabul edilebilir.

Bağımlılık düzeyi belirlendikten sonra “Bir bırakma denemesine var mısınız?” gibi bir soruyla hastanın bırakma istekliliği sorgulanmalıdır. Hastanın transteorik davranış değişikliği modeline göre hangi aşamada olduğu belirlenmelidir. Bu modele göre tütün ürünü kullanan kişiler, sigara bırakma konusundaki düşünce ve tutumlarına göre 5 evrede değerlendirilmektedir:

- a. Sigarayı bırakmayı düşünmeyenler (precontemplation phase):

Bu aşamada kişi sigara içiyor olmaktan dolayı herhangi bir sorun hissetmemektedir, gelecekteki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı da düşünmemektedir. Bu aşamadaki kişilere sigara içmenin sağlık, ekonomik, çevresel vb. olumsuz etkileri ile sigarayı bırakması durumunda elde edeceği kazanımlar anlatılmalı ve sigara içmekten vazgeçmesi yönünde desteklenmelidir.

- b. Sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamış olanlar (contemplation phase):

Bu kişiler sigara içmenin olumsuz sonuçlarını bilmektedir, sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamışlardır ve gelecekteki 6 ay içinde bırakma planları vardır. Ancak henüz sigarayı bırakma konusunda bir tarih tespit etme düşüncesi yoktur. Bu kişiler sigarayı bırakmayı istemekle birlikte, sürekli olarak bırakmayı ertelemek için gerekçe üretirler. Bu kişileri sigarayı bırakma yönünde karar verme bakımından desteklemek gereklidir.

- c. Sigarayı bırakmaya hazır olanlar (preparation phase):

Bu kişilerin sigarayı bırakma konusundaki kararı oldukça kesinleşmiştir, gelecekteki bir ay içinde sigarayı bırakma yönünde karar vermişlerdir. Ufak destekle bu kişilerin bırakma için gün belirleyerek eyleme geçmesi beklenir ve bu yönde desteklenme gereksinimi olabilir.

- d. Sigarayı bırakma, bırakmayı deneme (action):

Bu kişiler sigarayı bırakmışlardır. Sigarayı bıraktıkları tarihten itibaren henüz 6 ay geçmemiştir, bu nedenle henüz bıraktıkları konusunda kesin olarak emin değildirlere. Her an sigara içmeye başlayabilirler, bu nedenle yakından izlenmeli ve sigaraya yönelmeleri engellenmeye çalışılmalıdır. Bu aşamada sigara içmeyi hatırlatacak ortamlardan ve davranışlardan uzak kalmak önemlidir.

- e. Bırakmışlık durumunu sürdürme (maintenance):

Sigarayı bıraktıktan itibaren 6 ay veya daha uzun bir süre geçmiştir ve kişi sigarasız yaşamı benimsemiştir. Kişi artık sigarayı bıraktığı konusunda güvenlidir. Bununla birlikte nüks olasılığı hep vardır, bu nedenle bu kişilerin de sigara içmeyi çağrıştıracak ortamlardan ve davranışlardan uzak kalmaya özen göstermesi gereklidir.

Belirlenen aşamaya göre bir plan yapılır.

Genel muayenenin ardından, imkan varsa karbon monoksit ölçülmeli ve solunum fonksiyon testi yapılmalı.

IV. YARDIM ET (assist)

Tütün bağımlılığından kurtulmak için bireysel yaklaşım olarak bazı tedavi yöntemleri kullanılabilir. Bırakmaya hazırlanma evresindeki kişilere, bırakmayı denemeleri aşamasında bazı ilaçlar (farmakolojik yaklaşımlar) ve psikososyal destek yaklaşımları (bilişsel ve davranışçı yöntemler) ile yardımcı olunabilir.

Gerek sigarayı bırakmadan önceki görüşmelerde gerekse bırakma sonrası görüşmelerde kişilere sigara kullanımının olumsuz yönleri ile sigarayı bırakmanın yararları konularında bazı açıklamalar yapılması ve bu konuların tartışılması uygun olur. Tütün kontrolü ve sigara bırakma ile ilgili çalışmalarda **SR Stratejileri** olarak bilinen bu konular şu şekildedir:

R-1 Relevance: İlişkilendirme

Sigara kullanımının olumsuz yönleri günlük olaylarla ilişkilendirilmeye çalışılır. Bu konuda en sık yapılan uygulama, bir hastalıkla ilişkilendirme yapılmasıdır. Örneğin; kişinin veya yakınlarından birisinin o sırada bir sağlık sorunu varsa ve bu hastalık sigara kullanımı ile ilişkili ise bu durum öne çıkarılabilir. Ancak hastalık söz konusu değilse bile hava kirliliği, kişinin meslek durumu ve çalışma sırasında karşılaşılan bazı faktörlerin sigara kullanımı ile ilişkisi olabileceği gibi konular da tartışılabilir.

R-2 Risks: Riskler

Sigara kullanımının öncelikle sağlık açısından bilinen ciddi riskleri vardır. Bu riskler çoğu kez hastalar tarafından da bilinen risklerdir, ancak sağlık personeli olmayan veya konuda uzman olmayan kişilerin bilmediği sağlık riskleri de vardır, bu risklerden söz edilebilir. Ayrıca sağlık riskleri dışında çevre, ekonomi, toplumsal yaşam, özellikle pasif etkileniminin yol açtığı sorunlar gibi konular da tartışılabilir.

R-3 Rewards: Ödüller

Kişinin sigarayı bırakmış olması önemli bir başarıdır, bu başarı kutlanmalıdır. Bu konuda sigarayı bırakmanın sağlayacağı olumlu yönler öne çıkarılır. En önemli ödül, kişinin sağlığına kavuşmasıdır. Bu bakımdan en ufak olumlu gelişmenin (nefesin rahatlaması, sabahları dinlenmiş olarak uyanma, yiyeceklerin tadının daha iyi algılanması gibi) bile öne çıkarılması iyi bir yaklaşımdır. Ödüller arasında maddi kazanç konusu da tartışılabilir.

R-4 Roadblocks: Engeller

Sigarayı bırakma sürecinin uzun bir yol olduğu ve bu yol üzerinde çeşitli engellerle karşılaşılacağı bilinmelidir. Bu bakımdan **nikotin yoksunluk belirtileri** önemli bir sorun olabilir. Kimi kişiler bu sorunları daha ciddi boyutta yaşayabilir ve bu sorunlarla baş etmekte zorluk çekebilir. Hatta sigarayı bırakmış olduğu halde arada sigara içmiş de olabilir. Bu gibi durumlar anlayışla karşılanmalı, bu nedenle kişi suçlanmamalıdır. Özellikle kadınlar açısından önemli bir sorun da kilo alma konusudur. Sigarayı bırakanlar bir kaç kilo alabilir. Bu konuyu önceden açıklamak ve buna karşı hazırlıklı olmak gerekir. Alınan birkaç fazla kiloyu sorun haline getirmeden çözebilmek iyi olur, zaten bu konuda duyarlı olan kişiler bir süre sonra aldıkları fazla ağırlığı verebilirler. Bu bakımdan beslenmede bazı konularda dikkatli olmak ve spor etkinliklerine yönelmek iyi

bir yaklaşımdır. Çevrede ve yakın arkadaşlar arasında sigara içen kişilerin olması da dikkate alınması gereken bir konudur.

R-5 Repetition: Tekrarlama

Kişilerle bütün görüşmelerde destekleyici yaklaşımın tekrarlanması iyi olur. Tekrarlama konusunda önemli bir nokta da, nüks meydana geldiğinde bütün sürecin tekrarlanabileceğidir. Sigara bırakma sürecinde nüks sık rastlanan bir durumdur. Bu nokta kişilere açık olarak anlatılmalı, yılgınlığa düşmeden bırakma süreci tekrarlanmalıdır.

Kişi şayet bırakma konusunda kararlı ve harekete geçmeye hazır ise bir bırakma günü belirlenir. Bırakma günü mümkünse 7-14 gün arasında bir gün olmalıdır.

Bırakma gününe kadar kendini ve çevresini hazırlar.

Kendi hazırlığı çerçevesinde bırakma gününe kadar bir program yapabilir. Sigara kullanımını azaltmaya yönelik bir takvim yapabilir.

Bırakma gününden bir gün önce evden sigara ve sigara ile ilgili her şeyi (küllük, çakmak vs.) kaldırması söylenir.

Sigarayı bırakan kişilerin, kendilerine sigara çağırışımı yapacak bu tür ortamlardan ve ilişkilerden uzak durmaları gerekir.

Sigarayı bırakacağını yakın çevresine ilan eder. Ve onların desteğini almaya çalışır.

Ayrıca önemli bir nokta da sigara bırakma gününden itibaren sigara içme istekleri veya yoksunluk belirtileri olursa nasıl başa çıkılacağı konusunda hazırlık yapılmalıdır. En çok önerilen; yudum yudum su içmek, sakız çiğnemek, meyve yemek, leblebi yemek ve yürüyüş yapmaktır. Kişinin hazırlıksız yakalanmaması adına ne yapacağını önceden belirlemiş olması gerekir.

Nikotin bağımlılığının farmakolojik tedavisinde iki tür yaklaşım olabilir;

1. Nikotin yerine koyma uygulamaları (NRT; Nicotine Replacement Therapy):

Nikotin replasman tedavisinin dayandığı nokta, sigarayı bırakan kişilerde ortaya çıkabilen yoksunluk belirtilerinin önlenmesidir. Sigarayı bırakan kişilerde bu yolla nikotin alımı ortadan kalktığı için “nikotin yoksunluk belirtileri” (nicotine withdrawal symptoms) yaşanabilir. Sigarayı bırakan herkeste bu belirtilerin olması söz konusu değildir, bununla birlikte özellikle bağımlılık düzeyi yüksek olan kişilerde nikotin yoksunluğuna bağlı bazı belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtiler sigaranın bırakıldığı ilk günlerde daha fazla hissedilir.

Sigarayı bıraktıktan sonra nikotin replasman tedavisi kullananlarda bu belirtiler hiç hissedilmeyebilir veya çok az düzeyde hissedilir. Bu amaçla kullanılan nikotin ürünleri arasında nikotin bandı (derinin kılsız bir bölgesine yapıştırılarak kullanılır), nikotin sakızı, nikotin spreyi, nikotin inhaler, dilaltı tableti gibi preparatlar vardır. Bu preparatların hangisinin kullanılmasının uygun olduğu veya hangi dozda kullanılması gerektiği konuları doktor ile görüşme sonucunda kararlaştırılmalıdır. Nikotin replasman preparatının türü ve dozu konusunda temel belirleyici husus, kişinin bağımlılık düzeyidir. Stead ve ark. karar verilirken kişinin mesleği, çalışma ve sosyal durumu gibi özellikleri ile kişinin tercihinin dikkate alınması gerektiğini belirtmektedirler.

Nikotin bantlarının ülkemizde 24 saatlik formu bulunmaktadır. Bantlar vücuda sağladığı nikotin miktarına göre büyük 30 (21 mg), orta 20 (14 mg) ve küçük 10 (7 mg) olmak üzere üç çeşidi vardır. Günde 10 taneden fazla içenlerde en yüksek doz ile başlanır 2-4 haftalık periyodlarla doz azaltılarak 4-12 haftada tedavi kesilir.

Gebelik veya laktasyon, yakınlarda geçirilmiş enfarktüs (dört hafta içinde), unstabil anjina pectoris veya şiddetli aritmiler ve alerjik reaksiyon durumlarında NRT kontrendikedir.

Ayrıca 2 ve 4 mg'lık nikotin sakızları mevcuttur. İhtiyaç var ise hasta hekim görüşmesi ile karar verilip kullanılabilir.

2. *Sigara bırakmayı destekleyen bazı ilaçlar:*

Sigara bırakmayı destekleyen ilaç olarak da halen kullanımda olan iki preparat vardır.

a. Bupropion: Depresyon tedavisinde kullanılan bir ilaç olup, sigara bırakmaya yardımcı rolü sonradan fark edilmiştir. Dopamin, noradrenalin ve serotonin geri alınımının zayıf inhibitörüdür. Ayrıca ilaç vücutta nikotinin bağlandığı nikotinik asetilkolin reseptörlerini de inhibe ederek nikotinin etkisini azaltmakta, bu sayede kişilerin nikotinden aldıkları haz da azalmaktadır. Bu ilacı kullanarak sigarayı bırakan kişiler nikotin yoksunluk belirtilerini daha az olarak hissetmektedir. Bir antidepresan olduğu için sigara bırakma sonrası oluşabilecek depresif semptomları da engellemektedir. Özgeçmişinde depresyon olan hastalarda öncelikle tercih edilmelidir. Bupropionun 150 mg'lık tabletleri bulunmaktadır. İlk üç gün sabahları 1x1, daha sonra sabah, akşam 2x1 şeklinde ve tok karına önerilmelidir.

Bupropion tedavisine gerekli görüldüğünde nikotin replasmanı da eklenebilir.

Hamilelerde kullanılmamalıdır. Epileptik nöbet öyküsü olanlarda, yeme bozukluğu (anoreksiya nervoza, bulimia gibi) olanlarda, son iki hafta içinde MAO inhibitörü ilaç kullanmış olanlarda, alkol yoksunluk sendromunda, benzodiyazepinler dahil sedatiflerin yoksunluk sendromunda, konvülsiyon geçirme eşliğini düşüren (antipsikotikler, antidepresanlar, teofilin, sistemik steroidler gibi) ilaçlar kullanılırken bupropion kullanımı kontrendikedir. Karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalarda dikkatli olunmalı ve doz azaltımı yapılmalıdır. Ağız kuruluğu ve uykusuzluk gibi yan etkileri konusunda hastalar uyarılmalıdır.

b. Varenicline: Özel olarak nikotin bağımlılığının tedavisi amacı ile geliştirilen bir ilaçtır. Nikotinik asetilkolin $\alpha\beta_2$ reseptörlerinin kısmi agonistidir. Nikotin gibi etki yapmak suretiyle beyinde dopamin salınımına yol açmaktadır. Sonuç olarak, bu ilacı kullanan kişinin sigara içme arzusu azalmaktadır. Bu ilacı kullananlar da sigarayı bıraktıkları zaman nikotin yoksunluk belirtilerini daha az hissederler. Vareniklin ilk üç gün, günde bir kere 0,5 mg, sonraki dört gün günde iki kere 0,5 mg, 8. günden itibaren günde iki kere 1 mg şeklinde kullanılır. Böbrek yetmezliği olanlarda dikkatli ve düşük dozlarda kullanılmalıdır. Bulantı ve uyku sorunları en önemli yan etkileridir. Uykuya dalma problemi yapabilir. Bu tarz problem yaşayan hastalar akşam dozlarını sabah dozu ile arasında en az 8 saat olacak şekilde erkene alabilirler. Ayrıca canlı rüya görmeye sebep olabilir. Bu konuda da hastalar uyarılmalıdır.

Vareniclinin bazı kişilerde depresif duygu duruma, ajitasyona, huy değişikliğine, intihar düşünce ve teşebbüsüne yol açabileceği bildirilmiştir. Araç kullanırken dikkat dağınıklığı da yapabilmektedir. Dolayısı ile hastalar psikiyatrik hastalık altyapısı ve öyküsü açısından sorgulanmalıdır. Major depresyonu olanlara, intihar düşüncesi yada girişimi olanlara ve uzun yol şoförlerine verilmemelidir.

Her iki ilacın etkilerinin ortaya çıkması için 7-10 günlük bir süreye ihtiyaç vardır. Dolayısı ile sigara bırakma gününü belirlerken bu durum dikkate alınmalıdır (en erken 7, en geç 14 gün). Ancak sigara bırakma günü hastanın yakın takibi ile erkene de alınabilir, hatta ihtiyaç var ise ertelenmesi de mümkün olabilir. Tedavi süresi ortalama üç aydır. Bu süre hastanın durumuna göre kısaltılabilir ya da gerekli görüldüğü takdirde 6 aya kadar uzatılabilir.

V. İZLE (arrange)

Sigarayı bırakmış olan bir kişinin sigara içmeye tekrar başlamayacağı konusunda garanti söz konusu değildir, sigarayı bırakan bir kişi her an tekrar sigara içmeye başlayabilir. Bu duruma “nüks” adı verilmektedir. Sigarayı kendi kendine bırakanlarda ise nüks daha fazladır, kendi kendine sigarayı bırakanların yaklaşık yarısının (%49) bir hafta içinde tekrar sigara içmeye başladıkları ifade edilmiştir.

Gençlerde, nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda, kendisini bırakmaya çok hazır hissetmeyenlerde, fazla miktarda alkol kullananlarda, sık olarak sigara içilen ortamlarda bulunanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda nüks olasılığı daha fazladır. Nüks durumunda önemli olan, kişinin ümitsizliğe kapılmamasıdır. Özellikle sigaranın bırakılmasından sonraki ilk günler ve haftalar içinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmışsa, bu belirtilerle baş etme bakımından kişiler daha sık kontrol edilmelidir.

Sigarayı bıraktıktan sonra sıkı takip tekrarlamaların önlenmesinde önem kazanmaktadır.

Sigara bırakmanın akut döneminde hasta 1-2 hafta sıklıkta kontrollere çağırılmalıdır. En az bir yıl süreyle sigara içilmediği takdirde kişi bırakmış sayılır, bu nedenle bu süre içinde hastayla kurum arasındaki ilişkinin sürdürülmesi sağlanmalı ve giderek seyrekleşse de kontroller devam etmelidir. Relaps sık ortaya çıkan bir sorundur, eğer olursa hemen tekrar bırakması için hasta cesaretlendirilmelidir. Hastanın suçluluk duygusu ile kontrolleri aksatması engellenmelidir.

SONUÇ

Sonuç olarak tütün kontrolünde “başlamayı önleme”, “bırakma” ve “pasif etkilenimden korunma” olmak üzere üç temel alanda müdahalelere gereksinim vardır. Bu üç müdahalenin temelinde bireyin davranışlarını oluşturması yer almaktadır. Kişilerin sigara içme davranışında ise bireysel etmenlerden ziyade toplumsal etmenlerin daha fazla rol oynadığı bilinmektedir. Toplumun birey üzerindeki olumsuz etkisini minimize etmek için tütün kullanılmasının olumsuz bir davranış olduğu imajının yerleştirilmesi gerekmektedir. Toplumda bireylere verilen bilgilendirme müdahalelerinin yanı sıra toplumun yeni yaşam tarzına uygun olarak, tutum ve davranışları etkileyecek mesajların yaşamın içinden verilmesi gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi ancak biz hekimlerin müdahalesi ve öncülüğü ile mümkün olacaktır.

Hekimlerin kendileri kullanıcı ise en kısa zamanda bırakmaları, bağımlılık tedavisi konusundaki bilgi ve deneyim eksiklerinin giderilmesi gerekmektedir.

Aile hekimlerinin konu ile ilgili eğitim, donanım, zaman, farkındalık ve yetkilendirme ihtiyaçları giderilmelidir.

KAYNAKLAR

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf. Erişim Tarihi: 03.06.2016.
2. Tobacco. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>. Erişim Tarihi: 03.06.2016.
3. MPOWER in Action. Defeating the global tobacco epidemic. http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 03.06.2016.
4. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008. http://www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_alkol_kontrol/tutun_kontrolu/mevzuat_ve_belgeler/K%C3%BCresel%20T%C3%BCt%C3%BCn%20Salg%C4%B1n%C4%B1%20Raporu%20MPOWER,%20DS%C3%96.%20Aral%C4%B1k%202008.pdf. Erişim Tarihi: 03.06.2016.
5. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. Erişim Tarihi: 03.06.2016.
6. Jarvis MJ. Why people smoke. BMJ 2004;328;277-9.
7. West R, Shiffman S. Fast Facts: Smoking Cessation. Health Press, 2007, Oxford.
8. McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R. Manual of Smoking Cessation. A Guide for Counsellors and Practitioners. Blacwell Publishing, 2006, London.
9. Fiore MC, JaenCR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008.
10. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004(4):CD00165.
11. Mahoney MC, Cummings KM. Sigarayı Bırakma. Çeviri: Ayfer Gemalmaz, Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. "Current Diagnosis and Treatment" serisi. Güneş Tıp Kitapevi 2014, Ankara.
12. Sezer E. Aile Hekimliği Uygulamasında Sigara Müdahalesi. Birinci basamakta tanı ve tedavi kitabı. Editörler: Bozdemir N, Kara İH. Adana Nobel Kitabevi 2010, Adana.
13. Pomerleau OF. Nicotine and the central nervous system: biobehavioral effects of cigarette smoking. The Am. J. of. Med. 1992;93(Suppl 1A).
14. DiFranza JR, Savageu JA, Fletcher K, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the development and assessment of nicotine dependence in Youth-2 study. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:704-10.
15. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA. 2000;283(24):3244-54.

16. Pekşen Y. Sigara içiminin nedenleri, epidemiyolojisi, pasif içicilik Tür A (ed) Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Samsun Logos Yayıncılık Tic A.Ş. 1995, Samsun.
17. Kesim Y. Sigaranın Farmakolojik Etkileri. Tür A (ed) Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Samsun Logos Yayıncılık Tic A.Ş. 1995, Samsun.
18. Chapman S. Tobacco Control. BMJ 1996;313:97-100.
19. Schwartz JL. Methods of smoking cessation Med. Clin. North America 1992;76:451-75.
20. Yorgancıoğlu A, Ayşen E. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Toraks Dergisi 2000;1(1): 90.
21. Bilir N, Özcebe H. Tütün Bağımlılığı ve Kontrolü: Bireysel, Toplumsal ve Sosyal Pazarlama Yaklaşımları. Eurasian J Pulmonol 2014;16:63-8.
22. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. STED 2003;12:166-171.
23. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10: CD008286.
24. Batra A. Treatment of tobacco dependence. Dtsch Arztebl Int 2011;108:555-64.
25. Avrupa Sigara Bırakma Kılavuzu. <http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG-TURKISH-OCT2013.pdf>. Erişim Tarihi: 03.06.2016.
26. Williams RJ, Herzog TA, Simmons VN. Risk perception and motivation to quit smoking: a partial test of the Health Action Process Approach. Addict Behav 2011;36:789-91.
27. Demir T. Sigara Bağımlılığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi no:62,2008:231-238. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6222.pdf>. Erişim Tarihi: 03.06.2016.
28. Timmreck TC, Randolph JF. Smoking cessation: Clinical steps to improve compliance. Geriatrics 1993;48:63-6.
29. Esen A, Çelik P, Yorgancıoğlu A ve ark. Smoking cessation-two sides of the story. Journal of Cancer Education 1999;3:176-8.
30. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M et al. The physicians intervention in smoking cessation results of the five years of smoking cessation clinic. Annals of Medical Sciences 2000; 9(2):639.
31. Özyardımcı N, Gürdal Yüksel E, Kunt Uzaslan E ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları sigarayı bıraktırma polikliniği ikinci yıl sonuçları. Bursa Devlet Hastanesi Bülteni 1998;14(2):123-8.
32. Karadağ M. et al. Nikotin Bağımlılığının Sigara Bırakmadaki Etkisi. Yeni Tıp Dergisi 2011;29(1): 27-31.

Konu 73

PALYATİF BAKIM

Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Palyatif Bakım kavramını tanımlayabilmeli,
- Palyatif Bakım Hizmeti sunan interdisipliner ekip kavramını ve üyelerini tanımlayabilmeli,
- Palyatif Bakım ihtiyacı olan hasta gruplarını sayabilmeli,
- Palyatif Bakımda amaçları sayabilmeli,
- Palyatif Bakımda sık karşılaşılan semptomları tanımlayabilmeli,
- Palyatif Bakımın önemini savunabilmeli.

ÖZET

Sağlık alanında ortaya çıkan bireysel ve toplumsal ihtiyaçlar nedeniyle Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım konusu giderek önem kazanmaktadır. Bireyin yaşamına günler katmaktan öte günlerine yaşam katmayı amaçlayan palyatif bakım uygulamalarında hastanın olduğu kadar ailenin de desteklenmesi esas kabul edilmektedir.

GİRİŞ

Tıp alanında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerdeki gelişmeler ve bireylerin sağlık algısındaki farkındalık artışının bir sonucu olarak gelişmiş ülkeler başta olmak üzere, Dünya nüfusunun giderek yaşlanmakta olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfustaki artış ve tıp alanındaki gelişmeler tüm Dünya’da ölüm nedenlerinin oldukça değişmesi ile sonuçlanmaktadır. Tarihsel süreçte sık ölüm nedenleri arasında yer alan enfeksiyon hastalıkları ve komplikasyonlarına bağlı ölümler azalırken, özellikle ileri yaş grubunda belirgin olmak üzere kronik hastalıklara bağlı ölümlerin artmakta olduğu gözlenmektedir. Çeşitli projeksiyonlara göre 2020 yılında en sık görülen 5 ölüm nedeninin; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonları, ve akciğer kanseri olacağı bildirilmektedir (1).

Önemli Noktalar

- Aile Hekimleri toplum temelli bireye yönelik sağlık hizmet sunumunda sürekliliği sağlamaları yönüyle palyatif bakım hizmetlerinde bireyle birlikte ailenin de desteklenmesinde önemli bir role sahiptirler.

Yaşlı nüfusun artışı, ölüm nedenlerinin değişmesi, tıp alanındaki gelişmeler sonucu kronik hastalıklarda yaşam sürelerinin uzamasının bir sonucu olarak bakıma muhtaç ve/veya bağımlı nüfusun artışı, sosyal yapıdaki değişiklik, hane nüfus sayısında azalma, kadınların ev dışında çalışma oranında artış gibi çeşitli nedenlerle ailelerin gerekli bakımı sağlamakta yetersiz kalmaları profesyonel bakım ihtiyacını doğurmakta bu anlamda palyatif bakım uygulamaları önem kazanmaktadır. Bu bağlamda kronik hastalığı olan bireylerin özellikle ileri evre hastalıklar, bağımlı ya da bakıma muhtaçlık durumunun kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasında güçlükler yol açtığı, onurlu yaşam kadar onurlu ölüm hakkının da temel insan haklarından kabul edildiği, sağlıkta fırsat eşitliğini sağlamanın sosyal devlet ilkesinin temel şartlarından olduğu gerçeği palyatif bakım hizmetlerinin etkin olarak sunumunu bir zorunluluk haline getirmektedir.

Palyatif bakım uygulamalarının tarihsel süreçte ilk örneklerine 11. yüzyılda yolculuk sırasında ölümcül hastalıklara yakalananların tedavi edilmesine yönelik olarak dini amaçla görev yapan gönüllülerin sunduğu hizmetlerde rastlanmaktadır.

İngiliz hemşire ve sosyal çalışma uzmanı Cicely Saunders, ileri evredeki kanser hastalarında ortaya çıkan ağrı ve diğer semptomların giderilmesinde güçlükler yaşandığını ve bu alanda ciddi çalışmalara ihtiyaç olduğunu tanımlayarak 1967’de Londra’da “St. Christopher’s Hospis” adlı ilk modern palyatif tıp tesisini kurmuştur. Yıllar içinde bu fikir dünya çapında kabul göerek hızla yayılmıştır.

Ülkemizde ise palyatif bakım uygulamalarının ilk örneği Türk Onkoloji Vakfının İstanbul Yeşilköy’de kurduğu 1993-1997 yılları arasında hizmet veren “Kanser Bakımevi”dir. Hacettepe Onkoloji Hastanesi tarafından 2006 yılında 120 odalı eski bir Ankara evinin restore edilmesiyle açılan “umut evi” de bu alanda ülkemizdeki ilk uygulamalardandır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının “2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı” ile palyatif bakım hizmetlerinin kurumsallaştırılması yönünde çalışmaların gerekliliğinin tanımlanmasıyla, bu alandaki gelişmeler ivme kazanmış ve 2012-2013 yıllarından itibaren palyatif bakım servislerinin sayısı hızla artmaya başlamıştır (2).

TANIM

Palyatif kelimesi Latince *pallium* (*manto, kaplama*) ve *palliaire* (pelerinle örtmek) kelimelerinden köken almaktadır. Sağlık çalışanlarının destek ve yardımına ihtiyaç duyan kronik hastalıklara sahip bireylerin pelerin gibi sarılıp sarmalanarak, hayatın zor dönemlerinde kaliteli bir yaşam ve onurlu bir ölüm hakkının korunabilmesi amacıyla palyatif bakım teriminin tercih edildiği düşünülmektedir. Palyatif Bakım kavramı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk olarak 1989 yılında tanımlanmıştır. DSÖ'nün 2002 yılında güncellediği tanıma göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır (3). Palyatif bakım uygulamaları tedavisi mümkün olmayan kronik hastalıkların tanısından itibaren hasta ile yakınlarının desteklenmesi ve acılarının dindirilmesini amaçlarken yaşamı ve ölümü normal süreçler olarak görmektedir. Bu süreçte hasta ve yakınlarına biyopsikososyal yaklaşıma ilaveten spiritüel destek sağlanması ise ana prensip olarak kabul görmektedir. Her ne kadar ölümün geciktirilmesi veya hızlandırılmasını hedeflenmesi de palyatif bakım uygulamalarının dolaylı olarak yaşam sürelerini olumlu etkilediği de bildirilmektedir. Palyatif bakım hizmet sunumunda yaşamın süresinden ziyade yaşam kalitesi ile ilgilenilirken, hastanın kaybindan sonra ailenin yas sürecinde desteklenmesi de önemlidir.

PALYATİF BAKIMIN TEMEL İLKELERİ

Palyatif bakım, ileri derecede rahatsızlığı olan hastalarda aşağıdaki hedeflere ulaşılmasını amaçlayan felsefeler bütünüdür:

- Hasta ve ailesinin birlikte değerlendirilmesi,
- Hastalığın doğasının gerçekçi bir şekilde tanımlanabilmesi,
- Hasta ve ailesinin gereğince bilgilendirilmesi ve ilişkilerin güçlendirilmesi,
- Hastanın ağrı ve diğer fiziksel semptomlarının yönetilmesi,
- Hastanın duygusal ve davranışsal gereksinimlerinin belirlenmesi,
- Hastada uygulanabilecek tedavi alternatiflerinin olumlu ve olumsuz yönlerin değerlendirilerek uygun hedeflere ulaşılması ve açıklanabilmesi,
- Yaşam kalitesinin artırılması,
- Aile fertleri için toplumsal, ruhsal ve dini destek sağlanması,
- Gereğinde aileye dinlenme desteğinin sağlanması,
- Ölüm sürecindeki bakımın sağlanması,
- Yas sürecinin desteklenmesi (4-7).

PALYATİF BAKIM GEREKTİREN HASTALIKLAR

Palyatif bakım gerektiren hastalıklar DSÖ tarafından yürütülen Delphi çalışmaları sonucuna göre aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (5):

1. *Erişkinler için palyatif bakım gerektiren hastalıklar (15 yaş ve üstü):*

- Alzheimer hastalığı ve diğer demansiyel hastalıklar
- Kanser
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Karaciğer sirozu
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- Diyabet
- HIV/AIDS
- Kronik Böbrek Yetmezliği
- Multipl Skleroz
- Parkinson Hastalığı
- Romatoid Artrit
- İlaça dirençli Tüberküloz

2. *Çocuklar için palyatif bakım gerektiren hastalıklar (15 yaş altı):*

- Kanser
- Kardiyovasküler Hastalıklar
- Karaciğer sirozu
- Konjenital Anomaliler
- Endokrin, hematolojik, immün hastalıklar
- HIV/AIDS
- Menenjit
- Böbrek hastalıkları
- Nörolojik hastalıklar
- Yenidoğan hastalıkları
- Protein enerji malnütrasyonu

PALYATİF BAKIMDA SIK KARŞILAŞILAN SEMPTOMLAR

Palyatif bakımda sık karşılaşılan semptomlar arasında ağrı, ajitasyon, anksiyete, iştahsızlık, kaşeksi, ağız kuruluğu, kötü tad, ağızda yara, aft, disfaji, asit, vücut ödemi, dispepsi, hıçkırık, kabızlık, bulantı, kusma, tremor, bayılma, unutkanlık, konfüzyon, deliryum, depresyon, dispne, öksürük, sekresyon, halsizlik, hareket edememe, baş dönmesi, kaşıntı, reflü ve inkontinans bulunmaktadır (8,9).

Palyatif bakım uygulamalarında semptom yönetiminde hasta ve aile merkezli bir bakım uygulanmalı, tedavi kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklarına, beklentilerine, yaşa ve eğitim düzeylerine göre planlanmalıdır. Ayrıca bakımın sürekliliği ve eşit erişimin sağlanması da önem arz etmektedir.

Palyatif bakım uygulamaları hem semptomların çeşitliliği hem de palyatif bakım ihtiyacı gösteren farklı hasta gruplarının varlığı nedeniyle farklı disiplinlerin birlikte çalışmasını gerektirmektedir.

PALYATİF BAKIM SAĞLAYACAK İNTERDİSİPLİNER EKİP

Palyatif bakım sağlayacak interdisipliner ekiplerde doktor, diyetisyen, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, farklı alanlarda eğitim almış terapistler (fizyoterapist, iş uğraş terapisti, konuşma terapisti gibi) psikolog, din adamı, eczacı, gönüllüler ve sivil toplum kuruluşlarından oluşan farklı disiplinlerin ortak görev alması gerektiği bildirilmektedir. Ekipte takım lideri ve sorumlu bir hekimin yanı sıra ihtiyaca göre aile hekimliği, geriatrist veya gerontolog, medikal onkolog, anestezi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, psikiyatri uzmanı, radyasyon onkoloğu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, genel cerrahi uzmanı ve gerektiğinde takım liderinin önereceği farklı uzmanlık alanlarından temsilciler de yer alabilmektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ VE PALYATİF BAKIM

Sağlık Bakanlığı tarafından tasarlanan 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın en önemli yapıtaşlarından biri olarak kabul edilen "Palya-Türk Projesi"nin esas olarak aile hekimliği üzerine kurulu ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen, birincil olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan bir sistem olduğu belirtilmektedir (10).

Aile hekimleri hastalarla ilk temas noktasında olmaları, entegre ve koordine hizmet sunabilmeleri, gerektiğinde hastanın savunuculuğunu üstlenebilmeleri, toplum tabanlı olduğu kadar kişi merkezli ve aileyi de kapsayan sürekli bakım sunabilmeleri, bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilmeleri, biyopsikososyal yaklaşımı etkin şekilde kullanabilmeleri ve toplumun sağlık gereksinimlerini var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilmeleri gibi birçok nedenle palyatif bakım uygulamalarında kritik öneme sahiptirler.

SONUÇ

Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım olarak tanımlanan palyatif bakım

uygulamaları açısından interdisipliner ekip çalışması esas olmakla birlikte biyopsikososyal yaklaşımı benimseyen aile hekimlerinin kritik rol oynadığı da akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by causes 1990-2020. Global burden of disease study Lancet 1997;349:1498-504.
2. Türkiye’de özelliikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri, 2011-2023. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/4adfd685cc544ff381e2c31fc84a14a2.pdf> Erişim Tarihi: 05.01.2016.
3. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care:the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002;24:91-6.
4. American Academy Of Pediatrics Committee On Bioethics And Committee On Hospital Care. Palliative Care For Children. Pediatrics 2000;106(2):351-7.
5. Dünya Sağlık Örgütü–Global Atlas of Palliative Care at the End Of Life. January 2014. www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf. Erişim Tarihi: 05.01.2016.
6. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. JAMA 1999;281:163.
7. Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. J Pain Symptom Manage 2001;22:727.
8. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care 2011;9:1-2.
9. Gürsoy P, Uslu RF. Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle? Türkiye Klinikleri J Anest Reanim Special Topics 2012;5(2):69-74.
10. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010;1:1-6.

Konu 74

AİLE HEKİMLİĞİNDE CEZA HUKUKUNDAN KAYNAKLANAN SORUMLULUKLAR

Murat ALTUNTAŞ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların sağlık uygulamaları ve hukuki temelleri hakkında temel bilgileri edinmeleri, aile hekimliği uygulaması pratiğinde Türk Ceza Kanunu ve müeyyideleri hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Suç tanımını yapabilmeli,
- Ceza tanımını yapabilmeli,
- Cezanın amacını tanımlayabilmeli,
- İrtikap terimini tanımlayabilmeli,
- Aile hekimliği uygulaması pratiğinde Türk Ceza Kanunu temelinde suç unsurlarını tartışabilmeli.

ÖZET

Aile hekimliği uygulaması temel tıbbi uygulamalardan ayrı düşünülemez. Hekim hasta ilişkisi yanı sıra hekimin idari süreç dahilinde uyması gerekli kurallar da bulunmaktadır. Uygulama hayatında var olan tıbbi faaliyetler de hukuki kurallardan bağımsız değildir.

Bu çerçevede aile hekimliği uygulaması sürecinde var olan hukuk dışı fiillerin de cezai yaptırımları olmaktadır. Türk Ceza Kanunu ile tanımlanmış olan bu yaptırımların aile hekimi tarafından bilinmemesi hekimi sorumluluktan kurtarmaz.

GİRİŞ

Tıp; bilgi birikimini, teknolojiyi, sanatsal yaklaşımı ve iletişim becerilerini kapsayan bir alandır. Tıbbın tek boyuta indirgenemeyecek kadar çok yönlü bir etkinlik olması, onu bir meslek olmanın ötesinde uygulamalı bir bilim, aynı zamanda bir sanat ve bir alt kültür olarak görmemizi de sağlar (1). Hekimlerin, klinik uygulamaların yanı sıra hastaların gereksinim ve beklentilerini değerlendirmede ve etkili bir şekilde karşılık vermede gerekli becerilere sahip olmaları klinik duyarlılığın göstergesi olarak kabul edilir (2).

Hastalık ya da herhangi bir sağlık sorununun giderilmesi amacıyla hekime ya da sağlık kuruluşuna başvuran hastanın, arzu edilmemesine rağmen tıbbi bakım esnasında beklenmedik bir zararlar karşı karşıya gelmesi, ilk çağlardan beri rastlanılan bir durumdur. Tarihsel süreçte toplumlar, beklenmedik durumlar karşısında değişik yaptırımlar içeren düzenlemeler oluşturmuşlardır. Buna ait ilk yazılı düzenlemeleri Hammurabi Kanunları'nda (M.Ö 1790) görmekteyiz. Hekim ücretleri ile ilgili düzenlemeler yanında, tıbbi başarının ödüllendirilmesi ve başarısızlık, sakat bırakma gibi durumlarda uygulanacak yaptırımlarla ilgili cezaların da neler olacağı açıkça ifade edilmiştir. Günümüz hukuk anlayışlarından oldukça uzak olmakla birlikte; “şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harap ederse iki eli kesilir ya da hekim bir esire neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir” gibi hükümleri belki de malpraktis karşısında uygulanacak cezaların hukuksal anlamda ilk nüveleri sayılabilir (3).

İslâm hukukunda da halk sağlığını korumak amacıyla şarlatanlık, hilekârlık ve özensiz mesleki uygulamalara karşı bazı yaptırımlar getirilmiştir. Hastayı kasıtlı olarak öldürme, sakatlama ya da yaralama durumunda, hekim ve diğer sağlık personeli ile adi suçlular arasında fark gözetilmemiş, hekim ve sağlık personeli, diğer adi suçlularla aynı cezai kovuşturmayla uğrayarak, duruma göre kısas ya da diyet cezası almışlardır. Kasit unsuru bulunmaksızın yanlış tedavi ve girişimler sonucu, hekim ya da yetkili diğer sağlık personeli, hastanın ölümüne neden olma ya da hastanın bir organını sakat bırakma gibi bir zarara neden olursa, ortaya çıkan zararın büyüklüğüne göre, ya belirlenmiş olan kan bedeli (diyet) ya da kan bedeli belirlenmemiş zararlar ise hâkimin belirleyeceği bir mali bedel ödemeye mahkûm edilmişlerdir. İslâm hukukuna göre, mesleki bilgileri bulunmadığı için şarlatanlarca yapılan tıbbi girişimler her şekilde yanlış olarak kabul edilmiştir. Bu tür kişiler, verdikleri zararı tazmin etmekle yükümlüdürler. Ayrıca bu kişilere tazir ve meslekten men cezası da verilir. Şarlatanın yaptığı girişim sonucu hasta ölürse, hastanın izni olduğu için kısasa gidilmemekte, ama diyet cezası verilmektedir. Öte yanda, eğer hasta karşısındakinin şarlatan olduğunu bilerek, müdahaleye izin vermişse, şarlatanın, verdiği zararı tazmin sorumluluğu bulunmamaktadır (4).

Önemli Noktalar

- Bir toplumdaki hukuki kurumlar tarafından ceza veya güvenlik tedbiri yaptırımına bağlanmış fiil; suç olarak ifade edilmektedir.
- Aile hekimleri veya aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili veya görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memurları gibi kabul edilirler.
- Suçu bildirmeme de bir suçtur. Özellikle sağlık personelinin suçu bildirmemesi Türk Ceza Kanunu'nda ayrıca düzenlenerek cezai müeyyideye tabi tutulmuştur.

HEKİMLERİN SORUMLULUKLARI

Hekimlerin mesleklerini yerine getirirken bazı sorumlulukları vardır. Ancak hekimlik mesleğini uygulayan kişiler bu sorumluluklarının bazen bilerek (kasıtlı) ve çoğunlukla da bilmeden (taksirli) dışına çıkabilir. Bu durumda hekimleri bekleyen yaptırımların neler olduğunun bilinmesi gerekir (5).

Hekimlik mesleğini Türkiye Cumhuriyeti'nde uygulayan kişilerin sorumlu olduğu dört esas kurum vardır. Bunlar;

- **Mesleki sorumluluk:** Hekimlik mesleğini yerine getiren kişiler mesleki açıdan Türk Tabipler Birliği'nin uyulmasını şart koştuğu yönetmelik ve tüzüklere uymak zorundadır. Eğer hekim bu kuralların dışına çıkarsa ilgili hekim onur kuruluna sevk edilir.
- **İdari sorumluluk:** Kamuda çalışan hekim çalıştığı kurumun ortaya koyduğu kanun ve yönetmeliklere uymak zorundadır. Eğer kişi bu sorumluluklarının dışına çıkarsa kurum tarafından atanacak bir soruşturmacı (muhtakik) tarafından kusurunun bulunup bulunmadığı araştırılır.
- **Hukuki sorumluluk:** Hekimlik mesleğini yerine getiren kişi eğer bu görevi sırasında bir zarar ortaya çıkarırsa bu durumda hukuki sorumluluk devreye girer. Ülkemizde hekimlik mesleğini yerine getiren kişilerin neden olacağı zararların tazmini için özel kanun maddeleri bulunmamaktadır. Böyle bir durumda hukuk mahkemesi tarafından "Borçlar Kanununun" ilgili maddeleri hekime uygulanır.
- **Cezai sorumluluk:** Bir birey olarak toplumda yaşayan hekimlerin mesleklerini uygularken meydana getirdikleri zarardan dolayı yalnızca hukuki sorumluluğu yoktur, aynı zamanda cezai sorumlulukları da bulunmaktadır (6,7,8).

Bir toplumdaki hukuki kurumlar tarafından ceza veya güvenlik tedbiri yaptırımına bağlanmış fiil; **suç** olarak ifade edilmektedir (9). Toplum kurallarına uyulmaması sonucunda **ceza** adı verilen bir yaptırım uygulanır. Cezanın amacı; toplumu korumak, suç işleyen kişilerin bir bedel ödemesini sağlamak ve onları ıslah edebilmek amacıyla çeşitli yaptırımlar (para cezası, hürriyeti bağlayıcı cezalar gibi) uygulamaktır. Ceza toplumdan topluma ve toplumun kurallarına göre farklılık gösterebilmektedir (10). İşlenmiş bir suçun karşılığı olarak ceza, yalnızca suçu işleyene yöneliktir ve yargısal bir kararla hükmedilir. Ceza ancak kanunla koyulabilir (5).

Ülkemizde 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" 09.12.2004 tarihinde 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanunun yayınlanmasından sonra uygulama esaslarını belirleyen yönetmelik 06.07.2005 tarihli 25867 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış ve sözleşmeli çalışmaya ilişkin "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" ise 12.08.2005 tarihli 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Böylece aile hekimliği uygulaması pilot illerde başlamıştır. Gerekli alt yapı düzenlemeleri ve eğitim çalışmaları tamamlandıktan sonra 25.05.2010 tarihinde çıkarılan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" ile tüm

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Birinci basamak temelli koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bu çerçevede yeniden düzenlenmiştir. Birinci basamakta tedavi edilebilecek olan büyük bir hasta grubunun ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gitmeden tanı ve tedavilerinin daha hızlı yapılması, zaman ve işgücü kaybının önlenmesi yanı sıra koruyucu hekimlik uygulaması aile hekimliğinin temel amacıdır (11).

Aile Hekimliği uygulamasında karşılaşılabilecek ve kanuni yaptırımları olan hukuki süreçler hakkında yayınların sınırlı olması gerçeğinden hareketle, konu hakkında bilgilendirme gereği duyulmuştur.

Memurluk mesleğinden kaynaklanan suçlar

Aile hekimleri görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memurları gibi kabul edilirler. Bu konu 24.11.2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile de düzenlenmiştir. Bu kanunun denetim, sorumluluk ve mal bildirimini kısmını düzenleyen 6. maddesinde; “Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir. ***Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memurları gibi kabul edilir.*** Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu gereğince mal bildiriminde bulunmakla yükümlüdür.” şeklinde ifade edilmiştir (12). Dolayısıyla aşağıda ifade edilen irtikap ve benzeri suçlar açısından ilgili ceza hükümlerine tabidir.

İrtikap suçu; bir kamu hizmeti veren hekimin kamu menfaatlerini kullanarak zorla veya ikna yolu ile haksız kazanç elde etmesi olarak tanımlanabilir. Bu suç 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) Madde 250 gereği;

- (1) Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi **icbar eden kamu görevlisi beş yıldan, on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.**
- (2) Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi **ikna eden kamu görevlisi üç yıldan, beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.**

TCK Madde 257 görevi ihmal gereği; kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi **altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.** Aynı madde görevi kötüye kullanma suçunu da müeyyide altına almış ve **bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası hükmetmiştir** (13).

Taksirle Adam Öldürme/Yaralama Suçları

Hekim, tıbbi müdahaleler sırasında hastasına zarar vermemelidir. Zarar veren birinin kanunlar karşısındaki durumu “sorumluluk” kavramı ile açıklanır. Bu sorumluluk, bilerek (kasten) ya da dikkatsizlik, özen eksikliği, hekimlik kurallarına uymamaktan,

tanı ve tedavide bilimsel yöntemleri uygulamamaktan (taksirle) ya da acemilikten kaynaklanabilmektedir.

Taksir, bir suçun unsurlarını ortaya çıkaran fiilin, fail ortaya çıkan sonucu öngörmediği/istemediği halde gerekli dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı hareket ettiği için ortaya çıkmasıdır. 5237 sayılı TCK Madde 85 ile Taksirle Adam Öldürme ve Madde 89 ile de Taksirle Adam Yaralama suçları ceza altına alınmıştır. Daha açık bir ifade ile TCK Madde 85 Taksirle Adam Öldürme suçu **üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır**. TCK Madde 89 Taksirle Adam Yaralama suçu da **üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır** (13).

Suçu Bildirmeme

TCK Madde 280 ile düzenlenen bu fiil; “görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, **bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır**” şeklinde düzenlenmiştir. Bu yasa dolayısıyla aile hekimleri tedavi ettikleri hastanın adli olgu niteliğinde olup olmadığını değerlendirmelidir ve adli olgu olarak değerlendirdikleri durumları mutlaka yetkili mercilere bildirmelidir (13).

Resmi Belgede Sahtecilik

Aile hekimliği uygulaması sırasında hekimin görevini yaparken bıraktığı her iz resmi belge niteliğindedir. Sonuçta var olan doğal süreci herhangi bir nedenle müdahale ederek değiştirmek ve karşılığında çıkar elde etmek amaçlı yapılan eylemler den “resmi belgede sahtecilik” olarak ifade edilecektir. TCK Madde 204 tarafından düzenlenen bu durum gereğince; bir resmi belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir resmi belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren veya sahte resmi belgeyi kullanan kişi **iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır**. Yukarıdaki tanıma ilaveten eğer **kişi kamu görevlisi ise** ve bu belge görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu belge niteliğinde ise **ceza üç yıldan sekiz yıla kadar değişebilmektedir** (13).

Sır Saklama Yükümlülüğü

Bilindiği gibi hukuki kuralların arkasında önemli ölçüde toplumda var olan etik değerler yatar. Aile hekimliğinde hekim-hasta ilişkisinde hastaya ait verilerin hekim tarafından saklanması ve dolayısıyla kişiye ait gizliliğin sağlanması hukuk alanının da kaygılarından. Bu bağlamda hekimin hastasının sırlarını açıklaması hukuki bir sorumluluğu ihlal edilmesi olacaktır.

Bu husus TCK Madde 136 ve 258 ile ifade edilerek; TCK Madde 136’da “kişisel verileri hukuka aykırı olarak bir başkasına veren veya ele geçiren kişi **iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır**.” şeklinde belirlenmişken, TCK Madde 258’de “Görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları ve emirleri ve diğer tebligatı açıklayan veya yayınlayan veya ne suretle olursa olsun başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisine **bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir**.” denmektedir (13).

SONUÇ

Yukarıda belirtilen tüm bilgiler ışığında ifade edilebilir ki; hayatın her alanında olduğu gibi aile hekimliği uygulaması sırasında da oluşabilecek bazı suç unsurları hakkında fikir sahibi olunması ve bu doğrultuda mesleki icraatta bulunulması hekimin olduğu kadar hastanın da lehine olacaktır. Aile hekiminin mesleki hayatında TCK ile suç olarak tanımlanmış eylemlerden uzak olması ve mesleki sanatını bu yönde geliştirerek, kendisine idare tarafından verilen görevleri bu doğrultuda ifası hem hekimin hem de verilen kamu hizmetinin menfaatine olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Arda B. İş ahlakı açısından tıp: Nerdeyiz? Nereye gidiyoruz? Üniversite ve Toplum 2003;3(1):4.
2. Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. Med Educ 2001; 35(3): 206-10
3. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. Sermet Matbaası, 1972, İstanbul.
4. Özen Ş. İslâm hukukuna göre yanlış tedavide sorumluluk. 38. Uluslar arası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı 1-6 Eylül 2002 Nil Sarı ed., Bayat AH, Ülman Y, Işın M. AKDITYK Türk Tarih Kurumu, 2005;2:739-40, Ankara.
5. Tümer A, Hekimlerin Cezai Sorumlulukları ve 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanununun Hekimlere Getirdiği Yükümlülükler, Hacettepe Tıp Dergisi 2005;36:3-8.
6. Öztürkler C. Hukuk uygulamasında tıbbi sorumluluk, teş- his, tedavi ve tıbbi müdahaleden doğan tazminat davaları. 1. Baskı. Seçkin Yayıncılık, 2003, Ankara.
7. Hakeri H. Ceza hukukunda ihmal kavramı ve ihmali suçların çeşitleri. Seçkin Yayıncılık, 2003, Ankara.
8. Aşçıoğlu Ç. Doktorların hukuki ve cezai sorumlulukları. Olgaç Matbaası, 1982, Ankara.
9. Suç. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Suç>. Erişim Tarihi: 28.02.2016.
10. Keskin OK. Taksirle ölüme ve yaralamaya neden olma. Seçkin Yayıncılık, 1994, Ankara.
11. Akdeniz M, Urgan M, Yaman H. Aile hekimliği: Çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. GeroFam Dergisi 2010;1(1):15-28.
12. Aile Hekimliği Kanunu İnternet Erişimi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>, Erişim Tarihi: 28.02.2016.
13. Türk Ceza Kanunu, Sayı: 5237. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> Erişim Tarihi: 28.02.2016.

Konu 75

AİLE HEKİMLİĞİNDE TAZMİNAT SORUMLULUĞU

Murat ALTUNTAŞ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu konu sonunda katılımcıların aile hekimliğinde tazminat sorumluluğu hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlık hakkı tanımını kavrayabilmeli,
- Maddi zarar ve manevi zarar tanımlamalarını yapabilmeli,
- Komplikasyon ve malpraktis kelimelerinin tanımlarını ve ayrımlarını yapabilmeli.

ÖZET

Yapılan tüm tıbbi müdahaleler, izin verilen risk kapsamında değerlendirilmektedir. Aile hekimliği uygulaması dahilinde yapılan müdahaleler de bu bağlamda düşünülebilir. Gerekli özen ve dikkat gösterilse bile meydana gelen olumsuz neticeler tıbbi müdahalelerin normal sapmaları, rizikoları olarak değerlendirilmektedir.

Taksir; failin (burada hekim/hekimlerin) öngörülebilir bir neticeyi öngörmemesidir. Bilinçli taksir ise; sonucun öngörülmüş olmasına rağmen istenmemiş olmasıdır.

Tıbbi uygulama hataları arasında; iletişim eksiklikleri, kayıt hataları, yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyon hataları, aydınlatma ve onam yetersizliği, tanı ve tedavi hataları, hatalı kararlar, girişim hataları, teknik hatalar, terk etme ve özen eksikliği sayılabilir.

Aile hekimlerin bu konularda özellikle dikkatli olmaları gerekmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de hekimler aleyhine tıbbi uygulama hataları iddiası ile açılan tazminat davalarının sayısı son yıllarda artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1985-2008 yılları arasında hekimler aleyhine 239756 dava açılmış olup, bunların 27556'sı aile hekimleri hakkında açılmış davalardan oluşmaktadır. Bu davalardan 8797'sinde aile hekimleri 1.443.653.088 dolar tazminat ödemek zorunda kalmışlardır.

GİRİŞ

1948'de kabul edilen **İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi**; "**Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.**" diyerek en temel hak olan "**yaşam hakkı**" çerçevesinde **sağlık hakkına** yer vermiştir.

Türk hukukunda sağlık hakkı **anayasal** düzeyde **1961 Anayasası'na** kadar kendisine yer bulamamıştır. 1961 Anayasası'nın **49. Maddesi'nde** "**devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini... sağlamakta ödevlidir**" şeklinde sağlık hakkına devlet açısından pozitif yükümlülük doğuracak şekilde yer verilmiştir. Halen yürürlükte bulunan **1982 Anayasası** tıpkı İnsan hakları Evrensel Bildirgesi'nde olduğu gibi "**yaşam hakkı**"nı temel alan bir düzenlemeyi **17. maddesinde** yapmıştır: "**Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz.**" Burada bahsi geçen "**yaşama hakkı**"ndaki "**yaşamak**" yalnızca "**canlılık özelliklerine sahip olmak**" demek değildir. Bunun yanında bazı özellikleri, hatta koşul ve olanakları içerir ki; bu da "**sağlıklı yaşama hakkı**"nı ortaya koyar.

Herhangi bir hakla ilgili olarak o hakları koyan ve koruyan **otoritenin**, yani "**devlet**"in, her hakla ilgili **üç temel görevi** vardır: Bunlardan ilki "**dokunmama**" görevidir. Burada temel haklar bağlamında insanların **yaşamlarına ve yaşama haklarına** devlet yukarıda da belirtildiği üzere "**dokunamaz**". Devletin ikinci sorumluluğu üçüncü kişiler ya da her türlü dış etkenden gelecek olan müdahale ve saldırılara karşı bu haklara "**dokundurtmama**" görevidir. Dolayısıyla yine aynı maddede söz edilen "**koruma**" görevini de bu bağlamda anlamak gerekir. Devletin "**üçüncü görevi**"de, bu haklardan yararlanılabilmesi için "**bazı iş, görev ve eylemleri yapma, olanakları sağlama ve bazı hizmetleri yerine getirme sorumluluğu**"dur (1-4).

AİLE HEKİMLİĞİ VE MALPRAKTİS

Günümüzde dünya ülkelerinin birçoğunda aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Ülkemizde ise 2010 yılında sağlık kaynaklarının etkili kullanımı için aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir ve aile hekimi olarak hem aile hekimliği uzmanları, hem de belli şartları taşıyan ve sertifika sahibi hekimler görev yapmaya başlamışlardır.

Aile hekimi; gebelikten başlayarak ölüme kadar tüm aile bireylerinin sağlığından, sağlıkla ilgili sorunlarından ve hastalıklarından sorumludur. Aile bireylerine koruyucu,

Önemli Noktalar

- Malpraktis; kötü, hatalı uygulama anlamındadır. Bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı sırada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketlerini ifade eder.
- Komplikasyon; tıbben istenmeyen olumsuz gelişmeleri ifade etmek için kullanılır.
- Aile hekimi tıbbi müdahalesini tıbbi standartlara uygun olarak yapmış ise, gelişebilecek olumsuz sonuçtan hukuki olarak sorumlu tutulamaz ve bu istenmeyen sonuç komplikasyon olarak kabul edilir.

tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunar. Hizmet sunduğu bireyleri her yönüyle tanır, aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Aile hekimi, bu hizmetleri kendisine kayıtlı olan tüm bireyler hakkında kayıt tutarak sağlar.

Aile hekimi kendisine verilen görevleri yerine getirirken diğer hekimler gibi tıbbi etik temelinde davranış sergiler. “Tıbbi Etik” kavramını 19. yüzyılın başlarında ilk ortaya atan Britanyalı hekim Thomas Percival’dir (5). Bu kavram tüm sağlık sistemi içerisinde faaliyet gösteren sağlık çalışanlarının uyması gerekli olan etik ilkeler olarak tanımlanabilir. Beauchamp ve Childress tarafından ileri sürülen ve uluslar arası tüm tıp camiasınca genel kabul gören dört temel tıp etiği ilkesi bulunmaktadır: Bunlar; yararlılık ilkesi, zarar vermeme ilkesi, özerklik ilkesi ve adalet ilkesidir (6). Günümüzde bu ilkeler dışında, kötü davranmama, gizliliğe saygı, sadakat, özgürlük, doğruluk, sözünde durma, gerçeği söyleme, sır saklama, eşitlik ve aydınlatılmış rıza, hastanın dinî inançlarına saygı gibi ilkeler de bulunmaktadır.

Hasta-hekim ilişkisi tıbbi etik haricinde ayrıca yönetmeliklerle de düzenlenmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği’ne göre, sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

- Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.
- Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
- Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
- Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

Bu yönetmelikle bütün hastalar arasında ayrımcılık yapmadan yararlı olunması gerektiği ve yararlı olunmasını istemenin hasta açısından bir hak olduğu bildirilmektedir (7).

Yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleri, kişinin sağlayacağı yararı en yüksek düzeye çıkarma ve karşılaşılabileceği riski en az düzeye indirme ahlâkî yükümlülüğünü içermektedir (8).

Aile hekimi tıp biliminin kurallarına göre hastayı iyileştirmeye yönelik teşhis ve tedavi faaliyetlerinde bulunmayı taahhüt eder. Ancak hekimin yükümlülüğü, aldığı eğitim ve uzmanlık alanı itibarıyla bildiği ve bilmesi gereken bütün kuralları dikkate alarak özenle tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmektir. Hekim özen yükümlülüğünü yerine getirmişse, hasta iyileşmese dahi bundan sorumlu olmaz. Hekimin harici yan yükümlülükleri de

bulunmaktadır: Bunlar arasında; hastayı aydınlatma, sadakat ve özen gösterme, kayda geçirme ve sır saklama yükümlülükleri sayılabilir. Aydınlatmanın amacı, hekimin hastasına vereceği bilgilerle hastasını uygulanması düşünülen tıbbi müdahale üzerinde serbestçe karar verebilecek bir duruma getirmektir. Sadakat borcu, hekimin hastanın sağlığını korumak için gerekli önlemleri alması, zarar verecek eylemlerden ise kaçınmasını, hastanın menfaatlerini kendi menfaatinden üstün tutmasını ifade eder. Hekim tedavisini üstlendiği hastaya ilişkin bilgileri düzenli bir şekilde kayda geçirmek ve bu kayıt ve/veya belgeleri saklamak zorundadır. Ayrıca hekim, tedavi sürecinde öğrendiği hastaya ait sırları gizli tutup üçüncü şahıslara açıklamamakla yükümlüdür.

Aile hekiminin görevi ile ilişkili sorumlu olması için, uygulamış olduğu tıbbi müdahale dolayısıyla maddi veya manevi bir zararın meydana gelmiş olması gerekir. Hekimin kusurlu tedavisi sonucu tedavisi uzadığı için daha fazla masraf yapmak zorunda kalan hasta için bu durum maddi zarar olarak ifade edilebilirken, hastanın kişilik hakkı veya sırlarının açıklanması gibi hallerde manevi zarardan bahsedilebilir. Zararı ispat yükü hastanın üzerindedir.

Yukarıda bahsi geçen tüm bu yükümlülükler ile bağlantılı olmasının yanı sıra tazminata hükmettirici özelliği dolayısıyla ayrıca **malpraktis** kavramından bahsetmek doğru olacaktır. Malpraktis, Latince “male” ve “praxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamındadır. Uygulamada bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı sırada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır (9). Sadece hekimlik mesleğine özgü bir konu değildir. Kelimenin genel tanımı “görevi kötüye kullanma” olduğundan tüm meslek uygulamaları için geçerli bir kavramdır. Bu yüzden, Türkiye’de malpraktis sözcüğü yerine “tıpta yanlış uygulama”, “tıbbi hata”, “tıbbi uygulama hataları”, “hekimliğin kötü uygulamaları” gibi kavramlar kullanılmaktadır. Dolayısıyla aile hekiminin yukarıda bahsi geçen sorumluluklarını yerine getirirken oluşabilecek ihmal/eksiklik/yanlışlık gibi tüm durumlarda malpraktis kavramından söz edilebilir ve sonucu tazminat hakkı doğabilir.

Malpraktis nedeniyle hekimin hukuken sorumlu olması için 5 temel unsurun varlığı gerekir:

- Açık veya örtülü (zımni) ilişki,
- Hukuka aykırılık,
- Zararın oluşması,
- Kusurun varlığı,
- Nedensellik bağı.

Malpraktis yada tıpta hatalı uygulamalar şu şekilde sınıflandırılabilirler:

1-Teşhis-tanı hatası

2-Tedavi hatası

3-Organizasyon hatası

4-Üstlenme hatası

5-Tedavi sonrası yükümlülüklerin ihmal hatası (10).

Malpraktisin bir diğer sınıflaması ise şu şekildedir:

- 1-Meslekte ve sanatta acemilik,
- 2-Hastaya kasıtlı olarak zarar vermek,
- 3-Hasta-hekim sözleşmesine aykırı hareket etmek,
- 4-Yanlış muayene sonucu hastanın zarar görmesi,
- 5-Tıbbi aletlerin tehlikeli kullanılması sonucu hastaya zarar vermek (10).

Aile hekimi, tıbbi müdahaleyi tıbbi standartlara uygun olarak yapmış ise, arzu edilen sonuç olmasa bile hekim, bu olumsuz sonuçtan hukuken sorumlu olmaz ve bu sonuç **komplikasyon** olarak kabul edilir. Sonuçta bu haliyle komplikasyon, tıbben istenmeyen olumsuz gelişmeleri ifade etmek için kullanılmaktadır. Ancak, bu istenilmeyen durumların önceden öngörülmesi mümkün iken öngörülmemişse veya hekim tıbbi standartlar dâhilinde gerekli önlemi almamışsa ortaya çıkan olumsuz durum, hekim tarafından istenmese dahi izin verilen risk alanında görülemez ve malpraktisten söz edilir.

Bu bağlamda Tablo 1 tıbbi malpraktis-komplikasyon ayrımında sorumlulukları belirten bir özet niteliğindedir (11).

Tablo 1. Malpraktis ve komplikasyon ayrımı

Zararlı sonucun özelliği		Sonuç	Sonuçtan doğan sorumluluk
Öngörülebilir	Önlenemeyen	Komplikasyon	Sorumluluk doğmaz
Öngörülebilir	Önlenilebilir	Tıbbi Malpraktis	Sorumluluk doğar

SONUÇ

Aile hekimliği uygulaması bir kamu hizmetidir ve hizmetin ifasından sorumlu aile hekimleri de kamu hizmeti yapmaktadırlar. Bu haliyle aile hekimliği birimleri de tıpkı diğer kamu kuruluşları gibi özel hastanelerden farklı olarak kar amacı gütmeyen faaliyet gösterirler. Kamu kurumunda görev yapan aile hekimi “kamu personeli”dir. Aile hekimliği birimine başvuran hasta ile gerek birim gerekse de hekim arasında bir sözleşme kurulmadığından burada sözleşmesel bir sorumluluktan bahsedilemeyecek ve dolayısıyla özel hukuk kuralları tatbik edilemeyecektir. Bu ilişki içerisindeki uyuşmazlıklar İdare Hukuku kuralları çerçevesinde İdare Mahkemeleri’nde çözüme kavuşturulacaktır.

1982 Anayasası Madde 129/5: “*Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir.*” gereği uyuşmazlık konusu durum hakkında dava ancak idare

aleyhine açılacaktır. **657 sayılı Devlet Memurları Kanunu Madde 13: “Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar.”** hükümleri uyarınca, Aile Sağlığı Merkezi’nde çalışan bir aile hekiminin kusurlu davranışı sebebiyle açılacak olan davada davalı ancak idaredir. Hekime direkt olarak dava açma imkanı bulunmamaktadır. İdarenin buradaki sorumluluğu ise bir kusursuz sorumluluk halidir. Kamuda çalışan hekimin kusurlu davranışı sebebiyle zarara uğrayan hasta, idare aleyhine, İdare Mahkemesi’nde hizmet kusuruna dayanan bir tam yargı davası açacaktır. Hasta, açtığı davada idarenin vermesi gereken kamu hizmetinin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi sebeplerinden birine dayanacaktır (11). Bu durum sonucu idarenin bir zararı oluşursa bu zararın tazmini amacıyla aile hekimine rücu hakkı saklıdır.

KAYNAKLAR

1. Hakeri H. Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/173201492523-238.pdf>, Erişim Tarihi: 09.06.2016.
2. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. http://acibadem.dergisi.org/pdf/pdf_AUD_83.pdf, Erişim Tarihi: 09.06.2016.
3. Flannery FT, Parikh PD, Oetgen WJ. Characteristics of Medical Professional Liability Claims in Patients Treated by Family Medicine Physicians, J The Journal of the American Board of Family Medicine, 2010;23(6):753-61.
4. Sağlık Hakkı nedir? <http://www.saglikhakkı.org/saglikhak-ic.htm>, Erişim Tarihi: 28.02.2016.
5. Dallı M. Türkiye’de Hasta Hekim İlişkilerinde Etik Sorunları, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2000, İzmir.
6. Beauchamp TL., Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Pres, 4 th ed., 1994, New York.
7. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
8. Araştırma Etik Kurulu Üyeleri Kılavuzu, Avrupa Konseyi Biyoetik Yürütme Kurulu (CDBI), Türkiye Bioetik Derneği, Yayın No: XV, Çeviren: Ülman YI. 2. baskı, 2011, İstanbul.
9. Çetin, G. Tıbbi Malpraktis Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi, 2006, 48:31-42.
10. Ankara Barosu, 4. Sağlık Hukuku Kurultayı. <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/2012yayin/2011sonrasikitap/saglik-hukuk-kurultayi-4.pdf>. Erişim Tarihi: 12.06.2016.
11. Sağlık Hukuk Makaleleri, İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi, 10-17 Eylül 2011. <http://www.istanbulbarosu.org.tr/Yayinlar/BaroKitapları/saglikmakale2012.pdf>, Erişim Tarihi: 28.02.2016.

Konu 76

SAĞLIK TURİZMİ

Hülya PARILDAR

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların sağlık turizmi konusunda farkındalık kazanmaları ve Türkiye'nin bu alandaki potansiyelini kavramaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlık turizminin tanım ve tarihçesini anlatabilmeli,
- Sağlık turizmi alanlarını sayabilmeli,
- Sunulan hizmetleri açıklayabilmeli,
- Türkiye'deki termal turizm potansiyelini anlatabilmeli,
- Türkiye'nin sağlık turizmindeki durumunu açıklayabilmeli ve gelişmesini kısıtlayan etkenleri tartışabilmeli,
- Sağlık turizmine yönelim sürecini açıklayabilmeli.

ÖZET

Sağlık turizmi, sağlığı korumak, geliştirmek ve tedavi veya rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmak için insanların kendi yaşadıkları ortamdan başka ülkelere yaptıkları yolculuk ve ziyaretlerdir. Dünya nüfusu ve ülkelerarası farklılıkların çoğalması ile birlikte, gelişen teknoloji ile iletişim ve ulaşım olanakları ve ülkelerarası işbirliği de artmaktadır. Bunun yanında, sağlık hizmetlerinin daha kaliteli, donanımlı, özellikli ve/veya daha az maliyetli olduğu ülkelere yolculuğun artması, sağlık turizmi sektörünün gelişmesine neden olmaktadır.

Diş sağlığı, estetik cerrahi, elektif operasyonlar ve fertilitate tedavileri sağlık turizmine örnek alanlardır. Türkiye, sağlık turizmi alanında gelişime açık bir ülke konumundadır ve bu nedenle başta termal turizm olmak üzere mevcut potansiyellerden en iyi şekilde yararlanılması gerekmektedir.

GİRİŞ

Sağlık için yapılan yolculuk çok eski çağlardan beri bilinmektedir (1,2). Ancak son yıllarda yeni bir olgu olan küreselleşme sayesinde, sağlık ve turizm gibi iki disiplin alanının birleşmesi ve gelişmesi hız kazanmıştır. Artık bireyler, sağlık sorunlarının çözümü ve/veya yaşam kalitelerini artırmak amacı ile kendi ülkeleri dışındaki yerlerin de olanaklarını kolaylıkla araştırabilmektedirler (3,4). Sağlık turizminin en önemli motivasyonları, daha düşük maliyetli tedavi ve uygulamalar, bekleme süresinin azlığı, daha kaliteli veya farklı hizmet sunumları ve yeni yerler görme isteğidir (1,3). Bu alanda iletişim ve medya olanakları bilgiye ulaşmada önemli rol oynamaktadır, ayrıca günümüzde ülkelerarası ulaşım olanakları da hızla artmaktadır.

Önemli Noktalar

- Sağlık Turizmi açısından Türkiye büyük bir potansiyele sahiptir.
- Sağlık ve turizm alanındaki kurumlar arasında koordinasyon ve işbirliği artırılmalı, çalışanların iletişim becerileri güçlendirilmelidir.

1-Sağlık Turizminin Tanım ve Tarihçesi

İnsanların koruyucu hekimlik, tedavi veya rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri almak için başka ülkelere yaptıkları ziyaretlerdir (1).

Eski Yunan uygarlığı ve Hindistan, sağlığa yolculuk temelini atıldığı ilk uygarlıklar olarak kabul edilmektedir (1). Örneğin Asklepon ve Epidaurus tapınakları, bütün dünyadan insanların ziyaret ettikleri merkezler olmuştur. Yine Anadolu'da yaşayan Hippokrates, hastaların ziyaret ettiği bir hekim olarak sağlık turizminin ilk örneklerinden biridir. Günümüzde sağlık turizmi, Türkiye dahil pek çok ülke için çok önemli bir ekonomik kaynak oluşturmaktadır (5).

2- Sağlık turizmi alanları ve sunulan hizmetler

Medikal Turizm, Termal Sağlık Turizmi, Yaşlı Turizmi, Engelli Turizmi (1).

3. Türkiye'deki termal turizm potansiyeli

Türkiye'de termal turizm kaynakları hem nicelik hem de nitelik bakımından oldukça zengindir. Jeotermal su kaynakları açısından Avrupa'da birincidir, dünyada ise ilk 7 ülke arasına girmektedir (1,6). Her yıl artan oranlarda termal turizm gelişmekle birlikte ülkemizin mevcut potansiyeli çok fazladır. Ancak söz konusu alanda kapasitesinin altında olduğu düşünülmektedir; bunun en önemli nedenini, nitelikli insan kaynakları ve alt yapı eksikliği oluşturmaktadır (1,7).

4. Türkiye'nin medikal turizmdeki durumu ve gelişmesini kısıtlayan etkenler

Sağlık turizmini en önemli bileşeni olan medikal turizm alanında birçok çekici faktörü bünyesinde barındıran Türkiye henüz ideal konumda değildir, ancak bu pazarda önemli bir ülke olma yolunda hızla ilerlemektedir. Ülkemiz son yıllarda artan sağlık alanında yapılan yatırımları ile insan kaynakları, plan, politika ve strateji açısından büyük atılımlar yapmak üzeredir (1). Gelişmesini kısıtlayan etkenlerin başında, yurtdışı tanıtımının az olması, etkili bir pazarlama ve satış ağının kurulmamış olması, özetle bu alanda sektörlerde nitelikli eleman ve altyapı azlığı ve yeterli koordinasyon-entegrasyon sağlanamamış olması gelmektedir (1,6).

5. Sağlık turizmine yönelim süreci

Sağlık turizmine yönelim nedenleri arasında, gelişmiş tıbbi teknoloji, daha nitelikli sağlık hizmeti, daha kısa bekleme süreleri, düşük maliyet önde gelen faktörlerdendir (2,3,7,9). Sağlık turizmine yönelim sürecinde, araştırma ve bilgilenme, değerlendirmeye alma ve güven duyma, farklılığın anlaşılması ve ikna olma sonucunda karar vermek önemli aşamalardır (1).

SONUÇ

Sağlık turizmi, dünyanın en hızlı büyüyen sektörlerinden birisidir (1). Yaşam süresinin uzaması ve sağlıklı yaşam isteği en önemli itici güçtür. İletişim teknolojilerinde yaşanan gelişme ve her türlü bilgiye ulaşımın kolaylaşması ile tedavi amaçlı turizmin yanı sıra, yaşam süresinin uzaması ve daha sağlıklı yaşama isteği yani koruyucu ve rehabilitasyon sağlık hizmeti gibi farklı amaçlar da eklenmiştir (4). Ayrıca tıbbi teknolojinin gelişip yaygınlaşması, sağlık eğitimindeki ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinde akreditasyon standartlarının gelişmesi, sağlık turizminin tüm dünyada ve ülkemizde gelişmesini sağlamaktadır (1). Türkiye, tarihi ve coğrafi özel konumunu, sağlıkta yaptığı atılımlar ile birleştirerek bu sektörde önemli ülkeler arasına girebilecek potansiyele sahiptir (1). Sağlık Bakanlığı, Türkiye'nin sağlık turizmindeki faaliyetlerini daha kurumsal bir yapıya dönüştürme yolunda bir strateji oluşturmaktadır. Bu atılımlar sayesinde ülkemiz, sağlık ve turizm alanındaki kurumların koordinasyon ve işbirliği sayesinde dünyadaki önemli yerini alabilecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Tontuş HÖ. Editör: Süreyya Şeker. Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi. Anıl Matbaa Ltd Sti. 2015, Ankara.
- 2- Özşarı SH, Karatana Ö. Sağlık Turizmi açısından Türkiye'nin durumu; J Kartal TR 2013;24(2):136-44.
- 3- Kelley E. Medical Tourism. WHO Patient Safety Programme, October 2013. http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf Erişim Tarihi: 18.07.2016.
- 4- Lunt N, Smith R, Exworthy M, Green ST, Horsfall D, Mannion R. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2011. <http://bit.ly/1Fuf1NH> Erişim Tarihi: 18.07.2016.
- 5- Keckley PH, Underwood HR. Medical tourism: consumers in search of value. Washington: Deloitte Center for Health Solutions; 2008. <http://medicaltourisminturkey.org/panel/Panell/3Deloitte.pdf> [AhDersNotlariDizgis2.docx](#) Erişim Tarihi: 18.07.2016.
- 6- Öztürk M, Bayat M. Uluslararası Turizm hareketlerinde Sağlık Turizminin Rolü ve Kalite Çalışmalarının Önemi. Bir Literatür Çalışması. KSÜ İİBF Derg 2011;1(2):135-56.
- 7- Tontuş H.Ö. Editör: Süreyya Şeker. 2014 Türkiye Termal Turizm Değerlendirme Raporu. Anıl Matbaacılık Ltd Sti. 2015, Ankara.
- 8- Hanefeld J, Smith R, Horsfall D, Lunt N. What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK National Health Service as an example of a public health care system. J Travel Med. 2014;21(6):410-7.

Konu 77

TIP EĞİTİMİNDE SİNEMA

Mustafa Dikici, Hülya PARILDAR

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların tıp eğitiminde sinemanın kullanımı konusunda ve sinema sanatının tıp eğitimcileri için potansiyeli konusunda bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Tıpta sinema eğitimini tanımlayabilmeli,
- Sinema filmlerinin tıp eğitimi için hangi alanlarda kullanılabileceğini sayabilmeli,
- Sinema filmlerini tıp eğitiminde hangi koşullar ve yöntemler ile kullanılabileceğini sayabilmeli,
- Sinemanın tıp eğitiminde kullanımını engelleyebilecek durumları açıklayabilmeli.

ÖZET

Sinema filmleri, tıp eğitiminin önemli bir parçası olabilir, ancak ne yazık ki uzun yıllar boyunca hak ettiği yeri alamamıştır. Sinema filmleri, interaktif olabilme özelliğinden dolayı klasik eğitim yaklaşımına oranla avantajlar sağlayabilmektedir.

Tıp eğitiminde başlıca iki alandaki sinema filmleri kullanılmaktadır. Birincisi, tıp pratiğinde veya eğitimindeki deneyim ve durumları konu alan filmler. Böylece tıp çalışanlarına başkalarının hastalık ve yaşamın farklı evrelerini nasıl deneyimlediğini izleyebilme fırsatı sağlanır. İkincisi, sağlık profesyonelleri ve onların biyopsikososyal rollerini ele alan filmler. Bu filmler ise sağlık çalışanlarına kendileri ve/veya akranları için ayna tutma ve değerlendirebilme fırsatı sunar.

GİRİŞ

Tıp eğitiminde görsel bir sanat olan sinema sanatının kullanılması, öğrenmeyi kolaylaştırabilen, ilgi çekici ve görece yeni bir tekniktir.

Sinema, başkalarının yaşamlarına izleyici olarak katılmayı sağlayabilen bir sanat dalıdır. Yunanca hareket anlamına gelen kinema kelimesinden köken alır. Sinema ve tıp birlikteliği, sinemanın ilk zamanlarına dayanmaktadır. Film

tarihçeleri, bilim kurgu filmlerinde tema olarak kovboy veya suçlu filmlerinden önce tıbbın kullanıldığını belirtmişlerdir. Ayrıca John Barrymore, Clark Gable, daha yeni olarak da Tom Cruise gibi ünlüler doktor rolünde oynamışlardır. Sinema, insan ve yaşadığı dünya arasındaki etkileşim kapasitesini artırır.

Sinema filmleri, oyuncuların duygu, düşünce ve yaşam tarzının objektif olarak izlenebilmesine olanak verir. Tıp eğitiminde, tıp eğitimi ya da pratiğindeki deneyim ve olayları konu alan ve tıp alanında çalışanların biyopsikososyal rollerini konu alan filmler olmak üzere temel olarak iki türde sinema filmi kullanılabilir. Böylece tıp çalışanları için hem kendilerine bir ayna tutmaları, hem de kendileri ya da başkalarının hastalık ve deneyimlerinin nasıl ele alındığının gözlemlenebilmesi mümkün olur. Kullanılan filmlerdeki başlıca konular, aile dinamikleri ve geriyatri, yeme bozuklukları, cinsel fonksiyon bozuklukları, kanser ve psikiyatrik hastalıklar gibi hastalık ve ilişkililerdir. Tıp çalışanları, bu filmlerde, yaşamı dramatik olarak etkileyen veya bu tür hastalıkları olan ya da yaşamın son dönemlerini geçirmekte olan insanlara empati kurabilir, onlar aracılığıyla kendi yaşamları ve hastalarına ayna tutabilir, farklı bakış açıları kazanabilir, karşılaştırmalar yapabilir ve derin içgörü kazanabilirler.

Bunun yanında filmlerde liderlik, ekip çalışması ve organizasyonel dinamiklerin izlenmesi ve kavranması da tıp çalışanın profesyonel yaşamına önemli katkılarda bulunabilir. Bunun en bilinen örneği, ebeveyn ve travmatize olmuş çocuklar arasındaki diyalogu işleyen ve bunun yönetilmesi temasını kullanan “Atlara Fısıldayan Adam” adlı sinema filmidir.

Sinema sanatından tıp eğitiminde sinema uygulamaları için bazı strateji ve protokoller ileri sürülmüştür. Bunlar arasında en çok uygulanan stratejide, küçük grup çalışmaları şeklinde yapılandır ve bir sinema filminin bir bölümü ya da tamamının izlettirilmesinden sonra çeşitli protokoller ile gruba sorular yöneltilerek tartışılır. Örneğin Dr J Zazulak tarafından önerilen protokolda şu sorulara yer verilmektedir:

- 1) Bu filmde ne gördünüz?
- 2) Ne duydunuz?
- 3) Ne hissettiniz?
- 4) Ne düşündünüz?
- 5) Bu film sizin klinik pratiğinizi hangi bağlamda etkileyebilir?

Önemli Noktalar

- Sinema filmleri tıp eğitiminin önemli bir parçası olabilir.
- Sinema filmleri sağlık çalışanları için kendileri ve yaşam deneyimlerini başkasının gözü ile izleyebilme, tartışabilme ve geliştirebilme fırsatı verir.

KAYNAKLAR

- 1- Alexander M, Hall M, Pettice Y. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. *Fam Med* 1994;26:430-3.
- 2- Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. Cinemeducation. a comprehensive guide to using film in medical education. Radcliffe Publishing, 2005, Oxford.
- 3- Glasser B. Medicinema: doctors in films. Radcliffe Publishing, 2010, Oxford.
- 4- Dans P. Doctors in the Movies. IL: Medi-Ed Press; 2000, Bloomington.
- 5- Conn JJ. What can clinical teachers learn from Harry Potter and the Philosopher's Stone? *Med Educ* 2002;36:1176-81.
- 6- Elder NC, Schwarzer A. Using the cinema to understand the family of the alcoholic. *Fam Med* 2002;34: 426-7.
- 7- Blasco PG. Literature and movies for medical students. *Fam Med* 2001;33:426-8.
- 8- Zazulak J. Let Hollywood help you teach. *SOT Newsletter* 2002;10:6.

Konu 78

GÖÇMEN SAĞLIĞI VE MEVSİMLİK GÖÇ ALAN YERLERDE AİLE HEKİMLİĞİ

Tahsin ÇELEPKOLU

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların göçmen sağlığı ve mevsimlik işçilerde aile hekimliği uygulamaları konusunda bilgi ve tutumlarını geliştirmeleri amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Göçmen sağlığı konusunu tanımlayabilmeli,
- Göçmen sağlığı uygulamaları çerçevesinde bulaşıcı hastalıklar, beslenme yetersizliği, vitamin eksiklikleri, aşılama, mental ve psikolojik durumlar, kronik hastalık takip ve tedavileri konularını açıklayabilmeli,
- Göçmen bebek, gebe ve yaşlılarında dikkat edilmesi gereken konuları sayabilmeli,
- Geçici koruma altında olan Suriyelilere yönelik sağlık uygulamalarını açıklayabilmeli,
- Mevsimlik tarım işçilerinde aile hekimliği uygulamaları konusunda açıklama yapabilmeli.

ÖZET

Coğrafik ve toplumsal olarak yer değiştirme olarak tanımlanabilen “göç” olgusu toplumsal ve bireysel değişimi etkileyen çok önemli bir sosyolojik olaydır. Son zamanlarda daha belirgin hissettiğimiz ve ülkemizin de bundan etkilendiği komşu ülkelerdeki savaşlar, iç karışıklıklar, siyasal dalgalanmalar, ekonomik durumlar insanların yurt içinde başka bölgelere göç etmelerine sebep olduğu gibi başta Suriye olmak üzere farklı ülkelerden ülkemize göçlere sebep olmuştur. Yeni bir ülkeye gelip yerleşen, göç eylemini gerçekleştirmiş olanlar için kullanılan bir terim olup sığınmacı, mülteci, geçici koruma altında olan şeklinde alt tanımları vardır. Bu dersimizin amacı göçmen sağlığına dikkati çekmek ve özellikle birinci basamakta göçmen sağlığı ile ilgili ülkemizdeki uygulamalar hakkında bilgi vermektir.

Göçmen sağlığında dikkat edilmesi gereken sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere beslenme bozuklukları, psikolojik durumlar, kronik hastalıklar ve kanserlerdir. Bu sorunlara özellikle koruyucu hekimlik uygulaması olarak aşılamalar, bebek ve gebe takipleri, bazı kanser türleri için tarama programları yapmak gereklidir. Bunun dışında kamplarda veya şehirlerde ikamet eden göçmenlere başta koruyucu önlemler olmak üzere tüm sağlık hizmetlerini sunmak insani ve hukuksal olarak görevimizdir.

Mevsimlik tarım işçileri de ülkemizde sık gördüğümüz bir iç göç unsurudur. Bu işçiler ve ailelerine aile hekimliği hizmetleri kayıtlı oldukları yerdeki ile aynı olarak verilmekte ve tüm aile hekimliği hizmetlerini sahada, ASM'lerde veya TSM'lerde almaktadırlar.

Biz sağlıkçılar olarak tüm hukuki ve insani yaklaşımlarla göçmenlere gerekli sağlık hizmetini sunmakla yükümlüyüz. Göçmenler en fazla koruyucu hekimlik hizmetine ihtiyacı olan özel bir popülasyon olup, vatandaşlarımızın sağlık alanında aldığı tüm hizmetlerden göçmenlerin de yararlandırılması yasal ve etik sorumluluğumuzdur.

GİRİŞ

Dünyamızda tarih boyunca insanların siyasal, ekonomik ve sosyal nedenlerden dolayı doğup büyüdüğü yerleri bırakıp başka yerlere göç ettikleri bilinen bir gerçektir. Sosyal, ekonomik, psikolojik, kültürel ve siyasal değişimler tüm halkları etkileyen dinamik süreçlerdir. İnsanların bu süreçlerindeki yaşantıları göç ettikleri yerin şartlarına göre değişim göstermekle beraber çoğunlukla sıkıntılı geçmektedir. Özellikle sağlık ve sosyal yaşantılar bu durumdan çok etkilenmektedir. Biz bu bölümde ülkemizde her ne sebeple olursa olsun gerek yurt içinde gerekse yurt dışından göç etmiş insanların karşılaştıkları sağlık sorunları ve aile hekimliği kapsamında göçmenlere ve mültecilere yaklaşım konusunda bilgilendirmeyi amaçladık.

Önemli Noktalar

- Göçmenler, sığınmacı (mülteci) ve mevsimlik tarım işçisi olabilirler.
- Göçmenlerde bulaşıcı hastalıklar, beslenme bozuklukları, kronik hastalıklar, mental ve psikolojik sorunlar önem arz eden ana konulardır.

Sağlığın şu an için geldiği nokta hakkında Halk Sağlığı Temel Bilgiler kitabında Dilek Aslan şöyle demektedir: “Sağlığın son yüz yıllarda geldiği nokta küresel olarak değerlendirildiğinde bakış açısına göre çok farklı başlıklar öne çıkabilir. Örneğin; bakış açısı sağlığın herkes için eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir bir hak olduğu temeline dayandığı takdirde çok fazla ayrıntıya gereksinim duymadan günümüzde dünyada bu koşula ulaşamayan milyonlarca insan olduğu temel bilgisi, aslında küresel düzeyde bir başarısızlık olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.”. “Dünya Sağlık Örgütü”nün sağlık tanımlaması olan “sadece hastalıkların olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” bu başarısızlığın zeminini oluşturan önemli bir bütüncül tanımlamadır.

Başta teknoloji alanı olmak üzere çok değişik alanlarda ilerlemeler sağlık alanında da kendini göstermekle beraber insanların önemli bir kısmının bu ilerlemelerden faydalanmadığı gerçeğini de unutturmaktadır. Özellikle, son zamanlarda daha belirgin hissettiğimiz ve ülkemizin de bundan etkilendiği komşu ülkelerdeki savaşlar, siyasal dalgalanmalar, ekonomik durumlar insanların yurt içinde başka bölgelere göç etmelerine sebep olduğu gibi başta Suriye olmak üzere farklı ülkelerden ülkemize göçlere sebep olmuştur. Son verilere göre ülkemize göç eden ve sığınmacı olarak kabul edilen Suriyeli sayısı 2,5 milyonu geçmiştir. Bu göçmenlerin 2,5 milyon kadar ülkemizin değişik illerinde kurulan sığınmacı sınır kamplarında yaşarken, diğerleri başta büyük şehirler olmak üzere farklı illerde yaşamlarını sürdürmektedir.

Göçmen sağlığı başlığı altında değerlendirilebilecek başka bir grup ülkemizde sık olarak karşılaştığımız ve özellikle doğu illerimizden Çukurova, Ege veya Karadeniz Bölgesi’ne “mevsimlik tarım işçisi” olarak giden vatandaşlardır.

Seyahat veya turist sağlığı konusu göçmen sağlığından hariçtir ve burada bahsedilmeyecektir.

Dünyanın değişik bölgelerinde ülkeden ülkeye göçler yaşanmaktadır. Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinden Avrupa’ya göçler yaşanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde ilk kez 1990’da yapılan nüfus sayımında 14 yaşından büyük hiç kimsenin İngilizce konuşmadığı evlerde yaşayanlar olduğu görülmüş ve bu evlerin tüm

evlerin %4'ünü oluşturduğu kaydedilmiştir. Bu evlerde yaşayanların %30'u Asyalı ve %23'ü İspanyol'dur. Bu evlerde yaşayan nüfusun %28'i okul çağı çocuklarıdır.

Konumuzun içeriğini göçmen sağlığı konusu kapsamında göçmenlere yapılan sağlık hizmetinin hali hazır yapılış şekli ve koruyucu hekimlik adına yapılabilecekler oluşturmaktadır. Ayrıca mevsimlik işçilerin aile hekimliğinden faydalanmak esaslarını irdelemek dersimizin hedefleri arasındadır.

Geçici koruma kamplarındaki mevcut sağlık uygulaması 24 saat esasına dayanan koruyucu hekimlik uygulamasının yanı sıra genel polikliniklerin verdiği sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. Ayrıca acil müdahale imkanları da vardır. Buralardan hastanelere sevk, acil veya ileri tetkik gerektiren durumlar da söz konusudur.

Suriyeli göçmenler için bu göçmenlerin yoğun olarak yaşadıkları İstanbul, İzmir, Ankara, Adana, Hatay, Gaziantep, Kilis, Şanlıurfa, Mardin gibi illerimizde Halk Sağlığı Müdürlükleri gerekli önlemleri alıp sağlık hizmeti sunumunun devam etmesini sağlamaktadırlar. Örnek olarak Adana ilimizdeki uygulamada, Suriye'den gelen göçmenler ikamet ettikleri mahalledeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) misafir olarak faydalanmakla beraber, bu göçmenlerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerdeki ASM'lerde veya karşısında "Göçmenler için Aile Sağlığı Merkezleri" açılmış olup buralarda Toplum Sağlığı Merkezleri'nde (TSM) görevlendirilen doktor, hemşire ve diğer personel sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Buralarda tıpkı diğer ASM'lerde olduğu gibi genel poliklinik dışında çocukların aşılama ve takibi, gebe takibi, aile planlanması hizmetleri verilmektedir. Ayrıca bebeklere ve gebelere D vitamini, demir preparatları ve multivitaminler Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak verilmektedir.

Mevsimlik tarım işçileri için ise gerekli aile hekimliği uygulamaları bu tür göç alan illerde TSM tarafından yürütülmektedir. Mevsimlik tarım işçileri için yine Adana bölgesinden örnek verecek olursak; bu durumdaki işçilerinin kaldığı yerlere haftada iki gün TSM'den doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli ambulanslarla gidip yerinde sağlık taraması, muayene, aşı ve takip işleri yapmakta ve ileri merkeze gitmesi gerekenleri yönlendirmektedirler. Haftanın diğer günlerinde ise o bölgedeki ASM'ye bilgi verilip mevsimlik tarım işçilerinin kendi bölgelerinde olduğu söylenmekte ve bu işçiler o günlerde bu ASM'lere giderek gerekli tetkik, tedavi, takip ve diğer hizmetleri alabilmektedirler. Hem Suriyeli göçmenler hem de diğer nedenlerden dolayı göçmenler ve mevsimlik tüm işçiler, en yakın devlet hastanesi acil servisinde her tür acil sağlık hizmetlerini alabilmektedir.

TANIMLAR

Göç: Coğrafik ve toplumsal olarak yer değiştirme olarak tanımlanabilen "göç" olgusu toplumsal ve bireysel değişimi etkileyen çok önemli bir sosyolojik olaydır. Toplum ve bireyin sağlıklı bir yaşama sahip olmasında genel kabul gören değerlerin korunması maalesef göçler nedeniyle sekteye uğrayabilmektedir. Göç olgusu; nedenleri ve sonuçları ile devam eden bir süreçtir.

Göçmen: Yeni bir ülkeye gelip yerleşen, göç eylemini gerçekleştirmiş olanlar için kullanılan bir terim olup sığınmacı, mülteci, geçici koruma altında olan şeklinde alt tanımları vardır.

Sığınmacı (Mülteci): Göçmen'in bir alt tanımı olan sığınmacı veya mülteci kelimesi ırk, din, milliyet, belirli bir toplumsal gruba üyeliği veya siyasi düşünceleri nedeniyle zulme uğrayacağı korkusu nedeniyle vatandaşı olduğu ülkeden başka bir ülkenin koruması altına girmeye istekli kişiyi tanımlar. 2004 tarihli 100 No'lu Birleşmiş Milletler Yürütme Komitesi kararına göre kitlesel sığınmanın varlığından söz edebilmek için uluslararası bir sınıra doğru dikkate değer sayıda insan hareketliliğinin olması, bu hareketliliğin hızlı bir varışla devam etmesi, ev sahibi (karşılaman) devletin yakın dönemde mevcut bireysel sığınma prosedürlerini uygulayamayacak hale gelmesi gerekmektedir.

Mevsimlik tarım işçisi: Aileleri ile birlikte Türkiye'de tarımsal üretimin yoğun olduğu yerlere mevsimlik iş gücü olarak göç eden, yılın belli bir kısmını tarım alanlarında geçiren ve birçok yönden riskli yaşam koşullarına sahip bireylerdir.

GEÇİCİ KORUMA

2004 tarihli 100 No'lu Birleşmiş Milletler Yürütme Komitesi kararına göre kitlesel sığınma unsurları içeren kitlesel akının süregelir hale gelmesi durumunda geçici koruma sağlanmaktadır. Geçici koruma, kitlesel akın olaylarında acil çözümler bulmak üzere geliştirilen bir koruma biçimidir. Devletlerin geri göndermeme yükümlülükleri çerçevesinde kitleler halinde ülke sınırlarına ulaşan kişilere, bireysel statü belirleme işlemleri ile vakit kaybetmeden, uygulanan pratik ve tamamlayıcı bir çözüm yoludur. Ülkemizdeki Suriyeliler bu kapsamda ele alabileceğimiz göçmenlerdir.

Göçmen sağlığında dikkat edilmesi gereken sağlık sorunları şu başlıklar altında toplanabilir:

- Enfeksiyon hastalıkları,
- Beslenme bozukluğu, vitamin eksiklikleri, anemiler,
- Zihinsel ve psikolojik sorunlar,
- Kanser,
- Kronik hastalıklar,
- Bebek, çocuk, gebe ve yaşlı sağlığı.

Enfeksiyon hastalıkları aynı zamanda bulaşıcı hastalıklar olarak niteleyebileceğimiz sorunlardır. Bu hastalıklar tüm toplumlarda görülmekle beraber göçmenlerde daha belirgin olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıkları kısaca gözden geçirmek gerekirse; tüberküloz, hepatit A, B ve C, HIV enfeksiyonu, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği gibi döküntülü bulaşıcı hastalıklar, paraziter hastalıklar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarını sayabiliriz.

Göçmenlerde tüberküloz (TB) sık rastlanan bir durum olup, tanı ve tedavisi çok önem arz eden bir hastalıktır. Aktif TB dışında latent TB vakalarına dikkat edilmeli ve buna yönelik tarama yapılmalıdır. TB maruziyetten yıllar sonra ortaya çıkabileceğinden göçmenlerde göç zamanı ne olursa olsun latent TB testleri tarama amaçlı yapılmalıdır. Bu testler, tüberkülin deri testi (PPD) veya interferon gama release assay Igrayı içerir. Bu testler canlı aşı uygulamasından 4 veya 6 hafta sonra yapılmalıdır. Testin pozitif olması durumunda göğüs radyografisi yapılmalı ve klinik ve görüntüleme aktivite

bulgusu varsa kişi ve ailesi tedavi altına alınmalıdır. Amerika'da yapılan bir çalışmada burada beş yıldan fazla yaşayan göçmenlerin %59'unda TB tanısı varken, 1-4 yıl arasında yaşayanlarda %18 ve bir yıldan az yaşayanlarda %15 olarak saptamıştır. Yine TB için rutin uygulamada olan BCG aşısı canlı bir aşı olup ikinci ay doldurulduğunda uygulanan bir aşıdır. Göçmen bebeklerde ihmal edilmemesi gerekir. TB'nin sınıflaması genel toplumda olduğu gibi göçmenler arasında da önem arz etmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada, TB'lilerin %81'inin yanlış sınıflandığını ve bunun hastalığın yaygınlaşmasına ve tedavi maliyetinin gereksiz yere yükselmesine yol açtığı gösterilmiştir.

Özellikle Suriye'deki iç savaş ve diğer bölge ülkelerindeki siyasi istikrarsızlığın yol açtığı ve ülkemizin de aşırı göç aldığı Orta Doğu ve Kuzey Afrika Ülkeleri'nde Hepatit B prevalansı %2-8 arasındadır. Özellikle çocuk göçmenler çok büyük risk altındadır. Zira erken yaşlarda Hepatit B virüsü ile karşılaşma ve enfekte olma kronik karaciğer hastalığı ve hepatik yetersizlik görülme oranını artırmaktadır. Burada en önemli olan aşılamanın tam ve eksiksiz tüm göçmenlere yapılmasıdır. Taşıyıcı olduğu belirlenen annelerin doğumu özel bir durum teşkil etmekte ve bebeğe ilk 12 saatte Hepatit B aşısı ile birlikte Hepatit B immün globulininin yapılmasını gerektirmektedir. Hepatit A aşısı da kullanımda olup başta çocuklar olmak üzere tüm göçmenlere yapılmalıdır. Hepatit A enfeksiyonu da toplumda görülenden daha fazla olarak göçmenlerde özellikle sığınma kamplarında görülebilmektedir. Hepatit A immünizasyonu ve kişisel hijyen Hepatit A için koruyuculukta ve salgını önlemede çok önemlidir. Hepatit A için özellikle Hepatit A aşısı uygulamasının yetersiz olduğu bölgelerden göç edenlerde rutin tarama yerine çocuklar ve yaşlıların aşılama programına alınması önerilmiştir. Hepatit C'nin Hepatiti A ve B kadar yaygın olmaması rutin tarama gerektirmez. Ancak prevalansı %0,8-3 arasında yüksek olduğu bilinen ülkelerden gelen göçmenlerde tarama uygun olabilir. HIV dikkat edilmesi gereken bir durum olup özellikle prevalansı yüksek bölgelerden göç edenlerde tarama yapılmalıdır.

Göçmenlerde sıklıkla görülen diğer bir enfeksiyon grubu döküntülü hastalıklardır. Bu grubun bulaşıcılığı da yüksek olduğundan özellikle sığınma kamplarında ve kalabalık olarak aynı evlerde yaşayan göçmenler arasında sık görülmektedir. Burada hastalıkların bulgu ve tedavilerine girmeden özellikle kızamık, kızamıkçık ve suçiçeği enfeksiyonlarının aşıları olduğunu ve bunları özellikle çocuk göçmenlere mutlaka uygulamamız gerektiğini vurgulamak gerekir.

Paraziter hastalıklar göçmenlerde görülen yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle sığınma kamplarında böyle vakalar tespit edildiğinde hasta ve beraber yaşadıkları kişiler mutlaka tedavi edilmelidir. Karın ağrısı, ishal, büyüme gelişme geriliği olan çocuklarda paraziter hastalıklar akla gelmelidir. Sıtma başka bir paraziter hastalık olup yüksek ateş ve karaciğer-dalak büyüklüğü olanlarda akla gelmeli ve tanı sonrası hemen tedavi edilmelidir.

Bunların dışında bakteriyel-viral gastroenteritler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar unutulmaması gereken ve göçmenlerde sık görülen diğer enfeksiyon hastalıklarıdır. Bu tip hastalıklarda kişisel hijyen, temiz su kullanımı ve alt yapı hizmetleri koruyuculuk anlamında çok büyük önem taşımaktadır.

Özellikle savaş, kıtlık ve ekonomik nedenlerden dolayı göç edenlerde beslenme yetersizliği görülmesi bilinen bir gerçektir. Ev sahibi olup göçmenleri kabul eden

lkeler bu konulara dikkat edip çocuk, yaşı ve gebeler başta olmak üzere tüm göçmenlere yeterli ve dengeli beslenme için ihtiyaç duyulan gıdaları temin edip dağıtması hayati öneme sahiptir. Ülkemiz gibi g kabul eden ülkeler bu konularda hassas bir politika yürütmekte ve göçmen sağlığı konusunda gerekli adımları atmaktadırlar. Vitamin D ve Vitamin B12 eksiklikleri göçmen ve sığınmacılar arasında yüksek prevalansa sahiptir. Bu vitaminler dışında beslenme yetersizliğine bağlı demir eksikliği anemisi göçmenlerde ve sığınmacılarda yüksek prevalansta görülebilmektedir. Göçmen ve sığınmacılarda yapılacak tam kan sayımlarında anemi dışında paraziter enfeksiyonlar ve hemoglobopatiler de saptanabilmektedir.

Göçmen ve mlteiler arasında özellikle iç savaş olan ülkelerden olan glerle gelenlerde majör depresyon, anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğu sıklıkla gözlemlenmektedir. Bu durumları ortaya çıkarmak için sağlık ve sosyal çalışanlara çok iş düşmektedir. Göçmenleri ilk karşılamada alınacak mental ve psikolojik hikaye çok önemlidir. Tedavi psikoterapi, anksiyolitikler ve antidepresan kullanımınıdır.

Kanserler en sık lme sebep olan hastalıklar grubundandır. Serviks, meme, kolon kanseri taramaları göçmenlerde de uygulanması gereken durumlardır. Göçmenler veya sığınmacıların özellikle akciğer kanseri veya diğer kanserlerden Şüphelenilen durumları var ise ilgili branşın uzmanı ile irtibata geçilip erken tanı ve tedavi için ileri merkezlere sevk edilmelidir.

Göçmenler hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi kronik hastalıklar için taranmalıdır. Tanı konulanlara hemen tedavi başlanmalıdır. Obezite için kilo ve boy ölçülmeli, beden kitle indeksine göre fazla kilolu ve obez olanlara diyet ve egzersiz programları hazırlanmalıdır. Sigara ve diğer bağımlılık yapan madde kullanımı ilk muayene sırasında sorgulanmalıdır. Sigara ve diğer bağımlılıkları için ileri merkezlere yönlendirilmelidir.

Göçmen ve sığınmacılarda sağlık açısından çok önemli popülasyonlar, bebekler, çocuklar, adölesanlar, yaşılar ve gebelerdir. Ülkemizde kamplarda ve diğer tüm yerleşim merkezlerinde doğumla ilgili hizmet verilmekte ve doğumların uygun Şartlarda olmasına önem gösterilmektedir. Bebekler ilk doğduklarından itibaren aşıları ve bakımları yapılmakta, sağlık sorunları olanlar ileri merkezlere sevk edilmektedir. Gebeler riskli grup olarak kabul edilebilirler. Göçmen gebelerin gebelik süresince eşlerinden yeteri kadar destek alamadıkları aÇıktır. O yüzden hem beslenmeleri hem de psikolojik durumları dikkatle incelenmelidir. Sağlık alıőanlarının göçmen gebelere hassas davranmaları Şarttır. Yaşı göçmenler yine hassas bir popülasyon olup sağlıkla ilgili tüm ihtiyaçlarının karşılanması sosyal yönden, hukuki yönünden ve insaniyeten tartıŐmasız bir durumdur.

GEÇİCİ KORUMANIN UNSURLARI

Ülkemize kitlesel akınlı gelen Suriyelilere sağlanan koruma uluslararası literatüre göre "Geçici Koruma"dır. Türkiye, aşağıda yer alan geçici korumanın üç temel unsurunu yerine getirmekte ve Suriyelilere geçici koruma sağlamaktadır.

- 1- Açık sınır politikası ile ülke topraklarına kabul,
- 2- Geri göndermeme ilkesi,
- 3- Gelen kişilerin temel ve acil ihtiyaçlarının karşılanması.

Ülkemizde geçici korumayı 04.04.2013 tarihli ve 6458 sayılı “Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu”nun 91'inci maddesi ve bu maddeye dayanılarak çıkarılan 13.10.2014 tarihli ve 2014/6883 sayılı “Geçici Koruma Yönetmeliği” çerçevesinde sağlamaktadır.

İçişleri Bakanlığı Geçici Koruma Altındaki Suriyeliler ile ilgili açıklaması şu şekildedir:

“2011 yılının Mart ayında, iç karışıklıkların başlamasından bu yana, günden güne artan sayıda Suriye Arap Cumhuriyeti (Suriye) vatandaşı Türkiye’ye uluslararası koruma bulmak amacıyla gelmektedir. Ülkemiz bu kişilere “geçici koruma” sağlamaktadır. Suriye’deki insan hakları ihlallerinde 2012 ve sonrasında ortaya çıkan hızlı artış, insani yardım ihtiyaçlarında dramatik artışları da beraberinde getirmiştir. İç karışıklıkların başlamasından bu yana, Suriye ile güçlü tarihi, kültürel ve komşuluk bağları olan Türkiye Cumhuriyeti bu durumdan etkilenen Suriye vatandaşları için “açık kapı” politikası izlemiştir.

Türkiye şu anda, yaklaşık dört yıldan bu yana 10 şehirde kurulan 25 geçici barınma merkezinde 269.150 Suriyeli yabancıya ev sahipliği yapmaktadır. Bunun dışında, geçici barınma merkezleri dışındaki 2.313.450 Suriyeli yabancıya sağlık, eğitim ve gıda yardımı sağlanmaktadır. Türkiye’deki Suriyelilerin çoğu Suriye-Türkiye sınırına yakın olan bölgelerden gelmektedir. Bu bölgeler aynı zamanda yoğun çatışmaların olduğu bölgelerdir. Türkiye’ye gelen Suriyeli sığınmacıların %11’i Türkiye’deki 10 kentte bulunan 25 geçici barınma merkezine yerleştirilmiştir ve %89’u geçici barınma merkezlerinin bulunduğu 10 kent de dâhil olmak üzere çeşitli kentlerde geçici barınma merkezleri dışına yerleşmiştir. Bu 10 kent, ülkemizin güney ve güneydoğusundadır ve Suriye-Türkiye sınırına yakındır.

Kamplarda, okul öncesi de dahil olmak üzere, okul çağındaki tüm çocuklar için eğitim hizmetleri mevcuttur ve Türk vatandaşlarına verilen standartta sağlık hizmetleri verilmektedir.

Geçici koruma kapsamındaki Suriyeli Yabancılar için yetişkin eğitim merkezleri de mevcut olup bir mesleği olmayanlara, yeterli beceri kazandırılarak meslek sahibi olmalarına yardımcı olunmaktadır. Türkiye, Suriyelilere yalnızca geçici ev sahipliği yapmamakta aynı zamanda onları kriz sonrası dönem için de hazırlamaktadır. Geçici barınma merkezlerinin kuruluşu ve işletilmesi için yazılı standartlar kılavuzları oluşturmuş ve böylece tüm barınma merkezlerindeki koşulların benzer olması sağlanmıştır. Bu standartlar aynı zamanda gelecekte meydana gelebilecek muhtemel afetler sonrasında ihtiyaç duyulan afet barınma merkezlerinde de kullanılacak standartlar olarak oluşturulmuştur.

Türkiye tarihi misyonu gereği Suriye’de yaşanan bu insanlık dışı muamelelere kayıtsız kalmamış, gerek sınırları içerisindeki geçici barınma merkezlerinde ve çeşitli illerde, gerekse Suriye sınırları içerisindeki geçici barınma merkezlerinde ve çeşitli yerleşim yerlerinde bu trajediden etkilenen Suriye vatandaşlarına insani yardım sağlamada en cömert davranan ülke olmuştur.”

Bu bilgiden sonra “Geçici Koruma Altındaki Suriyeliler” için aile hekimliği uygulamasından bahsederek; şehirlerde ikamet eden Suriyelilere geçici bir kimlik kartı verilmekte ve burada bulunan T.C. No ile kendilerine yakın aile hekimine kayıt olabilmekte ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları gibi sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Kamplardaki Suriyelilere de aynı şekilde kimlik kartı verilmekte ve kamp içinde oluşturulan sağlık merkezinde hem birinci basamak sağlık hizmetleri hem de şartlara göre ikinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir. Acil durumlar için de 112 acil hizmetler ile diğer tüm acil birimlerinden de faydalanabilmektedirler. Reçete edilen ilaçlar valiliklerce sosyal hizmetler vasıtasıyla ve diğer gönüllü kuruluşlar vasıtasıyla karşılanabilmektedir.

TÜRKİYEDE GÖÇ İLE İLGİLİ KAMU KURUM VE KURULUŞLAR

Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), “Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi” ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon görevi verilen kurumdur. AFAD aracılığı ile aşağıdaki kurumlara gönderilen “Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi” konulu genelgenin 4. maddesinde sağlık hizmetlerinin nasıl yürütülmesi gerektiği belirtilmiştir.

Bu kurumlar:

- Dışişleri Bakanlığı
- İçişleri Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı
- Milli Eğitim Bakanlığı
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- Gümrük ve Ticaret Bakanlığı

Bu bakanlıklar dışında 81 il Valiliği de geçici koruma altındaki yabancılarla ilgili tüm hizmetleri AFAD koordinasyonunda yürütmektedirler.

TÜRKİYE’DE GÖÇ, GÖÇMEN VE GEÇİCİ KORUMA İLE İLGİLİ MEVZUAT

Kanunlar:

- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK)
- [Yabancıların Türkiye’de İkamet ve Seyahatleri Hakkında Kanun](#)
- [Pasaport Kanunu](#)
- [İskan Kanunu](#)
- [Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun](#)
- [Harçlar Kanunu](#)
- [Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu](#)

- [Türk Vatandaşlığı Kanunu](#)

Yönetmelikler:

- [Mülteci Misafirhaneleri Yönetmeliği](#)
- [Türkiye'deki Yabancı Misyon Personeli Kimlik Kartı Yönetmeliği](#)
- [Doğrudan Yabancı Yatırımlarda Yabancı Uyruklu Personel İstihdamı Hakkında Yönetmelik](#)
- [Türkiye Oturan Yabancıların Nüfus Kayıtlarının Tutulması Hakkında Yönetmelik](#)
- [Türkiye'de Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu Öğrencilere İlişkin Yönetmelik](#)
- [Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu Uygulama Yönetmeliği](#)
- [Türkiye'ye İltica Eden veya Başka Bir Ülkeye İltica Etmek Üzere Türkiye'den İkamet İzni Talep Eden Münferit Yabancılar ile Topluca Sığınma Amacıyla Sınırlarımıza Gelen Yabancılarla ve Olabilecek Nüfus Hareketlerine Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliği](#)
- [Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği](#)
- [İl Göç Uzmanlığı Yönetmeliği](#)
- [Kabul, Barınma ve Geri Gönderme Merkezleri İle İlgili Yönetmelik](#)
- [Geçici Koruma Yönetmeliği](#)
- [Havayolu Taşıyıcılarının Yükümlülükleri Yönet](#)

Genelgeler:

-“Geçici Koruma Altındaki Yabancılarla İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi” konulu genelge,

-“Geri Kabul Anlaşması” konulu genelge.

Konuyla ilgili olan uluslararası sözleşmeler:

- Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
- Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme
- Göçmen İşçinin Hukuki Statüsü Hakkında Avrupa Sözleşmesi
- Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Sözleşme
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

Mevsimlik Göç Alan Yerlerde Aile Hekimliği Uygulamaları

Mevsimlik göç alan yerlerde aile hekimliği uygulaması, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre yapılmakta ve yılın daha çok kısmını geçirdikleri bölgedeki ikametgahlarına göre kayıt olmakta ve sağlık hizmeti almaktadırlar. Yılın daha az bir kısmını geçirdikleri yerlerde ise zaman zaman yoğunluk yaşanmasına rağmen o bölgedeki ASM'lerden misafir statüsünde sağlık hizmeti alabilmektedirler. Bazı il halk

sağlığı müdürlükleri mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olduğu yerlere TSM’de görevli doktor ve diğer sağlık personelleri ile sahada birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Her halükarda mevsimlik tarım işçileri aileleri ile birlikte diğer ASM’lerde olan birinci basamak sağlık hizmeti almaktadırlar. Tıp fakültesi öğrencileri 6. sınıfta aile hekimliği rotasyonunda ASM ve TSM ziyaretleri ile buralarda yapılan sağlık hizmetlerini uygulamalı olarak öğrenme şansı bulabileceklerdir.

Mevsimlik tarım işçilerinde yaşam ve çalışma koşullarına bağlı olarak üreme sağlığı sorunları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, ishalleri hastalıklar zoonotik hastalıklar, kaza ve yaralanmalar kimyasal etkilenim sonucu zehirlenmeler, cilt hastalıkları, ruhsal ve nörolojik bozukluklar sıklıkla bildirilen sağlık sorunlarıdır. Bu sağlık sorunları dışında aile hekimliğinin koruyucu hekimlik tarafı her zaman akılda tutulmalı, immünizasyon, sağlık taramaları ve hasta eğitimi konularında da mesai harcamalıyız.

SONUÇ

Göçmen sağlığı tüm dünyayı ilgilendiren bir olgu olmakla beraber ülkemiz bu olgudan çok fazla etkilenmektedir. Son yıllarda ülkemiz, başta Suriye’den olmak üzere milyonlarca göç almıştır. Ülke olarak ister devlet olsun ister sivil toplum örgütleri olsun tüm halklardan olan göçmenlerin başta yaşam hakkı ve sağlık hizmeti görme hakkı olmak üzere tüm alanlardaki haklarına azami dikkat göstermekteyiz. Biz sağlıkçılar da üzerimize düşen tüm hukuki ve insani yaklaşımlarla göçmenlere gerekli sağlık hizmetini sunmalıyız. Vatandaşlarımızın sağlık alanında aldığı tüm hizmetlerden göçmenlerin de yararlandırılması yasal ve etik sorumluluğumuzdur.

KAYNAKLAR

- 1- Aslan D. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Editörler: Çağatay Güler, Levent Akın; Uluslararası Sağlık, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2015, Ankara.
- 2- Jeanette E. South-Paul, Samuel C. Matheny, Evelyn L. Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi, LANGE. Çeviri Editörü: Altuğ Kut, M. Gökhan Eminsoy, Sağlık ve Sağlık Hizmeti Eşitsizlikleri, Göçmenler ve Mülteciler, Bölüm Yazarı: Esra Saatçi, Güneş Tıp Kitabevi, 3. Baskı, 2014, Ankara.
- 3- Oral B. Dini inanç ve değerler bağlamında göç olgusunun incelenmesi, Dicle Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (DÜBAP) Sonuç Raporu, Ocak 2014, Diyarbakır.
- 4- Health care for adult immigrants and refugees. <http://www.uptodate.com/contents/healthcare-for-adult-immigrants-and-refugees/contributors> Erişim Tarihi: 22.03.2016.
- 5- T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici Koruma, Genel Bilgi. http://www.goc.gov.tr/icerik3/genel-bilgi_409_558_1094 Erişim Tarihi: 22.03.2016.
- 6- Şimşek Z, Kara B, Yaşar G, Yıldırımkara G. Mevsimlik tarım işçisi gençlerin adolesan dönemde büyüme gelişmeye yönelik endişeleri ve sağlık hizmeti kullanımı, TAF Preventive Medicine Bulletin 2015;14(3):189-197.

- 7- Evans, TB., et al. Tuberculosis misclassification among resettled refugees in Buffalo, New York, USA. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2015;19(2):231-6.
- 8- Centers for Disease Control and Prevention, Travelers' Health, Chapter 3, Infectious Diseases Related to Travel, Hepatitis B, Francisco Averhoff. <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-b> Erişim Tarihi: 22.03.2016.
- 9- Fishbain JT, Eckart RE, Harner KC, Hospenthal DR. Empiric immunization versus serologic screening: developing a cost-effective strategy for the use of hepatitis A immunization in travelers. J Travel Med 2002;9:71.
- 10- Eckman MH, Talal AH, Gordon SC, et al. Cost-effectiveness of screening for chronic hepatitis C infection in the United States. Clin Infect Dis 2013;56:1382.
- 11- Penrose K, Hunter Adams J, Nguyen T, et al. Vitamin D deficiency among newly resettled refugees in Massachusetts. J Immigr Minor Health 2012;14:941.
- 12- Aucoin M, Weaver R, Thomas R, Jones L. Vitamin D status of refugees arriving in Canada: findings from the Calgary Refugee Health Program. Can Fam Physician 2013;59:e188.
- 13- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vitamin B12 deficiency in resettled Bhutanese refugees-United States, 2008-2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011;60:343.
- 14- Campagna AM, Settgest AM, Walker PF, et al. Effect of country of origin, age, and body mass index on prevalence of vitamin D deficiency in a US immigrant and refugee population. Mayo Clin Proc 2013;88:31.
- 15- Jaranson JM, Ekblad S, Kroupin GV, Eisenman DP. Mental Health and Illness in Immigrants: Epidemiology and Risk Factors. In: Immigrant Medicine, Walker PF, Barnett ED. (Eds), Elsevier, 2007, Philadelphia.
- 16- İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Genel Bilgi. http://www.goc.gov.tr/icerik3/genel-bilgi_409_558_1094 Erişim Tarihi: 10.03.2016.
- 17- İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Geçici Korumanın Unsurları. http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-korumanin-unsurlari_409_558_1095 Erişim Tarihi: 10.03.2016.
- 18- İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Geçici Korumamız altındaki Suriyeliler. http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-korumamiz-altindaki-suriyeliler_409_558_560 Erişim Tarihi: 10.03.2016.
- 19- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. Geçici Koruma Altındaki Hizmetin Yürütülmesi Genelgesi. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/6ceb9938335c4686ba48920ffed18a91.pdf> Erişim Tarihi: 10.03.2016.
- 20- Şimşek Z, Koruk I, Doni NY. An operational study on implementation of mobile primary healthcare services for seasonal migratory farmworkers, Turkey. Matern Child Health J, 2012;6(9):1906-12.

Konu 79

ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ

Cemil Işık SÖNMEZ, Davut BALTACI

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların çalışan sağlığı ve işyeri hekimliği hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- İşyeri hekimliğinin görev, yetki ve sorumluluklarını sayabilmeli,
- Sağlığın korunmasında işyerine ait faktörleri değerlendirebilmeli ve meslek hastalıklarını tanıyabilmeli,
- İşyeri hekimliğinin ve aile hekimliğinin ortak konularını belirtebilmeli,
- “İşçi Sağlığı ve Güvenliği” alanında ülkemizdeki mevzuatı tartışabilmeli.

ÖZET

İş kavramını “herhangi bir şey üretmek, ortaya koymak, bir verim, sonuç elde etmek için güç harcayarak yapılan çalışma, etkinlik” olarak tanımlayabiliriz. Dolayısıyla aslında iş sağlığı ve güvenliği (İSG) alanında yapılan çalışmalar ve önlemler ilk insanla birlikte başlamıştır denilebilir.

Akademik alanda İSG ilk defa 17.yy’da İtalyan Bernardino Ramazzini (1633-1714) tarafından ciddi olarak ele alınmış ve özellikle meslek hastalıkları alanında önemli araştırmalar yapılmıştır. İSG alanındaki asıl gelişmelerin 17. ve 18. yüzyıllarda buhar makinelerinin icadıyla İngiltere’de olduğu dikkat çekmektedir. Cumhuriyet öncesi dönemde 19. yüzyıllarda maden işçilerinin sağlık ve güvenliğine yönelik nizamnameler çıkarılmıştır. 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Yasasında, 4857 sayılı İş Kanununda İSG konuları ele alınmış olmakla birlikte ülkemizde İSG alanındaki en önemli mevzuat değişimi 2012 yılında çıkartılan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile yaşanmıştır (1). Bu kanunla çalışan sayısı, işyerinin niteliği, kamu-özel sektör ayrımı gibi tüm kısıtlamalar kaldırılmış ve İSG hizmetlerinin şemsiyesi tüm çalışanları içine alacak şekilde genişletilmiştir.

İşyeri hekiminin görevleri rehberlik, risk değerlendirmesi, sağlık gözetimi, eğitim, kayıt ve ilgili birimlerle işbirliği şeklinde özetlenebilir.

GİRİŞ

Çalışma aktivitesi ilk insanla başlamış olduğundan, onu korumaya yönelik tedbirlerin alınması işi de insanlık tarihi kadar eskidir. Ancak özellikle sanayileşme ile birlikte iş sağlığı ve güvenliği (İSG) giderek daha da önem kazanan bir kavram haline gelmiştir. Sanayileşme ile birlikte işçiler fabrika ve maden ocaklarında çok kötü çalışma koşullarında iş kazaları ve meslek hastalıklarına neden olabilecek etkilere maruz kalarak günde 12-14 saat gibi uzun süreler çalıştırılmışlardır.

Önemli Noktalar

- İş sağlığı, çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumlarını sürdürmek, çalışanların çalışma koşullarından kaynaklanan risklerden korunmasını sağlamak, sağlıklarının bozulmasını önlemek, kendilerine uygun işlere yerleştirmek ve işin insana insanın işe uyumunu sağlamak olarak tanımlanabilir.

Teknolojik gelişmeler ve üretim metodundaki hızlı ilerleme işyerlerinde verimin ve kalitenin gelişmesine imkan tanırken aynı zamanda bu ilerleme çalışanların yeni risk ve tehlikelere maruz kalması gibi sorunlara neden olmuştur. Bu sorunlar; işletmenin çalışmasını tehlikeye atması, çalışanların sağlık ve güvenliğini etkilemesi, iş verimini etkilemesi, artan bilinçlenme ve toplumsal baskı neticesinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tedbirlerin alınmasını gündeme getirmiştir (İş Güvenliği ve Sağlık Yönetim Sistemi). 1919 yılında Cenevre’de Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) kurulmuştur. İSG olgusu Avrupa Birliği içerisinde 1980’li yıllardan itibaren ağırlıkla ele alınmaya başlanmış ve 1989 yılında “İSG Direktifi” yayınlanmıştır. Bugün gelinen noktada İSG bir bilim dalı olarak ele alınmaktadır. Sanayide ve çalışma hayatında yeni ortaya çıkan risklerle ilgili araştırma ve geliştirme çalışmaları yürütülmekte ve yeni yasal düzenlemeler yapılmaktadır.

Cumhuriyet öncesi dönemde 19. yüzyılda maden işçilerinin sağlık ve güvenliğine yönelik nizamnameler çıkarılmıştır. Cumhuriyet sonrası dönemde 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Yasasında işyerlerine sağlık hizmeti götürecek işyeri hekiminin çalıştırılmasına yönelik düzenleme yer almaktadır. 1936’da çıkarılan İş Kanunu’nda temel İSG hükümleri yer almaktadır. Bu kanun doksanlı yıllara kadar birçok defa revize edilmiştir. Avrupa Birliği (AB)’nin 1999’da Türkiye’nin adaylık statüsünü tanınmasıyla birlikte AB çerçeve direktifleri doğrultusunda 2003 yılında 4857 sayılı İş Kanunu ve yine AB ve ILO normları dikkate alınarak 2012 yılında 6331 sayılı İSG Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanunla ülkemizdeki İSG hizmetleri açısından köklü değişiklikler olmuş ve ardından bu kanunun uygulanmasına yönelik çeşitli yönetmelikler yayınlanmıştır. 6331 sayılı İSG Kanunu ile birlikte ülkemizde AB mevzuatına paralel bir İSG mevzuatının oluşturulması hedeflenmiştir. Bu kanunla İSG alanında önleyici, iyileştirici ve koruyucu önlemleri içeren proaktif bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu yaklaşımın gereği olarak her türlü işyeri için risk değerlendirmesinin yapılması veya yaptırılması ön koşul olarak getirilmiştir. Çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamak, işverenin temel yükümlülüğü olarak kabul edilmiş ve kanun büyük ölçüde bu yükümlülük üzerine şekillenmiştir. İSG konusunda çalışanların görüşlerinin alınmasına ve katılımlarının sağlanmasına yer veren katılımcı bir yaklaşım benimsenmiştir. “Çalışan temsilcisi” kavramını ilk kez yasal tanıma kavuşturulmuştur. İSG’ne yönelik ihlallerde idari para cezalarının caydırıcılığı ve etkinliği artırılmıştır. Ayrıca önceki İş Kanunu’nda yer alan İSG hizmetlerini kısıtlayan çalışan sayısı, işyerinin niteliği, kamu-

özel sektör ayrımı gibi tüm kısıtlamalar kaldırılmış ve İSG hizmetlerinin şemsiyesi tüm çalışanları içine alacak şekilde genişletilmiştir (4-5).

Genel olarak iş sağlığı, “çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumlarını sürdürmek, çalışanların çalışma koşullarından kaynaklanan risklerden korunmasını sağlamak, sağlıklarının bozulmasını önlemek, kendilerine uygun işlere yerleştirmek ve işin insana insanın işe uyumunu sağlamak” olarak tanımlanabilir. İş güvenliği kavramı ise “işyerlerini işin yürütümü nedeniyle oluşan tehlikelerden uzaklaştırmak ve sağlığa zarar verebilecek koşullardan arındırarak daha iyi çalışma ortamı sağlamak için yapılan sistemli çalışmalar” olarak tanımlanabilir. İSG çalışmalarının iki boyutu vardır; bunlardan birincisi çalışanların sağlığının yapacakları işle ilgisini araştırmak, belirlemek ve işyeri ortamında oluşabilecek bazı risklere karşı alınabilecek tıbbi koruma yöntemlerini uygulamak ve işyerindeki çalışmalar sırasında sağlık sorunu olanların hastalıklarının teşhis ve tedavisi ile hastalığın yapılan işle ilgisini araştırarak, gerekli önlemleri almak şeklinde ifade edilebilecek olan tıbbi boyuttur ki; işyeri hekimliğinin ilgi alanını oluşturur. İkinci boyutu ise, işyeri ortamındaki sağlık ve güvenlik risklerinin saptanması, bununla ilgili ölçümler yapılması ve bu risklerin kontrol altına alınması şeklindeki uğraşları içeren ve konunun daha çok teknik-mühendislik yanını oluşturan “iş güvenliği” boyuttur ki; iş güvenliği uzmanlığının ilgi alanını oluşturmaktadır. İşyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının ilgi alanları birbirini tamamlayıcı nitelikte olup, birlikte yapacakları çalışmalar iş sağlığı ve güvenliğinin bütünü oluşturur.

İŞYERİ HEKİMLİĞİ

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na istinaden 2013 yılında “İşyeri hekimi ve diğer sağlık personelinin görev, yetki, sorumluluk ve eğitimleri hakkında yönetmelik” yayımlanmıştır (2). Yönetmelikte işyeri hekimi; İSG alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, işyeri hekimliği belgesine sahip hekim olarak tanımlanmıştır (ülkemizde İSG hizmetleri yetkilendirmesi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yapılmaktadır). Diğer sağlık personeli ise işyeri hemşireliği belgesine sahip kişileri tanımlamaktadır. Ülkemizde işyeri hekimliği, iş güvenliği uzmanlığı ve işyeri hemşireliği belgesi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş kurumlar (üniversite, özel eğitim kurumları gibi) aracılığıyla yapılan eğitim programları sonrası Bakanlıkça yapılan sınavlarda başarılı olan kişilere verilmektedir. Yönetmelik kapsamında;

İşyeri hekiminin görevleri:

A) Rehberlik;

1. Çalışanların sağlık gözetimi ve çalışma ortamının gözetimi ile ilgili işverene rehberlik yapmak,
2. İşyerinde çalışanların sağlığının geliştirilmesi amacıyla gerekli aktiviteler konusunda işverene tavsiyelerde bulunmak,
3. İş sağlığı ve güvenliği alanında yapılacak araştırmalara katılmak, ayrıca işin yürütümünde ergonomik ve psikososyal riskler açısından çalışanların fiziksel

ve zihinsel kapasitelerini dikkate alarak iş ile çalışanın uyumunun sağlanması ve çalışma ortamındaki stres faktörlerinden korunmaları için araştırmalar yapmak ve bu araştırma sonuçlarını rehberlik faaliyetlerinde dikkate almak,

4. Genel hijyen şartlarını sürekli izleyip denetlemek,
5. İşyerinde meydana gelen iş kazası ve meslek hastalıklarının nedenlerinin araştırılması ve tekrarlanmaması için alınacak önlemler konusunda çalışmalar yaparak işverene önerilerde bulunmak,
6. İşyerinde meydana gelen ancak ölüm ya da yaralanmaya neden olmadığı halde çalışana, ekipmana veya işyerine zarar verme potansiyeli olan olayların nedenlerinin araştırılması konusunda çalışma yapmak ve işverene önerilerde bulunmak,
7. İş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili alınması gereken tedbirleri işverene yazılı olarak bildirmek.

B) Risk değerlendirmesi;

1. İş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapılmasıyla ilgili çalışmalara ve uygulanmasına katılmak, risk değerlendirmesi sonucunda alınması gereken sağlık ve güvenlik önlemleri konusunda işverene önerilerde bulunmak ve takibini yapmak.
2. Gebe veya emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı olanlar, kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, malul ve engelliler, alkol, ilaç ve uyuşturucu bağımlılığı olanlar, birden fazla iş kazası geçirmiş olanlar gibi özel politika gerektiren grupları yakın takip ve koruma altına almak, bilgilendirmek ve yapılacak risk değerlendirmesinde özel olarak dikkate almak.

C) Sağlık gözetimi;

1. Sağlık gözetimi kapsamında yapılacak işe giriş ve periyodik muayeneler ve tetkikler ile ilgili olarak çalışanları bilgilendirmek,
2. Çalışanın kişisel özellikleri, işyerinin tehlike sınıfı ve işin niteliği öncelikli olarak göz önünde bulundurularak uluslararası standartlar ile işyerinde yapılan risk değerlendirmesi sonuçları doğrultusunda; az tehlikeli sınıftaki işlerde en geç beş yılda bir, tehlikeli sınıftaki işlerde en geç üç yılda bir, çok tehlikeli sınıftaki işlerde en geç yılda bir, özel politika gerektiren grupta yer alanlardan çocuk, genç ve gebe çalışanlar için en geç altı ayda bir defa olmak üzere periyodik muayeneleri tekrarlamak,
3. Çalışanların yapacakları işe uygun olduklarını belirten işe giriş ve periyodik sağlık muayenesi ile gerekli tetkiklerin sonuçlarını düzenlemek ve işyerinde muhafaza etmek,

4. Özel politika gerektiren gruplar, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı alanlar, kronik hastalığı, madde bağımlılığı, birden fazla iş kazası geçirmiş olanlar gibi çalışanların, uygun işe yerleştirilmeleri için gerekli sağlık muayenelerini yaparak rapor düzenlemek, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı almış çalışanın olması durumunda kişinin çalıştığı ortamdaki diğer çalışanların sağlık muayenelerini tekrarlamak,
5. Sağlık sorunları nedeniyle işe devamsızlık durumları ile işyerinde olabilecek sağlık tehlikeleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını tespit etmek, gerektiğinde çalışma ortamı ile ilgili ölçümler yapılmasını planlayarak işverenin onayına sunmak ve alınan sonuçların çalışanların sağlığı yönünden değerlendirmesini yapmak,
6. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için yayılmayı önleme ve bağışıklama çalışmalarının yanı sıra gerekli hijyen eğitimlerini vermek, gerekli muayene ve tetkiklerinin yapılmasını sağlamak,
7. İşyerindeki sağlık gözetimi ile ilgili çalışmalarını kaydetmek, iş güvenliği uzmanı ile işbirliği yaparak iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili değerlendirme yapmak, tehlikeli olayın tekrarlanmaması için inceleme ve araştırma yaparak gerekli önleyici faaliyet planlarını hazırlamak ve bu konuları da içerecek şekilde yıllık çalışma planını hazırlayarak işverenin onayına sunmak, uygulamaların takibini yapmak.

D) Eğitim, bilgilendirme ve kayıt;

1. İşyerinde ilkyardım ve acil müdahale hizmetlerinin organizasyonu ve personelin eğitiminin sağlanması çalışmalarını ilgili mevzuat doğrultusunda yürütmek,
2. Yöneticilere, bulunması halinde iş sağlığı ve güvenliği kurulu üyelerine ve çalışanlara genel sağlık, iş sağlığı ve güvenliği, hijyen, bağımlılık yapan maddelerin kullanımının zararları, kişisel koruyucu donanımlar ve toplu korunma yöntemleri konularında eğitim vermek, eğitimin sürekliliğini sağlamak.

E) İlgili birimlerle işbirliği;

1. Sağlık gözetimi sonuçlarına göre, iş güvenliği uzmanı ile işbirliği içinde çalışma ortamının gözetimi kapsamında gerekli ölçümlerin yapılmasını önermek, ölçüm sonuçlarını değerlendirmek,
2. Üyesi olduğu iş sağlığı ve güvenliği kuruluyla işbirliği içinde çalışmak,
3. Meslek hastalığı ile ilgili sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye yetkili hastaneler ile işbirliği içinde çalışmak, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan çalışanların rehabilitasyonu konusunda ilgili birimlerle işbirliği yapmak,

4. Bir sonraki yılda gerçekleştirilecek iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili faaliyetlerin yer aldığı yıllık çalışma planını iş güvenliği uzmanıyla birlikte hazırlamak.

İşyeri hekiminin yetkileri:

1. İşyerinde belirlediği hayati tehlikenin ciddi ve önlenemez olması ve bu hususun acil müdahale gerektirmesi halinde işin durdurulması için işverene başvurmak,
2. Görevi gereği işyerinin bütün bölümlerinde iş sağlığı ve güvenliği konusunda inceleme ve araştırma yapmak, gerekli bilgi ve belgelere ulaşmak ve çalışanlarla görüşmek.

İşyeri hekiminin yükümlülükleri:

1. Yönetmelikte belirtilen görevlerini yaparken, işin normal akışını mümkün olduğu kadar aksatmamak ve verimli bir çalışma ortamının sağlanmasına katkıda bulunmak, işverenin ve işyerinin meslek sırları, ekonomik ve ticari durumları hakkındaki bilgiler ile çalışanın kişisel sağlık dosyasındaki bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler.
2. İşyeri hekimleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumludurlar.
3. İşverene yazılı olarak bildirdikleri iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili alınması gereken tedbirlerden acil durdurma gerektiren hallerin işveren tarafından yerine getirilmemesi hâlinde, işyerinin bağlı bulunduğu çalışma ve iş kurumu il müdürlüğüne yazılı olarak bildirmekle yükümlüdürler.
4. İşyerinde yapılan çalışmalara ilişkin tespit ve tavsiyeleri iş güvenliği uzmanı ile birlikte yapılan çalışmaları ve gerekli gördüğü diğer hususları onaylı deftere yazarlar.
5. İşyeri hekimi, meslek hastalığı ön tanısı koyduğu vakaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk eder (1-3).

Yönetmelikte ayrıca işyeri hekimlerinin aylık çalışma süreleri de belirlenmiş olup aylık çalışma süreleri az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde çalışan başına ayda en az 5 dakika, tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde ayda en az 10 dakika ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde çalışan başına ayda en az 15 dakika olarak belirlenmiştir.

MESLEK HASTALIĞI KAVRAMI

Çalışanın çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlülük durumudur. Meslek hastalıkları iş ile ilgili hastalıklardan farklıdır. İşle ilgili hastalıklar; yalnızca bilinen ve kabul edilen meslek hastalıkları değil, oluşmasında ve

gelişmesinde çalışma ortamı ve çalışma şeklinin diğer sebepler arasında önemli bir faktörü olduğu hastalıklardır. Kısaca “çalışma koşulları ile doğal gelişmesi-seyri değişen hastalıklar”dır. Meslek hastalıklarından daha siktir. Genellikle kronik ve dejeneratif hastalıklardır. Etiyolojilerinde birden fazla sayıda faktör bulunur, bu faktörlerden biri de mesleksel faaliyet olabilir. Sebep sonuç ilişkisi yoktur. İşçiler kadar genel toplumda herhangi bir kişide de görülebilir. Ancak bazı işlerde çalışıyor olmak bu hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı, hızlandırıcı etkisi olabilir. Aynı olguda aynı sonuçlar farklı nedenlere bağlı olabilir.

Meslek hastalıklarının bazı özellikleri mevcuttur;

1. Meslek hastalıkları bir hafta ile 30 yıl arasında değişen zamanlarda oluşabilir. Çok olguda yakınmalar ortaya çıkmadan önce, hastalık başlamış hatta maluliyet meydana gelmiş olabilir.
2. Meslek hastalıkları, sakatlık ya da ruhsal bozukluk şeklinde görülebilir; akut ya da kronik şeklinde gelişebilir.
3. Hastalığın oluşması zararlı maddenin cinsine, maruziyet süresine, kirleticinin yoğunluğuna, çalışanın duyarlılığına ve ortam rahatlık koşullarına bağlıdır. Maruziyet süresi, meslek hastalığına yol açan zararlı etkene maruziyetin başlamasıyla hastalık belirtilerinin ortaya çıkması için gereken en az süredir.
4. Çalışma koşulları hastalığın doğrudan doğruya ve vazgeçilmez tek etkenidir. Bu nedenle etken tektir ve ortamda yoksa hastalık da yoktur denebilir. Etkenle işçinin ilişkisi kesilirse, hastalık çoğu zaman o evrede durur.
5. Etken ya da metaboliti biyolojik ortamda bulunur. Periyodik ortam ölçümleri ve sağlık muayeneleri ile şikayet ortaya çıkmadan tespit edilebilir ve gerekli önlemler alınabilir.
6. Meslek hastalığı tanısı, o tanıyı alan çalışanın yakın çalışma arkadaşları için de erken tanı olanağı verir. O meslek grubunda insidansı siktir.
7. Kanunla sağlanan yardımlardan yararlanabilmek için sigortalının meslek hastalığına sebep olan işinden fiilen ayrıldığı tarih ile meslek hastalığının meydana çıktığı tarih arasında geçecek azami süreye yükümlülük süresi denir. Her meslek hastalığı için yükümlülük süreleri belirlenmiştir. Örneğin, kronik kurşun zehirlenmesi için yükümlülük süresi üç yıl iken Benzene bağlı lösemi için 10 yıl olarak belirlenmiştir. Ayrıca, yükümlülük süresi akut tablolarda daha kısa, kronik durumlarda ise uzundur.
8. Meslek hastalığı tıbbi olduğu kadar yasal yükümlülükleri mevcuttur.

İş etkinliklerinden kaynaklanan ajanlara maruziyete bağlı olarak kimyasal, biyolojik ve fiziksel meslek hastalıkları şeklinde sınıflandırılır. Hedef organlarda sistemlerine göre ise mesleki kanserler, solunum, cilt, kas-iskelet ve zihinsel-davranışsal bozukluklar şeklinde sınıflandırılır (6-7).

İşyerinde çalışanlar biyolojik, kimyasal, fiziksel, psikososyal, biyomekanik risk etmenleriyle karşılaşabilmektedirler. İşyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı birlikte meslek hastalıklarının ve iş kazalarının azaltılması doğrultusunda bu risk etmenlerini belirlemeli, ölçmeli ve gereken önlemi almakla sorumludurlar.

İŞYERİ HEKİMLİĞİ VE AİLE HEKİMLİĞİNİN ORTAK ÇALIŞMA ALANLARI

WONCA (Dünya Aile Hekimleri Örgütü) tarafından belirlenen aile hekimliği disiplininin özellikleri arasında uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirme, toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenme, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alma gibi olmazsa olmaz özellikler yer almaktadır. Çekirdek yeterlilikleri arasında ise birinci basamak yönetimi, kapsamlı yaklaşım, bütüncül yaklaşım, toplum yönelimli olma gibi önemli yeterlilikler sayılmıştır (8). Dünya Sağlık Örgütü'nün Çerçeve Bildirgesi'nde tanımlanan aile hekimliği özellikleri arasında ise genel sağlık, sürekli bakım, kapsayıcı yaklaşım ve toplum yönelimli olma gibi ilkeler sıralanmıştır. Kapsamlı yaklaşım sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici ve destekleyici bakımı tanımlar. Temel sağlık hizmeti özellikle koruyucu hekimliği içermektedir. Bağışıklama, periyodik sağlık muayenesi ve eğitim-danışmanlık koruyucu hekimliğin vazgeçilmez öğeleridir. WONCA'nın aile hekimliği tanımı ile işyeri hekimliğinin uygulama alanları birlikte düşünüldüğünde aşılama, sağlık danışmanlığı, periyodik sağlık muayenesi, riskli grupları belirleme, tarama testleri ve sağlık gözetiminin işyeri hekimliği ve aile hekimliğinin ortak ilgi alanlarını oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca zamanının önemli bir kısmını işyerinde geçiren çalışanların aile hekimliğine başvurularında işle ilişkili genel risk faktörlerinin bilinmesi aile hekimine tanı aşamasında yardımcı olacak önemli bir öğüman olacaktır.

KAYNAKLAR

1. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Resmi Gazete, 30.6.2012.
2. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, 20.07.2013.
3. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, 29.12.2012.
4. Kalkış İ. İş Sağlığı ve Güvenliği'nde Yeni Dönem: 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (İSGK), 'İş, Güç' Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2013;15(1):17-41.
5. Korkut G, Tetik A. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun Getirdiği Yenilikler ve Temel Sorunlar, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2013;18(3):455-74.
6. McElvenny DM, Armstrong BG, Järup L, Higgins JP. Meta-analysis in occupational epidemiology: a review of practice. Occup Med (Lond). 2004;54(5):336-44.
7. Weevers HJ, van der Beek AJ, Anema JR, van der Wal G, van Mechelen W. Work-related disease in general practice: a systematic review. Fam Pract. 2005;22(2):197-204.
8. Wonca 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, TAHUD Yayınları, 2011, Ankara.

Konu 80

RİSK VE PROGNOZ TAHMİNİ (KARAR DESTEĞİ)

Şirin PARKAN, Pemra CÖBEK ÜNALAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu dersin sonunda katılımcıların risk ve prognoz tahmini konusunda bilgi sahibi olmaları amaçlanmaktadır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Sağlık hizmet sunumu açısından riski tanımlayabilmek,
- Tarama, takip, tedavi süreçlerinde risk ve prognoz yönetiminin ana bileşenlerini sıralayabilmek,
- Bu bileşenlerin tanımlamak,
- “Klinik Karar Destek Sistemleri” hakkında bilgi sahibi olmak.

ÖZET

Sağlık hizmeti sunumunda hastaların tarama, tedavi ve takip süreçlerini risk ve prognoz belirleyerek yönetmek önerilir. Bunu uygularken kanıta dayalı tıp kılavuzları önderliğinde hareket etmek gerekir. İleride daha yaygın kullanılacağı düşünülen “Klinik Karar Destek Sistemleri” kanıta dayalı tıp kılavuzlarının tetkik planlama, tarama araçları ve sürelerine karar verme, tedavi protokolleri oluşturma konularında bilgisayar sistemlerine entegre edilerek rutin kullanıma sunulmasını hedeflemektedir. Hastaların takip ve tedavi süreçlerinde yaşam kaliteleri ve kişisel beklentilerini de göz önünde bulundurarak karar vermelidir.

GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunarken risk belirleme, belirlenen risk doğrultusunda yapılacak tetkiklere, uygulanacak tedaviye karar verme son 60-70 yıldır tanımlanan, son 20-30 yıldan bu yana ise önemi gittikçe artarak bilimsel kılavuzlarda kullanılmakta olan bir yaklaşımdır.

Risk deyince ne anlıyoruz? Türk Dil Kurumuna göre risk; zarara uğrama tehlikesidir. Demek ki, hastalarımızın göreceği olası bir zararla ilgili düşünme ve kararlarımıza bunu da dahil etme gerekliliği risk kavramını sağlıkta önemli hale getirmiştir. Hastanın zarar göreceği kesin değildir, bir olasılıktır. Bu olasılığa göre biz ona bir tedaviyi önereceğiz ya da önermeyeceğiz, radyo aktivite içeren bir tetkiki yaptıracağız ya da yaptırmayacağız. Risk olasılığı ölçülebilir, hesaplanabilir bir şey midir? Artık yapılan büyük kohort çalışmaları ve bunların meta-analizleri sayesinde geniş popülasyonlar taranarak takip edilebilmektedir. Uzun yıllar süren takipler ve bunların istatistik bilimi yardımıyla değerlendirilmesi neticesinde hangi duruma maruz kalmanın nasıl sonuçlar doğurduğuna dair elimizde oldukça kesin veriler bulunmaktadır. Bu veriler kılavuzlar halinde yayınlanmakta, böylece ortak protokoller oluşturulabilmektedir. Buna kanıta dayalı tıp denir. Ancak sosyal, toplumsal ve bireysel farklılıklar göz önüne alındığında riski tanımlamak sadece sayıları dikkate alarak karar vermek kadar kolay olmayabiliyor.

Sağlık açısından risk ileride zarar oluşturacak mevcut bir tehlikenin tanımlanması olarak ifade edilmiştir (1). Risk faktörlerinin bir kısmı önlenemez olduğundan risk değerlendirmesinin yapılması önemlidir. Ancak hasta yararını hastaya rağmen gözetmek ya da olası kişisel sınır ihlalleriyle hasta adına karar vermemek açısından gereken hassasiyetin gösterilmesi gerekliliğini de göz ardı etmemelidir. Edwards'a göre riski yorumlarken iki temel öğeden söz etmek gerekir. Birincisi riskin gerçekleşme olasılığı, Edwards; "bireylerin dili ve istatistiği nasıl yorumladığı çok değişken olabilir" diyor. İkincisi ise mevcut zarar ve onun bireyi ne kadar etkilediğidir. İstenmeyen etkiye verilen önem ve birey açısından anlamı da çok değişken olabilir (2).

Risk faktörlerinin önlenmesi uzun vadede sağlık giderlerini de kısıtlayacağı için sosyoekonomik açıdan da önem taşımaktadır. TÜİK verilerine göre sağlık harcamaları, 2014 yılında %12,3 oranında artarak, 94 milyar 750 milyon TL'ye ulaştı. Bunun %49,5'u hastanelerde, % 12,8'i ayaktan bakım alanlarında sunulmuştur (3). ABD'de ise yıllık sağlık giderleri ortalama 2 trilyon dolardır ve bunun %75'i kronik hastalık bakımına ayrılmış paydır. Tüm toplumun 1/3'den fazlasının kronik bir hastalıkla yaşadığı düşünülmektedir. Kronik hastalığı olanların %50'den fazlasının ise birden fazla kronik durumu bulunmaktadır (4). RAND çalışmasında bu rakamın her sene %1 arttığı gösterilmiştir (5). Bu açıdan birinci basamak sağlık hizmeti sunanların ileriye yönelik en önemli görevlerinin sundukları kronik hastalık bakımı kalitesini arttırmak olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu nedenle sağlık sisteminin kronik hastalık oluşumunu önlemeye yönelik yeniden örgütlenmesi gerektiğinin önemle altını çizmeliyiz. İşte burada klinik karar destek sistemlerinden bahsetmeliyiz. Literatür kronik hastalığın

Önemli Noktalar

- Sağlık açısından risk ileride zarar oluşturacak mevcut bir tehlikenin tanımlanması olarak ifade edilmiştir.
- Klinik karar destek sistemleri, klinik karar vermeyi geliştirmek için tasarlanmış bilgisayar üzerinden ulaşılabilir bilgi sistemleridir.

tedavisinin ve korunmasının doğru zamanda doğru uygulama için ipuçları içeren klinik kılavuzların yaygın kullanımı ile oluşturulacak bir karar destek sistemi gerektirdiğini göstermektedir. Klinik karar destek sistemlerinin kronik hastalık bakımını geliştirdiği gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (6).

Klinik karar destek sistemleri nedir? Klinik Karar Destek Sistemleri (Clinical Decision Support Systems; CDSS) klinik karar vermeyi geliştirmek için tasarlanmış bilgisayar üzerinden ulaşılabilir bilgi sistemleridir. Hastaların karakteristik özellikleri bir bilgisayar ağında kendine ait yeri bulur ve hastaya özel öneriler yine bu ağ üzerinde yazılım aracılığıyla oluşturulur. Hekimler, diğer sağlık hizmeti çalışanları ve hatta hastalar manuel olarak hasta özelliklerini bilgisayar sistemine girebilirler ya da diğer bir alternatif olarak elektronik tıbbi kayıtlar hasta özelliklerinin çağrılması için sorgulanabilir. Bilgisayarın oluşturduğu tavsiyeler hekime sunulur. Bu tür sistemler aslında başta göğüs ağrısının ayırıcı tanısı, aşılar ya da infertilite tedavisi için algoritmalar olarak geliştirilmiştir. Geliştirilmiş haliyle bu sistemler çok çeşitli karar destekleri sağlamaktadır. Alarm değerleri, koruyucu sağlık hizmeti olarak hatırlatılması gerekenler, ilaç yazma tavsiyeleri, mevcut ilaç istemleriyle ilgili uyarılar ve çeşitli aktif bakım konularıyla ilgili uyarılar gibi (6).

Bu tür ortak sistemler kullanmanın en büyük faydası kanıta dayalı tıbbın yaygın ve kullanılabilir hale getirilmesi, uygun tıbbi yaklaşımda dünya genelinde ortaklaşma olabilir. Ancak birçok sağlık bakımıyla ilişkili yeni uygulamada olduğu gibi CDSS'in de klinik pratiğe iyice yayılmasından önce etkinliğinin çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Bizler için de önemli olan birinci basamağa yönelik çalışmalarda kullanılan CDSS ile ilgili değerlendirmelerdir. CDSS etkinliği ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Bunlardan biri Bright ve arkadaşlarının hazırladığı CDSS hakkında bir dizi analizin raporudur. Bu çalışmada; sağlık verileri (çıktıları), sağlık bakım süreçleri, iş yükü ve etkinlik, hasta memnuniyeti, maliyet, sağlık hizmeti sunucusunun kullanımı ve sistemin uygulaması değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye 148 randomize, kontrollü çalışma eklenmiştir. Toplam 128 tanesi (%86) sağlık bakımı süreci ölçümlerini (health care process measures), 29'u (%20'i) klinik çıktıları (clinical outcome) ve 20 tanesi (%15'i) de maliyeti değerlendirmiştir. Sonuç olarak klinik karar destek sistemlerinin yukarıda değerlendirildiği ifade edilen veriler açısından sağlık bakım süreçleri ölçümlerini iyileştirdiği görülmüştür. Ancak klinik etkinlik, iş yükü ve ekonomi açısından daha çok değerlendirmeye ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır (7).

Klinik karar destek sistemleri öyle ya da böyle geleceğin tıbbında önemli bir yer tutacağı benziyor. Bu nedenle risk ve prognozdan söz ederken gelişmekte olan ve gelecekte risk ve prognoz belirlemeyi belirleyecek olan bu konuya değinmeden geçmek istemedik. Yazının bundan sonraki kısmında ise klinikte risk değerlendirmesi ve yönetimi nasıl olmalı konusunu bir hastalık ve bir durum örneği üzerinden anlatmak istiyoruz. Hastalık olarak kalp yetmezliğini ve özellikle yaşlılarda erken tanı süreçlerini bu açıdan en uygun örnekler olarak seçtik.

Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği bir dizi farklı kardiyovasküler hastalığın son aşamasını temsil eden bir klinik sendromdur. Altta yatan neden ne olursa olsun bir hasta bir kez kalp yetersizliği belirtileri göstermeye başladıysa prognozu kötüdür. Genç bir erişkinin hayatı boyunca kalp yetmezliği geliştirme olasılığı %20-30 kadardır. Hem prognozu kötüdür hem de genellikle sık hastaneye yatış gerektirir (8). Dolayısıyla kalp yetmezliği gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir insani ve ekonomik kayba neden olmaktadır. Kalp yetmezliği olan hastalarda son 20 yıldır kısa ve uzun süreli mortalitenin azaldığı gösterilmektedir. Bu sonuç büyük ihtimalle kanıtla dayalı tıbbın gittikçe daha çok kullanılması ve kardiyovasküler risk faktörlerinin daha iyi yönetilmesinin bir sonucudur (9-11). İyileşmenin büyük kısmı sol ventrikül sistolik disfonksiyonu olan genç hastalarda olmuştur. Hastalığın ilerlemesini önlemeye yönelik kanıtla dayalı tıbbı bağlı erken dönem tedavilerin en çok bu grupta etkili olduğunu düşününce bu sonuç bizim için şaşırtıcı değildir. Kalp yetmezliğinin birçok farklı kalp hastalığının son evre fenotipini temsil ediyor olmasına rağmen, çok sayıda geniş ölçekli, randomize, plasebo kontrollü çalışma bizim bu sendroma mekanik bakışımızı değiştirmiş ve geliştirmiştir. Bu çalışmaların çoğu orta ile ağır arası sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu olan hastalarda yapılmıştır.

Kronik kalp yetmezliğinin tedavisi yaşam tarzı değişikliği, ilaç tedavisi başlanması, dozunun ayarlanması ve gereğinde cihaz kullanımına karar verme kısımlarından oluşur. Kalp yetmezliği için kullanılan tedavi yaklaşımları genel olarak üçe ayrılabilir: Farmakolojik tedaviler, bir cihaza (device-based) bağlı tedaviler ve koordine hastalık yönetimi (coordinated disease management). Farmakolojik tedavi ile ilgili olarak sol ventrikül sistolik disfonksiyonu olan hastaya verilecek ilaçla, sistolik disfonksiyonu olmayan hastaya verilecek ilaç yaşam beklentisi açısından farklıdır. O nedenle hastalık prognozunu belirleyebilmek için sol ventrikül sistolik disfonksiyonunu saptamak önemlidir. Bunun için en iyi yöntem ekokardiyografidir. O halde kalp yetersizliğini önlemek için hastalara farmakolojik tedavi başlamadan önce ekokardiyografi yapmak kalp yetmezliği gelişimini önleyecektir (12). Peki bu durumda herkese tarama olarak ekokardiyografi mi yapılmalıdır? Öyle ise bu tetkik ne sıklıkta istenmelidir?

Kronik kalp yetmezliği vakalarına genellikle akut dekompanseasyon durumunda tanı konur. Hastalar genellikle doğrudan hastaneye yatırılması gereken bir durumdadır ve önceden bir kalp yetmezliği öyküsü yoktur. Hastalar çoğunlukla birden bire hastalanır ve kısa süreli hastane kalışlarında onlara yaşam tarzı değişikliklerine gitmeleri gereken ciddi bir rahatsızlıkları olduğu söylenir. Taburcu olurlarken birden 10-11 ilaç başlanır, artık hayat boyu sürecek bir hastalıkları olduğu bilgisi kendilerine verilir ve birinci basamak hekimlerine reçetelerini yazdırmak ve elektrolit takipleri için gitmeleri gerektiği anlatılır. Diğer yandan taburcu olan her dört hastadan birinin 30 gün içerisinde yeniden hastaneye yatması gerekebilir (12,13) ve bunların %30-40 kadarının 60-90 gün içerisinde öleceği ya da yeniden hastaneye yatacağı gösterilmiştir (12,14). Araştırmalar; hasta bakımının taburculuktan sonraki süreçte, hastane ortamından toplum sağlığı hizmet sunucularına geçişini hemşirelerin yönetiminde sağlayan multidisipliner, geniş ve iyi koordine olmuş bir sistem içerisinde olmasının yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir. Bu hizmetlerin yaşam süresini uzattığı, hastaneye yatışları azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (15-18).

Etkili kalp yetmezliği programları bir kardiyologun desteklediği bir kalp hemşiresi ile bir multidisipliner takımı içerir; hastanede taburculuk planlaması aşamasında eğitim ile

başlayan; hasta ve aile eğitimi ve danışmayı da içeren; günlük kilo ölçümü ve özel yaşam tarzı davranışlarına ve ilaçlara uyum göstermeyi, ilaç optimizasyonu; devam eden takip ve hastalık gözlemi, öz bakım davranışlarını destekleyen ve öneri almak için hastanın başvurusuna olanak sağlayan, bireyselleştirilmiş bir sağlık bakımı planı geliştirmeyi içerir (19,20).

Yaşlı Hastalar

Kalp yetmezliği bozulmuş diyastolik ve/veya sistolik fonksiyon sonucu oluşan ve klinikte sayısız, genellikle spesifik olmayan nefes darlığı, ortopne, kronik halsizlik, alt ekstremitede ödem gibi semptomlardan oluşan bir kompleks klinik sendromdur. Kalp yetmezliğinin birçok nedeni olabilir, ancak en sık karşılaşılan etiolojiler koroner arter hastalığı ve hipertansiyondur. Kalp yetmezliğinin prevalansı yaşla birlikte yüksek morbidite ve mortaliteye yol açarak hızla artmaktadır. Kılavuzlara göre kalp yetmezliğinin tanısı için semptomlar dışında kardiyak disfonksiyonun objektif olarak kanıtlanması gerekir. Bu da ekokardiyografi ile mümkündür.

Kalp yetmezliği tanısını erken koymanın öneminden bahsettik. Bu erken tanıyı koyacak kişi birinci basamak hekimi olmalıdır. Ancak birinci basamakta kalp yetmezliği tanısı koymak gerçekten çok zordur, çünkü semptomlar genellikle kalp yetmezliğine spesifik değildir ve kolayca fark edilmezler. İleri tetkik genelde pek mümkün değildir, ama yanlış konmuş bir tanı gereksiz tıbbi tedavilere yol açarken (ilaç tedavisi gibi) kaçırılmış bir kalp yetmezliği tanısı da morbidite veya mortaliteye neden olacaktır. Sol ventrikül disfonksiyonu için referans tetkikin ekokardiyografi olduğunu, sol ventrikül diyastolik ve sistolik disfonksiyonlarının tanımlanmasının bu yolla yapılabileceğinden söz etmiştik (21). Fakat herkese ekokardiyografi taraması yapmak mümkün olmayacağından hangi hastalara bu tetkiki uygulayalım sorusu önem kazanacaktır.

Ringoir ve arkadaşları Netherlands Heart Journal'da yayınlanan bir çalışmalarında yüksek tansiyonu olan 591 yaşlı birinci basamak hastasında kalp yetmezliğiyle ilişkili semptomların prevalansını ve kardiyak disfonksiyonu öngörecektir semptomların tanısız değerini bildirmiştir. Kardiyak disfonksiyonu, anormal ekokardiyografi olarak tanımlamıştır (22). Semptomların çalışma popülasyonunun %13-25'inde ifade edildiği görülmüştür. Bu semptomlar sensitif olmamasına rağmen (%20-32) sahiplerinin ekokardiyografileri anormal sonuçlanmıştır (%71-90). Bunlar arasında en spesifik semptom (ayak bileği ödemi) en az sensitif olundu. Yine de bilinen kalp yetmezliği risk faktörlerine eklenen yeni bir faktör olmuştur. Yazarlar yaşlı hipertansif birinci basamak hastaları içerisinde ayak bileği ödemi olanların ekokardiyografi taramasına yönlendirilebileceğini göstermiş oldular (22).

Roalfe ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada klinik bulguların diagnostik rolü araştırıldı. Onlar kalp yetmezliği şüphesi olan hastalarda ekokardiyografiye yönlendirme nedeni olması gereken dört basit klinik bulgu tanımladılar: Erkek (Male), myokard enfarktüsü öyküsü (Infarction), akciğerde krepitasyon duyulması (crepitations) ve ödem (oedema), yani MICE (23).

Bir başka araştırmada; yaşları 71±12 yıl, %65'i kadın, %52'sinin hipertansiyonu, %7'sinin koroner kalp hastalığı olan ve kalp yetmezliği şüphesi bulunan 721 birinci basamak hastasında öykü alma, fizik muayene, EKG, radyolojik görüntüleme, fizik muayene, spirometri ve ekokardiyografiyi içeren standardize tanısal bir çalışma sürdürüldü. Sonuçta kalp yetmezliği prevalansı %29 bulundu. Hiyerarşik, çok değişkenli bir lojistik regresyon modellemesi öykü alma kısmından üç maddenin (yaş, koroner arter hastalığı ve diüretik kullanımı), buna ilaveten fizik muayeneden altı maddenin (nabız ve düzensiz ritim, yer değiştirmiş apikal atım, üfürüm, raller ve artmış juguler venöz basınç) kalp yetmezliği tanısını oldukça hızlı öngördüğünü göstermiştir. Bu çalışmanın istatistiksel sonuçları incelendiğinde öykü alma ve fizik muayeneden elde edilen bilgilerin hızlı kalp yetmezliği tanısı koymada etkili olabileceği ama düşük riskli gruplarda daha az değerli olduğu görülmüştür. Ringoir ve arkadaşları çalışmalarında kalp yetmezliği değeril, ekokardiyografi anormalliği sonuçlarını vermişlerdir ki kalp yetmezliği sayısının bundan çok düşük olduğunu tahmin etmek yanlış olmaz (24).

Burada EKG'nin önemini de vurgulamadan geçmemek lazım. Kesinlikle kısıtlılıkları olmakla birlikte anormal bir EKG şüpheli kalp yetmezliği hastalarında ekokardiyografik sol ventrikül sistolik disfonksiyonunu saptayabilir. Tersinden de normal bir EKG sol ventrikül diyastolik disfonksiyonunu çoğu vakada dışlayabilir. Sonuç olarak kalp yetmezliğinde net bir erken tanı koyma modelini yazarlar henüz oluşturmuş değerildir ve elimizdeki araçların hepsinin kısıtlılıkları vardır. Ek olarak kalp yetersizliği tanısının klinik tanımı da halen çok net değerildir. Sistolik disfonksiyonu tanımlarken koyulan değerlerde değerşkenlikler olmakla birlikte sistolik disfonksiyonla kalp yetmezliği tanısını koymak klinik olarak kardiyak disfonksiyonu olan önemli bir hasta grubunu yakalayamamaktadır (25).

SONUÇ

Bireylerin sağlığı açısından ileride zarar oluşturacak mevcut bir tehlike olasılığının tanımlaması biz birinci basamak hekimlerinin başlıca görevidir. Kaldı ki bu risklerin bir kısmı da önenebilir olduğundan sözünü ettiğimiz risk değerlendirmesi daha da önem kazanmaktadır. Birinci basamakta erken tanı ve doğru tedavide risk değerlendirmesinin sık sık yapıldığı ve daha net ve kolay olduğu başka bir dolu tanısal alan vardır. Bunların bazıları elimizdeki kitapta kendi başlıkları altında anlatılacaktır. Bu bölümde risk ve prognoz ilişkisi tanımlanırken kalp yetmezliği ve yaşlı hastada kalp yetmezliği tanısına yaklaşım konularında risk tayini yapmanın içerdığı güçlükler örnek olarak ele alınmıştır. Bu güçlüklerin kanıtlar ışığında tartişılması yoluyla birinci basamak hekimleri risk tayini ve prognoz belirlemede özgün bir tutum kazanabilir.

KAYNAKLAR

1. Mohanna K, Chambers R. Risk: what's that all about then? In: Mohanna K, Chambers R, eds. Risk matters in health care: communicating, explaining and managing risk. 1st ed. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press, 2001:3-14.
2. A Edwards, G Elwyn. Understanding risk and lessons for clinical risk communication about treatment preferences. *Qualiy Health Care*, 2001;10:9-13.

3. TÜİK. İstatistiklerle Türkiye 2014. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Haziran 2015. <http://C:/Users/TOSHIBA/Downloads/-1008203841433007946.pdf>. Erişim Tarihi: 18.07.2016.
4. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Chronic Diseases The Power to Prevent, the Call to Control At a Glance 2009. <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/AAG/pdf/chronic.pdf>. Erişim Tarihi: 18.07.2016.
5. Shin-Yi W, Green A. Projections of Chronic Illnes Prevalence and Cost Inflation, RAND, October 2000.
6. Garg XA, et al. Effects of Computerized Clinical Decision Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes. JAMA 2005;293(10):1223-38.
7. Tiffany B, et al. Effect of Clinical Decision-Support Systems. Annals of Internal Medicine. 2012;157:29-43.
8. D. M. Lloyd-Jones, et al., Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study, Circulation, 2002;106(24):3068-72.
9. Schaufelberger M, et al, Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden: data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. European Heart Journal, 2004;25(4):300-7.
10. McLean SA, et al, The epidemiology of heart failure in Australia, International Journal of Cardiology, 2007;118(3):370-4.
11. Wasywich CA, et al. Understanding changing patterns of survival and hospitalization for heart failure over two decades in New Zealand: utility of 'days alive and out of hospital' from epidemiological data, European Journal of Heart Failure, 2012;12(5):462-8.
12. Atherton J. We are fighting the battle but are we winning the war?, Scientifica 2012;16:1787-1847.
13. Jencks SF et al. Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program, The New England Journal of Medicine 2009;360(14):1418-28.
14. G. C. Fonarow, et al., "Association between performance measures and clinical outcomes for patients hospitalized with heart failure," Journal of the American Medical Association, 2007; 297(1):61-70.
15. McAlister FA, et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials, Journal of the American College of Cardiology, 2004;44(4):810-9.
16. Holland R, et al., Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure, Heart 2005;91(7):899-906.
17. Stewart S, et al., Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study, The Lancet, 1999;354(9184):1077-83.
18. Phillips CO, et al., Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis, Journal of the American Medical Association, 2004;291(11):1358-67.
19. Yu DSF, Thompson DR, Lee DTF. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes, European Heart Journal 2006;27(5):596-612.
20. National Heart Foundation of Australia, Multidisciplinary care for people with chronic heart failure, Principles and recommendations for best practice, National Heart Foundation of Australia, Melbourne, Australia, 2010.

<http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/Multidisciplinary-care-for-people-with-CHF.pdf>. Erişim Tarihi: 19.04.2016.

21. McMurray JJ, et al., ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, Eur Heart J. 2012;33:1787-847.
22. Ringoir L, et al. Symptoms associated with an abnormal echocardiogram in elderly primary care hypertension patients. Neth Heart J. 2014. doi:10.1007/s12471-014- 0543-y.2014.
23. Roalfe AK, et al. Development and initial validation of a simple clinical decision tool to predict the presence of heart failure in primary care: the MICE (Male, Infarction, Crepitations, Edema) rule. Eur J Heart Fail. 2011;14:1000-8.
24. Kelder JC, et al. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. Circulation, 2011;124:2865-73.
25. Bekkers et al., Elderly primary care hypertension patients-who to refer for echocardiography? Net Heart Journal 2014;22:231-33.

Konu 81

TEDAVİ SEÇENEKLERİ ARASINDA TERCİH YAPMA

M. Halis TANRIVERDİ

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların tedavi seçenekleri arasında tercih yapma hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Hastanın özerkliği prensiplerini sayabilme,
- Hasta ile ortak karar verme prensiplerini tartışabilmeli,
- Aydınlatılmış onam kavramını açıklayabilmeli.

ÖZET

Hastalar, hastalıkları ile ilgili etkileri ve sonuçları farklı olan tedavi seçenekleri arasından tercih yapmak ve karar vermek durumundadırlar. Hekimler de hizmet verdikleri hastaları için bilinen çözümlerden en uygun olanı tercih etmek ve karar vermek durumunda kalırlar. Böyle bir durumda bilinçli bir tercih için tüm tıbbi verilerin toplanması ve değerlendirilmesi, tüm tedavi seçenekleri hakkında hastaya tarafsız bilgi verilmesi, hastanın özerkliği, değerleri ve tercihleri doğrultusunda karar verilmesi ve seçim yapılması, hastanın tıbbi müdahale konusunda uygun biçimde onamının alınması, karar verme yeterliliğinin olmadığı durumlarda hasta yakınlarının aydınlatılıp onamlarının alınması gerekir. Bunu yaparken de hekim, tıp uygulaması sırasında hastanın kişisel haklarını kullanmasına fırsat tanınmalı, onun kişisel değerlerine saygı göstermeli, onunla iletişimini arttırmalı ve vereceği tıbbi karara hastasını da katarak yapıcı bir işbirliğine girmeli ve onu anlayabilmelidir. Belki de bu şekilde, hasta haklarında en önemli etik boyut olan “kendi kaderini belirleme hakkı”nın güncel tıp pratiğine yerleştirilmesine katkıda bulunulabilir.

GİRİŞ

Hastalar, hastalıkları ile ilgili etkileri ve sonuçları farklı olan tedavi seçenekleri arasından tercih yapmak ve karar vermek durumundadırlar. Hekimler de hizmet verdikleri hastaları için bilinen çözümlerden en uygun olanı tercih etmek ve karar vermek durumunda kalırlar. Bu durum, özellikle hasta ile hekim arasındaki etkileşim sırasında, yani problemlerin tanımlandığı ve bunların çözümü için planların yapıldığı dönemde yaşanmaktadır (1).

Günümüzde bilgiye ulaşım kolaylığının artması ve hastanın bireysel değerlerini, tıbbi müdahaleler konusunda bilgilendirilme ve kendi tercihini belirleme hakkını öne çıkaran hasta özerkliğinin de önem kazanması gibi birçok faktör hastaları karar verme sürecine katmıştır (2). Dolayısıyla hekim, tıp uygulaması sırasında hastanın kişisel haklarını kullanmasına fırsat tanımalı, onun kişisel değerlerine saygı göstermeli, onunla iletişimini arttırmalı ve vereceği tıbbi karara hastasını da katarak yapıcı bir işbirliğine girmeli ve onu anlayabilmelidir. Başka bir ifade ile hekimin almış olduğu tıbbi karar içerisinde, hastanın da görüş ve onamı bulunmalıdır. Peki günümüzde bir hekim klinik etik kararı nasıl elde edecek?

Etik bir karar verme işlemi, kendi içerisinde bir süreçtir ve bu karara ulaşma sürecinin hekim tarafından çok iyi biçimde kavranmış ve biliniyor olması gerekmektedir. Her şeyden önce bilinçli bir tercih için tüm tıbbi verilerin toplanması ve değerlendirilmesi, tüm tedavi seçenekleri hakkında hastaya tarafsız bilgi verilmesi, hastanın özerkliği, değerleri ve tercihleri doğrultusunda karar verilmesi ve seçim yapılması, hastanın tıbbi müdahale konusunda uygun biçimde onamının alınması, karar verme yeterliliğinin olmadığı durumlarda hasta yakınlarının aydınlatılıp onamlarının alınması gerekir (3).

1- Tıbbi verilerin toplanması ve değerlendirilmesi

Öykü, özgeçmiş, fizik muayene belirti ve bulguları, yaşam biçimi, laboratuvar ve görüntüleme ile ilgili tüm verilerin ayrıntılı bir şekilde toplanmış olması gereklidir. Yine düşünülen tedavi seçeneği ile ilgili teknik imkanlarla ilgili bilgiler tümüyle edinilmiş ve belirlenmiş olmalıdır. Tıbbi verilerin bu biçimde tümüyle bilinmesi tedavi seçenekleri arasında tercih yapabilmeye önemli noktalardan biridir (3).

2- Tedavi seçenekleri hakkında hastaya tarafsız bilgi verilmesi

Önemli Noktalar

- Etik bir karar verme işlemi, kendi içerisinde bir süreçtir.
- Günümüzde hasta özerkliğinin önem kazanması gibi birçok faktör hastaları karar verme sürecine katmıştır.
- Öykü, özgeçmiş, fizik muayene belirti ve bulguları, yaşam biçimi, laboratuvar ve görüntüleme ile ilgili tüm verilerin ayrıntılı bir şekilde toplanmış olması gereklidir.
- Hekim, hastaya planlanan tedavi seçeneklerini, risk ve tehlikelerini tüm ayrıntıları ile özel zaman ayırarak anlatmalıdır.
- Hastanın özerkliği, değerleri ve tercihleri doğrultusunda karar verilmesi ve seçim yapılması önemlidir.
- Hastanın tıbbi müdahale konusunda uygun biçimde aydınlatılmış onamının alınması gerekir.
- Karar verme yeterliliğinin olmadığı durumlarda hasta yakınlarının aydınlatılıp onamlarının alınması gerekir.

Hekim, hastaya planlanan tedavi seçeneklerini, nasıl ve ne kadar sürede yapacağını, risk ve tehlikelerini, yan etkilerini, varsa başka alternatif tedavi yöntemleri ile bu alternatif tedavinin yararlarını, zararların ve risklerini, kendisinin bunları yapıp yapmadığını, uygulama için yeterli deneyimi bulunup bulunmadığını, mevcut koşul ve olanakların yeterli olup olmadığını, hastanede kalış süresini, tedavinin işine, ekonomisine ve aile yaşamına olan etkilerini, tüm işlemlerin maddi ve manevi karşılıklarının ne olabileceğini, tedavinin yapılmaması yada ertelenmesi durumunda sonucun ne olabileceğini tüm ayrıntıları ile özel zaman ayırarak anlatmalıdır (4).

Bunu yaparken de hastanın anlayabileceği, kendi eğitim düzeyine göre, durumuyla ve gelecekte olacaklarla ilgili aklının bir köşesinde en küçük bir soru işareti kalmayacak şekilde, ağır ağır, gerekli tekrarları yaparak ve teknik terimler kullanmayarak yapmalı, hastaya ders verir şekilde olmamasına dikkat etmelidir (5). Ve hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını da gözlemelidir (3). Çünkü açıklanan bilginin hasta tarafından anlaşılması, kavranması geçerli bir aydınlatılmış onamın ön koşulu olarak kabul edilmektedir. Hekim verdiği bilginin anlaşılabilirliğini sağlayamaz ise, açıklama ödevini yerine getirememiş olur (3).

Hekimin, hastanın bilgilendirilmesine yönelik bilgi vermesinden önce, orta düzeyde eğitimi olanın anlayabileceği şekilde hazırlanmış, tıbbi terim ve benzeri veriler içermeyen bilgilerle hazırlanmış, “Hasta Bilgilendirme Formları”ndan yararlanması faydalı olacaktır. Böylece, hasta hekim ile konuşmadan önce bir ön bilgiye sahip olacak, soru sorulmasına olanak sağlayabilecek bir yaklaşım sergilendiğinde de, hekim ile daha iyi bir diyalog kurma olanağını bulabilecektir. Bu diyalogun, onun anlayabileceği bir konuşma olmasına özen gösterilip, hastaya ders verir şekilde olmamasına dikkat edilmelidir (5).

Hastaya verilecek bilginin miktarının saptanması konusunda etik uzmanları açıklanacak bilgi miktarının belirlenmesini doktorlara bırakırken, hukukçular bu düzeyin yasalarla saptanmasını önermektedirler. Genel kabul gören ise, hastaya verilecek bilginin, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumu, kültürü ve kişisel inanç ve değerleri doğrultusunda hekim tarafından kararlaştırılmasıdır (6).

Hastayı bilgilendirme sadece tıbbi bilgilerle sınırlı değildir. Hekim, tıbbi ve teknik bilgilerin yanı sıra, hastayı etikle ilgili konularda da bilgilendirmek, sahip oldukları haklar konusunda gerekli açıklamaları yapmak durumundadır (7).

3- Hastanın özerkliği, değerleri ve tercihleri doğrultusunda karar verilmesi ve seçim yapılması

Tıpta özerklik; hastanın, kendi tıbbi süreci hakkında tam ve anlaşılır bilgiyi edindikten sonra, değer yargıları, inançları ve tercihleri doğrultusunda, bedenine ve sağlığına yönelik yapılması planlanan tıbbi tedaviyi kabul etme, reddetme ya da istediği anda sonlandırma yönünde kendi kararını vermeye hakkı olması anlamındadır (6).

Özerklik kavramının tıp etiğine girmesi insan ilişkilerinin günümüzde vardığı noktanın doğal bir sonucudur. Batı dünyasında insan hayatına verilen önem ve kişilik haklarının gelişmesi bunda en önemli çıkış noktası olmuştur.

Hasta özerkliğine saygı ilkesi ise hastanın değerleri doğrultusunda davranabilmesi, bireysel haklarına saygı gösterilmesi ve tıbbi kararda söz sahibi olmasının sağlanmasıdır. Tedavi ya da müdahaleye onam vermek ya da reddetmek, özerkliğe saygı ilkesinin başta gelen öğelerinden biri iken, hastanın özerkliğini kullanabileceği bir ortamın sağlanabilmesi de hekimin yükümlülüklerindedir.

Günümüzde hekim-hasta ilişkisini belirleyen etik değerlerde önemli değişimler yaşanmış, asıl karar verme noktasında hekimin bulunduğu “hekim-merkezli” anlayışın yerini bireyin kendi hakkında karar verme hakkı yani kendi kaderini belirleme hakkı almıştır (8). Kendi kaderini belirleme hakkı, hastanın bilgilendirilerek, konu hakkında aydınlatılarak, kendisine tanınan seçenekler arasından seçim yapabilmesine olanak tanımaktadır (9) Hasta uygulanacak test veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açık bir şekilde anlamalıdır. Hasta, edineceği bu bilgilerden yararlanarak, kendi değer, inanç ve yaşam hedeflerini koruyarak kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkını kullanabilecektir (10).

Kişinin, özerk bir kimlik olarak kendini ifade edebilmesinin sekteye uğrayabileceği durumlar da vardır. Bilinç bozukluğu, ruhsal hastalıklar, baskı altında kalma gibi özel durumlar vb. Hastanın, özerkliğini kullanma yeterliğinin ortadan kalktığı bu ve benzer durumlarda hekim hasta adına karar verme durumuyla karşı karşıya gelmektedir. Hasta adına karar vermeyi gerektiren böyle durumlarda hekimin alacağı karar, hasta özerkliğinin göz ardı edilmesine gerekçe oluşturmamalıdır. Yine hekim, önerdiği tıbbi karara hastanın kendi isteğiyle katılımını sağlamak amacıyla, hastayı ikna, etkileme, zorlama gibi baskı öğelerini kullanmamalıdır (11).

4- Hastanın tıbbi müdahale konusunda uygun biçimde onamının alınması

Aydınlatılmış onam; hekim tarafından yeterliliği kabul edilen hastaya; hastalığının tanısı, tedavisi için uygulanması gereken tıbbi tedavi, tedavinin yapısı, içerdiği riskleri, eğer işlem yapılmazsa prognozu, alternatif tedavi yöntemleri ile bu alternatif tedavilerin yarar ve zararlarının hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin hiçbir baskı altında kalmadan, serbest iradeyle hasta tarafından bilinçli ve gönüllü olarak kabulü şeklinde tanımlanır (6).

Hasta özerkliğinin yaşama geçirilmesini sağlamak için elimizdeki en önemli araçlardan biri hastadan aydınlatılmış onam alınmasıdır. Hastanın bilgilendirilmesi ve onamının alınması konusuna verilen önem Nazi Almanyası'nda tıbbi araştırma adı altında yapılan vahşet örneğinden hareketle, İkinci Dünya Savaşı ertesindeki Nuremberg Mahkemesi kararları ile gelişmiştir. Bununla birlikte aydınlatılmış onam kavramının gerek terim olarak, gerekse incelenmesi anlamında gündeme gelmesi 1970'lerin başından itibaren olmuştur (12).

Hastadan onam alma yaklaşımının altında yatan etik ilke, hastaya kendi hakkında karar verme hakkının tanınmasıdır. Bireyin kendi hakkında karar verme hakkı temel haklarından biri olup, hastalığı ile ilgili, tanı ve tedavisi ile ilgili gerçekleri öğrenme ve kendisi hakkında son kararı verme hakkını sağlamaktadır (6). Dolayısıyla hekim, tıbbi tanı, tedavi ve müdahale ile ilgili bilgileri, tanı ve tedavinin koşul ve niteliklerini, olasılıkları, sonuçlarını hastanın anlayabileceği biçimde tüm ayrıntılarıyla anlatmanın

yanı sıra hastayı etikle ilgili konularda da bilgilendirmek, sahip olduğu haklar konusunda gerekli açıklamaları da yapmalıdır. Hekim tüm bunları yaparken tarafsız kalmalı, kişisel eğilimlerini mümkün olduğunca en az düzeye indirmelidir. Böylesi bir bilgilendirme ve aydınlatma işleminden sonra tıbbi müdahale ile ilgili hastanın görüş ve kararının alınmasına gelinecektir. Tıbbi müdahale ancak, "aydınlatılmış onam" olarak adlandırdığımız bu kararın alınmasından sonra gerçekleştirilebilir (3).

Aydınlatılmış onamın geçerli olabilmesi için hasta, açıklanan bilgiyi anlamalı ve kavramalıdır. Hastanın hastalığı nedeniyle içinde bulunduğu çaresizliği, korkuları, şikayetleri, kendisine anlatılan tıbbi ve teknik terimleri bilmemesi, anlamasını olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle doktor bilgiyi hastanın anlayabileceği bir şekilde yavaş ve gerekli tekrarları yaparak sunmalıdır (13). Hastanın anlayıp anlayamadığını, hastayı dikkatle izleyerek tavır ve konuşmalarından çıkartmalıdır. Yine hekim, hastasının kapasitesine göre bilgileri sadeleştirmeli, tıbbi-teknik terimler kullanmaktan kaçınıp, basit terimler içeren kısa cümleler kurmalı, gerekirse tanı, tedavi yöntemleriyle ilgili resim ve şekiller kullanılmalıdır. Hekim, yapacağı açıklama süresince, hastasını soru sormaya yönlendirmeli, cesaretlendirmelidir. Son olarak hekim verdiği bilgilerin anlaşılmasını sağlamakla yükümlü olduğundan hastadan, verdiği bilgiyi tekrarlamasını isteyerek bilginin anlaşıldığından emin olmalıdır (14).

5- Karar verme yeterliliğinin olmadığı durumlarda hasta yakınlarının aydınlatılıp onamlarının alınması

Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, hastanın özerkliğinin kullanılabilme yeterliliğinin olmadığı koma, acil vaka, bazı psikiyatrik hastalıklar gibi durumlar için söz konusudur. Bu durumda hastaya uygulanması gereken aydınlatılmış onam işleminin aynısı hasta yakınlarına uygulanmalıdır. Ayrıca hasta yakınlarından kimsenin bulunmadığı ya da ulaşılamadığı durumlarda hastanın yakın arkadaşları etik kararın katılımcıları arasında yer alabilirler. Çünkü hastanın değerleri, inançları, istekleriyle ilgili en yakın bilgilere onlar sahiptir, bu nedenle de hasta adına en iyi kararı onların verebileceği olasıdır (3,12).

SONUÇ

Hastalar sağlıklı ilgili her konuda daha iyi bilgilenemeyi arzu etmektedir. Birden fazla tedavi seçeneği mevcutsa alternatif tedavi seçenekleri açısından bilgilendirilmek ve tedaviye katılma aşamasında katılmak istemektedir. Dolayısıyla hastaya tedavinin planlanması aşamasında, alternatifler sıralanıp hastanın her birinin etki ve olası yan etkilerini anlaması ve uygulama zorlukları açısından da değerlendirip tedavi kararını paylaşması sağlanmalıdır. Böylesi bir çaba da günümüzde hem hekimin etik bir ödevi, hem de tıp etkinliğinin onur ve başarısı için kaçınılmazdır. Belki de bu şekilde, hasta haklarında en önemli etik boyut olan "kendi kaderini belirleme hakkı"nın güncel tıp pratiğine yerleştirilmesine katkıda bulunulabilir.

KAYNAKLAR

1. Özçakar A. Hekim-hasta ilişkisi: karar verme sürecinde hastanın yeri. T Klin J Med Sci 2004;24:411-5.

2. Aydın E. Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi. Erciyes Tıp Dergisi 2003;25:92-7.
3. Aydın E., Ersoy N. Klinikte Etik Karar Verme Süreci. T Klin Tıbbi Etik 1995;1:12-16.
4. Türk Kardiyol Dern Arş, Hasta, hasta yakını ve hekim ilişkileri. Arch Turk Soc Cardiol 2009;37(3):3-14.
5. Waisel DB, Truog RD. Informed Consent, Anesthesiology, 1997;87:968-78.
6. Ersoy N. Aydınlatılmış Onam, Çağdaş Tıp Etiği, Edit. A.D. Erdemir, Ö. Öncel, Ş. Aksoy, Nobel Tıp Kitapevleri. 2003, Ankara.
7. Aydın E, Ersoy N. Klinikte etik karar verme süreci. T Klin Tıbbi Etik 1995;1:12-6.
8. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Ethics. Oxford University Press, 1993, New York.
9. Bakiler AŞ. Anestezi Tercihini Yönlendirilebilir mi? Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010, Aydın.
10. Aydın E. Hasta Hakları, Türkiye’de Hastalar, Haklarını Arayabilirler mi? <http://www.hacettepem.org/makaleler.php?a=&b=10&mNo=62>. Erişim Tarihi: 18.07.2016.
11. Ersoy N., Aydın E. Tıbbi Etik ve Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi. T Klin Tıbbi Etik 1994;2.
12. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Third Ed. Oxford University Press New York, 1989, Oxford.
13. Gülhan Y. Bilgilendirme ve Bilgilendirilmiş Onam, 4. Hastane Yönetimi Sempozyumu, 27-28 Eylül 2001.
14. Güzel demir E. Hasta Bilgilendirmenin Önemi. Sendrom Tıp Dergisi; 2005.

Konu 82

AİLE HEKİMLİĞİNDE MESLEKİ TÜKENMİŞLİK (BURNOUT)

Hakan YAMAN

Amaç ve Hedefler

Amaç: Bu ders sonunda katılımcıların tükenmişlik sendromu ve aile hekimliğindeki önemi hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.

Hedefler: Bu konu sonunda okuyucuların aşağıdaki hedeflere ulaşması beklenmektedir:

- Tükenmişliğin risk etmenlerini sayabilmeli,
- Tükenmişliğin 12 evresini sıralayabilmeli,
- Tükenmişliğin bireysel yönetimini anlatabilmeli,
- Tükenmişliğin kurumsal yönetimini açıklayabilmeli.

ÖZET

Sağlık çalışanlarının işlerine ya da mesleklerine bağlı olarak maruz kaldıkları stres neticesinde kronik stres, depresyon, tükenmişlik ya da psikosomatik hastalıklar geliştirmeleri mümkün olmaktadır. Aile hekimleri için de tükenmişlik önemli bir sağlık sorunudur.

Tükenmişlik sinsi ve yönetimi oldukça zor bir hastalıktır. Depresyon ile benzeşim içinde olduğu ifade edilse de henüz klinik tanı özelliği taşımamaktadır. Teşhis edilip, zamanında müdahale edilmediği takdirde depresyon ve intihara kadar farklı klinik morbidite ve mortaliteye neden olabilecek bir sorundur.

Müdahaleler arasında bireysel düzeyde yapılan müdahalelerin etkisi gösterilmiş olsa da, kurumsal iyileştirmeler ve özellikle idarenin sürece dahil edilmesiyle olumlu etkiler yaratmak mümkündür.

GİRİŞ

Sağlık çalışanlarının işlerine ya da mesleklerine bağlı olarak maruz kaldıkları stres neticesinde kronik stres, depresyon, tükenmişlik ya da psikosomatik hastalıklar geliştirmeleri mümkün olmaktadır (1,2).

Sayılan sorunlar arasında özellikle tükenmişlik (burnout) kavramı oldukça popüler hal almıştır. Bu terim özellikle Maslach ve ark. tarafından ele alınmış, farklı alt boyutlarının (tükenme, depersonalizasyon ve kişisel başarı) olduğu ileri sürülmüştür (3).

Tükenmişlik ilk kez yetmişli yıllarda Freudenberger tarafından literatüre kazandırılmıştır. Temelde psikoterapist olan Freudenberger uyuşturucu ile mücadele eden hekimlerin zamanla tükendikleri ve depresyona girdiklerini gözlemiştir. Durumu derinlemesine inceledikten sonra başka meslek gruplarının da bu durumdan etkilendiğini ifade etmiştir (4).

Tükenmişliği olan bireylerde Maslach ve arkadaşlarının tarif ettiği üç alt boyutun yanı sıra tükenme, halsizlik, heyecan ve heves kaybı, yetersizlik hissi, hüsrana, kinizm ya da işyerinde verimsizlik ve disfonksiyonel davranışlar gibi durumlar gelişmektedir (3,5).

Buna ilaveten bu sorun, çalışanlarda işten kaytarma, rapor alma, istifa etmeden ya da işyerlerinde sık personel değişiminden de sorumlu tutulmuştur. İstifa etmeyen tükenmiş çalışanlarda ise, iş verimliliğinde ve etkinliğinde düşüş, iş tatminlerinde ve işe ve kuruma karşı bağlılıklarında azalma gözlenmiştir. Tükenmişliğin somatik ve somut olarak hastalık geliştirici etkilerinden de söz edilmektedir (depresyon, kas iskelet ağrısı, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık, bilişsel sorunlar ve erken mortalite gibi) (6).

Tükenmişliğin somut somatik sorunlara neden olduğu bildirilse de genel olarak klinik bir antite olarak ele alınmaz. Daha çok ruhsal distres ve psikososyal bir sorun olarak ifade edilmektedir (3,5).

Hatta Maslach ve ark. tükenmişlik kavramını negatif yükünden kurtarmak için “bağlılık” (engagement) terimini önermişlerdir. “Bağlılığı” ise enerji, katılım ve etkililik gibi alt boyutlar ile tarif etmişlerdir. Tükenmişlik, kinizm ya da yetersizlik gibi terimlere göre daha pozitif ifadeleri kullanmayı yeğlemişlerdir (3).

Tükenmişliğin gelişimi ise stres modeli ile açıklanmaktadır. Stresin aslında koruyucu bir reaksiyon olduğu ve bireyi ani ve beklenmeyen bir saldırı karşısında koruduğu ifade edilmektedir. Ancak stresin süregelen bir hal alması durumunda birey gelen etkilere karşı tepkisiz kalır, körelir ve tükenir. Tükenme her bireyde eşit olmamaktadır. Örneğin, özellikle kolay sorumluluk alan ve hevesli kişilerde ya da işiyle bütünleşenlerde daha kolay gelişmektedir. Hizmet sektöründe çalışanlar ise daha fazla muzdariptirler (öğretmen, avukat, mühendis, polis, gardiyan gibi) (5,7). Bu gruba sağlık çalışanlarını ve özellikle aile hekimlerini de katmak mümkündür (8,9).

Önemli Noktalar

- Tükenmişlik hizmet sektörü çalışanlarında sık görülür.
- Tükenmişlik sinsidir ve kalıcı sorunlar ortaya çıkarır.
- Tükenmişliğin erken teşhisi öncelikle önem arz eder.
- Kurumsal iyileştirmeler ile tükenmişlik yönetilebilir.
- Bireysel müdahaleler başarılı bulunmuştur.
- İdarecilerin yönetim sürecine dahil olmaları yönetimin başarısını artırmaktadır

Maslach ve ark. tükenmişliğin gelişiminde rol oynayan 6 risk etmenini tarif etmişlerdir: iş yükündeki uyumsuzluk, işi kontrolde uyumsuzluk, ödüllerde eksiklik, işyerindeki diğer bireylerle olumlu ilişki içinde olamama hissi, adil muamele görmeme algısı ve değerler arası çatışma. Buna ilaveten iş yükü ve zaman baskısı, rol çatışması ve karmaşası, sosyal destek yoksunluğu, geri bildirim eksikliği, özerkliğin kaybı ve karar verme süreçlerine katılım eksikliği de risk etmenleri arasında sayılmaktadır (6). Kurumsal düzeyde ise iş özerkliği, iş güvencesi, personel katılımı, iş kültürü (katılımcılık, eşitlik ve adalet) ve çalışanların ruh sağlığına yönelik programlar tükenmişlik gelişimini etkiler (10).

Tükenmişliğin gelişiminde bireylerin işleri nedeniyle sosyal çevrelerini, aile yaşantılarını ve kişisel sağlıklarını ihmal etmeleri rol oynamaktadır. Bireyin işi ve kendisini kontrol edebilme düzeyi özellikle belirleyici olmaktadır. Tükenme derinleştikçe bireyin işlerindeki verim ve etkinlikleri giderek azalacaktır. Zihinsel yoğunlaşması, yaratıcılığı ve bilişsel işlevleri azaldığı gibi; belleği de zayıflayacaktır. İşlerinde hataların sayısı artmaya başlayacak ve ardından başa çıkamadıkça önce kendisini sonra da başkalarını suçlamaya başlayacaktır. İçinde barındırdığı yoğun stress, kendisiyle ilgili hoşnutsuzluk, yılgınlık, cesaretsizlik ve hata yapma endişesi ile kendisine günboyu işkence yaşatması mümkündür. Çareyi bazen alkol ve maddelerde araması da mümkündür (7).

Bu süreci Freudenberger ve North'un tarif ettiği tükenmişliğin gelişim evreleri açısından incelediğimizde bu sürecin 12 evreye ayrıldığını görmemiz mümkündür. Evreler mutlaka birbirini takip etmek durumunda değildir. Bazen farklı evrelerin eş zamanlı yaşanmaları da mümkündür (Tablo 1) (7).

Tablo 1. Tükenmişliğin Farklı Evreleri

1. Kendini zorla ispatlamaya çalışma: İşyerinde kompulsif kendini göster çabası başlar.	2. Daha fazla çalışma: Kendilerini başkalarına ya da çalıştıkları kuruma ispatlamak için kendilerini tamamen işe verirler. Her şeyi kendileri yapmaya çalışırlar.	3. Gereksinimlerini göz ardı etme: İş dışında başka şeylere zamana ve enerjileri yoktur. Aile, arkadaş, beslenme, uyku vb. ihmal edilir.
4. Çatışmalardan kaçınma: Yanlış bir şeylerin olduğunu fark ederler, ancak çözüm üretmezler. Kendi içlerinde kriz yaşarlar. Sorunu çözmek işlerine gelmez. İlk bedensel yakınma ortaya çıkabilir.	5. Değerlerin iş lehinde gözden geçirilmesi: Sadece işe odaklanılır, duygusal küntlük başlar. İş dışında başka kimseye zaman ayrılmaz.	6. İnkâr yeni gelişen bir sorundur: Etrafını ve birlikte çalıştıklarını beğenmeme, kinizm ve saldırganlığın artması; artan sorunların zaman eksikliğinden kaynaklandığına inanılması; değişimlerini bu sorunun ortaya çıkış nedeni olarak görmezler.
7. Uzaklaşma: Kendilerini izole ederler. Ümitsizlik	8. Olası davranış değişikliği: Bir zamanlar	9. Depersonalizasyon: Kendileriyle irtibatları

ve yönsüzlük başlar. Alkole sınımlır.	canlı ve ilgili olan kişi, giderek utangaçlaşır, korkulu ve apatik bir hal alır. Değersizlik duyguları artar. Etrafındakiler kişideki davranış değişikliklerini göz ardı edemezler.	kesilir. Ne kendilerini ne de başkalarını kıymetli görürler. Kendi gereksinimlerini algılayamazlar. Yaşam mekanikleşir.
10. İçsel boşluk: Boşlukları büyür ve boşluğu doldurmak için çaresizce etkinliklerde bulunurlar. Aşırı cinsellik, beslenme, ilaç ya da alkol kullanımı olur. Boş zaman ölü zamandır.	11. Depresyon: Aşırı meşgul kişi çaresizliği tadar ve bitkinleşir. Gelecekte beklenenleri kalmaz. Somut depresif yakınmaları bulunur (ajitasyon, apati, yaşamın anlamsızlaşması gibi).	12. Tükenmişlik sendromu: Buldukları durumdan kaçınmak için intihar düşünceleri ortaya çıkar. Bazıları intihar eder. Mental ve bedensel çöküntü yaşarlar. Acil medikal desteğe ihtiyaçları vardır.

Davranışsal sorunlar yanı sıra somatik yakınmalar da ortaya çıkmasına rağmen, tükenmişlik olarak adlandırdığımız bu sorunun hala DSM V'te karşılığı bulunmamaktadır (11). Şu anda daha çok **sınıflandırılmayan somatoform bozukluk** olarak ifade etmenin mümkün olabileceği ifade edilmektedir. ICD 10'da ise **“yaşamı yönetme sıkıntısına bağlı sorunlar”** (Z73.1) başlığı altında ifade etmek mümkün olmaktadır (7,12). Ancak bazı ülkelerde (İsveç ve Hollanda) **tükenmişlik** medikal bir tanı olarak işlem görmektedir (3).

Tükenmişliğin tanısında kesin bir ölçek bulunmamakla birlikte **Maslach Tükenmişlik Ölçeği** en yaygın kullanılan ölçektir. Bu ölçek tükenmişlik olgusunu üç alt boyuta bölmektedir: tükenme, depersonalizasyon ve kişisel başarı. Bazı araştırmacılar ise tükenmişliğin ana unsurunun tükenme alt boyutu olduğunu ifade etmektedirler (3). Diğer yanda artan kanıtlar tükenmişliğin depresyona benzer bir durum olduğunu ifade etmektedirler (13). Ancak bu örtüşmenin başka çalışmalarla teyit edilmesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Tükenmişlik, depresyonun psikososyal boyutunu kapsamaktadır. Psikiyatrik ya da klinik bir durumdan ziyade psikososyal bir durumdur (14).

Bireylerde tükenmişliğin tedavisi zordur, çünkü bireyler farklı biçimlerde tepki göstermektedirler. İşveren kurum çalışanlarının stresörleri üzerine kontrol olanağı tanımadığı taktirde çalışanlarının tükenmişliğini yönetmekte zorlanacaktır. Çalışmalar ise durumsal ve kurumsal etmenlerin bireysel etmenlere göre daha fazla rol oynadıklarını göstermiştir. Tükenme, kinizm ya da profesyonel etkinliğe göre daha kolay tedavi edilebilmektedir. Kinizm ve profesyonel etkinliğin tedaviye karşı daha dirençli olduğu anlaşılmıştır (6).

Kanıtı dayalı raporlar incelendiğinde yakınmaları, tükenmişliği ve işe bağlı stresi azaltmaya yönelik müdahalelerin bireysel ve küçük grup düzeyinde yapılan müdahalelerden daha başarılı oldukları gösterilmiştir. Başarı düzeyi orta düzeyde bulunmuştur (10).

Kişiyeye yönelik programları küçük de olsa müspet düzeyde stres azaltımını sağlamışlardır. Personel eğitimi ve çalıştayların tükenmişlik yakınmalarının önlenmesinde başarılı olduğu gösterilmiştir. Stresle başa çıkma odaklı stres konusunda farkındalık eğitimlerini buna dahil etmek mümkündür. Özellikle personelin çalıştığı ortamın güvenli ve tehdit edici olmadığına dair algısı geliştiği taktirde müdahalenin daha başarılı olabileceği kanaati oluşmuştur (15).

Özellikle bireysel düzeyde yapılan bilişsel davranışsal terapiler gevşeme ve meditasyona göre daha iyi ve orta düzeyde müspet etkiler göstermişlerdir. Genel anlamda bireye yönelik yapılan müdahalelerin orta düzeyde başarılı oldukları gösterilmiştir (10). Buna ilave olarak güne gevşeme alıştırmaları ile başlamak, sağlıklı beslenmek, spor yapmak, kaliteli uyku, sınır çekmek, teknolojiye ara vermek, yaratıcı tarafını geliştirmek ve stresle başa çıkmayı öğrenmek tükenmişliği önlemeyi sağlayabilmektedir.

Kurumsal düzeyde yapılan çalışmalar sayıca azdır (10). Ancak bir çalışmada kurumsal müdahalelerin daha uzun etkili olduğu iddia edilmiştir (16). Tükenmişliğin önlenmesi ancak kurumsal iyileştirmeler ve bireyin eğitimiyle mümkün olmaktadır. Özellikle kurumda idarenin destekte bulunması daha da önemli ölçüde etkinliği artıracaktır (10). Tükenmişliğin gelişiminde iş yükü, kontrol, ödül, topluluk, adalet ve değerler konusundaki dengesizliğe bağlı kurumsal sorunlar sorumlu tutulmaktadır. Çalışanlara yeterince dinlenme olanağı tanınarak, iş yüklerinin azaltılması; kurumun çalışanların dahil olabileceği net değerler belirlemesi; çalışılan toplulukta liderler ve yöneticilerin destekleyici olmaları ve çalışanlarla iyi ilişkiler kurmaları önerilmektedir. Adil yönetim anlayışı da çalışanları rahatlatmaktadır. Çalışanların dertlerinin dinlenmesinin tükenmişlik düzeylerinin azalmasına neden olduğu gösterilmiştir (6,17).

Tükenmişlik sinsi ve yönetimi oldukça zor bir hastalıktır. Depresyon ile benzeşim içinde olduğu ifade edilse de henüz klinik tanı özelliği taşımamaktadır. Teşhis edilip, zamanında müdahale edilmediği taktirde depresyon ve intihara kadar farklı klinik morbidite ve mortaliteye neden olabilecek bir sorundur. Müdahaleler arasında bireysel düzeyde yapılan müdahalelerin etkisi gösterilmiş olsa da kurumsal iyileştirmeler ve özellikle idarenin sürece dahil edilmesiyle olumlu etkiler yaratmak mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000;355(9203):533-7.
2. Finne LB, Christensen JO, Knardahl S. Psychological and Social Work Factors as Predictors of Mental Distress and Positive Affect: A Prospective, Multilevel Study. *PLoS One*. 2016;24;11(3):e0152220.
3. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 2009;14(3):204-20.
4. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974;30(1):159-165.
5. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;12:CD002892.
6. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.

7. Kraft U. Burned Out. Scientific American Mind 2006; June/July:28-33.
8. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F et al. Burnout in European Family Doctors: The EGPRN Study. Family Practice 2008;25(4):245-65
9. Cihan FG, Yaman H. Burnout' and Family Practice. The World Book of Family Medicine – European Edition 2015.
10. Interventions to prevent burnout in high risk individuals: evidence review 2016. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/506777/25022016_Burnout_Rapid_Review_2015709.pdf. Erişim Tarihi: 01.05.2016.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.) VA: American Psychiatric Publishing 2013, Arlington.
12. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems - 10th revision. WHO 2010, Geneva.
13. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent, E. Is burnout a depressive disorder? A re-examination with special focus on atypical depression. International Journal of Stress Management 2014; 21(4):307-24.
14. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50(6):1005-11.
15. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev. 2006(4):CD.
16. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns. 2010;78(2):184-90.
17. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP. The evaluation of an individual burnout intervention program: the role of in- equity and social support. J. Appl. Psychol 1998;83:392-407.

BÖLÜM 5: ÇOKTAN SEÇMELİ SORULAR

KLİNİK VAKA SUNUMU 1

1. Aşağıdakilerden hangisi diyabet tanısı koydurur?
 - A) Hastanın birinci derece akrabalarında diyabet varlığı
 - B) Hastanın hiçbir diyabet semptomu yokken random kan şekerinin 200 mg/dl üzerinde olması
 - C) İki ölçümde kan şekerinin 126 mg/dl üzerinde olması
 - D) HbA1c'nin %6'dan fazla olması
 - E) Oral glukoz tolerans testinde 200 mg/dl üstünde herhangi bir değer olması
2. Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyon için doğrudur?
 - A) Hasta hipertansif olmasa da tuz kısıtlamasına gitmelidir.
 - B) Hastanın uzun zamandır antihipertansif kullanması hipertansiyon tanısı için yeterlidir.
 - C) Hastaların kol çaplarına göre daha küçük manşonlarla yapılan ölçümlerde tansiyon olduğundan daha düşük ölçülür.
 - D) 120/80 mmHg üstündeki ölçümler hipertansiyondur.
 - E) İdeal kan basıncı değeri 140/90 mmHg'dır.
3. Aşağıdakilerden hangisi majör depresyon tanısı için şarttır?
 - A) Uykusuzluk veya aşırı uyuma
 - B) Konsantrasyon bozuklukları
 - C) Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
 - D) Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri
 - E) İlgi ve zevk kaybı
4. Aşağıdakilerden hangisi menapoz dönemi için doğrudur?
 - A) Hastanın adet görmemesi menapozdur.
 - B) Adetlerin kesilmesinden birkaç yıl önce menapoz semptomları başlayabilir.
 - C) Menapoz doğal bir süreçtir tedavi gerekmez.
 - D) Sigara menapoza girme yaşını geciktirir.
 - E) Menapozla FSH yükselmesi cinsel isteksizlik nedenidir.
5. Demir eksikliği anemisinde MCV?
 - A) Artar
 - B) Azalır
 - C) Değişmez
 - D) Tanı koydurur
 - E) Tek başına önemi yoktur

BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLİĞİ

1. Aşağıdaki seçeneklerden birinci basamak sağlık hizmeti kavramını en iyi hangisi açıklamaktadır?
 - a. Birinci olarak tedavi edici sağlık hizmetleridir.
 - b. Bireylerin ve toplumun sağlığını korumak için yapılan hizmetlerdir.
 - c. Bireylerin hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan hizmetlerin tümüdür.
 - d. Toplumun ve bireyin hastalıklardan korunması, hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonunu kapsayan sağlık hizmetidir.
2. Aşağıdakilerden hangisi birinci basamak hekimliğinin özelliklerinden biri **değildir**?
 - a. Geneldir; yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, ırk ve din ayrımı yapmaksızın tüm toplumun sağlık hizmetlerini tanımlar.
 - b. Sürekli; doğumdan ölüme kadar uzun süreli bir hasta hekim ilişkisidir.
 - c. Kapsamlıdır, koordinelidir.
 - d. Sadece kişi odaklıdır.
3. Aşağıdakilerden hangisi halen yürürlükte olan aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde yer alan birinci basamak sağlık hizmetlerinden biri **değildir**?
 - a. Yataklı palyatif bakım hizmeti
 - b. Entegre sağlık hizmeti
 - c. Evde sağlık hizmeti
 - d. Gezici sağlık hizmeti
4. Hangi seçenekte Türkiye’de ilk kurulan Aile Hekimliği anabilim dalının olduğu üniversite doğru olarak verilmiştir?
 - a. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
 - b. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
 - c. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
 - d. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
5. “2000 yılında herkese sağlık” hedefinin ortaya konulduğu ve birinci basamak hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ile koşulları olan uzmanlaşmış hekimlerce verilmesinin gerekliliğinin savunulduğu yer aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. American Board of Family Practise
 - b. Millis ve Willard Raporu
 - c. Alma Ata Konferansı
 - d. EURACT

YÜKSEKÖĞRETİMDE ULUSLARARASILAŞMA

1. Aşağıdakilerden hangisi bir uluslararası değişim programıdır?
 - a. Bologna süreci
 - b. ERASMUS değişim programı
 - c. Farabi değişim programı
 - d. İbni Sina değişim programı
 - e. YÖK değişim programı
2. Türkiye’de yaklaşık kaç uluslararası öğrenci vardır?
 - a. 10 000
 - b. 17 000
 - c. 26 000
 - d. 50 000
 - e. 100 000
3. Mevlana Değişim Programı hangi yıl başlatılmıştır?
 - a. 1995
 - b. 1999
 - c. 2005
 - d. 2011
 - e. 2016
4. Türkiye’de 2016 yılı itibariyle kaç öğrenci değişim programı aktiftir?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
5. Aşağıdakilerden hangisi bir sivil misafir değişim programıdır?
 - a. CouchSurfing
 - b. Coursera
 - c. ERASMUS
 - d. Atademix
 - e. Airbnb

ZAMAN YÖNETİMİ

1. “Zaman yönetimi” için hangi tanımlamalar doğrudur?
 - I- Zamanı etkin kullanarak hayatımızın her alanının gereklerini, yorulmadan ve yıpranmadan yerine getirebilmektir.
 - II- Bir öz yönetimdir, yaşadığımız olayların kontrolünü sağlamaktır
 - III- Sosyal hayatımıza, hobilerimize daha çok zaman ayırabilmek için işe ayırdığımız zamanı planlamaktır.
 - IV- İhtiyaçları belirlemek, bu ihtiyaçları karşılayabilmek için gerekli olan hedefleri oluşturmak ve eldeki zamana göre zamanla eşleştirmektir.
 - V- Acil ve çok önemli işleri belirleyip onlara zaman yaratmaktır.
 - A) I,II,III,V
 - B) I,II,IV
 - C) II,III,IV,V
 - D) I,III,IV
 - E) I,II,III,IV

2. Zaman yönetiminin temel prensipleri hangi seçenekte doğrudur?
 - I- İyi planlama
 - II- Amaçları belirleme
 - III- Öncelikleri saptama
 - IV- Sorumlulukları üstüne alma
 - V- Ertelemeleri/bölünmeleri en aza indirme
 - A) I,II,IV
 - B) I,II,IV,V
 - C) II,III,IV
 - D) I,III,III
 - E) I,II,III,V

3. Aşağıdakilerden hangisi kişiye zaman kaybettiren kişisel faktörlerden **değildir**?
 - A) Sorumlulukları devretmek
 - B) Mükemmeliyetçilik
 - C) Hayır diyememek
 - D) Öncelikleri belirleyememek
 - E) İşleri sürüncemede bırakmak

4. Zaman yönetiminde ABC yaklaşımında hangi seçenek doğrudur?
 - A) Amaç ve hedeflerin kişinin biyolojik zamanına göre planlanmasıdır.
 - B) A grubu işlerde sorumluluk başkalarına devredilebilir.
 - C) A grubu etkinlikler ilgilenilip kısa zamanda tamamlanması gereken yüksek öneme, kısa vadeli amaçlara yönelik etkinlikleri gösterir.
 - D) İş yerindeki işleri amirlerin verdiği öneme göre belirli bir öncelik sırasına koyup işyerinde ilerlemeyi sağlamaya yöneliktir.
 - E) A grubundaki etkinliklerin yapılması zorunlu iken diğerleri yapılmayabilir.

5. Kendiniz için bir zaman yönetimi planı hazırlamak isterseniz ilk basamağınız aşağıdakilerden hangisi olur?
 - A) Amaç ve hedefleri belirleme
 - B) Günlük program oluşturma
 - C) Kendi hakkında farkındalık
 - D) Zaman analizi tablosu oluşturma
 - E) Zaman problemlerini belirleme

MOBBİNG

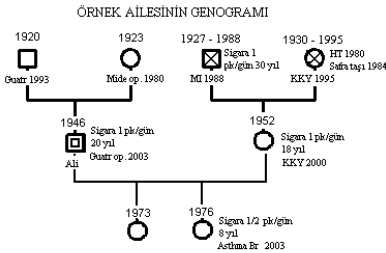
1. Mobbing tanısıyla ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Kişinin sağlığı, üretkenliği, verimi etkilenmemiştir.
 - b. Kişiye yöneltilen bir veya birkaç haksız davranış da mobbing sayılır.
 - c. Mobbing davranışlarının en az 6 ay süre ile haftada en az bir kez gerçekleştirilmiş olması gerekir.
 - d. Mobbing sürecinin uzunluğu ile mobbingin neden olduğu zarar paralel olarak azalma gösterir.
 - e. ICD-10 kodlarında tanımlanmıştır.
1. Aşağıdakilerden hangisi mobbingin Türkçe karşılıkları arasında **ver almaz**?
 - a. İşyeri zorbalığı
 - b. Bullying
 - c. Yıldırma
 - d. İş yerinde psikolojik şiddet
 - e. Bezdirme
2. Aşağıdakilerden hangisi mobbing sonucu mağdurda görülen fizyolojik belirtilerden **değildir**?
 - a. Hafıza kaybı
 - b. Kaşınma
 - c. Midede yanma
 - d. İdrar kaçırma
 - e. Çarpıntı
3. Aşağıdakilerden hangisi mobbing sonucu gözlemlenen diğer maliyetlerden **değildir**?
 - a. Mağdurun sağlık problemleri nedeniyle yapılan sağlık harcamalarının artması
 - b. Sigorta masraflarında artış
 - c. İşsizlik
 - d. Erken emeklilik oranının artması
 - e. Doğum oranlarının artması
4. Aşağıdakilerden hangisi psikolojik tacizin işyerlerinde yaşanmaması için yapılması gerekenlerden **değildir**?
 - a. İşyerlerine geçici süre kapatma cezası verilmeli
 - b. İşyerleri, psikolojik tacizi önleyici politikalar geliştirmeli
 - c. İşçilere ve yöneticilere yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılmalı
 - d. İşyerinde psikolojik tacize teşebbüs eden kişiler için disiplin cezaları ve rehabilitasyon önlemleri alınmalı
 - e. Psikolojik taciz şikâyetleri dikkate alınarak adil çözüm yolları geliştirilmeli ve bu yöndeki iddiaların araştırılması ve soruşturulmasında “gizliliğin korunmasına” özel hassasiyet gösterilmeli

GENOGRAMLAR-1

1. Genogram için aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - A) Genogram, en az bir veya iki neslin tüm bireylerini içermelidir.
 - B) Genogram, doğum ve ölüm tarihlerini içermelidir.
 - C) Genogram, evlenme ve boşanma tarihlerini beraber içermelidir.
 - D) Genogram, ölüm nedeni, iş, evlilik/ilişki durumunu içermelidir.
 - E) Genogram, aşırı yakın, çatışmalı veya uzak ilişkileri de içermelidir.

2. Aşağıdakilerden hangisi genogram endikasyonlarından **değildir**?
 - A) Tekrarlayan tıbbi sorunlar
 - B) Kalıtsal hastalıklar
 - C) Acil durumlar
 - D) Somatize edilen sorunlar (baş ağrısı, karın ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı gibi)
 - E) Aile ilişkileri ve sorunları (bölünme, ayrılma gibi)

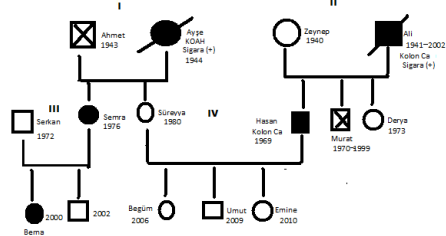
3. Aşağıdaki Genograma göre hangisi doğrudur?
 - A) İndeks hastamızın anne-babası MI ve KKY nedeniyle ölmüştür.
 - B) Ali Örnek ve eşi sigara kullanmakta olup, ailede başlıca risk faktörü sigaradır.



- A) İndeks hastamızın anne-babası MI ve KKY nedeniyle ölmüştür.
- B) Ali Örnek ve eşi sigara kullanmakta olup, ailede başlıca risk faktörü sigaradır.

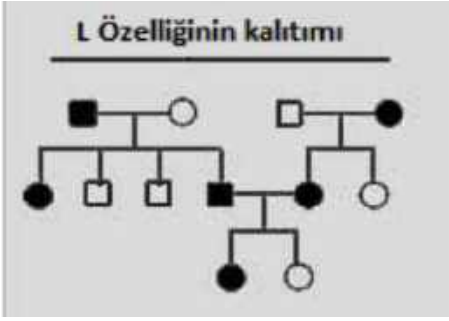
- C) Ali Örnek ailesinin çocuklarının mide ve tiroid hastalıkları açısından takip edilmesi düşünülmelidir
- D) Ailenin Aile ilişkileri ve sorunları (bölünme, ayrılma gibi) açısından takip edilmesi düşünülmelidir.
- E) Ailenin kalıtsal hastalıklar açısından takip edilmesi düşünülmelidir.

4. Aşağıdaki genogram (pedigri) şemasına göre hangisi **yanlıştır**?



- A) I numaralı aileden Ahmet ile Ayşe arasında sorunlu bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.
- B) Genogramda I numaralı aileden Ayşe'nin ölüm tarihi verilmediği için ya bilinmiyor ya da eksik bırakılmıştır.
- C) Genogram şemasında I ve III no'lu ailelerde sadece X geni ile geçen ve Ayşe'den aktarılan bir hastalık olduğu anlaşılmaktadır.
- D) II numaralı ailenin çocuklarından Murat doğum tarihi 1970, ölüm tarihi 1999 olarak verilmiş; fakat ölüm nedeni belirtilmemiştir.
- E) Bu genogram üç nesil içermektedir.

5. Aşağıdaki genograma göre I özelliğinin kalıtımı için hangisi doğrudur?



- A) Otozomal dominant
- B) Otozomal resesif
- C) X'e bağlı dominant
- D) X'e bağlı resesif
- E) Y'ye bağlı taşınan

AİLE YAŞAM DÖNGÜSÜ

1. Aşağıdakilerden hangisi ailenin tanımlarından birisi **olamaz**?
 - A) Aile evlilik ve kan bağına dayanmaz.
 - B) Toplum içindeki en küçük birliktir
 - C) Çocuklar ve kardeşler de aile tanımı içinde yer alır.
 - D) Aileler sosyokültürel, ekonomik ve siyasal olaylardan etkilenirler.
 - E) Aile içinde karı, koca, çocuk ve kardeşler arasındaki ilişki önemlidir.
2. Aile yaşam döngüsünün belirlenmesi neden önemlidir?
 - A) Ailedeki bireylerin yeni durumlara adapte olması önemli değildir.
 - B) Ailedeki bireylerin problemlerinin çözümüne katkıda bulunması.
 - C) Bireylerin sorunlarının çözümü şu anki buldukları evreye bağlı değildir.
 - D) Aile bireylerinin toplumla ilişkisini anlamaya yardımcı olmaz.
 - E) Aile içinde nesiller arası çatışmayı anlamada yetersizdir.
3. Türkiye ilk evlenme yaşı kadın ve erkeklerde ne kadardır?
 - A) kadınlarda 23, erkeklerde 32
 - B) kadınlarda 27, erkeklerde 35
 - C) kadınlarda 18, erkeklerde 24
 - D) kadınlarda 25, erkeklerde 27
 - E) kadınlarda 20, erkeklerde 25
4. Türkiye’de evlilik çeşitleri hakkında en fazla hangisi tercih edilmektedir?
 - A) dini nikah
 - B) nikahsız yaşama
 - C) hem dini hem resmi nikah
 - D) resmi nikah
 - E) muta nikahı
5. Duvall’e göre aşağıdakilerden hangisi aile yaşam döngüsünün evrelerinden biri **değildir**?
 - A) çocuksuz evli çift
 - B) çocuklu aile
 - C) okul çağı öncesi çocuklu aile
 - D) çocuksuz genç boşanmışlar
 - E) orta yaşta ana-babalar

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

1. Hangisi önleyici kalite yaklaşımı sisteminin özelliklerinden **değildir**?
 - a. Müşteri isteklerinin tespiti (pazar araştırması)
 - b. Tasarım ve geliştirme faaliyetleri
 - c. Karşılaşılan hataların düzeltilmesi
 - d. Proses kontrol
 - e. Pazarlama ve satış
2. Kalite sistemleri açısından ISO akronimi hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Anlamı International Systems Organization'dur
 - b. Yaptığını yaz, yazdığını yap prensibini esas alır
 - c. ISO belgesi en iyi kaliteyi garanti eder.
 - d. ISO belgesi 6 ayda bir yenilenmelidir.
 - e. ISO Türk Standartları Enstitüsü tarafından yönetilir.
3. Hastanelerin kalite standardizasyonunu belgeleyen kuruluşun adı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. JCI
 - b. ISO
 - c. STE
 - d. KG
 - e. SMG
4. Kalite açısından sağlığın özellikleriyle ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Hasta memnuniyetinde artma
 - b. Daha başarılı tanı koyma
 - c. Çalışan memnuniyetinde artma
 - d. İlaç maliyetlerinde artma
 - e. Beklenen yaşam süresinde artma
5. Aşağıdakilerden hangisi düzeltici kalite yaklaşımı sisteminin özelliklerinden **değildir**?
 - a. Müşteri isteklerinin analizi
 - b. Pazarlama ve satış
 - c. Tasarım ve geliştirme
 - d. Düzeltici faaliyetler
 - e. Sürecin kontrolü

TEMEL KALİTE İYİLEŞTİRME ARAÇLARI

1. Balık kılçığı diyagramıyla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi/hangileri doğrudur?
 - I. Probleme yol açan etki ve nedenleri sistematik olarak inceler.
 - II. Bir sorunun temel nedenlerini bulmak amacıyla kullanılır.
 - III. Kalite ekibinin sorunları çözmesine yardımcı olur.
 - IV. “Sebeplerin %20’si problemin %80’inden sorumludur” prensibine dayanır.
 - a. I ve III
 - b. II ve IV
 - c. I, II ve III
 - d. Sadece IV
 - e. I, II, III ve IV
2. Balık kılçığı diyagramı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Probleme yol açan etki ve nedenleri sistematik olarak incelemeye yarar.
 - b. Balık kılçığı diyagramının son aşamasında muhtemel problem için temel gruplamalar belirlenir.
 - c. Balık kılçığı diyagramı sorunların çözümüne yardımcı olur.
 - d. Beyin fırtınası yöntemi ile temel nedenlerin alt nedenleri bulunur.
 - e. Benzer düşünceler kümeler halinde gruplandırılır.
3. Aşağıdaki kalite iyileştirme araçlarından hangisi 20/80 prensibini esas alır?
 - a. Histogram
 - b. Kontrol listesi
 - c. Pareto diyagramı
 - d. Balık kılçığı diyagramı
 - e. Akış şeması
4. Temel kalite iyileştirme araçlarıyla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Balık kılçığı diyagramı probleme yol açan nedenleri sistematik bir şekilde incelemeye yarar.
 - b. Denetleme listesi yapılan işlerin takip edilmesi için kullanılır.
 - c. Histogram iki nümerik (sayısal) değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılır.
 - d. Pareto prensibine göre sebeplerin %20’si sebeplerin %80’inden sorumludur.
 - e. Akış çizelgesi iş akışlarını düzenlemek için kullanılır.
5. Aşağıdaki kalite iyileştirme araçlarından hangisinin öteki adı sebep-sonuç diyagramıdır?
 - a. Pareto analizi
 - b. Balık kılçığı diyagramı
 - c. Histogram
 - d. Kontrol listesi
 - e. Akış şeması

HASTANE BİRİMLERİNİN GÖZLENMESİ

1. Hastane Servisleri (klinikleri) neresidir?

- Hastaların muayene oldukları ve gerekli tedavilerinin reçete edildiği yerdir.
- Hastaların muayene oldukları, gerekli tedavilerinin reçete edildiği, gerekli bilginin hastaya anlayacağı şekilde verildiği, gerektiğinde ise hastanede yatmasına karar verildiği yerdir.
- Hastaların yatarak tedavi gördükleri yerdir.
- Hastaların yatarak tetkik edildikleri, tedavi gördükleri, gerekli hallerde ameliyat öncesi ve sonrası yattıkları yerdir.

2. Dahili branş ne demektir?

- Ameliyat gereken hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yatarak tedavi gördükleri tıbbi branşlardır.
- Hastaların ameliyat edilmediği, araştırma, ilaçlı veya ilaçsız tedavi ve araştırma amaçlı muayenelerinin yapıldığı, gerektiği hallerde yatırılarak tedavi edildikleri tıbbi branşlardır.
- Hastaların tetkiklerinin yapıldığı laboratuvarlardır.
- Öğrencilere temel tıp eğitiminin verildiği laboratuvar ve sınıflardır.

3. Cerrahi branş ne demektir?

- Ameliyat gereken hastaların muayene edildiği, ameliyat öncesi ve sonrası yatarak tedavi gördükleri tıbbi branşlardır.
- Hastaların ameliyat edilmediği, araştırma, ilaçlı veya ilaçsız tedavi

amaçlı yatırılarak tedavi gördükleri tıbbi branşlardır.

- Hastaların tetkiklerinin yapıldığı laboratuvarlardır.
- Öğrencilere temel tıp eğitiminin verildiği laboratuvar ve sınıflardır.

4. Poliklinik neresidir?

- Hastaların sadece muayene oldukları ve gerekli tedavilerinin reçete edildiği yerdir.
- Hastaların yatarak tedavi gördükleri yerdir.
- Hastaların muayene oldukları, gerekli tedavilerinin reçete edildiği, gerekli bilginin hastaya anlayacağı şekilde verildiği, gerektiğinde ise hastanede yatmasına karar verildiği yerdir.
- Hastaların tetkiklerinin yapıldığı laboratuvarlardır.
- Hastaların ameliyat oldukları yerlere poliklinik denir.

5. Temel tıbbi bölümler nereleridir?

- Ameliyat gereken hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yatarak tedavi gördükleri tıbbi branşlardır.
- Hastaların ameliyat edilmediği, araştırma, ilaçlı veya ilaçsız tedavi amaçlı yatırılarak tedavi gördükleri tıbbi branşlardır.
- Öğrencilere temel tıp eğitiminin verildiği laboratuvar ve sınıflardır.
- Hastaların tetkiklerinin yapıldığı laboratuvarlardır.

KİŞİLİK TİPLERİ (ENNEAGRAM)

1. Mükemmeliyetçi kişilik tipi en sık hangi psikiyatrik hastalığa yakalanabilir?
 - a. Obsesif-kompulsif bozukluk
 - b. Anksiyete
 - c. Depresyon
 - d. Paranoya
 - e. Şizofreni
2. En ideal kişilik tipi hangisidir?
 - a. Bir numara-Mükemmeliyetçi
 - b. İki numara-Yardımsaver
 - c. Üç numara-Başaran
 - d. Sekiz numara-Lider
 - e. Hiç biri
3. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Ana kişilik tipi uygun eğitimle tamamen değişebilir.
 - b. Kişilik tipleri gelişiminde en önemli etken refahtır.
 - c. Kişilik tipleri genetik, aile ve çevresel faktörlerden etkilenir.
 - d. En çok verici olabilen kişilik tipi sadık sorgulayanlardır.
 - e. Geçinilmesi en zor kişilik tipi gözlemcilerdir.
4. Manik-Depresif ve Kısmen Abartılı Kişilik Bozukluğu en sık hangi kişilik tipinde görülebilir?
 - a. Bir numara- Mükemmeliyetçiler
 - b. Beş numara-Araştırmacı
 - c. Altı numara-Sadık sorgulayanlar
 - d. Yedi numara-Ehli Keyif
 - e. Sekiz numara-Lider
 - f. Dokuz numara- Barışçı
5. Kişilik gelişimi ile ilgili hangisi doğrudur?
 - a. Çocukluk dönemi kötü geçen birinin kişiliği muhakkak kötüdür.
 - b. Kişilik doğuştan gelen bir özelliktir gelişmez.
 - c. En kötü kişilik tipi sadık sorgulayanlardır.
 - d. Kişiliğin olumlu veya olumsuz gelişiminde kişinin rolü büyüktür.
 - e. En çok hastalanan kişilik tipi yardımsaverlerdir.

TIPTA BEŞERİ/İNSANİ BİLİMLER

1. Birinci yüzyılda yaşamış bir hekim ve farmakolog olan Scribonius Largus'un söylediği, bir hekimde olması gereken üç özellik aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?
 - a) Şefkatli, profesyonel, insancıl
 - b) Hoşgörülü, sadık, bilgili
 - c) Duygusal, babacan, deneyimli
 - d) Yeminine sadık, temiz, disiplinli
 - e) Akıllı, sosyal, yetenekli
2. Aşağıda tabii bilimler ile beşeri/insani bilimler arasında ki farklar belirtilmiştir **Yanlış** olan hangisidir?
 - a) Tabii bilimler katı, insani bilimler ise görecelidir.
 - b) Tabii bilimler tek bakış açılı, insani bilimler ise farklı bakış açılarına açıktır.
 - c) Tabii bilimler kademelidir, insani bilimlerde ise duygu ve heyecan vardır.
 - d) Tabii bilimler istatistik temellidir, insani bilimlerde ise sezgisellik etkilidir.
 - e) Hiçbiri.
3. Beşeri/insani bilimlerin tıp eğitimine katkıları için aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır?**
 - a) Edebiyat toplumun ve kişilerin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olur.
 - b) Tarih, tıbbın gelişimine ve tıbbi ihtiyaçların belirlenmesine yardımcıdır.
 - c) Tıp eğitimi müfredatında görsel sanatların yeri olmamalıdır.
 - d) Felsefe, eleştirel düşünce ve empati yeteneğini artırır.
 - e) Belagat, zor durumların ifadesini kolaylaştırır.
4. Öksürtük şikayetiyle gelen bir hastaya tedavi öncesi anamnezi yapılırken aşağıdaki sorulardan hangisinin sorulması gereklidir?
 - a) Kişinin yaşadığı yer (bulaşıcı hastalık, çevre koşulları gibi)
 - b) Yaşadığı bölgenin tarihi (genetik yatkınlıklar, çevresel maruziyetler gibi)
 - c) Yemek kültürü (pişirme teknikleri, sevilen yiyecekler gibi)
 - d) Sosyal durum değişiklikleri (göç, iltica, evlilik, meslek gibi)
 - e) Hepsisi
5. Aşağıdakilerden hangisi beşeri/insani bilimlerden **değildir?**
 - a) Felsefe
 - b) Tarih
 - c) Sosyoloji
 - d) Kimya
 - e) Görsel sanatlar

BİLİM FELSEFESİ

1. Tıp tarihinin gelişim sürecinde tıbbın gelişim evreleri için doğru sıralama hangisidir?
 - A. Bilimsel-içgüdüsel-ampirik-büyüsel-felsefi
 - B. Felsefi-bilimsel-içgüdüsel-ampirik-büyüsel
 - C. İçgüdüsel-ampirik-büyüsel-felsefi-bilimsel
 - D. Büyüsel-felsefi-bilimsel-içgüdüsel-ampirik
 - E. Ampirik-büyüsel-felsefi-bilimsel-içgüdüsel
2. İatrokimyanın kuruluşuna öncülük eden ve hastalıkların tedavisinde kimyasalların kullanımını öneren bilim adamı hangi adla anılır?
 - A. Paracelsus
 - B. Vesalius
 - C. Morgagni
 - D. Harvey
 - E. Galen
3. Eski medeniyetler arası bilimsel birikimin el değiştirmesine aşağıdakilerden hangisinin katkısı en az olmuştur?
 - A. Tercümanlar
 - B. Bilim adamları
 - C. Sofistler
 - D. Yazma eserler
 - E. Fetihler
4. Bir bilimsel doğrunun kabul gören bir kanun haline gelmesi sürecindeki aşamalar hangi seçenekte doğru sırayla verilmiştir?
 - A. Metodun oluşturulması-bulgular-hipotez-tartışma-teori
 - B. Hipotez-test-bulgu-teori-kanun
 - C. Teori-hipotez-test-bulgu-kanun
 - D. Bulgu-teori-kanun-hipotez-test
 - E. Bulgular-metot-test-kanun-teori
5. Aşağıdakilerden hangisi tümevarım yöntemi ile bilimsel doğruya ulaşmayı doğru tanımlar?
 - A. Toplumun tüm kesimlerinden örnekleme yapılarak bir sonuca ulaşılması
 - B. Toplumun öncelikli ihtiyaçları göz önüne alınarak örnekleme yapıp bir bilimsel sonuca ulaşılması
 - C. Teker teker örneklerden elde edilen bilgi örüntülerini birleştirip ortak bir sonuca ulaşılması
 - D. Önceki ortak bir bulgudan yola çıkılarak farklı olguların aynı sürece tabii olduğu sonucuna varılması
 - E. Teorik bir doğrunun olgularının her biri için geçerli olduğunun teker teker gösterilmesi

HIZLI OKUMA TEKNİKLERİ

1. Hızlı okuma ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Göz yavaş okumaya daha yatkındır.
 - b. Hızlı okumada amaç, anlamadan da olsa çok kelime okumaktır.
 - c. Doğuştan gelen bir yetidir, sonradan kazanılamaz.
 - d. Hızlı okuma kendine has teknikleri olan bir uygulamadır.
 - e. Yeteneği olmayan biri öğrenemez.
2. Aşağıdakilerden hangisi hızlı okuma engellerinden biri **değildir?**
 - a. Ben hızlı okuyamam anlayışı
 - b. Kelimeleri gruplar halinde okumak
 - c. Okurken geri dönüşler yapmak
 - d. Kelime hazinesinin az olması
 - e. Pasif okumak
3. Aşağıdakilerden hangisi hızlı okuma tekniklerinden biri **değildir?**
 - a. Okumaya hazırlıklı olmak
 - b. Sözcükleri hızlı tanımak
 - c. Sesli okuma yapmak
 - d. Göz atma tekniği
 - e. Aktif görme alanını genişletmek
4. Aşağıdakilerden hangisi hızlı okumanın faydalarından biri **değildir?**
 - a. Bilgiye ulaşmak kolaylaşır.
 - b. Gözün aktif görme alanı genişler.
 - c. Odaklanma yeteneği artar.
 - d. Göz kaslar aktif hale gelir.
 - e. Özellikle beynin sol lobu gelişir.
5. Hızlı okuma ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır?**
 - a. Daha iyi anlamak için geri dönüş yapılır.
 - b. Göz egzersizleri yapılır.
 - c. Birden fazla kelimeyi görmeye odaklanılır.
 - d. Dıştan seslendirme yapılmaz.
 - e. İçten seslendirme yapılmaz.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YÖNETİMİ

1. Aşağıdakilerden hangisi ASM'nin görevlerinden biri **değildir?**
 - a. Sağlık ocağı görevleri (tanı, tedavi, hasta takibi, sağlık raporları, bebek, çocuk, gebe, 15-49 yaş kadın takibi yapmak)
 - b. Ana çocuk sağlığı-aile planlaması görevleri (lohusa, gebe, bebek, çocuk takibi ve 15-49 yaş arası kadın hasta takibini yapmak)
 - c. Koruyucu sağlık hizmeti vermek
 - d. Palyatif bakım hizmeti vermek
2. Aşağıdakilerden hangisi TSM bünyesinde yer alan birimlerden biri **değildir?**
 - a. KETEM
 - b. Verem Savaş Birimi
 - c. Obezite Danışma Birimi
 - d. Toplum Sağlığı Şubesi Müdürlüğü
3. Aşağıdakilerden hangisi birinci basamak sağlık hizmetinin hedeflerinden biri **değildir?**
 - a. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gereksiz müracaatın azaltılması
 - b. İnsan kaynaklarının etkili kullanımı
 - c. Negatif performanslı kişi başına ödeme ile mali kaynakların etkili kullanılması
 - d. Sadece koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ile sunulan hizmetin kalitesinin artırılması
4. Aşağıdakilerden hangisi yönetimin temel işlevlerinden biri **değildir?**
 - a. Planlama
 - b. Uygulama
 - c. Kaynak bulma
 - d. Denetleme
5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, sevk ve idaresinden sorumlu olan kurum aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Türkiye Kamu Hastaneler Birliği
 - b. Sağlık Bakanlığı
 - c. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
 - d. Sağlık İl Müdürlüğü

AİLE HEKİMLİĞİNDE MORBİDİTE PATERNLERİ

1. Morbidite kavramı ile ilişkili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Morbidite Latince hasta, sağlıklı anlamına gelen *morbidus* kelimesinden köken almaktadır.
 - b. Tıp literatüründe herhangi bir sebebe bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklı durum, sakatlık, kötü sağlık durumunu ifade etmek için kullanılmaktadır.
 - c. Uygulamaya bakıldığında morbidite kavramı beden ve ruhen iyi olma halini kapsamaktadır.
 - d. Bazı araştırmacılar tarafından hastalık ve sekellerinin insidans ve prevalans hızlarının değerlendirilmesinde de faydalanılmaktadır.
 - e. Morbidite kavramı toplumdaki hastalıkların ve sakatlıkların tipleri ve seviyeleri konularında da bilgiler sunmaktadır.
2. Morbidite ölçütleri ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Sağlık hizmeti sunumlarının planlaması ve önceliklerin belirlenmesi konusunda morbidite ölçütleri ile önemli bir veri kaynağı sağlanmaktadır.
 - b. Çeşitli morbidite analizleri için birçok ölçüt tipi bulunmakla birlikte en kullanışlı olanlar arasında prevalans ve insidans hızları bulunmaktadır.
 - c. İnsidans bir toplumda belirli bir sürede görülen bir hastalık veya duruma ait yeni olgu sayısını ifade etmektedir.
 - d. Olgu fatalite hızı bir toplumda belirli bir süre içinde incelenen hastalığa bağlı ölenlerin sayısının yine aynı süre içerisindeki hastalığa yakalanmayan sağlam kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir.
3. Morbidite paternleri ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Morbidite paternleri nüfus ilişkisine örnek olarak gelişmiş toplumlarda tıp alanında ilerlemelerin etkisiyle beklenen yaşam süresinin artması ve toplumun yaşlanması verilebilir.
 - b. Morbidite paterni kavramı bir toplumun hastalık, sakatlık ve benzeri daha çok sağlıkla ilgili faktörler açısından durumunu ortaya koyan bir tanımlamadır.
 - c. Bir toplumun morbidite paternlerini ortaya koymak ve yorumlamak için hedef popülasyona ait morbidite trendlerinin bilinmesi önemlidir.
 - d. Morbidite paternleri temelde önlenebilir başlıca hastalık sebeplerini ortaya koymaktadır.
 - e. Morbidite paternlerinin analizinin toplum sağlığı ve koruyucu sağlık çalışmaları açısından bir anlamı bulunmamaktadır.
4. Aile hekimliği uygulaması ve sağlık göstergeleri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Düşük prevalans hekimliği çerçevesinde tüm hastalıklar ilgili uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliği pratiğinde de yüksek prevalansa görülmektedir.
 - b. Aile hekimliği pratiğinde hasta yakınmaları diğer uzmanlık dallarına oranla oldukça farklılıklar gösterebilmektedir.

- c. Yapılan araştırmalar, bir ÷lkeleki birinci basamak hizmetlerinde artışın sağlanmasıyla, sağlık maliyetlerinde ve mortalite seviyelerinde düşüş elde edildiğini göstermektedir.
 - d. Genel olarak bakıldığında solunum yolu şikayetleri ve ilgili enfeksiyon hastalıkları aile hekimliği polikliniklerinde yüksek insidans hızları ile görülebilmektedir.
 - e. Kronik hastalıklar açısından hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları, depresyon, diyabet, romatolojik problemler gibi süregen sorunlar da aile hekimlerinin sıklıkla karşılaştıkları hastalıklar arasındadır.
5. Aile hekimliği pratiğı ve sigara kullanımı ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
- a. Sigara kullanımı dünya çapında önlenemez başlıca morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır.
 - b. Dünya sağlık örgütü verilerine göre yılda yaklaşık 5 milyon ölüm sigara tüketimine bağılı olarak oluşmaktadır ve 2030 tarihine kadar bu rakamın 8 milyon seviyelerine çıkması beklenmektedir.
 - c. Ülkemizde tütün mamüllerine karşı mücadele 4207 sayılı yasa çerçevesinde daha da güçlü olarak sürdür÷lmektedir.
 - d. Her hekimin sigara kullanıcılarına bırakmayı tavsiye etmesinin, bağımlı tarafından sigaranın bırakılmasına hiç bir katkısı olmamaktadır.
 - e. Aile hekimleri tütün bağımlılığını sık müdahaleler ile araya girilmesi gereken bir kronik hastalık olarak değerlendirmelidir.

ORTAMA UYGUN SAĞLIK HİZMETİ

1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Aile hekimliği uygulaması sırasında “kanıta dayalı tıp” uygulaması hastalığın yönetimi açısından yeterlidir.
 - b. Aile hekimliğinin temel yeterlilikleri ve özelliklerinin gerçekleştiği alanlar; klinik görevler, hastalarla iletişim, aile hekimliği uygulama merkezinin yönetimidir.
 - c. Bağlamsallık aile hekimliği uygulaması sırasında kişi, aile, toplum ve kültürleri arasında bağlantsal ilişkiler kurmayı içermektedir.
 - d. Çekirdek yeterliklerin uygulanmasında üç özellik temel kabul edilmelidir; bağlamsal, tutumsal ve bilimsellik.
 - e. Bağlamsallık dendiğinde kastedilen; “Ortama Uygun Bir Sağlık Hizmeti”dir.
2. Ortama uygun sağlık hizmeti uygulaması sırasındaki yaklaşım sıralamasında aşağıdakilerden hangisi **bulunmaz**?
 - a. Hastanın tanımlanması yapılmalı
 - b. Hangi ortam faktörlerinin ele alınacağı belirtilmeli
 - c. Hastanın tedavisine hızla geçilmeli
 - d. Semptomlar üzerinde durulmalı
 - e. Hekimin rolü net olarak açıklanmalı
3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi ortam değerlendirirken mutlaka ele alınması gereken bağlamlardandır?
 - I. Toplum ve aile desteği
 - II. Hastanın bağlı olduğu sağlık sistemi
 - III. Hastanın yaşadığı coğrafya, ekosistem
 - IV. Boş zamanda yaptıkları
 - V. Gelecekle ilgili planları
4. Tıbbi hata ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Yalnızca I
 - b. I, II, III
 - c. IV ve V
 - d. Yalnızca V
 - e. I, II, III, IV
5. Aşağıdaki ipuçlarından hangileri hekimi klinik- patolojik bağlamdan çok kişisel ya da kişiler arası bir bağlamda sorun olduğu anlamda uyarmalıdır?
 - I- Aynı belirtilerle ya da birden fazla yakınmayla sık başvuru
 - II- Hastanın sıkıntısı ile belirtilerin görece olarak daha hafif yapıda seyretmesi arasındaki tutarsızlık
 - III- Bir rahatsızlık, yaralanma ya da ameliyattan beklenen zamanda iyileşmenin olmayışı

IV- Küçük sorunları olan bir çocuğun ebeveyninin sık aile hekimi ziyaretleri

V- Erişkin hastanın bir akraba ile muayeneye gelmesi

- a. Yalnızca I
- b. I, II, III
- c. I, II, III, VI
- d. Yalnızca V
- e. Hepsi

KAPSAMLI SAĞLIK BAKIMI

1. Aşağıdakilerden hangisi aile hekimliğinde çekirdek yeterliliklerden biridir?
 - a. Şema yaklaşımı
 - b. Naratif yaklaşım
 - c. Meridyenler
 - d. Kapsamlı bakım
 - e. Empati
2. Kapsamlı bakım hizmeti veren aile hekimi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Bir hastanın çoklu fiziksel ve emosyonel sağlık problemlerini birlikte ele alır.
 - b. Aile, yaşam olayları ve çevre ilişkileri içerisinde aile hekimi, hastalarının sağlıkla ilgili problemlerini eşzamanlı olarak önler ve yönetir.
 - c. Hem akut hem kronik hastalıklarıyla ilgilenir.
 - d. Sadece koruyucu sağlık hizmetleri vermek yeterli değildir, aynı zamanda tedavi edici hizmet te verir.
 - e. Her bireyin ayrı bir varlık olduğu gerçeğinden hareketle, kişiyi değerlendirirken içinde bulunduğu ailesinden bağımsız ele alır.
3. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri kapsamlı bakım çerçevesinde birinci basamakta verilebilecek hizmet/hizmetleri içerir?
 - 1-Kas-iskelet sistemine ait burkulma gibi durumlarla ilgilenmek
 - 2-Uygun yabancı cisimlerin çıkarılması,
 - 3-Hastaya destekleyici psikoterapi ile yardımcı olmak
 - 4-Kullandığı Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemlerini sormak, varsa bu tedavileri için işbirlikçi bir yaklaşım içinde olmak
- 5-Sigara bıraktırmasında yardımcı olmak
 - a. 1, 5
 - b. 1, 2, 3, 4, 5
 - c. 1, 2, 3, 5
 - d. 1, 2, 4, 5
 - e. 5
4. Aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Aile hekimleri için “üzgünüm ama hastalığınız benim alanımla ilgili değil” sözü uygun değildir.
 - b. yaş, cinsiyet ve şikayet ayırt etmeden hastaların her türlü sağlık problemleri ile ilgilenirler.
 - c. hastalarını ileri tetkik ve tedavi için sevk edebilirler ama bu durumda da bakımın devamından ve koordinasyondan sorumludurlar
 - d. birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım, aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerini oluşturur.
 - e. Birinci basamakta kapsamlı bakımın etkin bir şekilde verilmesinin sağlanması sağlık harcamalarını artırsa da iş gücü kaybını azaltacağı için önerilmelidir.
5. Aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Birinci basamakta kapsamlı aile bakımı için hastanın aile kayıtları tutulmalıdır.
 - b. Aile yönelimli yaklaşım bize hastalarımızı bir insan olarak tanımamız için fırsat verir.
 - c. Depresyon gibi psikolojik problemler çoğu kez yetersiz tedavi aldıkları için bu durumları yönetirken tedavisi için başlangıçta

her hastayı en az bir kez psikiyatriye yönlendirmek gerekir.

- d. Aile hekimlerinin ayrıca başarılı bir uygulama yapabilmek için hizmet verilen nüfusu tanması ve özelliklerini bilmesi gerekir.
- e. Kapsamlı bakım; enfeksiyonlardan gebe bakımı ve çocuk izlemine kadar; akut ve kronik hastalıklarda, hem koruyucu hem de tedavi edici bir hizmet sunumunu sağlar.

SÜREKLİ SAĞLIK BAKIMI

1. Sürekliliğin tanımını yapınız?
 - A) Kesintisiz olarak sürüp gitme
 - B) Devamsız olma
 - C) Rastlantsal olma
 - D) Aralıklı olma
 - E) Kesintili olma
2. Tıbbi bakımdaki sürekliliğin tanımını yapınız?
 - A) Yaşam boyunca aralıklı bakım sunma
 - B) Alınan hizmette kesintinin varlığı
 - C) Farklı yerde farklı hekim tarafından bakılma
 - D) Farklı yerde muayene olma
 - E) Bireye tüm yaşamı boyunca kesintisiz olarak aynı hekim tarafından bakılması
3. Aşağıdakilerden hangisi sürekli sağlık hizmetinin özelliklerindedir?
 - A) Bakımın hastalığın sadece bir döneminde olması
 - B) Kişinin aralıklı olarak gözlenmesi
 - C) Hastalık merkezli tedavi alması
 - D) Bireyin sağlıklı olduğu dönemde bakılmaması
 - E) Bireyin sadece bir dönemde değil sürekli yaşamı boyunca hizmet alması
4. Aşağıdakilerden hangisi sürekliliğin boyutlarından **değildir**?
 - A) Hizmet sunucusunun ulaşılabilirliği
 - B) Zamansal süreklilik
 - C) Coğrafi süreklilik
 - D) Kayıtların sürekliliği
 - E) Farklı yerlerde hizmet alma
5. Aşağıdakilerden hangisi sürekliliğin yararlarından **değildir**?
 - A) Zamanın verimli kullanılması
 - B) Tanı koymak için yeterli zamanın olması
 - C) Tanının doğruluğunu değerlendirme
 - D) Kronik hastalıkların düzenli takibinin yapılması
 - E) Gereksiz tetkik ve harcamaların çokluğu

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KOORDİNASYONU

1. Aşağıdakilerden hangisi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden biri **değildir**?
 - a. Bağışıklama
 - b. Sağlık eğitimi
 - c. Beslenmenin iyileştirilmesi
 - d. Suların dezenfeksiyonu
 - e. Aile planlaması
2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinin yönetim süreçlerinden biri **değildir**?
 - a. Planlama
 - b. Örgütlenme
 - c. Koordinasyon
 - d. Denetim
 - e. Değerlendirme
3. Nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyet etkili olmasına ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlamasına ilişkin aile hekimliği temel özelliklerinden koordinasyon (eşgüdüm) hangi çekirdek yeterliliği ile ilgilidir?
 - a. Kişi merkezli yaklaşım
 - b. Kapsamlı yaklaşım
 - c. Birinci basamak yönetimi
 - d. Bütüncül yaklaşım
 - e. Toplum yönelimi
4. Aşağıdakilerden hangisi yönetimin ilkeleri arasında **ver almaz**?
 - a. Hızlı karar
 - b. İş bölümü
 - c. Yetki devri
 - d. Planlama
 - e. İşlerin birleştirilmesi
5. “Fazla miktarda ilaç kullanımı için risk altındaki hastaları belirlenmesi, hastaları yeni bir medikal girişimden korumayı ve sadece etik olarak kabul edilebilir müdahaleleri önermeyi kabul eden tedbirler” tanımlaması aşağıdaki kavramlardan hangisinin tanımıdır?
 - a. İkincil koruma
 - b. Üçüncül koruma
 - c. Birincil koruma
 - d. Dördüncül koruma
 - e. Tersiyer koruma

SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞIM

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerine ulaşma ile ifade **edilemez?**
 - A) Koruyucu hizmetlere ulaşma
 - B) Sağlık müdürlüğüne ulaşma
 - C) Birinci basamak hizmetlerine ulaşma
 - D) Acil hizmetlere ulaşma
 - E) Hastane bakımına ulaşma
2. Erişilebilirlik terimi sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve servislerinin ayrımcılık yapılmadan herkesin erişimine açık olması şeklindedir. Buna göre erişilebilirlik terimi hangisini **ıçermez?**
 - A) Ayrımcılık yapmama
 - B) Fiziksel erişilebilirlik
 - C) Tercihlere saygı duyma
 - D) Ekonomik erişilebilirlik
 - E) Bilgiye erişilebilirlik
3. Aşağıdakilerden hangisi aile hekiminin sunması gereken sağlık hizmetlerinden **değildir?**
 - A) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için bir yıl içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer. Ayrıca üç yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller.
 - B) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.
 - C) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir.
 - D) Periyodik sağlık muayenesi yapar.
 - E) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar.
4. Hizmet alım süresi verilen aşağıdaki hizmetlerden hangisi veya hangileri **yanlıştır?**
 - I) Rutin sorunlar için 4 hafta içerisinde hizmet alabilme
 - II) Acil sorunlar için 8 saat içerisinde hizmet alabilme
 - III) 24 saat boyunca telefonla sağlık danışmanlığı alabilme
 - IV) Acil olmayan sorunlarda bir hafta içerisinde konsültasyon
 - V) Acil sorunlar için 24 saat içerisinde konsültasyon
 - A) Yalnız I
 - B) III,V
 - C) I,II,V
 - D) II,III,IV
 - E) II,IV
5. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerine ulaşım için verilen kararları diğerlerinden daha az etkiler?
 - A) Sorunun ciddiyeti
 - B) Aile otoritesinin görüşü
 - C) Sağlığa ulaşmada karşılaşılan güçlükler
 - D) Sağlık hizmetinin maliyeti
 - E) Kişinin cinsiyeti

HASTAYI GÜÇLENDİRME (ORTAK KARAR VERME)

1. Aşağıda hasta hekim görüşmesi esnasında hekim tarafından hastaya söylenen cümleler yer almaktadır. Bu cümlelerden hangisi hastayı güçlendirme süreci ile ilgili olarak en güçlüsüdür?
 - a. Sağlığınıza çabuk kavuşmanız için bu ilaçları zamanında almanız çok önemli. İlaçları zamanında alacağını inanıyorum.
 - b. Bu hastalığın seni korkuttuğunu anlıyorum. Ama bu korkulacak bir durum değil.
 - c. Bu hastalığın size ne ifade ettiğini anlatabilir misiniz?
 - d. Bu etkikleri yaptırmamız gerekiyor.
 - e. Ameliyat olmanız için sizi nasıl ikna edebilirim?
2. Aşağıdakilerden hangisi hastayı güçlendirme ve ortak karar verme sürecinin engellerinden **değildir**?
 - a. Hastanın yeterli bilgiye sahip olmaması
 - b. Hastanın yabancı bir ortamda olmasının oluşturduğu tedirginlik
 - c. Hastalık merkezli yaklaşım
 - d. Hasta merkezli yaklaşım
 - e. Hekimin hastanın hastalığı ile ilgili çok iyi bilgi ve deneyime sahip olması gereği en doğru tıbbi tedavi konusunda dayatması.
3. Hastayı güçlendirmek hekime aşağıdakilerden hangisini **sağlamaz**?
 - a. Hastanın güvenini kazanmayı
 - b. Hasta hakkında daha fazla bilgi sahibi olmayı
 - c. Hastanın hastalık ile başa çıkma becerisini arttırmayı
 - d. Genel olarak hastanın şikayetlerinin daha kolay çözümlenebilmesini
 - e. Hastaya daha fazla otorite kurabilme gücünü
4. Hastayı güçlendirmek için aşağıdaki tutumlardan hangisini **yapmamalıyız**?
 - a. Kapalı uçlu sorular sormak
 - b. Vücut dilimizi teşvik edici tarzda kullanmak
 - c. Hastanın kendisini ifade etmesine olanak sağlamak
 - d. Hastanın endişeleri karşısında kendi tavsiyelerimizi vermekten kaçınmak
 - e. Hastanın duygu ve düşüncelerinin önemli olduğunu anlamasını sağlamak
5. Hastanın sağlık sistemi içinde kendini güçsüz hissedebileceği durumlardan olmayan aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Yeterli tıbbi bilgiye sahip olmaması
 - b. Bulunduğu sağlık merkezinin yeterli donanımına sahip olmaması
 - c. Tıbbi durumu hakkında belirsizliğin oluşturduğu bilinmezlik
 - d. Sağlık sisteminin işleyişinin bilinmemesinin oluşturduğu rahatsızlık
 - e. Yabancı bir ortamda hissetme duygusu

HASTA UYUMU

1. Hayrettin Bey (75 yaşında) hipertansiyon tanısı ile izlenmektedir. Son zamanlarda ilaçlarını düzgün almadığı için tansiyonu yüksek seyretmektedir. Dr. Aydın Bey nasıl bir yol izlemelidir?
 - I. Klinik açıdan tansiyon kontrolünü zorlaştıran bir durum olup olmadığını araştırmalıdır.
 - II. Hasta ile ilaçlarını düzenli alıp almadığını konuşmalıdır.
 - III. Hastayı uyumsuzluk nedeniyle takipten çıkarmalıdır.
 - IV. Hastanın bakımı ile ilgilenen aile bireyiyle diyet ve ilaç kullanım durumunu konuşmalıdır.
 - V. Hastayı huzursuz etmenin de tansiyonunu yükselteceğini düşünerek üzerinde durmamalıdır.
 - a) III,
 - b) II ve V
 - c) III ve IV
 - d) IV ve V
 - e) I, II ve IV
2. Hasta uyumunun sağlanmasında aşağıdakilerden hangisinin etkisi en büyüktür?
 - a) Hasta uyumunun test edilmesi
 - b) İlaç kullanım günlüğü tutulması
 - c) Bölmeli ilaç kutuları
 - d) Elektronik hatırlatıcılar
 - e) Hasta-hekim iletişimi
3. Tedavi uyumunun belirlenmesinde idrarda ilaç ve metabolitlerinin saptanması yönteminin sakıncalı yönü hangisidir?
 - a) Her ilaç için idrar örneğinin kullanılacağı bir test yöntemi yoktur.
 - b) Tedaviye genelde uyumsuz olan bir hastanın idrar incelemesinden bir süre önce alacağı doz onu uyumlu kategorisine sokar.
 - c) Hasta idrar incelemesi yapılmasını kabul etmeyebilir.
 - d) Uyumsuzluğu bu şekilde denetlemek tedavi maliyetini kabul edilemez ölçüde artırır.
 - e) İdrarda ilaç ve metabolitlerinin test edilmesi etik değildir.
4. Hasta uyumu hakkında eğitim görmüş bir hekim aşağıdakilerden hangisini yapmaz?
 - a) Uyumsuzluk olup olmadığını araştırır.
 - b) Hastanın ilaç kullanımı ile ilgili talimatları anlayıp anlamadığını kontrol eder.
 - c) Hastayı hastalığı ve kullanacağı ilaçlarla ilgili bilgilendirir.
 - d) Uyumsuz hastayı takipten çıkartır.
 - e) Uyumsuzluktan şüphelenirse uyum artırıcı önlemler alır.
5. Aşağıdaki hasta davranışlarından hangisi uyumsuzluk örneğidir?
 - a) Haftanın en az üç günü önerilen günlük kalori alımını aşmak
 - b) Hekimin önerdiği ameliyatı olmamak
 - c) Hastalığı ile ilgili tedaviyi kabul etmemek
 - d) Kontrol randevusunun gününü değiştirmek
 - e) Yan etki nedeniyle verilen ilaçlardan birinin değiştirilmesini istemek

HATALI TIBBİ UYGULAMALAR

1. “Aydınlatılmış Onam” ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - A) Standart bir form olarak kullanılması için yaygın kullanılan dil ve şekilde düzenlenir.
 - B) Müdahalenin yapılacağı birimde görevli bir sağlık çalışanı tarafından alınabilir.
 - C) Aydınlatılmış onam yazılı olarak alınmalıdır.
 - D) Bilgilendirme tarihi ile onamın verildiği tarih aynı olmalıdır.
 - E) Onam formunun bir nüshası bireye verilmelidir.
2. Aydınlatılmış onam aşağıdakilerden hangi/ hangilerini mutlaka kapsamalıdır?
 - 1) Operasyona girecek personel sayısı
 - 2) Müdahale yapılacak yerin teknik ve fiziki özellikler
 - 3) Hastanın sağlık durumu
 - 4) Konulan tanı
 - 5) Önerilen tanı ya da tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi
 - 6) Yöntemin hastanın sağlığı için oluşturabileceği riskler ve komplikasyonlar
 - A) 1,2,3,4
 - B) 2,3,4,5
 - C) 3,4,5,6
 - D) 1,3,4,5
 - E) 1,2,4,5
3. Komplikasyon kelimesinin en uygun tanımını aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan tüm nedenler gerçekleştirilse dahi çeşitli sebeplerle öngörüldüğü halde önlenemeyen riskler
 - B) Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan çoğu neden gerçekleştirilse dahi çeşitli sebeplerle öngörüldüğü halde önlenemeyen riskler
 - C) Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan bazı nedenler gerçekleştirilse dahi çeşitli sebeplerle öngörülmediğinden önlenemeyen riskler
 - D) Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan tüm nedenler gerçekleştirildiğinde çeşitli sebeplerle öngörülürse önlenemeyen riskler
 - E) Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan çoğu nedenler gerçekleştirilse dahi çeşitli sebeplerle öngörüldüğünde önlenemez duruma gelmiş risk grupları
4. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hata çeşitlerinden **değildir**?
 - A) Yargı Hataları
 - B) Teknik Hatalar
 - C) Beklenti Hataları
 - D) Kılavuz Hataları
 - E) Sistem Hataları
5. Tıbbi uygulamaları hukuka uygun kılan nedenler arasında **yer almayan** aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Yetkili kişi tarafından uygulanması
 - B) Hekimin bilgi ve becerisinin en fazla olduğu tıbbi müdahalenin yapılması
 - C) Rıza unsurunun varlığı
 - D) Güncel tıp verilerine uygunluk ve standart uygulama
 - E) Gerekli özen ve dikkatin gösterilmesi

BEYİNİ BAŞARIYA PROGRAMLAMA

1. Değişim için neler gereklidir?
 - A) Geleceğe ait vizyon
 - B) Tatminsizlik
 - C) Atılacak ilk adımı bilmek
 - D) A ve C
 - E) A, B ve C
2. Bilinçli yeterlilik aşamasında aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?
 - A) Kişi bilginin varlığından haberdardır.
 - B) Bu bilgiyi kendisi kullanamaz.
 - C) Bilgiyi kullanmak ancak sürekli dikkat ve odaklanma ile gerçekleşmektedir.
 - D) Yetenek boyutundadır.
 - E) Kişi ne yapacağını tam olarak öğrenmiştir.
3. Başarının ipuçları hakkında hangileri doğrudur?
 - A) Güvenlikli alanımızda durmak
 - B) Hedefimizi görselleştirmek
 - C) Şansımızı zorlamak
 - D) Hedefimize ulaşmış birini örnek almak
 - E) B+D
4. Daha çok şeyi hatırlamak adına beyninizi nasıl programlarsınız? Örneklerle açıklayınız.
5. Hafızanın dili nasıl çalışır?
 - A) Not alarak
 - B) Dosyalarla
 - C) Görüntülerle
 - D) Anılarla
 - E) Tekrarlanan davranışlarla

EV KAZALARI

- 1- En sık meydana gelen ev kazası aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Yanma ve haşlanmalar
 - B) Yabancı cisim aspirasyonları
 - C) Düşmeler
 - D) Boğulmalar
 - E) Zehirlenmeler
- 2- Ev kazaları hususunda en çok hangi yaş grubuna/gruplarına dikkat etmek gerekir?
 - A) 0-14 yaş
 - B) 4 yaş altı ile 65 yaş üstü
 - C) 5 yaş altı ile 75 yaş üstü
 - D) 65 yaş üstü
 - E) 1-14 yaş ile 65 yaş üstü
- 3- Aşağıdakilerden hangisi kazalardan korumak için yapılacak stratejik planlamada göz önünde bulundurulması gereken hedeflerden **değildir**?
 - A) Kişisel özellikleri iyileştirme
 - B) Daha güvenli ev ortamları oluşturulmasını sağlama
 - C) Hizmet sunuculara eğitimler verme, bilgi ve beceri kazandırma
 - D) Bilgi elde edilecek kanıta dayalı sistemleri iyileştirme ve geliştirme
 - E) İkinci basamak hizmetlere ulaşılabilirliği artırma
- 4- Türkiye’de TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre ölüm nedenleri arasında kazalar kaçınıcı sırada gelmektedir?
 - A) Birinci
 - B) İkinci
 - C) Üçüncü
 - D) Dördüncü
 - E) Beşinci
- 5- Ev kazalarının hangisinde ölüm oranı daha yüksektir?
 - A) Yanma ve haşlanmalar
 - B) Yabancı cisim aspirasyonları
 - C) Düşmeler
 - D) Boğulmalar
 - E) Zehirlenmeler

TIPTA PROFESYONELLİK

- 1- Aşağıda belirtilen ilkelerden hangisi Amerika İç Hastalıkları Profesyonellik Kurulunun ortaya koyduğu ideal profesyonel davranış ilkelerinden değildir?
- Mükemmeliyet
 - Hümanizm
 - Sorumluluk
 - Fedakarlık
 - Özerklik
- 2- Aşağıdakilerden hangisi hasta merkezli yaklaşım ile ilgili geçerli **değildir**?
- Mevcut teknolojileri ölçülü olarak kullanma yeterliliği
 - Hastanın ihtiyaçlarının ana belirleyici olduğu klinik değerlendirme sorumluluğu
 - Hasta-hekim ilişkisine yön vermede hekimin otoriter yaklaşımı
 - Sağlık bakım sistemini idare ederken zamanında erişim konusunda güvenilirlik
 - Hastanın sağlığı ve önceliklerini dikkate alma
- 3- Aşağıdakilerden hangisi Tıbbi Profesyonellik Sözleşmesinde yer alan dört etik öncelikten biri **değildir**?
- Hastaların refahını ve haysiyetini geliştirmek
 - Kurumsal sağlık hizmetlerinin eşitliğini ve erişilebilirliğini arttırmak
 - İlkeli hekim davranışlarını teşvik etmek
 - Probleme dayalı öğrenmenin gelişmesini sağlamak
 - Sağlık kaynaklarının dağıtımında toplumu adaletli bir noktaya doğru götürmek
- 4- Aşağıdakilerden hangisi tıp biliminin günümüzdeki sorunlarından değildir?
- Bilginin aşırı artması
 - Uzmanlaşmanın yetersiz olması
 - Kurumlar ve eğiticiler arasındaki heterojenite
 - Sağlık politikaları ile eşgüdümün olmaması
 - Aşırı teknoloji bağımlılığı ile tıbbın insancıl yönünü kaybetmesi
- 5- Hasta-hekim ilişkisinin belkemiği olan, hastaya ve ailesine karşı empati duygusu geliştirebilme ve şefkat sunabilme gibi özellikleri barındıran profesyonellik ilkesi aşağıdakilerden hangisidir?
- Hümanizm
 - Mükemmeliyet
 - Sorumluluk
 - Fedakarlık
 - Özerklik

YATAN HASTA İLE İLK KARŞILAŞMA

1. “Hastanın klinik karar verme sürecine etkin olarak katılmasına yardım etme ve hizmetlerin toplumun bütün bireyelerine eşit dağılımını en üst düzeyde sağlamak için hükümet ve diğer yetkililerle birlikte çalışma” olarak tanımlanan aile hekimliği özelliği aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Biyopsiko-sosyal yaklaşım
 - b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanılması
 - c. Savunmanlık
 - d. Ekip hizmeti sunma
 - e. Sürekli bakım
2. Aşağıdakilerden hangisi terapötik (tedavi edici) iletişim tekniklerinden **değildir**?
 - a. Hastayla sessizliği paylaşmak
 - b. Hastada olumlu pekiştireç kullanmak
 - c. Konuşma olanağı vermek
 - d. Konuşulanları özetlemek
 - e. Yorum yapmak
3. Hastanede yatan hastada beslenme ile ilgili aşağıdakilerin hangisinin söylenmesi **doğru olmaz**?
 - a. Uzun süre yetersiz kalori alması doku ve yara iyileşmesini geciktirir.
 - b. Terminal dönemdeki hastalarda son ana kadar enteral ve parenteral beslenmeye devam edilmelidir.
 - c. Malnütrisyon yoğun bakım ve hastanede kalış süresini uzatır.
 - d. Malnütrisyon komplikasyon riskini artırır.
 - e. Malnütrisyon enfeksiyon riskini artırır.
4. Uygun olan hastalarda hastanın beslenme desteği için **ilk tercih** ne olmalıdır?
 - a. Ağız yoluyla enteral beslenme
 - b. Tüple enteral beslenme
 - c. Total parenteral beslenme ve enteral beslenme kombinasyonu
 - d. Periferik parenteral beslenme
 - e. Santral parenteral beslenme
5. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar sınıflandırmasına **dahil olmayan** hastalık grubu aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS)
 - b. İleri dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin)
 - c. Tedaviye yanıtız kanserler
 - d. HIV/AIDS
 - e. Çocuklardaki kronik hastalıklar
6. Yaşam sonu bakımda hastanın konforu açısından ağrı yönetimi önemlidir. DSÖ, ağrının basamak sistemine göre tedavisini önermektedir. Buna göre yaşam sonu bakımda ağrı yönetiminde birinci basamakta yer alan ilaç grubu hangisidir?
 - a. Zayıf opioid ilaçlar (kodein, tramadol)
 - b. Güçlü opioid ilaçlar (fentanil, morfin)
 - c. Adjuvan (koanaljezik) ilaçlar (antidepresan, antikonvülzan, nöroleptik, kortikosteroid, oral lokal anestezi, anksiyolitik)
 - d. Non-opioid analjezikler
 - e. Siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri
7. Hastanın tıbbi tavsiyeye rağmen taburcu olmak istemesi hâlinde ne yapılır?
 - a. “Tetkik Tedavi Red Tutanağı” düzenlenerek hasta taburcu edilir.
 - b. Hastanın vital bulguları stabilize taburcu edilir.
 - c. Hasta ilaçlarını nasıl kullanacağını biliyorsa taburcu edilir.
 - d. Hastanın ağrısı yoksa taburcu edilir.
 - e. Hasta kontrole geleceksa taburcu edilir.

KLİNİK VAKA SUNUMU

1. Aşağıdakilerden hangisi "Biyopsikosozyal Model" için doğru **değildir**?
 - A) Bireyi ailesi ve çevresiyle ele alır.
 - B) Hastayı fiziksel, ruhsal, sosyal boyutlarıyla ele alır
 - C) Hastalık merkezlidir.
 - D) Hastayı bir bütün olarak ele alır.
 - E) Aile hekimliğinin temel yaklaşımıdır
2. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuran gruplarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan ölçek hangisidir?
 - A) Genel Sağlık Anketi (GSA)
 - B) Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
 - C) Beck Depresyon Envanteri (BDE)
 - D) Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği
 - E) Hiçbiri
3. Aşağıdakilerden hangisi Ulusal Kolesterol Eğitim Programı-Erişkin Tedavi Paneli III'e (NCEP-ATP III) göre Metabolik Sendromun tanı kriterlerinden **değildir**?
 - A) Bel çevresi erkeklerde >102 cm, kadınlarda >88 cm
 - B) Trigliserid ≥ 150 mg/dl
 - C) LDL Kolesterol >150 mg/dl
 - D) Kan basıncı $\geq 130/85$ mmHg
 - E) Açlık kan glukozu ≥ 110 mg/dl
4. Aşağıdakilerden hangisi insülin direncinin neden olduğu durumlardan **değildir**?
 - A) Hipertansiyon
 - B) Polikistik Over Sendromu
 - C) Ateroskeroz
 - D) Tip 1 DM
 - E) Dislipidemi
5. Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyonun hedef organ hasarlarından **değildir**?
 - A) Retinopati
 - B) Mikroalbuminüri
 - C) Sol ventrikül hipertrofisi
 - D) Serebrovasküler hastalık
 - E) Renal parankimal hastalık

KONSÜLTASYON VE SEVK

1. Aşağıdaki seçeneklerden **yanlış** olanı işaretleyiniz.
 - A) Konsültasyon ve sevk, en az iki hekimin, bir üçüncü kişi olan hastayı değerlendirme sürecidir.
 - B) Günümüzde birinci basamak hekiminin en önemli görevlerinden biri hekimliğin ve toplumun bütün olanaklarını hastasına sunmak olmalıdır.
 - C) Sevk hızı, aile hekiminin gördüğü her 1000 (bin) hastaya düşen sevk sayısı ile ifade edilir.
 - D) Konsültasyon süreci üçlü bir alışveriş sürecidir.
 - E) Konsültasyon süreci sırasında, hastanın asıl hekimi yine kendi "aile hekimi"dir.
2. Aşağıdaki seçeneklerden **yanlış** olanı işaretleyiniz?
 - A) Konsültasyon ve sevk sürecinde olup bitenlerin hasta ve yakınları tarafından çok iyi anlaşılmasına gerek yoktur.
 - B) Pratikte konsültasyon ve sevk terimleri sıkça birbirine karışır.
 - C) Konsültasyon aslında bir profesyonel bakımda yüksek standart sağlama aracıdır.
 - D) Konsültasyonun zamanında gerçekleştirilmesi etik bir sorumluluktur.
 - E) Sevk, hastanın bakımının diğer hekime "devri" anlamına gelir.
3. Aşağıdaki seçeneklerden **yanlış** olanı işaretleyiniz?
 - A) Hastanın sevkini kabul eden doktor, hastayı bir başka bölüme sevk etmek istediğinde hastayı sevk eden doktordan onam almalıdır.
 - B) Bilgilerin sürekli ve kolay akışı konsültasyon ve sevk sürecinin kolay ve düzenli işlemlerini sağlar.
 - C) Konsültan hekimin rolü net olarak tanımlanmalıdır.
 - D) Defansif tıp uygulamaları konsültasyon süreç sıklığı ve gerekliliğini etkilemez.
 - E) Aile hekimi hastasının danışmanlık, savunuculuk, bakımının koordinasyonu ve ilgili uzman hekimin bulunması rollerini de üstlenmelidir.
4. Aşağıdaki seçeneklerden **yanlış** olanı işaretleyiniz?
 - A) Konsültasyon süreci üç aşamalıdır.
 - B) Bakımın sürekliliğinin sağlanması başarılı bir konsültasyon sürecinin aşamalarından birisidir.
 - C) Konsültasyon mutlaka resmi (formal) olarak istenir.
 - D) Konsültasyonun zamanlaması hem kaynakların kullanımı hem de hastanın savunuculuğu açısından önemlidir.
 - E) Hastanın psikolojisi ile de uyum sağlayacak bir konsültan hekim bulunması da aile hekiminin görevlerindedir.
5. Aşağıdaki seçeneklerden **yanlış** olanı işaretleyiniz?
 - A) Konsültasyon ve/veya sevk süreci sırasında geliştirilmiş olan bir formun doldurulması işlerin daha hızlı ve kolay ilerlemesini sağlar.
 - B) Konsültasyon isterken hekimin istem formuna "geri bildirim

verme” ricasını eklemesi geri bildirim verme oranlarını arttırmaktadır.

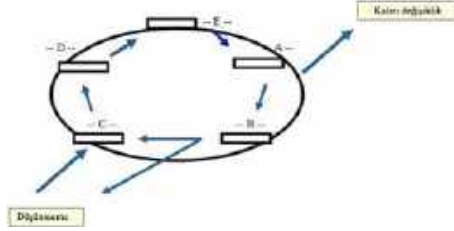
- C) Konsültasyon ve sevk sürecinde hastanın gereksiniminin ne kadar karşılanmış olduğunu en iyi yine hastanın kendisi belirler.
- D) Konsültan hekimin önerilerinin hasta ile tartışılıp değerlendirilmesi gereksiz bir tutumdur.
- E) Prekonsültasyon fazı, aile hekiminin hastasını konsültan hekime kaptırma ve hastasını kaybetme korkusunu en yoğun yaşadığı dönemdir.

HASTA EĞİTİMİ

1. Hasta eğitiminde önemli kriterlerden **olmayan** aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Verilen bilgi işlevsel olmalıdır.
 - B) Özgün mesajlar verilebilmelidir.
 - C) Eğitilenlerin eğitim sürecine aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır.
 - D) Birey için uygun dil veya iletişim yolu dikkate alınmalıdır.
 - E) Bireylerin okuryazarlık durumlarının uygun yöntem seçiminde bir önemi yoktur.
2. Transteorik Davranış Değişikliği Modeli evrelerinden **olmayan** aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Düşünme öncesi
 - B) Karar verme
 - C) Eylem
 - D) Plato
 - E) Sonlanma
3. Hasta eğitiminden beklenen sonuçlardan **olmayan** hangisidir?
 - A) Daha az hekime giden bireyler
 - B) Sağlıkları konusunda daha iyi bilgilenmiş bireyler
 - C) Kendilerine daha iyi bakan bireyler
 - D) Sağlıkları ile ilgili kararlara daha iyi uyan bireyler
 - E) Tıbbi hizmetleri daha iyi kullanan bireyler
4. Hasta eğitiminin somut kazanımlarından **olmayan** aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Davranış değişikliği.
 - B) Hasta memnuniyetinde artış
 - C) Gereksiz hasta ziyareti ve telefon görüşmelerinde azalma
 - D) Hasta otonomisinin azalması
 - E) Hastalıkları ve uygulanacak tıbbi prosedürler konusunda bilgi alma hakkının (aydınlatılmış onam) sağlanması
5. Hasta eğitiminin temel ilkelerinden **olmayan** hangisidir?
 - A) Kişi merkezli yaklaşım
 - B) Kapsamlı bilgilendirme
 - C) Küçük davranış değişikliği önerileri
 - D) Özgün hedef belirlenmesi
 - E) Sabit tek yöntem kullanmak

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ

1. Davranış değişikliği aşamalarına göre aşağıdaki döngüde A-B-C-D-E ile belirtilen evreler hangi şıkta doğru sıralanmıştır?



- a. A:Deneme C:Düşünme E:Düşünme
B:Hazırlanma D:Sürdürme
- b. A:Hazırlanma C:Deneme E:Düşünme
B:Düşünme D:Sürdürme
- c. A:Sürdürme C:Düşünme E:Deneme
B:Nüks D:Hazırlanma
- d. A:Sürdürme C:Düşünme E:Hazırlanma
B:Nüks D:Deneme
- e. A:Nüks C:Sürdürme E:Deneme
B:Düşünme D:Hazırlanma
2. Aşağıdakilerden hangisi motivasyonel görüşmenin temel ilkelerinden **değildir**?
- a. Empatinin gösterilmesi
b. Çelişkilerin ortaya çıkartılması
c. Dirençle karşılaşma
d. Açık uçlu sorular sorma
e. Kendine yeterliliği destekleme
3. Aşağıdakilerden hangisi motivasyonel görüşmenin birinci aşaması olan içsel motivasyonun oluşturulması evrelerinden biri **değildir**?

- a. Açık uçlu sorular sorma
b. Yansıtılmalı dinleme
c. Onaylama
d. Empatinin gösterilmesi
e. Değişim konuşması ortaya çıkarma
4. Aşağıdakilerden hangisi danışanın motivasyonel görüşmenin içsel motivasyonunu oluşturup değişime olan bağlılığını güçlendireceği ikinci aşamaya geçebileceğini gösteren ip uçlarından biri **değildir**?
- a. Danışan ve danışmanın problem ile ilgili daha az tartışması
b. Danışanın bir karara varmış gibi rahatlamış görülmesi
c. Danışanın değişimin yarar ve zararları hakkında konuşması
d. Danışmanın açık uçlu sorular sorması
e. Danışanın değişimden sonra hayatının nasıl olacağı hakkında konuşması (canlandırma)
5. Aşağıdaki durumlardan hangisinde/hangilerinde davranış değişikliği için motivasyonel görüşme yöntemi kullanılabilir?
- I. Alkol bağımlılığı
II. Madde bağımlılığı
III. Sigara bağımlılığı
IV. Yaşam tarzı değişikliği
- a. Yalnız I
b. I,II ve III
c. III ve IV
d. Yalnız IV
e. Hepsi

ERGEN SAĞLIĞI

- 1- Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ergenlik dönemi yaş grubu aşağıdakilerden hangisidir?
- A) 15-19 yaş
B) 12-18 yaş
C) 10-19 yaş
D) 11-21 yaş
E) 11-24 yaş
- 2- Ergenlerde periyodik muayene ne kadar sıklıkla yapılmalıdır?
- A) 3 ayda bir
B) 6 ayda bir
C) Yılda bir
D) 18 ayda bir
E) 2 yılda bir
- 3- On iki yaşındaki bir ergene hizmet sunulurken aşağıdaki yöntemlerden hangisinin kullanılması daha uygun olur?
- A) Ebeveyn-ergen işbirliği yöntemi
B) Ergenin birincil, ebeveynlerin ikincil olduğu yöntem
C) Ergenin birincil, ebeveynin katılımının isteğe bağlı olduğu yöntem
D) Ebeveynin birincil, ergenin katılımının isteğe bağlı olduğu yöntem
E) Ebeveynin birincil, ergenin ikincil olduğu yöntem
- 4- Aşağıdakilerde hangisi ergene önem verilme nedenlerinden **değildir**?
- A) Ergene ayrılan sağlık, eğitim, beceri bütçeleri sosyal ve ekonomik gelişmeye ciddi etkiler yapar.
B) Ergen sağlığı ve gelişimi sadece kendilerinin veya yetişkinlerin değil aynı zamanda ilerideki çocukların sağlığını da etkiler.
C) Sağlığı tehlikeye sokacak davranışların ergende mortalite ve morbiditeye neden olmaması için azaltılması, erken yaşlarda tanınıp önlem alınması gerekir.
D) Dünyadaki hastalıkların %35'inin kökeni ergenlik döneminden gelmektedir.
E) Ergenler, mortalite düşüşlerinden yaşamın ilk dekatındaki çocuklara göre daha az etkilenmektedirler.
- 5- Aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi/hangileri ergenler için kullanılmalıdır?
- I- Biyopsikososyal Yaklaşım
II- HEADS Yöntemi
III- SAFE TEENS Yöntemi
IV- Etnik Kültürel Yaklaşım
V- Holistik Sağlık Modeli
- A) II ve III
B) I ve III
C) I, IV ve V
D) I, II, III
E) II ve V

SAĞLIKLI YAŞAM DANIŞMANLIĞI

1. Egzersize başlamanın olumlu ve olumsuz yönlerini gözden geçiren bir birey davranış değişikliğinin hangi evresindedir?

- A) Düşünme öncesi
- B) Düşünme
- C) Hazırlık
- D) Eylem
- E) Sürdürme

2. Transteorik modele göre “Kısa bir süre içinde harekete geçmeyi hedefler. Bir planı bulunmaktadır.” hangi evreyi tanımlamaktadır?

- A) Düşünme öncesi
- B) Düşünme
- C) Hazırlık
- D) Eylem
- E) Sürdürme

3. Sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmede kullanılan 5A kılavuzuna göre hasta-hekim görüşmesinde akış nasıl olmalıdır?

- A) Yardım et-Öner-Sorgula-İzle-Sor
- B) Öner- Sorgula- Yardım et -Sor-İzle
- C) Sor -Öner- Sorgula- Yardım et -İzle
- D) İzle- Öner- Sorgula- Yardım et -Sor
- E) Öner- Sor- Yardım et- Sorgula-İzle

4. “Sigarayı bırakalı birkaç gün oldu. Dayanamayıp tekrar başlayacağımı düşünüyorum” diyen bir hasta sigarayı bırakma konusunda davranış değişikliğinin hangi evresindedir?

- A) Düşünme öncesi
- B) Düşünme
- C) Hazırlık
- D) Eylem
- E) Sürdürme

5. Aşağıdakilerden hangileri sağlıklı yaşam tarzı bileşenidir?

- I. Hiç sigara içmemek
- II. Günde 5 porsiyon sebze/meyve tüketmek
- III. Günde 10 dakika stres yönetimine yönelik uygulama yapmak
- IV. Beden kitle indeksinin 20 kg/m²'nin altında tutmak
- V. Haftada 150 dakika yürüyüş vb. egzersiz yapmak

- A) I,II,IV,V
- B) I,II,III,IV
- C) I,III,IV,V
- D) I,II,III,V
- E) I,II,III,IV,V

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1. Sağlık okuryazarlığının tanımı içinde aşağıdakilerden hangisi **yer almaz?**
 - a. Okuma
 - b. Anlama
 - c. İlgi duyma
 - d. İletişim kurabilme becerisi
 - e. Karar verme sürecinde bilginin kullanılması
2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçeklerden biri **değildir?**
 - a. HALS
 - b. REALM
 - c. NWS
 - d. MMT
 - e. TOFHLA
3. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi bireylerin sağlığı üzerinde bazı olumsuz sonuçlara neden olabilir. Aşağıdakilerden hangisi bunlardan biri **değildir?**
 - a. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yüksek kullanımı
 - b. Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında gecikme
 - c. Sağlık giderlerinde artış
 - d. Mortalitede artış
 - e. Tıbbi ve ilaç hatalarında artma
4. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yeterli sağlık okuryazarlığının önemli sonuçlarından biri **değildir?**
 - a. Yaşam kalitesi yükselir.
 - b. Sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilme düzeyi gelişir.
 - c. Sağlık maliyeti azalır.
 - d. Sağlık hizmetlerinin kalitesi artar.
 - e. Hasta-doktor iletişimini pasifize eder.
5. Aşağıdakilerden hangisi düşük sağlık okuryazarlık düzeyi için risk faktörü **değildir?**
 - a. Yaşlılık
 - b. Yüksek gelir düzeyi
 - c. Eğitim düzeyi
 - d. Genel sağlık düzeyinin düşük olması
 - e. Yakın zamanda göç etmiş olma

ERKEK SAĞLIĞI

1. Periyodik muayene konusunda hastanızla görüşürken babasının 72 yaşında kolorektal kanser tanısı aldığını öğreniyorsunuz. Kolorektal kanser taraması için hastanıza hangi yaştan itibaren tarama önerirsiniz?
 - a. 40
 - b. 50
 - c. 60
 - d. 62
 - e. 72
2. Yirmi altı yaşındaki yeni evli hastanız prematür ejakülasyon yakınması ile başvuruyor. Hasta ilk cinsel ilişkisini yaşadığı 17 yaşından beri bu durumdan yakındığını ve davranışsal yöntemlerden bir fayda göremediğini söylüyor. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi bu durumda muhtemel en yardımcı tedavidir?
 - a. Alprostadil
 - b. Fluoksetin
 - c. Bupropion
 - d. Silendafil
 - e. Atenolol
3. Otuz altı yaşındaki cinsel ilgi eksikliği yakınması olan hasta, cinsel fantezilerinin olmadığını ve cinsel aktivite başlatmak için isteksiz olduğunu ifade ediyor. Depresif belirtileri ve başka hiçbir fiziksel şikayeti olmayan hastanın fizik muayene bulguları normaldir. Aşağıdaki laboratuvar testlerinden hangisi istenecek en uygun testtir?
 - a. Total testosteron
 - b. Serbest testosteron
 - c. TSH
 - d. Prolaktin
 - e. PSA
4. Hipertansiyon, gastroözofageal reflü, depresyon tanıları olan 45 yaşındaki erkek hastanız hidroklorotiyazid, verapamil, terazosin, omeprazol, bupropion ve trazodon kullanmaktadır. Ejakülasyon bozukluğu şikayeti olan hastanın kullandığı ilaçlardan hangisi bu soruna büyük olasılıkla neden olur?
 - a. Hidroklorotiyazid
 - b. Verapamil
 - c. Terazosin
 - d. Omeprazol
 - e. Bupropion
5. Aile öyküsünde hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet ya da kanser açısından hiçbir risk taşımayan bir erkek üniversite öğrencisine hangi yaşta lipit bozuklukları için taramaya başlanması önerilir?
 - a. 18
 - b. 21
 - c. 25
 - d. 35
 - e. 50

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ

1. Hasta-hekim ilişkisinde görüşmenin yapısal öğelerinin etkin kullanımı aşağıdakilerden hangisini **ıçermez**?
 - a. Hastaların tedavi planının oluşturulmasına katılımlarının sağlanması.
 - b. Hastanın hastalığı ile başa çıkabileceği şekilde bilgi, beceri ve motivasyon donanımı ile eğitilmesi.
 - c. Hasta ile partnerlik kurulması.
 - d. Hastanın endişe ve korkularının giderilmesi, teselli edilmesi.
 - e. Hastaya duygularını anlatma ve açıklamasıyla zaman kaybettirilmemesi.
2. Doktor-hasta ilişkisindeki etkili olan kurumsal faktörler aşağıdakilerden hangisini **ıçermez**?
 - a. Hem idari, hem klinik personelin ulaşılabilir olması
 - b. Bekletilme sürelerinin makul ölçüde olması
 - c. Nöbetçi doktor ve hemşirelerin varlığı
 - d. Kullanımı kolay eğitsel materyaller. Teknik donanım
3. Birinci basamağın önem kazanmasının hekim-hasta ilişkisinde ki rolü aşağıdakilerden hangisi **değildir**?
 - a. Hekimler ve hastaları arasında güçlü ilişkilerin gelişmesi
 - b. Daha önce başvuru yapmamış hastalarla yeni bağlantılar kurulabilmesi
 - c. Sağlığın korunmasının ve iyileştirilmesinin vurgulanması
 - d. Yönetim, koordinasyon ve sevk işlemlerinin tek hekim tarafından yapılabilmesinin getirdiği güven
- e. Kanıta dayalı tıp uygulamalarının kullanılarak hastalara standart bakım verilmesi
4. Hasta-hekim ilişkisini iyileştirmek için hekimlerin yapabilecekleri aşağıdakilerden hangisi **değildir**?
 - a. Hastaya ait ve tıbbi bakımla ilişkili bilgilerin üçüncü taraflarla paylaşılması
 - b. Hastaya uygulanacak her türlü tıbbi işlem öncesinde hastadan aydınlatılmış onam alınması
 - c. Hekim seçme/değiştirme, konsültasyon isteme, tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterilmesi
 - d. Hastanın refakatçi ve ziyaretçi bulundurma, moral destek alma isteklerinin gerçekleşmesine izin verilmesi
Hastalığın tedavi ve prognozu ile ilgili bilgilerin ve ilgili kayıtların hasta ile paylaşılması
5. Hasta-hekim ilişkisinin hekime zarar verici hale dönüştüğü durumlar aşağıdakilerden hangisi **değildir**?
 - a. Hekimin gücünü aşan aşırı sorumluluk ve iş yükü altında bırakılması
 - b. Sağlığını tehdit edecek risklere maruz bırakılması
 - c. Emeğinin ve zamanının istismar edilerek angaryaya tabi tutulması
 - d. İşini yerine getirmesi için gerek duyduğu haklı isteklerinin yerine getirilmesi
 - e. Onurunun rencide edilmesi

KÖTÜ HABER VERME

1. Kötü haber vermeyi etkileyen etmenler için doğru açıklamaları içeren seçeneği işaretleyiniz?

- I. Haberin verilmiş şekli hastanın yaşadığı deneyimi şekillendirir.
- II. Haberin verildiği ortam hastanın tedaviye uyumunu etkilemez.
- III. Hekim hastanın aklını daha çok karıştırarak onun anksiyetesini artırabilir.
- IV. Uygun yöntemler kullanarak gerçekçi umut verilebilir.
- V. Hastanın haberi öğrenmek isteyip istemediği, içinden geldiği kültüre bakarak anlaşılır.
- VI. Hekimin bu konuda eğitilmiş olması uygun ve yeterli bilgilendirme yapması için yeterlidir.

- A. I, III, IV
- B. III, IV, V
- C. II, III, IV, V
- D. I, III, IV, V
- E. I, II, III, IV, V

2. Kötü haber vermede ABCDE yönteminin ilk adımı olan ileri hazırlık evresi aşağıdakilerden hangilerini içerir?

- I. Hekimin kendi varoluşsal kaygılarını gözden geçirmesi
 - II. Görüşülecek kişilerin kararlaştırılması
 - III. Konuşulacak ortamın ayarlanması
 - IV. Konuşma zamanının belirlenmesi
 - V. Bilgilerin gözden geçirilmesi
- A. I, II, III
 - B. III, IV, V
 - C. II, II, III, IV

- D. I, III, IV, V
- E. I, II, III, IV, V

3. Aşağıdakilerden hangisi kötü haber vermede ABCDE yönteminin basamaklarından **değildir**?

- A. İleri hazırlık
- B. İyi iletişim kurma
- C. Tedavi basamaklarını belirleme
- D. Hastanın ve ailenin tepkileriyle baş etme
- E. Duygularını kabul ve ifade etmesini teşvik etme

4. Aşağıdakilerden hangileri bir bilgiyi, "kötü habere" çevirme potansiyeli taşır?

- I. Hastanın yaşam felsefesi
 - II. Hekimin yaşam felsefesi
 - III. Hastanın değer yargıları
 - IV. Hastanın duygu durumu
 - V. Hekimin duygu durumu
- A. I, III, IV
 - B. I, II, IV
 - C. III, IV, V
 - D. I, III, IV, V
 - E. I, II, III, IV, V

5. Kubler-Ross'un yas evrelerinden birincisini işaretleyiniz?

- A. Kızgınlık
- B. Şok ve inkar
- C. Depresyon
- D. Pazarlık
- E. Kabul

AİLE HEKİMLİĞİNDE KLİNİK GÖRÜŞME

1. Klinik görüşmenin özelliklerinden **olmayan** işaretleyiniz?
 - a. Tanıda kullanılan bir araçtır.
 - b. Tedavide kullanılan bir araçtır.
 - c. Bilimden ziyade bir sanattır.
 - d. Uzmanlaşması en zor klinik beceriler arsındadır.
 - e. Hepsi doğru.
2. Klinik görüşmenin özelliklerinden **olmayan** işaretleyiniz?
 - a. Empatik bir klinik görüşmede hasta kendini daha iyi ifade eder.
 - b. Klinik görüşme, samimi bir ortamda yapılan normal bir görüşme gibidir.
 - c. Soru sorarken doktor hastasına genellikle ucu açık sorular sorar.
 - d. Hastaya, belirtilerini tam olarak anlatmaya fırsat verilmelidir.
 - e. Hasta konudan uzaklaştığında nazikçe müdahale edilmelidir.
3. Klinik görüşmede hastanın belirtisi değerlendirilirken, belirtinin farklı boyutları ele alınmalıdır. Aşağıdakilerden hangisi tanıya giderken konuda en önemli ipucunu verir?
 - a. Belirtinin zamanlaması
 - b. Belirtinin yerleşimi
 - c. Belirtinin kalitesi
 - d. Belirtinin miktarı
 - e. Tanıya göre herhangi biri en önemli ipucunu verebilir
4. Klinik görüşmeye ait problemler ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Hastadan kaynaklanabilir.
 - b. Görüşmeciden kaynaklanabilir.
 - c. Hasta-hekim ilişkisini engelleyen üçüncü faktörlerden kaynaklanabilir.
 - d. Yukarıdaki sebeplerin karışımı olabilir.
 - e. Tecrübeli klinisyenler hiç görüşme ile ilgili problemlerle karşılaşmazlar.
5. Aşağıdakilerden hangisi klinik görüşme sırasında sık görülen problemler arasında **savılmaz?**
 - a. Aşırı yönlendirilmiş ve kapalı uçlu sorular sorulması
 - b. Belirtilerin tüm boyutlarıyla ele alınmaması
 - c. Problemin tek seansta çözülmeye çalışılması
 - d. Yeterli veri toplamadan ön tanıların listelenmesi
 - e. Hiçbiri

AİLE HEKİMLİĞİNDE FİZİK MUAYENE

1. Aşağıdakilerin hangisi genel bir fizik muayenenin bileşenlerinden **değildir**?
 - a. Gözlem
 - b. Palpasyon
 - c. Perküsyon
 - d. Oskültasyon
 - e. Hepsi bileşenidir
2. Fizik muayene sırasında yapılmaması gereken davranış hangisidir?
 - a. Muayene sırasında kibar bir dil kullanılmalı ve ne yapmak istediğimizi açıklamalıyız.
 - b. Fizik muayene hastanın beklemediği bir şekilde aniden bitirilmemelidir.
 - c. Gerekğinde hasta muayenenin rahatsız edici kısımları için hazırlanmalıdır.
 - d. Hastayı utandıracak bir duruma meydan verilmemelidir.
 - e. Hiçbiri
3. Aşağıdakilerin hangisi genel bir fizik muayene için gerekli araç-gereçlerden **değildir**?
 - a. Tansiyon aleti
 - b. Stetoskop
 - c. Mezura
 - d. Termometre
 - e. Hepsi gereklidir
4. Genel bir fizik muayene uygulamasında aşağıda sayılan basamakların uygun sıralaması nasıl olmalıdır?
 - I. Baş bölgesi
 - II. Vital bulgular
 - III. Pelvik ve rektal muayene
 - IV. Hasta sırt üstü yatarken
 - a. I, II, III, IV
 - b. II, I, IV, III
 - c. IV, III, II, I
 - d. II, I, III, IV
 - e. III, IV, II, I
5. Fizik muayene bulgularında görülen çok zengin değişiklik nedeniyle aşağıdaki önermeleri, fizik muayene bulgularını raporlarken veya yorumlarken dikkate almak faydalı olacaktır. Bu önermelerden **savılmayan** hangisidir?
 - a. Bazı fiziki bulgular ancak tam olarak anormal olduklarında rapor edilmelidir.
 - b. Kişilere göre değişebilen bulguları tekrar ve tekrar değerlendirilmesi önemlidir.
 - c. İkili duruma sahip bulgular daha çok vurgulanmalıdır.
 - d. Vücudun simetrisi bir avantaj olarak kullanılmalıdır.
 - e. Hepsi sayılmaktadır.

TIBBİ KAYITLAR

1. Aile hekimlerinin kayıt güvenliği açısından uyması gereken kurallar hangisidir?
 - a. Kullandıkları tüm programları düzenli olarak güncellemelidirler.
 - b. Virtüs ve zararlı yazılımlardan korunmak için bir anti-virüs programı kullanmalıdırlar.
 - c. Mail yoluyla bulaşan virüslere karşı uyanık olmalı göndereni ya da içeriği anlaşılamayan mailleri açmamalıdırlar.
 - d. Kullandıkları AHBS programının yedeğini mümkünse taşınabilir bir belleğe düzenli olarak almalıdırlar.
 - e. Hepsisi
2. Birinci basamakta kullanılmasının en uygun olan kayıt çeşidi hangisidir?
 - a. Kaynağa dayalı tıbbi kayıtlar
 - b. Probleme dayalı tıbbi kayıtlar
 - c. Kâğıda dayalı tıbbi
 - d. Kanıtı dayalı tıbbi kayıtlar
 - e. Hiçbiri
3. SOAP dokümantasyon metodunda A neyi ifade etmektedir?
 - a. Hastadan elde edilen veri
 - b. Muayene sonucu elde edilen bulguların tümü
 - c. Hastanın mevcut problemi
 - d. Hastadan elde edilen objektif ve sübjektif veriler sonrası hekimin hastayı değerlendirmesi, o an mevcut olan tanı ya da tanıya götüren kararlar
 - e. Hiçbiri
4. “Bir tanı (akut böbrek yetmezliği gibi), bir semptom (nefes darlığı, yorgunluk), sosyal veya ekonomik problemler (geçimsiz evlilik, alkolik eş gibi), anatomik bir problem (herni), bir bulgu (hepatomegali), psikiyatrik bir problem (depresyon), fiziksel engel (felç, amputasyon), laboratuvar bozukluğu (Sedimentasyon yüksekliği, üre yüksekliği), bir risk faktörü (ailede diyabet veya kanser hikayesi) veya fizyolojik bir durum (sarılık, anemi) olabilir.” şeklinde tanımlanan hangi probleme dayalı tıbbi kayıt bileşenidir?
 - a. Problem listesi
 - b. Sürekli Sağlık Formları
 - c. Veritabanı
 - d. Aile dosyası
 - e. Seyir notları
5. Aşağıdakilerin hangisi elektronik hasta kayıtlarının sağladığı avantajlardan **değildir**?
 - a. Hasta kayıtlarına çok daha hızlı bir şekilde ulaşılabilir.
 - b. Aynı dokümana birden fazla kullanıcı aynı anda ulaşabilir.
 - c. Fiziksel alandan çok büyük ölçüde kazanç sağlar.
 - d. Kullanıcılara kullanım esnekliği sağlar.
 - e. Diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu sağlar.

KORUYUCU YAŞLI DEĞERLENDİRMESİ

1. Aşağıdakilerden hangisi bir geriyatrik sendrom **değildir**?
 - a. İnkontinans
 - b. Deliryum
 - c. Düşme
 - d. Retinopati
 - e. Uyku bozuklukları
2. İyatrojenik hastalığın önlenmesi yaşlı bireyin hangisinde yüksek öncelik taşır?
 - a. Sağlığı yerinde olanda
 - b. Kronik hastalıkları olanda
 - c. Yaşam sonu ve ölmekte olanda
 - d. Önemli ameliyat geçirmiş olanda
 - e. Önemli bir seyahate çıkacak olanda
3. İlk kapsamlı geriyatrik değerlendirmede hangi işleme yer **verilmebilir**?
 - a. Kognitif durumu değerlendirmesi
 - b. Ergoterapi değerlendirmesi
 - c. Depresif Duygudurum değerlendirmesi
 - d. Üriner/Fekal İnkontinans değerlendirmesi
 - e. İşlevsel durum değerlendirmesi
4. Kognitif değerlendirmede aile hekimleri tarafından öncelikle hangi testin uygulanması en uygun olanıdır?
 - a. GPCOG
 - b. MoCA
 - c. İz Sürme
 - d. Addenbrock
 - e. Reisberg
5. Yaşlı bireylerin aşılınması ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Primer serisini tamamlayanlar 10 yılda bir TDaB uygulanır.
 - b. influenza yıllık uygulanır.
 - c. PCV (pnömokok) 13'ten 6-12 ay sonra PPSV 23 yapılır.
 - d. >50 yaş bir defaya mahsus Herpes Zoster Aşısı yapılır
 - e. Boğmaca aşısı uygulanır.

SIK GÖRÜLEN HASTALIKLARIN CANLANDIRILMASI

1. Aşağıdakilerden hangisi perinatal bebek ölüm sebeplerinden **değildir**?
 - a. Konjenital malformasyonlar
 - b. Tüberkülozlu anne
 - c. Tetanoz
 - d. Kızamık
 - e. Prematürite
2. Aşağıdakilerden hangisi kalp dışı cerrahi girişim geçirecek bir hastada kardiyak sorun gelişimi için bir risk faktörü **değildir**?
 - a. Diabetes mellitus
 - b. Böbrek yetmezliği
 - c. İskemik kalp hastalığı
 - d. Genel durum bozukluğu
 - e. Aspleni
3. Aşağıdakilerden hangisi, kombine oral kontraseptif hap kullanımı için kontrendikasyon **değildir**?
 - a. Koroner arter hastalığı
 - b. Nedeni bilinmeyen vajinal kanama
 - c. Otuz beş yaş üstü günde 20 tane sigara içen
 - d. Serebrovasküler hastalık
 - e. Memede fibrokistik hastalık
4. Aşağıdakilerden hangisi mizaç (mood) bozukluğu sınıflamasında **ver almaz**?
 - a. Majör depresif bozukluk
 - b. Distimik bozukluk
 - c. Şizoafektif bozukluk
 - d. Bipolar I bozukluk
 - e. Siklotimik bozukluk
5. Yirmi gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olan 34 yaşındaki erkek hasta, şiddetli baş dönmesi, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvuruyor. Fizik muayenede nistagmus olduğu fakat işitme kusuru ve denge bozukluğunun olmadığı saptanıyor. Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Akut periferel vestibülopati
 - b. Vestibüler nörit
 - c. Benign pozisyonel vertigo
 - d. Meniere hastalığı
 - e. Otitis media

PERİYODİK SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Aşağıdakilerden hangisi periyodik sağlık muayenesi için doğru **değildir**?
 - a. Erken tanı amaçlıdır
 - b. Maliyet/zaman-etkin bir uygulamadır
 - c. Risk değerlendirmesi yapılarak riske uygun önlem alınır
 - d. Her muayenede yapılır
 - e. Eğitim, danışmanlık, bağıışıklama ve takip-tedavi yolları izlenir
2. Aşağıdaki hangisi periyodik sağlık muayenesinin tarihsel gelişiminde kullanıldığı durumlardan biri **değildir**?
 - a. Aile planlaması
 - b. Sağlık sigortası
 - c. Tüberküloz taraması
 - d. Yönetici alımı
 - e. Tıp eğitimi
3. Aşağıdakilerden hangisi periyodik sağlık muayenelerinin uygulanmasında kullanılan koruyucu hekimliğin dört adımından biri **değildir**?
 - a. Risk değerlendirmesi
 - b. Tarama-takip
 - c. Eğitim
 - d. Bağıışıklama
 - e. Tedavi
4. Aşağıdakilerden hangisi periyodik sağlık muayene rehberlerinde taranacak testlere atfedilen özelliklerden biri **değildir**?
 - a. Yüksek doğrulukta olması
 - b. Güvenli ve etkin olması
 - c. Hastalığın doğal seyrine ve oluşacak zararlarına karşı fayda sağlaması
 - d. "lead-time" biası olmaması
 - e. "length-time" biası olması
5. AAFP'nin periyodik sağlık muayeneleri rehberinde kullandığı öneri düzeylerine göre yapılan aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. A–Mutlak derecede kanıt var
 - b. B–Orta derecede kanıt var
 - c. C–Düşük derecede kanıt var
 - d. D–Yüksek derecede kanıt var
 - e. I– Yetersiz derecede kanıt var

PERİYODİK SAĞLIK HİZMETİ REHBERLERİ

1. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğana yönelik periyodik sağlık hizmeti önerilerinden biri **değildir?**
 - a. Fenilketonüri taraması
 - b. Orak hücreli anemi taraması
 - c. Oral flor desteği
 - d. Bağışıklama
 - e. Sensörinöral işitme kaybı taraması
2. Aşağıdakilerden hangisi gebelere yönelik periyodik sağlık hizmeti önerilerinden biri **değildir?**
 - a. Asemptomatik bakteriüri
 - b. Depresyon taraması
 - c. Preeklampsi riski yüksek gebelerde aspirin kullanılması
 - d. Emzirme eğitim ve danışmanlığı
 - e. Obstetrik ultrasonografi
3. Aşağıdakilerden hangisi lipid bozuklukları için taranması önerilen risk gruplarından biri **değildir?**
 - a. 35 ve üstü yaş grubu erkekler
 - b. 45 ve üstü yaş grubu kadınlar
 - c. 35 yaşından genç ve koroner arter hastalığı riski olan erkekler
 - d. Ne kadar tahlil varsa yapalım diyen hastalar
 - e. 45 yaşından genç ve koroner arter hastalığı riski olan kadınlar
4. Aşağıdakilerden hangisi 35 yaşında, sigara içmeyen, cinsel olarak aktif bir erkek için önerilen periyodik sağlık hizmeti önerilerinden biri **değildir?**
 - a. Sifiliz taraması
 - b. HIV taraması
 - c. Depresyon taraması
 - d. Alkol kullanımının sorgulanması
 - e. Hepatit için risk değerlendirmesi
5. Aşağıdakilerden hangisi AHRQ-ePSS yazılımında periyodik sağlık muayenesinin kişiselleştirilmesinde kullanılan parametrelerden biri **değildir?**
 - a. Yaş
 - b. Cinsiyet
 - c. Gebelik durumu
 - d. Sigara kullanımı
 - e. Alkol kullanımı

ENTEĞRE TIP (TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER)

1. Soğuk algınlığına hangisinin etkisi ön plandadır?
 - a. Echinacea Purpurea
 - b. Aloe Vera
 - c. Hypericum perforatum
 - d. Folium Urticae
 - e. Menthae Piperitae
2. Hangisi bitkisel veya farmakolojik ilaçların kozmetik amaçlı bölgesel, küçük dozlarda, özel tekniklerle cilt içine enjeksiyonu uygulamasıdır?
 - a. Fitoterapi
 - b. Hacamat
 - c. Homeopati
 - d. Mezoterapi
 - e. Akupunktur
3. Hangisi seyrelterek tedavi prensibi esasına dayanır?
 - a. Fitoterapi
 - b. Hacamat
 - c. Homeopati
 - d. Mezoterapi
 - e. Akupunktur
4. Hangisi akupunkturun primer uygulama alanı değildir?
 - a. Diş ağrıları
 - b. Kemoterapi
 - c. Egzema
 - d. Obezite
 - e. Sigara bırakma
5. Hangisi otizm tedavisinde kullanılmaktadır?
 - a. Fitoterapi
 - b. Hacamat
 - c. Homeopati
 - d. Akupunktur
 - e. Müzik Terapisi
6. Hacamat nedir?
 - a. Kuru kupa uygulaması
 - b. Yaş kupa uygulaması
 - c. Sıcak kupa uygulaması
 - d. Soğuk kupa uygulaması
 - e. Kan bağışlamak

AİLE İÇİ ŞİDDET

- 1- Aşağıdakilerden hangisi Aile içi şiddet için **yanlıştır**?
- A) Kadınların üçte biri eşlerinden fiziksel/cinsel şiddet görmektedir.
- B) Çocukların dörtte biri fiziksel istismara maruz kalmaktadır.
- C) Bir ay içinde yaşlıların on yedide biri istismar edilmektedir.
- D) Şiddetin aile içinde olması, daha seyrek gerçekleştiği ve daha az ciddi olduğu anlamına gelir.
- E) Şiddetin yaygın olması, bireylerin şiddeti önlemekten çok yaşamın bir parçası olarak kabul edip başa çıkmaya çalışmamalarına neden olmaktadır.
- 2- İlk kez hamilelikte aile içi şiddete maruz kalınma oranı nedir?
- A) %10
- B) %15
- C) %20
- D) %25
- E) %30
- 3- Aşağıdakilerden hangisi aile içi şiddet risk faktörlerinden **değildir**?
- A) Düşük sosyoekonomik düzey
- B) Artan yaş
- C) Gelir eşitsizliği
- D) Çocuklukta şiddete tanık olma
- E) Hamilelik
- 4- Bir sağlık görevlisi aile içi şiddetten şüpheleniyorsa bunu açığa çıkarabilmek için nasıl **davranmamalıdır**?
- A) Doğru soruyu sorabilmelidir.
- B) Destekleyici olmalıdır.
- C) Farkında olmalıdır.
- D) Uygun prosedürü bilmelidir.
- E) Yargılayıcı olmalıdır.
- 5- Aşağıdakilerden hangisi çocuk istismarını önlemede ikincil yöntemdir?
- A) Halkı bilinçlendirme
- B) Tekrarlanmaması için müdahaleler yapma
- C) Doğum öncesi ve sonrası izlem
- D) Ev ziyaretleri
- E) Aile terapileri

BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLAM ÇOCUK TAKİBİ

1. Sağlam çocuk izleminde fizik muayene ile ilgili olarak aşağıdaki önermelerden hangisi **yanlıştır**?
 - A) Çocuk izlemi doğumdan sonra başlar.
 - B) Sağlam çocuk fizik muayenesi eksiksiz olmalıdır.
 - C) Muayene sırasında uygun ısıda, temiz, havalandırılmış, mahrem alan sağlanmalıdır.
 - D) Değerlendirme aile ile paylaşılmalıdır.
 - E) Büyüme parametreleri büyüme çizelgeleri ile izlenmelidir.
2. Sağlam çocuk izleminde vücut ağırlığı ile ilgili olarak aşağıdaki önermelerden hangisi **yanlıştır**?
 - A) Yenidoğan bir bebek ortalama 2800-3200 gramdır.
 - B) Doğumu takiben ilk günlerde görülen yüzde 5-8 ağırlık kaybı fizyolojiktir.
 - C) Bebekler 4-5 aylık olduğunda doğum ağırlığının iki katına ulaşması beklenir.
 - D) Bebekler 9 aylık olduğunda doğum ağırlığının üç katına ulaşması beklenir.
 - E) İki yaşında ise dört katına ulaşması beklenir.
3. Sağlam çocuk izleminde bir yaşına kadar tüm bebeklere önerilen günlük D vitamini dozu kaç enternasyonal ünitedir?
 - A) 200
 - B) 400
 - C) 600
 - D) 800
 - E) 1000
4. Aşağıdakilerden hangisi Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında ülkemizde tüm çocuklara rutin uygulanan aşılardan **değildir**?
 - A) BCG
 - B) Konjuge pnömokok
 - C) Hepatit A
 - D) Hemofilus influenza tip b
 - E) Rotavirüs
5. Sağlam çocuk izleminde tütün ve bağımlılık yapıcı maddeler ile ilgili olarak aşağıdaki önermelerden hangisi **yanlıştır**?
 - A) Beş yaşa kadar olan çocuklarda her izlemde tütün ve dumana pasif maruziyet sorgulanmalı, zararları hakkında aileler bilgilendirilmeli.
 - B) 6-18 yaş grubunda yılda en az bir kez tütün ve dumana pasif maruziyet sorgulanmalı, zararları hakkında aileler bilgilendirilmeli.
 - C) Ergenlik çağındaki çocuklarda sigara ve madde kullanımının sorgulanması, çocukta konuya merak uyandıracığından tehlikelidir.
 - D) On sekiz yaş altı çocuğu olan ailelere yılda en az bir kez eğitim verilerek farkındalık yaratmalıdır.
 - E) 13-18 yaş grubu çocuklarda her klinik karşılaşmada, tütün ve madde kullanımının riskleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

ENGELLİ SAĞLIĞI

1. Aşağıdakilerden hangisi DSÖ'ye (Dünya Sağlık Örgütü'ne) göre yapılan engellilik tanımını tam olarak karşılamaktadır?
 - a. Sağlık bakımından geçici veya kalıcı olabilen psikolojik ya da fiziksel yapı veya fonksiyonlardaki bir kaybı veya anormallığı ifade eder.
 - b. Bir noksanlık veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder.
 - c. Bir noksanlık sonucu meydana gelen ve bir insan için normal kabul edilebilecek sınırlar içinde, bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi veya kısıtlanması durumunu ifade eder.
 - d. Belirli sebepler sonucu çalışma gücünü yitirme durumudur.
 - e. Toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük durumudur.
2. 2002 yılı Türkiye Engelliler Araştırması sonuçlarına göre ülkemizde en sık görülen engelli grubu aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Ortopedik Engelli
 - b. İşitme Engeli
 - c. Zihinsel Engel
 - d. Dil ve Konuşma Engeli
 - e. Görme Engeli
3. Aşağıdakilerden hangisi engelli türlerinden biri **değildir**?
 - a. İşitme Engeli
 - b. Görme Engeli
 - c. Dil ve Konuşma Engeli
 - d. Zihinsel Engel
 - e. Dokunsal Engel
4. Aşağıdakilerden hangisi birinci basamak uygulamaları içinde engellilik bakımına yönelik sağlık hizmetleri arasında **yer almaz**?
 - a. Başvuranların ihtiyaçlarını dinlemek ve takipleri için zaman ayırmak.
 - b. Fiziksel engelliler için engelli otoparkı, geniş otomatik kapı, asansörler, tekerlekli sandalyeler, yüksek-düşük tablolar, geniş odalar düzenlemek.
 - c. Engelli hastalar için yeterli fiziksel erişim sağlamak.
 - d. Başvuru sırasında şikayete değil esas olarak engellilik üzerine odaklanmak.
 - e. Engellilik durumu, toplumsal kaynaklar, kültürel duyarlılık, ruh sağlığı, cinsellik, yardımcı teknoloji, engelli formları konusunda öğrenci ve asistanlara eğitimler vermek.
5. Aşağıdakilerden hangileri ülkemizdeki doğumsal sebeplere bağlı engellilik oranının azaltılmasına yönelik tarama ve destekleme programları arasındadır?
 - I- Yenidoğan İşitme Taramaları Programı
 - II- İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı
 - III- Ulusal Tütün Kontrolü Programı
 - IV- Erken Çocukluk Gelişim ve Eğitimi Programı
 - V- Hemoglobinopati Kontrol Programı
 - a. Hepsi
 - b. I ve III
 - c. I, II, IV ve V
 - d. I, II, III
 - e. I,IV ve V

SOSYAL SORUMLULUK PROJELERİ

1- “Sosyal sorumluluk” için doğru tanım hangisidir?

- A) Kendi hak ve özgürlüklerini bilerek davranmaktır.
- B) Sosyal anlamda birlikte olduğu kişilerin çıkarlarını savunmak ve gelişmelerine katkıda bulunmaktır.
- C) Kendi çıkarlarını olduğu kadar toplumun genel çıkarlarını da geliştirecek ve koruyacak eylemlerin yapılmasıdır.
- D) Gönüllü olarak ihtiyacı olanlara yardım etmek, ekonomik destek sağlamaktır.
- E) Sosyal çatışmaları ve sosyal tedirginlikleri önlemeye çalışmak ve barışçı olmaktır.

2- Üniversitelerin sosyal sorumluluk projeleriyle amaçları için doğru seçenek hangisidir?

- A) İyi bir meslek eğitimi vermek
- B) Şirketlerde staj olanaklarını artırmak
- C) Gelir elde etmek
- D) Daha çok öğrenci eğitmek
- E) Topluma aidiyet duygusunu artırmak

3- Üniversitelerin sosyal sorumluluk projeleriyle amaçları için **yanlış** seçenek hangisidir?

- A) Üniversitenin tanınırlığını arttırmak

- B) Üniversitenin toplumla bütünleşmesini sağlamak
- C) Toplumun üniversiteye sahip çıkmasını sağlamak
- D) Üniversitenin toplumdan önde olduğunu göstermek
- E) Sosyal çatışmaları ve sosyal tedirginlikleri önlemek

4- Sosyal sorumluluk projelerinin bireysel olarak öğrenciler üzerindeki etkileri için hangisi **yanlıştır**?

- A) Sorumluluk bilincinin artması
- B) Daha kolay iş bulma imkanı
- C) Daha etkili iletişim kurma becerisi
- D) Birey olarak etkili olma duygusu
- E) Sosyal yeterliliklerin artması

5- Sosyal sorumluluk projelerinin topluma etkisi için hangisi **yanlıştır**?

- A) Toplumsal birlik beraberlik duygusu oluşturması
- B) Toplumun gelecek kaygısının azalması
- C) Devletin sorumluluklarını devretmesi
- D) Daha temiz, daha sağlıklı, daha yeşil ortamlara kavuşma
- E) Toplumda sosyal farkındalık ve bilinç gelişimi

KANITA DAYALI TIP

1. Kanıta dayalı tıp terimi için aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Klinik araştırma yöntemleriyle elde edilen bulguları kullanarak hastalara sağlık alanında ihtiyaç duydukları yardım ve desteği optimum klinik bakım şeklinde ulaştırmaktır.
 - b. Kanıta dayalı tıp alanında; sistematik bilimsel tarama yöntemleri kullanılmaktadır.
 - c. Hastaların ihtiyaçlarına yeterli, etkin cevap verebilmek için kanıta dayalı tıbbın kullanılması esastır.
 - d. Tıp eğitiminde kanıta dayalı tıbbın yeri günümüzde azalmıştır.
 - e. Bilgiye ulaşmadaki araç ve yöntemlerin gelişimi, geleneksel bilgi kaynaklarının yetersizliği gibi konular kanıta dayalı tıba ilgiyi arttırmıştır.
2. Kanıta dayalı tıp uygulamaları kapsamında kanıt edinme yollarından hangisi doğrudur?
 - a. MEDLINE,® CINAHL, CANCERLIT gibi; sağlık bakım literatürü bibliyografik veri tabanları
 - b. Textbook
 - c. Elektronik textbook
 - d. Kişisel deneyimler
 - e. Hepsi
3. Bir testin bir topluluktaki hasta kişileri ayırt edebilme gücüne ne denir?
 - a. Sensitivite
 - b. Spesifite
 - c. İnsidans
 - d. Prevalans
 - e. Pozitif prediktif değer
4. Ayrışmamış rahatsızlık için verilen ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. İlk başvuruda henüz tıbbi bir tanı almamış, şikayet ve/veya şikayetleri bir doktor tarafından tıbbi hastalık sınıflarından birine sokulmamış hasta ayrışmamış hasta olarak isimlendirilir.
 - b. Aile hekimi tanı koyarken hastalarını belli hastalık paternlerine yerleştirmesi doğru bir yaklaşım olacaktır.
 - c. Toplumların sağlığı ve iyilik hali için birinci basamak yaklaşımı yaşamsal öneme sahiptir.
 - d. Ayrışmamış rahatsızlıklara; kanıta dayalı hekimlik uygulamaları ile yaklaşım sergilemek doğru bir davranıştır.
 - e. Ayrışmamış rahatsızlık yönetimi sağlık sisteminde maliyet giderinin artmasına, olguları var olandan daha zor çözümlenmesi sonucu oluşmasına yol açacaktır.
5. Sağlıkta hizmet sunumunda literatür veri kaynaklarından **olmayan** hangisidir?
 - a. AGRICOLA
 - b. CINAHL
 - c. EMBASE
 - d. MEDLINE
 - e. VİKİPEDİ

TIPTA KODLAMA

1. Aşağıdakilerden hangisi ülkemizde hem birinci basamakta hem de ikinci basamakta kullanılan kodlama sistemidir?
 - a. ICD-O
 - b. ICPC-2
 - c. ICD-10
 - d. DSM-IV
 - e. ICD-5
2. “A00-A09 Barsak enfeksiyöz hastalıkları” kaçınıcı düzeyde bir kodlamadır?
 - a. 3
 - b. 4
 - c. 1
 - d. 5
 - e. 2
3. Aşağıdakilerden hangisi ICD-10’da hastalıkların temel çatısını oluşturan, her hastalığa bir hastalık kodu verildiği düzeydir?
 - a. 5. düzey
 - b. 4. düzey
 - c. 3. düzey
 - d. 2. düzey
 - e. 1. düzey
4. Aşağıdakilerden hangisi doğru **değildir**?
 - a. ICD, istatistiksel bir sınıflama sistemidir.
 - b. ICD-10’da iki basamaklı düzeyde toplam 260 hastalık bloku bulunmaktadır.
 - c. ICD-10 sadece hastalık kodlarını kapsar.
 - d. ICD-10 alfa-sayısal bir kod yapısına sahiptir
 - e. ICD-10’un sınıflama yapısında dört düzey bulunmaktadır.
5. Aşağıdakilerden hangisi üçüncü düzey bir kodlama **değildir**?
 - a. I20 Anjina Pektoris
 - b. K81 Kolesistit
 - c. A01 Tifo ve paratifo
 - d. Q25 Büyük arterlerin konjenital malformasyonları
 - e. K80-K87 Safra kesesi, safra yolları ve pankreas hastalıkları
6. Aşağıdakilerden hangisi birinci basamakta kullanılmak üzere geliştirilen kodlama sistemidir?
 - a. ICD-O
 - b. ICPC-2
 - c. ICD-10
 - d. DSM-IV
 - e. ICD-5
7. Aşağıdakilerden hangisi doğru **değildir**?
 - a. ICPC-2, istatistiksel bir sınıflama sistemidir.
 - b. ICPC-2, iki eksenli bir yapıya sahiptir.
 - c. ICPC-2, 5 düzeyli bir yapıya sahiptir.
 - d. ICPC-2, alfa-sayısal bir kod yapısına sahiptir.
 - e. ICPC-2, bölümleri gösteren 17 harf vardır.

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI

1. Polifarmasiye neden olan durumlardan **yanlış** olanı işaretleyiniz?
 - a. Artan yaşla birlikte kronik hastalıklarının sayısının artması
 - b. Reçetesiz ilaç satışları
 - c. Bakım evinde kalma
 - d. Hastaların tek bir doktor tarafından takip edilmeleri
 - e. Doktorların hastaları ilaçlar konusunda yeterince bilgilendirmemeleri
2. Çoklu ilaç kullanımına neden olan bir durum da ilaç kullanımı sonucu gelişen bir istenmeyen ilaç reaksiyonu veya ilaç yan etkisini gidermek için yeni bir ilaç başlanmasıdır. Bu duruma hangi isim verilmektedir?
 - a. Uygunsuz ilaç kullanımı
 - b. Reçete kaskadı
 - c. Over the Counter Drug (OTC)
 - d. Reçete tekrarı
 - e. İlaç-hastalık reaksiyonu
3. Aşağıdakilerden hangisi/hangilerinde ilaç sayısının azaltılması özellikle hedeflenmelidir?
 - 1-Tüm yaşlı hastalar
 - 2-Yedi ve daha fazla ilaç kullananlar
 - 3-Düşme öyküsü olanlar
 - 4-İstenmeyen ilaç reaksiyonu varlığı
 - 5-Konfüzyon gelişmesi
 - a. 1, 5
 - b. 3, 4, 5
 - c. 2, 4
 - d. 1, 2, 4
 - e. Hepsi
4. Polifarmasiden kaçınmak için kullanılabilen Tıbbi Uygunluk İndeksi (The Medication Appropriateness Index-MAI) ile aşağıdakilerden hangisi **değerlendirilmez?**
 - a. Endikasyon
 - b. Uygun doz
 - c. Tedaviyi kimin uygulayacağı
 - d. İlaç etkileşimleri
 - e. Maliyet
5. İlaç sayısını azaltırken yapılması gerekenlerden **yanlış** işaretleyiniz?
 - a. İlaç azaltılmasına gidilirken önce hastanın riskleri belirlenmelidir.
 - b. Öncelikle birbirinin benzeri olan ilaçlar kesilmelidir.
 - c. Mümkünse kombinasyon şeklinde bulunan ilaçlar yazılmalıdır.
 - d. Yeni bir hastalık ortaya çıktığında hastanın kullandığı ilaçlar değiştirilmemelidir.
 - e. Herhangi bir istenmeyen ilaç reaksiyonundan şüphelenilirse şüpheli ilaç öncelikle kesilmelidir.

AİLE HEKİMLİĞİNDE LABORATUVAR KULLANIMI

1. Altın Standart Test'i en iyi ifade eden seçenek hangisidir?
 - a. Altın standart test, herhangi bir hastalık şüphesiyle tetkik edilen hastalarda en güvenilir sonucu veren testtir.
 - b. Altın standart test sabittir, değiştirilemez.
 - c. Altın standart testin duyarlılığının yüksek olması yeterlidir.
 - d. Altın standart testin, özgünlüğünün yüksek olması yeterlidir.
 - e. Bir hastalık teşhisinde kullanılan birçok test olabilir. Bunlardan birkaç tanesi "referans test" olarak kabul edilebilir.
2. Prevalans ve insidans terimleri ile alakalı aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
 - a. Bir hastalığın prevalansı, belli bir anda, belli bir bölgede, tanımlanan nüfustaki mevcut vakaların sıklığıdır.
 - b. Prevalans nüfusta var olan hasta sayısının, risk altındaki nüfusun sayısına bölünmesiyle hesaplanır.
 - c. İnsidans belirtilen nüfusta belirli bir sürede ortaya çıkan yeni vakaların görülme hızıdır.
 - d. İnsidans ile prevalans hastalığın seyir süresine bağlı olarak farklılık gösterir.
 - e. Hiçbiri
3. Duyarlılık (sensitivity) ve özgünlük (specificity) terimleri ile alakalı aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
 - a. Duyarlılık ve özgünlük, hastalık var veya yok şeklinde sonuç veren durumlarda kullanılacak istatistiksel kavramlardır.
 - b. Birinci basamakta en sık kullanılan testler hastalık var veya yok şeklinde sonuç veren testlerdir.
 - c. Gerçek pozitif oran olarak da adlandırılan duyarlılık, hasta olanlarda kullanılan testin hasta dediklerinin gerçek hastalara oranıdır.
 - d. Gerçek negatif oran olarak da adlandırılan özgünlük sağlıklılara, testimizin sağlıklı dediklerinin gerçekten de sağlıklı olanlara oranıdır.
 - e. Duyarlılık hasta olanlarda testin negatif çıkma ihtimali, özgünlük ise sağlıklılarda testin pozitif çıkma ihtimalidir.
4. "Test sonucu pozitif çıkan ve doğru tanı konularının, test sonucu pozitif çıkanlara oranı" ile tanımlanan nedir?
 - a. Pozitif Olabilirlik Oranı (OO+)
 - b. Negatif Öngörü Değeri (Negative Predictive Value)
 - c. Pozitif Öngörü Değeri (Positive Predictive Value)
 - d. Duyarlılık (Sensitivity)
 - e. Özgünlük (Specificity)
5. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
 - a. Bir testin duyarlılık ve özgünlüğü, bir kişide test sonrası hastalık olasılığını tahmin etmede yeterli değildir.
 - b. Pozitif ve negatif öngörü değerleri test sonrası hastalık ihtimalini tahmin etmede kullanılabilirler.
 - c. Test edilen hastalığın prevalansı ve test öncesi hastalık ihtimali test sonrası ihtimali etkileyen en önemli etmenlerdir.

- d. Klinik kullanımda test sonrası hastalık çıkma ihtimalini tahmin etmede Fagan nomogramı (Çözüm grafiği) kullanımı pek meşakkatli bir yoldur.
- e. Klinik karar vermede tanı testleri hikaye ve fizik muayene bulguları ile birlikte değerlendirilmeli, hekim kendi bilgi ve tecrübesini de işin içine katmalıdır.
6. Birinci basamak sağlık kurumlarında uygulanabilen laboratuvar testleri hakkında hangisi doğrudur?
- a) Fizik muayenenin bir parçasıdır.
- b) Anamneze gerek olmadan uygulanır.
- c) Yönlendirilmiş araştırma kapsamındadır.
- d) Hatalı cihaz kullanımından bağımsızdır.
- e) İlaç kullanımından olumlu etkilenir.
7. Eritrosit büyüklüğüne göre anemi sınıflamasında mikrositik anemide MCV (ortalama eritrosit hacmi) hangi değerde olmalıdır?
- a) < 80 fl
- b) 80-100 fl
- c) 101-800 fl
- d) 801-1000 fl
- e) >1000 fl
8. Hangisi makrositer anemi sınıflamasına uyar?
- a) Demir eksikliği
- b) Talasemi
- c) Renal hastalık anemisi
- d) Kemik iliği yetmezliği
- e) Miyelodisplazi
9. Hangisi eritrosit sedimantasyon hızını artıran nedenlerden biri **değildir**?
- a) Anemi
- b) Enfeksiyon
- c) Kronik böbrek yetmezliği
- d) Salisilat kullanımı
- e) Yüksek oda ısısı
10. Birinci basamakta laboratuvar kullanımı hakkında hangisi doğrudur?
- a) Tüm yaş gruplarında vajina florasında laktobasiller bulunur.
- b) Gaitada gizli kan incelemesi sindirim sistemindeki kanama ve kanserlerin tanısında kullanılır.
- c) Vajinal akıntı örneği incelemesinde RADT testi kullanımı en güvenli yöntemdir.
- d) Sağlıklı bireyin idrarında protein bulunabilir.
- e) Kan grubunun tipini belirlemede Anti-D test serumu kullanılır.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Evde sağlık hizmetleri (ESH) ile ilgili verilen bilgilerden **yanlış** olanı işaretleyiniz?
 - A) Türkiye’de ilk kez 2005 yılında yasallaşmıştır.
 - B) Dünya’da hemşirelik hizmetleri şeklinde başlamıştır.
 - C) Dünya’da ilk uygulama Amerika’da 1918 yılında yapılmıştır.
 - D) Türkiye’de devlet eliyle ilk uygulama Denizli’de olmuştur.
 - E) Avrupa’da ESH oldukça profesyonel ve sistemattir.
2. Aşağıdakilerden hangisi evde sağlık hizmetlerinin kapsamına **girmez**?
 - A) Yatağa bağımlı hastalar
 - B) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlar
 - C) Psikotik bozukluklar
 - D) İleri derecede kas hastaları
 - E) Terminal dönem kanser hastaları
3. I- İki saatte bir yatakta yön değiştirilmesi
 II- Basınç azaltan manevraların uygulanması
 III- Enfeksiyonların kontrolü
 IV- Uygun beslenmenin sağlanması
 Yukarıda bası ülseri ile ilgili verilen bilgilerden hangisi ya da hangileri doğrudur?
 - A) I-II
 - B) II-IV
 - C) I-II-II
 - D) Yalnız IV
 - E) I-II-II-IV
4. Evde sağlık hizmetlerinde bası ülseri risk değerlendirmesinde hangi skala kullanılır?
 - A) Braden Skalası
 - B) Katz İndeksi
 - C) VAS Skoru
 - D) Wagner Sınıflaması
 - E) ADL İndeksi
5. Aşağıdakilerden hangisi evde sağlık hizmetlerinin doğmasına neden olan gelişimlerden **değildir**?
 - A) Epidemiyolojik değişiklikler
 - B) Demografik değişiklikler
 - C) Sosyal ve kültürel değişiklikler
 - D) Bilim ve teknolojideki değişiklikler
 - E) Ekonomik değişiklikler

ASM'DE GEBE İZLEMİ

1. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre gebelere gebelikleri süresince en az kaç kez gebelik izlemi yapılmalıdır?
 - A) 1
 - B) 2
 - C) 3
 - D) 4
 - E) 5
2. Aşağıdakilerden hangisi gebelik sevk kriterleri arasında **ver almaz**?
 - A) Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
 - B) Vajinal kanama olması
 - C) Uterus yüksekliği değerlendirildiğinde beklenen haftayla uyumlu olmaması
 - D) Uygun haftada el doppleri ile fetal kalp seslerinin duyulmaması
 - E) Gebenin tansiyon arteriyel değerinin 130/80 mmHg olması
3. Gebelik izlem zamanları ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangileri doğrudur?
 - i. Birinci izlem gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılmalı
 - ii. İkinci izlem gebeliğin 18-24. haftaları arasında yapılmalı
 - iii. Üçüncü izlem gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalı
 - iv. Dördüncü izlem gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalı
 - A) I, II, III
 - B) II, III, IV
 - C) I, III, IV
 - D) I, II, IV
 - E) I, II, III, IV
4. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 'Gebelere Demir Desteği Programı Rehberi'ne göre gebelikte verilmesi gereken elementer demir desteği kaç mg/gün olarak önerilmektedir?
 - A) 10-20 mg/gün
 - B) 25-35 mg/gün
 - C) 40-60 mg/gün
 - D) 70-80 mg/gün
 - E) 90-100 mg/gün
5. Gebelikte bağışıklama ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi ya da hangileri doğrudur?
 - I. Hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td (Erişkin tipi difteri-tetanoz) aşısı yaptırmaları sağlanmalıdır.
 - II. Td aşısının ilk dozu gebeliğin dördüncü ayında veya ilk karşılaşmada yapılmalıdır.
 - III. Canlı virüs aşılarının fetüs üzerine olası riskleri nedeniyle aşıdan en az 28 gün süreyle gebelikten kaçınılmalıdır.
 - IV. Gebelikte inaktive grip (influenza) aşısı yapılmamalıdır.
 - A) Yalnız I
 - B) II ve IV
 - C) II ve III
 - D) I, II ve III
 - E) Yalnız IV

AKILCI TEDAVİ VE REÇETE YAZMA

1. Akılcı ilaç kullanımı kapsamında takip edilmesi gereken basamaklardan **olmayan** hangisidir?
 - a. Hastanın sorunlarını tanımlanması
 - b. Tedavi hedeflerini belirlenmesi
 - c. Tedavi sonucunun takip edilmemesi
 - d. Uygun ilacı, kullanım süresini etkili ve güvenli ilaç alternatifleri arasından seçilmesi
 - e. Hastaya uygun bilgiyi verilmesi
2. Akılcı olmayan ilaç kullanım örneklerinden **olmayan** hangisidir?
 - a. Yazılan reçete kullanımı sırasında ihtiyaç duyulduğunda hekime danışılması.
 - b. İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı
 - c. Gereksiz yere antibiyotik tüketimi
 - d. Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi
 - e. Bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı
3. Akılcı ilaç kullanımı temel esaslarından **olmayan** hangisidir?
 - a. Etkinlik
 - b. Hijyen
 - c. Güvenlik
 - d. Uygunluk
 - e. Maliyet
4. Aile hekimlerimiz kendilerine başvuran hastalarına karşı akılcı tedavi düzenleme esnasında yaklaşımları kapsamında **olmaması** gereken hangisidir?
 - a. Bilgi ya da öğüt vermek
 - b. İlaçsız tedavi
 - c. İlaçla tedavi
 - d. Sevk etmek
 - e. Verilen tedavinin değerlendirilmesi için kontrol randevularının takip edilmeyişi
5. Ülkemizde reçete edilen hangi ilaç grubu en çok suiistimal edilmesi durumunda dirençli mikroorganizma gelişimine ve sağlık harcamalarında gereksiz maliyet artışına yol açmaktadır?
 - a. Antibiyotik
 - b. Analjezik
 - c. Vitamin ve besin takviye grubu ilaçlar
 - d. Solunum sistem grubu ilaçlar
 - e. Antiromatizmal ilaçlar

AİLE HEKİMLİĞİNDE EKG OKUMA

1. EKG ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Kalbin oluşturduğu elektrik gerilimlerinin bir grafik kayıdır.
 - b. Sinyaller ekstremitelere ve göğüs duvarına bağlanmış elektrotlar aracılığı ile algılanır ve kaydedilir.
 - c. EKG ile aritmi, iletim kusurları ve miyokard iskemisi değerlendirilebilir.
 - d. Ekokardiyografi, efor testi, doppler USG, MR anjiyografi, BT anjiyografi gibi ileri tanı yöntemleri çıktıktan sonra EKG'nin önemi çok azalmıştır.
 - e. EKG hayatı tehdit eden metabolik bozuklukların tanısında kullanılan-bilen bir tanı aracıdır.
2. D3 derivasyonu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Sol koldaki gerilimi ölçer.
 - b. Sol kol sağ kol arasındaki potansiyel farktır.
 - c. Sol kol sol bacak arasındaki potansiyel farktır.
 - d. Sağ kol sol bacak arasındaki potansiyel farktır.
 - e. Bipolar derivasyonlardandır.
3. P dalgası ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. P dalgası atriyal repolarizasyonu gösterir.
 - b. Sinüs ritmi sırasında sağ atrium sol atriumdan önce uyarılır.
 - c. P dalgasının süresi <0,12 sn'dir.
 - d. P dalgası D1, D2, aVF'de her zaman pozitifdir.
 - e. P dalgası aVR'de her zaman negatifdir.
4. Sağ aks sapması ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. D3 ve aVF'de QRS pozitifdir, D1 ve aVL'de QRS negatifdir.
 - b. Sol ventrikül hipertrofisi nedeniyle olur.
 - c. Zayıf kişilerde görülebilir.
 - d. WPW sendromu olan kişilerde görülebilir.
 - e. Pulmoner embolide görülebilir.
5. Aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Kalp hızı 60 ile 100 arasındadır.
 - b. Kalbin ritmi için 2 R arası mesafeye bakılır.
 - c. Kalp hızına 300/büyük kare veya 1500/ küçük kare formülü ile bakılır.
 - d. Normal sinüs ritminde QRS'ler dardır (<100 ms).
 - e. Normal sinüs ritminde p dalgası gözükmebilir.
6. Sinüs taşikardisi ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. Hipotiroidi genellikle sinüs taşikardisi yapar.
 - b. P-QRS-T dalgaları normal dizilimdedir.
 - c. Kalp hızı 100/dk'nın üzerindedir.
 - d. Gebelikte sinüs taşikardisi görülür.
 - e. Pulmoner embolide sinüs taşikardisi görülebilir.
7. Sinüs bradikardisi ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. Sinüs bradikardisi yaygındır ve genelde selimdir.
 - b. 60 atım/dk'dan düşük hızda bir sinüs nodu repolarizasyonu şeklinde tanımlanır.
 - c. Sporcularda görülebilir.
 - d. Yaşlılarda görülebilir.
 - e. Organofosfat zehirlenmesine bağlı oluşabilir.

8. Sağ dal bølge ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
- V1'de çentikli bir R dalgası vardır.
 - V6'da S dalgası çentiklenmesi ve negatif T ile beraber qRs paterni vardır.
 - Kor pulmonale, kardiyomiyopati ve ASD neden olabilir.
 - QRS'ler <120 ms'dir.
 - QRS'in orta kısmında çentiklenme vardır.
9. Kalbin inferior bölgesini gösteren derivasyonlar hangileridir?
- D2, D3, aVF
 - D1, aVL
 - V5, V6
 - V1- V4
 - V7, V8, V9
10. Tam kat veya ST yükselmeli MI'da karakteristik özelliklerin sıralaması hangisinde doğru verilmiştir?

- I- Q dalgasının oluşması
 II- ST segment yükselmesi
 III- T dalgası inversiyonu
 IV- ST segmentinin taban çizgisine dönmesi

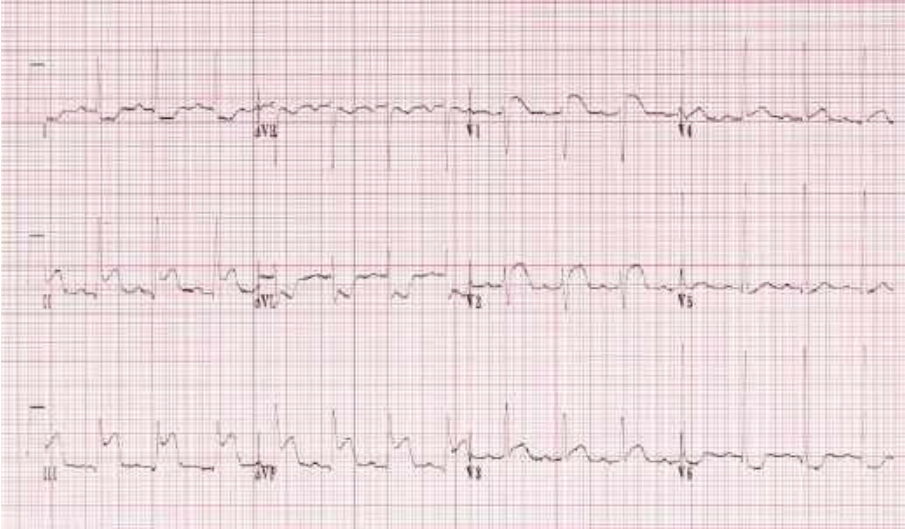
V- Normal EKG

- V-I-III-II-IV
- V-II-I-III-IV
- V-III-I-IV-II
- V-II-I-IV-III
- II-I-IV-III-V

11. Kalbin posterior duvarını görmek için hangi derivasyonlar kullanılır?

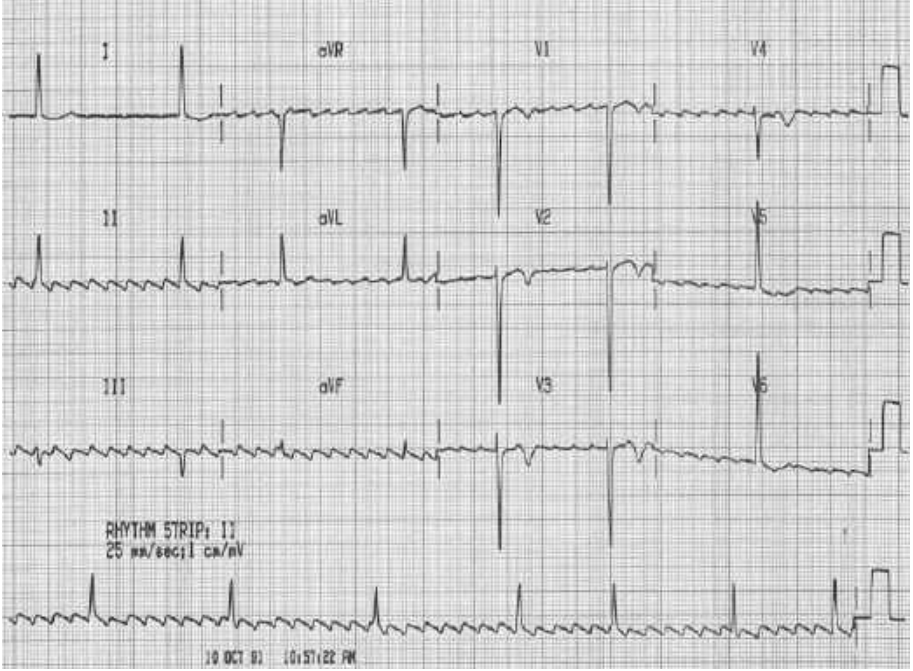
- D2, D3, aVF
- V7, V8, V9
- D1, aVL
- V1, V2
- Görülemez

12. Aşağıdaki EKG ile ilgili hangisi doğrudur?



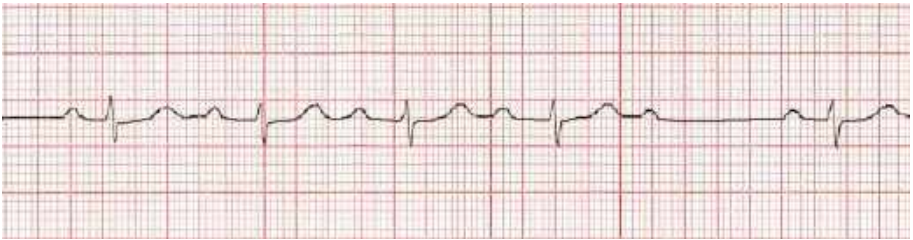
- Ritm düzensizdir.
- QRS'ler geniştir.
- Sağ taraflı EKG çekmeye gerek yoktur.
- aVR'de ST elevasyonu vardır.
- Sağ ventrikül MI düşünülür.

13. Aşağıdaki EKG hangisine örnektir?



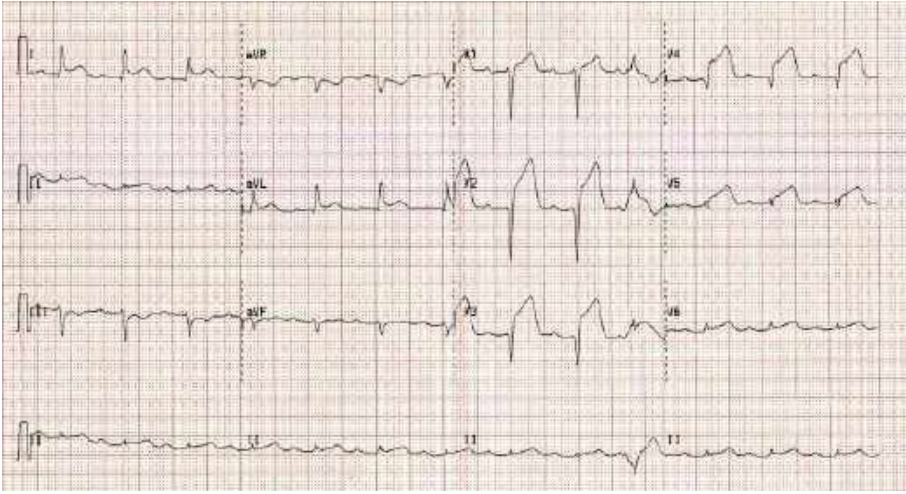
- Atrial fibrilasyon
- Prematür atriyal kompleks
- Atriyal flutter
- Torsades de pointes
- WPW sendromu

14. Aşağıdaki EKG hangisine aittir?



- Birinci derece AV blok
- Sinoatriyal çıkış bloğu
- Mobitz tip 2
- Mobitz tip 1
- AV tam blok

15. Aşağıdaki EKG'de hangisi vardır?



- Sinüs bradikardisi
- İnferior MI
- Supraventriküler taşikardi
- Sağ ventrikül MI
- Anterior MI

AİLE HEKİMLİĞİNDE AKCİĞER GRAFİSİ OKUMA

1. Aşağıdaki yöntemlerden hangisi/hangileri toraks boşluğunun değerlendirilmesinde standart olarak sıklıkla kullanılır?
 - I. PA Akciğer Grafisi
 - II. Lateral Grafi
 - III. Apikolordotik grafi
 - IV. Lateral Dekübitis Grafisi
 - V. Oblik Grafiler
 - a. I-II
 - b. I-II-II
 - c. I-II-III-IV
 - d. I-II-III-IV-V
 - e. Hepsi
2. Arka-ön akciğer grafisi (PAAC) çekimi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Tipik erişkin dozu 0,0002 mSv civarındadır.
 - b. Hatanın sırtı kasete yaslanır.
 - c. X-ışını yaklaşık 100 cm uzaklıktadır.
 - d. İnspirium sonu çekim yapılır.
 - e. Filmin üst sınırı C1 vertebra düzeyini içerisine almalıdır.
3. Akciğer grafisinin teknik yeterliliği ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Projeksiyonun bilinmesi özellikle kalp ve mediastinum boyutları açısından önemlidir.
 - b. Filmin çekildiği sırada hastanın pozisyonu (ayakta-yatarak) değerlendirme için önemlidir.
 - c. Uygun bir grafide kalp gölgesi arkasında torasik vertebraların seçilebilmesi gerekir.
 - d. İyi bir inspirasyonda yaklaşık 10 arka kosta veya 6 ön kosta izlenebilir.
 - e. Hepsi
4. Aşağıdaki akciğer patolojilerinden hangisinde hava bronkogramı gözlenmez?
 - a. Pnömoni
 - b. Pulmoner ödem
 - c. Pulmoner infarkt
 - d. Hyalen membran hastalığı
 - e. Kronik bronşit
5. Akciğer grafisinde soliter nodülün en sık nedeni nedir?
 - a. Metastaz
 - b. Granülom
 - c. Hemartom
 - d. Akciğer kanseri
 - e. Pnömoni

KIRSAL HEKİMLİK

1. Kırsal bölge ilgili hangisi **yanlıştır**?

- TÜİK verilerine göre Türkiye’de kırsal alanda ülke nüfusunun %13’ü yaşamaktadır.
- Kırsal bölgede nüfus yoğunluğu düşüktür.
- Kırsal bölge nüfusu 20.000’den az olan bölgelerdir.
- Türkiye’de kırsal bölgelerde tütün ve alkol kullanımı şehir merkezine göre anlamlı oranda düşüktür.
- Bazı ülkelerde kırsal bölgelerden gelen öğrencilere tıp öğrenimi görmeleri için öncelik verilmektedir.

2. Mobil aile hekimliği uygulaması kapsamında hangisi **ver almaz**?

- Anne ve çocuk sağlığı
- Gebe takibi
- Aile planlaması
- Kronik hastalık yönetimi
- Tele Tıp

3. Tele Tıp için hangisi doğrudur?

- Tele Tıp konusunda ilk deneyimler 1960 yılı öncesine dayanır.
- Tele Tıp hastalarda damgalanma ihtimalini artırır.
- Diyabetes Mellitus hastalarında Tele Tıp uygulamaları başarısız olmuştur.
- Tele Tıp maliyeti yüksek bir uygulamadır.
- Tele Tıp işgücü kaybına yol açar.

4. Görsel (Visüel) Analog Skala nasıl uygulanır?

- Hastaların yüzüne bakılarak ağrı durumları değerlendirilir.
- Yetişkin hastalarda en ağırlıdan en mutluya doğru yüz imajları gösterilir ve birisini seçmesi istenir.
- Hastadan 10 cm’lik bir cetvel üzerinde ağrısını 0’dan 10’a kadar bir noktada işaretlemesi istenir.
- Hastadan ağrısını çizdiği resimle ifade etmesi istenir.
- Hastadan ağrısına 0’dan 10’a kadar puan vermesi istenir.

5. Kronik ağrı ile ilgili hangisi doğrudur?

- Aile hekimliği pratiğinde ağrı şikayeti hastaların ancak %5’inden azında görülür
- Kronik ağrı yönetiminde obezite ve depresyonla mücadele edilir.
- Takiplerde Görsel (Visüel) Analog Skala’da bir cm değişim anlamlıdır.
- Kronik ağrı 6 aydan uzun süren ağrıdır.
- Tütünle mücadelenin kronik ağrı yönetimi ile ilgili yoktur.

6. Su sanitasyonunda en etkin yöntem hangisidir?

- Kaynatma
- Klorlama
- İyot
- Ultraviyole
- Filtrasyon

OLAĞANÜSTÜ DURUMLARDA HEKİMLİK UYGULAMALARI

1. Aşağıdakilerden hangisi, afetin özelliklerinden **değildir**?

- A) Ekolojik dengenin bozulması.
- B) Olağan yaşamın ortadan kalkması
- C) Sonuçlar, yerel toplumun yanıt verme ve uyum kapasitesini aşar
- D) Dış yardıma gereksinim duyulmaması
- E) Can ve mal kaybına neden olması

2. Aşağıdakilerden hangisi, afetlerde ruh sağlığını olumsuz etkileyen durumlardandır?

- A) İşsizlik
- B) Evsizlik
- C) Çevrenin yok olması
- D) Yönetim boşluğu
- E) Hepsi

3. Etkin çevre sağlığı yönetimi için neler gereklidir?

- A) Yeteri kadar barınak
- B) Yeterli miktarda ve kolay elde edilebilir nitelikte su
- C) Atıklarının zararsız hale getirilmesi
- D) Gıda stoklarının kontaminasyona karşı korunması
- E) Hepsi

4. Aşağıdakilerden hangisi afetin evrelerinden **değildir**?

- A) Sessiz evre
- B) Alarm evresi
- C) Olağanüstü durum evresi
- D) İzolasyon evresi
- E) Dış yardım evresi

5. Aşağıdakilerden hangisi doğal afetlerden **değildir**?

- A) Deprem
- B) Sel
- C) Kuraklık
- D) Çığ
- E) Savaş

SUT UYGULAMALARI

1. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) nedir?

- Sağlık Bakanlığı tarafından daha etkin hizmet sunumu sağlayabilmek için geliştirilen ve muhatabı hastalar olan bir programın açıklayıcı metnidir.
- Sağlıkta standardizasyonu sağlayabilmek ve bu doğrultuda her vatandaşa hizmet sunumu temelinde oluşturulmuş kanuni bir yazıdır.
- Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan kişilerin, sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin kurumca finansmanı sağlanan işlemlerinin bildirildiği tebliğdir.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde hastalara uygulanan işlemlerin standartlarının belirlendiği ve bu suretle üniversite hastaneleri ile rekabet ortamının oluşturulduğu yeni uygulanan bir sistemin adıdır.
- "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında yeni geliştirilen ve uygulamaya henüz girmemiş olan, planlanmış hizmet esas ve usullerinin belirlendiği programın adıdır.

2. Sağlık Uygulama Tebliği'nin birinci basamak için önemi nedir?

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde standardizasyonu sağlayabilmek ve bu şekilde birinci basamak başvurusu olan her vatandaşa hizmet sunumunu aksatmadan devam ettirebilmektir.
- Kurum tarafından finansmanı sağlanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin usul ve esaslarını belirlemek ve hekimlerin

işlemlerinde bu doğrultuda hareket etmesini sağlamaktır.

- Sağlıklı nesiller yetiştirebilmek amacıyla birinci basamakta verilen hizmetin kalitesinin ve kantitesinin artırılmasına yönelik tüm çalışmaların ortaya konulmasıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde standardizasyonun önünü açan düzenlemeleri oluşturabilmektir.
- Hastaları öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmek ve bu doğrultuda "sevk zinciri" oluşturabilmek amacıyla oluşturulmuş tedbirleri belirlemektir.

3. Birinci basamakta maliyet etkin hizmet ne demektir?

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ülkenin sınırlı kaynakları kullanılarak en etkin şekilde verilebilmesi için planlanmış hizmet profilidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde mali açıdan belirlenmiş miktarların üzerine çıkabilmek amacıyla hizmetin kalitesinin arttırıldığı hizmet şeklidir.
- Ülkenin sınırlı kaynaklarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde nasıl kullanılacağıının belirlendiği maliyet analizidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması gereken usul ve esaslar hakkında bilgi veren, mali düzenlemeleri de içeren sunumun adıdır.
- Sağlığın sunumunda Birinci basamağın önemine vurgu yapan ve hizmetin mali açıdan planlamasının yapıldığı yönergedir.

4. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) önerileriniz nelerdir?
(3 adet belirtiniz)
5. Aile Hekimlerinin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) temelli hakları nelerdir?
(5 adet belirtiniz.)

TOPLUM YÖNELİMLİ AİLE HEKİMLİĞİ

- 1- Aşağıdakilerden hangisi toplum yönelimli aile hekimliğinin hedeflerinden biridir?
- A) Sağlık hizmeti sunumunda bireysel çalışmak
- B) Klinik ve toplum sağlığı tıbbı arasında fark olduğunu bilip ayrı değerlendirme
- C) Toplumu da girişimlere müdahil etmek
- D) Klinik ve toplum araştırmacıları için farklı farklı araştırmalar tasarlamak
- E) Eğitim sürecine katılmamak
- 2- Toplum yönelimli bakımda değerlendirme ne kadar sıklıkla yapılmalıdır?
- A) Topluluk talep ettikçe yapılır.
- B) Çıktıya göre karar verilir.
- C) Yılda bir yapılır.
- D) Değerlendirme sürekli devam eden bir süreçtir.
- E) İki yılda bir yapılır.
- 3- Aşağıdakilerden hangisi toplum yönelimli yaklaşım modelinin çekirdek komponentlerinden **değildir**?
- A) Spesifik bir topluluğa bakım sunan bir birinci basamak uygulama ortamı
- B) Hizmet verilen ve açıkça tanımlanmış bir toplum
- C) Topluluğun majör sağlık sorunlarına işaret eden uygulamaların o toplumla işbirliği ile oluşturulmuş sistematik bir süreci
- D) Epidemiyolojik ve klinik özelliklerin birbirlerini tamamlayacak şekilde kullanılması
- E) İkinci basamak hizmetlerinin ulaşılabilirliği
- 4- Toplum yönelimli aile hekimliği yaklaşımı aile hekimlerine ne kazandırır?
- A) Toplum hekimliği ile aile hekimliğinin farklı dallar olduğunu anlama
- B) İnterdisipliner işbirliği ve koruyucu hizmetleri geliştirme
- C) Maliyet-etkin odaklı girişimleri daha az kullanma
- D) Hizmet verilen toplumun spesifik sorunlarını sağlık otorilerine bırakma
- E) Teorik bilgi perspektiflerini genişletme
- 5- Aşağıdakilerden hangisi toplum yönelimli bakımın özelliklerinden **değildir**?
- A) Süreklilik
- B) Bireysellik
- C) Maliyet-etkinlik
- D) Uyarlanabilirlik
- E) Planlanabilirlik

AYRIŞMAMIŞ HASTALIKLARA YAKLAŞIM

1. Ayırışmamış hastaya yaklaşım stratejilerinden **olmayan** aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Bekle gör
 - B) Zamanı tanı aracı olarak kullanma
 - C) Tedaviden teşhise gitme
 - D) Hariç bırakma
 - E) Yüksek prevalans hekimliği
2. Aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - A) Hasta merkezli yaklaşımda hekim hasta ile birlikte çalışır.
 - B) Günümüzde kabul gören hastalık merkezli yaklaşımdır.
 - C) Hasta merkezli yaklaşımda öncelikler ve hastalığın idaresindeki roller hasta ile birlikte belirlenir.
 - D) Hastalık merkezli yaklaşımda hekim yalnızca hastalıkla ilgilenir.
 - E) Günümüzde kabul gören hasta merkezli yaklaşımdır.
3. Ayırışmamış hastaya yaklaşım ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - A) Hekim tarafından henüz değerlendirilmemiş hastadır.
 - B) Hastalık henüz farklılaşmamış ve organize olmamıştır.
 - C) Ayırışmamış hastada hekimin önceliği teşhis koymaktır.
 - D) Düşük prevalans hekimliğidir.
 - E) Sonlanım noktası “karar” dır.
4. Ayırışmamış hastaya yaklaşımda sık yapılan hatalardan **olmayan** hangisidir?
 - A) Konsültasyon
 - B) Tanı koymak zorunda hissetmek.
 - C) Gereksiz sevk
 - D) Yetersiz takip
 - E) Kayıt kullanmama
5. Zamanı tanı aracı olarak kullanmakla ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - A) Hastanın kolay ulaşılabilir olması avantajdır.
 - B) Hekim sürekli takip ettiği hastası ile ilgili eşsiz bilgi birikimine sahiptir.
 - C) Zamanla hastalık ayrışabileceği için tanı koymak kolaylaşacaktır.
 - D) Acil durumlarda kullanılır.
 - E) Gereksiz tetkik ve tedaviler önlenecektir.

TIPTA UYGULAMA REHBERLERİ

1. Uygulama rehberleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Hekimlere hastasıyla ilgili karar verme sürecinde yardımcı olur.
 - b. Sağlıkta kalite iyileştirme programlarının bir parçasıdır.
 - c. Doğru yapılacak işlemi tanımlar.
 - d. Uyulması zorunlu değildir.
 - e. Mükemmel hasta sonuçları sağlamayı ve geliştirmeyi garanti eder.
2. Aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri uygulama rehberlerinin hazırlanma amaçlarındandır?
 - I- Klinik uygulamalardaki belirsizlikleri ve farklılıkları yok etmek
 - II- Sağlık hizmetlerinde alınan sonuçların beklentilere yakın olmasını sağlamak
 - III- Zararlı, etkinliği kanıtlanmamış veya gereksiz klinik uygulamaları azaltmak
 - IV- Hastaların tedavisini en az riskle, en yararlı şekilde ve kabul edilebilir bir maliyet ile yapabilmek
 - V- Sağlık hizmeti kalitesini yükseltmek
 - a. I,II,III,IV
 - b. I,II,IV
 - c. I,II,III,V
 - d. II,III,IV,V
 - e. I,II,III,IV,V
3. Uygulama rehberleri geliştirme aşamaları ile ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. Tüm dünyada çeşitli bakanlıklar, uluslararası rehber ağları ve sivil toplum kuruluşları tarafından bazı yöntemler kullanılarak geliştirilmektedir.
 - b. Sistematiik olarak uyulması gereken aşamalar vardır.
 - c. Öncelikle kullanıcılara sunulmalı ve geri bildirimlere göre son hali verilerek yayınlanmalıdır.
 - d. Üç yılda bir klinik, ekonomik ve hasta tabanlı sonuçlar değerlendirilmeli ve gerekli değişiklikler yapılmalıdır.
 - e. Elde edilen veriler dikkatli bir şekilde gözden geçirilmeli, en yüksek kaliteli kanıta dayanan veriler dikkate alınmalıdır.
4. Aşağıdakilerden hangisi uygulama rehberleri kullanımının bir sonucu **değildir**?
 - a. Gereksiz hasta sevklerinin engellenmesine yardımcı olurlar.
 - b. Sağlıkta bakımın standardizasyonu sağlamaya yardımcı olurlar.
 - c. Kaynakların daha fazla kullanılması nedeniyle sağlık harcamalarını artırır.
 - d. Tedavide kritik yol haritalarının hazırlanmasını ve zaman kazanılmasını sağlar.
 - e. Sağlık hizmetlerinde kalite için değerlendirme ölçütü sağlar.
5. Uygulama rehberlerinin seçiminde aşağıdakilerden hangisi ya da hangilerine dikkat edilmelidir?
 - I- Güncelliğine
 - II- Kanıta dayalı olup olmadığına
 - III- Dayandırıldığı kaynağa
 - IV- Hastaya uygunluğuna
 - V- Hasta sonuçlarındaki olumlu katkısına
 - a. I,II,III
 - b. I,II,III,IV
 - c. I,II,III,V
 - d. I,II
 - e. Hepsi

SİGARA BIRAKMA DANIŞMANLIĞI

1. Nikotin bağımlılığı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - A) Sigarayı bir kez deneyen dört kişiden üçü sigara bağımlısı olmaktadır.
 - B) Sigara içimi/bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasında bir hastalık olarak ele alınmıştır.
 - C) Sigaraya karşı sosyal aktivitelerde bulunma, hekime düşen görevlerdendir.
 - D) Hekim nikotin bağımlısı ise önce kendi bırakmalıdır.
 - E) Sigaranın bırakılmasında ilaç tedavisi en önemli faktördür.
2. Nikotin bağımlılığı konusunda aşağıdakilerden **hangisi yanlıştır**?
 - A) Nikotin bağımlılığı bir hastalık değil alışkanlıktır.
 - B) Nikotin bağımlılarının çoğunluğu sigarayı bırakmayı istemektedir.
 - C) Hekim sigara kullanmayarak iyi bir rol model olmalıdır.
 - D) Sigara bırakma danışmanlığından yaklaşım; sor, sorgula, söyle, yardım et ve izle olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır.
 - E) Nikotin bağımlılığı 6 sorudan oluşan Fagerström testi ile ölçülmektedir.
3. Nikotin bağımlılığı ile ilgili hekime düşen görevlerden **olmayan** aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Kendisi kullanmamalı (rol model olma).
 - B) Sigaraya başlamanın önlenmesi.
 - C) Sigarayı bırakma konusunda destek.
 - D) Sigaraya karşı sosyal aktivitelerde bulunma.
 - E) Sigara ile ilgili kanuni düzenlemeleri yapmak.
4. Sigara ile mücadele konusunda hekime düşen görev aşağıdakilerden **hangisidir**?
 - A) Rol model olma
 - B) Sigaraya başlamanın önlenmesi
 - C) Sigarayı bırakma konusunda destek
 - D) Sigaraya karşı sosyal aktivitelerde bulunma
 - E) Hepsi
5. Sigara ile mücadele sorunlarından **olmayan** aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Sigaranın bırakılmasında hastaların yeteri kadar motive olmamaları
 - B) Sigara içiminin bir hastalık olarak hekim ve hasta tarafından kabul görmemesi
 - C) Gerekli kanuni düzenlemelerin olmaması
 - D) Hekimlerin çoğunluğu sigaranın bırakılması konusunda eğitilmiş ve deneyimli olmamaları
 - E) Hekimler ve sağlıkçıların bir bölümünün hala sigara içicisi olmaları

UYGULAMADAKİ AİLE HEKİMİNİN GÖREVLERİ

1. Aile Sağlığı Merkezi nedir?
 - a. Kapsamlı sağlık hizmetlerinin verildiği özel donanımlı merkezlerdir.
 - b. Sadece aile hekimliği hizmetlerinin verildiği ve üniversitelere bağlı çalışan merkezlerdir.
 - c. Aile hekimliği uygulaması amacıyla oluşturulmuş, isteğe bağlı sevklerin yapılabildiği birimlerdir.
 - d. Bir veya daha fazla aile hekimi ve aile sağlığı personeli ile aile hekimliği hizmetlerinin verildiği merkezlerdir.
 - e. Aile hekimliği kanunu ile düzenlenmiş ve Eğitim-Araştırma Hastanelerine bağlı hizmet veren semt poliklinikleridir.
2. Uygulamadaki aile hekiminin görevleri nelerdir? (5 adet belirtiniz)
3. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri nelerdir? (5 adet belirtiniz)
4. Entegre sağlık hizmetine aile hekiminin katkısı nedir?
 - a. Üniversite hastanelerine bağlı aile hekimliği polikliniklerinde ek hizmet sunumudur.
 - b. Eğitim-Araştırma Hastaneleri'nde aile hekimliği semt polikliniklerinde aile hekimliği hizmetleri verilmesidir.
 - c. İlçe Devlet Hastaneleri'nde aile hekimliği birimleri ile sağlığın geliştirilmesi ve devamlılığına katkı sağlamaktır.
- d. Toplum Sağlığı Merkezleri ile entegre olmak suretiyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesidir.
- e. Aile Sağlığı Merkezleri'nin birbirleriyle entegre olmasının sağlanması dolayısıyla sağlığın güçlendirilmesidir.
5. Aile hekimlerinin adli tabiplik hizmetlerine katkısı olan hangisidir?
 - a. Adli olayların ortaya çıkarılmasında kolluk kuvvetleriyle birlikte çalışmaktadır.
 - b. Kovuşturma aşamasında sağlık hizmeti sağlamak suretiyle adli mercilere destek vermektir.
 - c. Soruşturma aşamasında adli mercilere sağlık hizmeti vermektir.
 - d. Adli olguların belirlenmesi ve bildirilmesi suretiyle adli sürecin başlatılmasını sağlamaktır.
 - e. Doğal ölüm olgularında adli hizmetlerin verilmesinde yardımcı olmaktadır.

PALYATİF BAKIM

1. Palyatif bakım ihtiyacı olan bireylerse farklı semptomlar söz konusu olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün palyatif bakım tanımına göre önemi en fazla vurgulanan semptom aşağıdakilerden hangisidir?
 - A. Ağrı
 - B. Halsizlik
 - C. Deliryum
 - D. Beslenememe
 - E. Kilo kaybı
2. Aşağıdaki faktörlerden hangisi toplum genelinde palyatif bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç artışı ile ilişkili **değildir**?
 - A. Yaşlı nüfusun artışı
 - B. Ölüm nedenlerinin değişmesi
 - C. Kronik hastalıklarda yaşam sürelerinin uzaması
 - D. Sosyal yapıdaki değişiklik
 - E. Erkek egemen nüfusun varlığı
3. Aşağıdakilerden hangisi palyatif bakımın temel ilkelerinden **değildir**?
 - A. Yaşam kalitesinin güçlendirilmesi
 - B. Aile fertleri için toplumsal, ruhsal ve dini destek sağlanması
 - C. Gereğinde aileye dinlenme desteği sağlanması
 - D. Ölümün geciktirilmesi için gerekli tüm müdahalelerin yapılması
 - E. Yas sürecinin desteklenmesi
4. Palyatif bakım hizmeti sunacak interdisipliner ekipte bulunması önerilen meslek grupları arasında aşağıdakilerden hangisi **ver almaz**?
 - A. İş uğraş terapisti
 - B. Ambulans şoförü
 - C. Eczacı
 - D. Psikolog
 - E. Din adamı
5. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen Delphi çalışmaları sonucuna göre aşağıdakilerden hangisi palyatif bakım gerektiren hastalıklardan **değildir**?
 - A. Demansiyel hastalıklar
 - B. Karaciğer sirozu
 - C. Akut Bronşit
 - D. Diyabet
 - E. HIV/AIDS

AİLE HEKİMLİĞİNDE CEZA HUKUKUNDAN KAYNAKLANAN SORUMLULUKLAR

1. Suç nedir?
 - a. Cezai müeyyideye bağlanmış hukuki kurallardır.
 - b. Toplumca kabul edilmemiş eylemlerin yerine getirilmesidir.
 - c. Bir toplumdaki hukuki kurumlar tarafından ceza veya güvenlik tedbiri yaptırımına bağlanmış fiildir.
 - d. Anayasaya aykırı söylemler bütünüdür.
 - e. Örf ve adetlere aykırı fiillerdir.
2. Ceza nedir?
 - a. Suçlu olduğuna inanılan kişilerin belirlenme şeklidir.
 - b. Adli merciler tarafından belirlenen örfi yaptırımlardır.
 - c. Suçlu olduğuna inanılan kişiler için oluşturulmuş müeyyideler bütünüdür.
 - d. Suçlu olduğu kesinleşmiş kişilere uygulanan, ıslah amacı taşıyan yaptırımlardır.
 - e. Adalet Bakanlığı tarafından belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde ortaya konulan yaptırımlar bütünüdür.
3. Cezanın amacı nedir?
 - a. Suçun tespitini sağlamaktır.
 - b. Suça teşvik amacıyla düzenlemeler oluşturmaktır.
 - c. Toplumu korumak, suç işleyen kişilerin bir bedel ödemesini sağlamak ve onları ıslah edebilmek amacıyla çeşitli yaptırımlar uygulamaktır.
 - d. Toplumsal düzeni sağlayabilmek ve bireyleri refaha ulaştırabilmek amacıyla oluşturulan kurallar bütünüdür.
 - e. Geleneklerin devamlığını sağlamak suretiyle bireylerin özgürlük alanlarını genişletmektir.
4. İrtikap nedir?
 - a. Bir kamu hizmeti veren hekimin kamu menfaatlerini kullanarak zorla veya ikna yolu ile haksız kazanç elde etmesidir.
 - b. Bir kamu hizmeti veren hekimin sır saklama yükümlülüğünü yerine getirmemesi sonucu doğan haksız fiildir.
 - c. Rüşvetin diğer adıdır.
 - d. Bir kamu hizmeti veren hekimin sair sebeplerden talep ettiği mallar bütünüdür.
 - e. Cezai müeyyidesi gelenekler ile belirlenmiş olan rüşvet suçudur.
5. Aile Hekimliği uygulaması pratiğinde Türk Ceza Kanunu temelinde suç unsurları nelerdir? (3 adet belirtiniz.)

AİLE HEKİMLİĞİNDE TAZMİNAT SORUMLULUĞU

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hakkı tanımına en uygun ifadedir?
 - a. Sağlıklı nesiller yetiştirebilmek için Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen projenin sloganıdır.
 - b. Aile hekimliği uygulamasında hastanın mevcut haklarının bütünüdür.
 - c. Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde tanımlanan ve hasta-hekim ilişkisini düzenleyen kavramdır.
 - d. Bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmeyi isteme hakkıdır.
 - e. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin usul ve esaslarını belirleyen unsurdur.
2. Temel tıp etiği ilkeleri arasında olmayan hangisidir?
 - a. Zarar vermeme
 - b. Yararlılık
 - c. Adalet
 - d. Özgüven
 - e. Özerklik
3. Hasta Hakları Yönetmeliği temelinde sağlık hizmetinin sunulmasında uyulması gereken ilkeler arasında **savılmayan** hangisidir?
 - a. Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz.
 - b. Kişi; bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkına sahiptir.
 - c. Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.
 - d. Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına
- sahip olması gerçeğinden hareketle sağlık hizmetlerinden faydalanırken, insanlığa yakışır şekilde hizmet alma hakkı vardır.
- e. Bazı hastalıklarla mücadele kapsamında özel birtakım durumlarda, kişilerin rızası olmaksızın birtakım bilimsel araştırmalarda denek olarak kullanılabilmesi insanlık ortak faydası için geçerli ve gereklidir.
4. Komplikasyon-tıbbi malpraktis ayrımı nasıl yapılır?
 - a. Tanımlamaları benzer olması dolayısıyla kesin bir ayrımı yoktur.
 - b. Komplikasyon; tıbbi istenmeyen bir sonuçtur oysa ki; malpraktis isteğe bağlı gelişir.
 - c. Malpraktis hatalı tıbbi uygulama anlamında kullanılan bir kelimedir. Komplikasyon ise hekimin değil diğer sağlık personelinin hatalı tıbbi uygulamasını ifade etmek için kullanılır.
 - d. Yapılan tıbbi müdahalenin tıbbi standartlara uygun olarak yapıp yapılmadığının tespiti ayrımında esastır.
 - e. Komplikasyon öngörülebilir-önlenebilir, malpraktis ise öngörülebilir-önlenebilir niteliktedir.
5. Kamu çalışanı olan aile hekimine karşı açılacak tam yargı davası adresi neresidir?
 - a. Aile hekiminin kendisidir.
 - b. İdaredir.
 - c. Aile sağlığı elemanıdır.
 - d. Asliye Hukuk Mahkemeleri'dir.
 - e. Dava açılmaz.

SAĞLIK TURİZMİ

1. Hangisi sağlık turizminin önemli motivasyonlarından **değildir?**
 - a. Daha düşük maliyetli tedavi ve uygulamalar
 - b. Kronik hastalıkların azalması
 - c. Bekleme süresinin azlığı
 - d. Daha kaliteli hizmet sunumları
 - e. Yeni yerler görme isteğidir
2. Sağlık turizmine hız kazandıran faktörler nelerdir?
 - a. İletişimde artma
 - b. Yaşam süresinde uzama
 - c. Ulaşım olanaklarının artması
 - d. Koruyucu ve rehabilitasyon hizmetleri isteği
 - e. Hepsi
3. Hangisi sağlık turizmi alanlarından **değildir?**
 - a. Kongre turizmi
 - b. Engelli Turizmi
 - c. Yaşlı Turizmi
 - d. Medikal Turizm
 - e. Termal Sağlık Turizmi
4. Sağlık turizminin gelişmesini önleyen faktörler nelerdir?
 - a. Tanıtım azlığı
 - b. Nitelikli elemanların azlığı
 - c. Etkili pazarlama olmaması
 - d. Altyapı eksikliği
 - e. Hepsi
5. Ülkemizdeki en önemli sağlık turizmi alanı hangisidir?
 - a. Termal turizm
 - b. Yaşlı turizmi
 - c. Alternatif tedavi turizmi
 - d. Engelli
 - e. Hepsi

TIP EĞİTİMİNDE SİNEMA

1. Tıp eğitiminde sinema uygulamalarının etkili olmasını sağlayan faktörler nelerdir?
2. Tıp eğitiminde en çok hangi temalı sinema filmleri kullanılmaktadır?
3. Tıp eğitiminde sinema uygulamalarını geliştirmek için neler önerilebilir?
4. Tıp eğitiminde sinema sanatından yararlanılmalıdır.
D () Y ()
5. Tıpta Sinema Eğitimi, Türkiye'deki üniversitelerde yaygınlıkla uygulanmaktadır.
D () Y ()

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlıkta sosyal pazarlamadır?
 - A) Hedef kitleye sağlığın teşviki konusunda fikir ve uygulamalar benimsetilmeye çalışılması
 - B) Bireylerin sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir ve sağlık haklarını savunabilir halde olmaları
 - C) Kişilerin ve toplumların doğru bilgi ve davranış geliştirmeleri
 - D) Sosyal, fiziksel ve politik ortamı sağlığın geliştirilmesi yönünde değiştirmek isteyen kamu sağlığı lobi faaliyetidir.
 - E) Her tür sağlığı geliştirme faaliyeti
2. Aşağıdakilerden hangisi sağlığı geliştirme temel alanlarından **değildir**?
 - A) Toplumla güç ve sorumluluk verilmesi
 - B) Sağlık okuryazarlığı ve Sağlık davranışı
 - C) Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi
 - D) Sağlık sektörü sorumluluğunda sağlığın geliştirilmesi
 - E) Sağlığı geliştirme kapasitesinin sağlanması
3. Hükümetin okullarda bisiklet dağıtması sağlığın teşviki açısından değerlendirildiğinde hangisi **söylenemez**?
 - A) Hareketli yaşamı teşvik edebilir
 - B) Okul servisi sektörünü olumsuz etkileyecektir
 - C) Koruyucu giysi ve kask sağlanmalı ya da kolay edinilmeleri sağlanmalıdır
 - D) Yeterli güvenli bisiklet yolları yapılmalıdır
 - E) Diğer sürücüler bisikletlilere saygılı davranmayı öğrenmelidir
4. Sağlığın geliştirilmesini sistemli bir şekilde ortaya koyan ilk belge hangisidir?
 - A) Lalonde raporu
 - B) İstanbul belgesi
 - C) Ottawa sözleşmesi
 - D) Jakarta bildirgesi
 - E) Dünya sağlık Asamblesi kararı
5. Aşağıdakilerden hangisi aile hekiminin görevleri arasında öncelikli olarak **yer almaz**?
 - A) İşyeri güvenliği
 - B) Sağlıklı beslenme
 - C) Evde güvenlik
 - D) Düşmelerin önlenmesi
 - E) Tütünle mücadele

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA BAĞIŞIKLAMA

1. Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nda aşağıdaki aşılardan hangisi **yer almaz**?
 - a. Hepatit B
 - b. Suçiçeği
 - c. Rota
 - d. Pnömonokok
 - e. Kızamık
2. Aşağıdaki aşılarından hangisi canlı virüs aşısı **değildir**?
 - a. Rotavirüs
 - b. BCG
 - c. OPV
 - d. KKK
 - e. Suçiçeği
3. Aşağıdakilerden hangisi Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılan beşli aşının içeriğinde **bulunmaz**?
 - a. Difteri
 - b. İnfluenza
 - c. Tetanoz
 - d. Boğmaca
 - e. İnaktif Polio
4. Hangi aşıdan sonra en az dört hafta süre ile BCG aşısı **yapılmamalıdır**?
 - a. Polio
 - b. MMR
 - c. Td
 - d. HIB
 - e. Pnömonokok
5. Aşı kontrendikasyonu ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Kişinin HIV (+) olması veya evde HIV enfeksiyonu olan bireyin bulunması OPV aşılması açısından kesin kontrendikasyon oluşturmaz.
 - b. Malnütrisyon durumunda önce tedavi yapılmalı sonra aşlamaya devam edilmelidir.
 - c. Antibiyotik tedavisi sırasında aşılamaya yapılmaz.
 - d. Yumurta alerjisi anafilaktik türde ise gerekli önlemler alınarak aşı yapılabilir.
 - e. DBT aşısından sonra 7 gün içinde ortaya çıkan ensefalopatilerde bu aşı tekrarlanmamalıdır.
6. Aşağıdaki aşılarından hangisi için rapel doz gerekli **değildir**?
 - a. Beşli aşı
 - b. KKK
 - c. KPA
 - d. Td
 - e. BCG
7. Aşağıdakilerden hangisi Dünya Sağlık Örgütü'nün eradike etmeyi planladığı ikinci hastalıktır?
 - a. Kızamık
 - b. Veba
 - c. Çiçek
 - d. Kolera
 - e. Polio
8. Çocukta invajinasyon öyküsü varlığında aşağıdaki aşılarından hangisinin uygulanması kontrendikedir?
 - a. Rotavirüs
 - b. OPV
 - c. İPV
 - d. Varisella
 - e. Hib

9. Aşılamaya ile ilgili **yanlış** olanı işaretleyiniz?
- İki yaşından sonra aşı için deltoid bölge kullanılır.
 - Pnömonokok aşısının hem konjuge hem de polisakkarit formu bulunur.
 - Aşılamaya ilk amacı enfeksiyonu kontrol altına almaktır.
 - Aşılamaya sonrası, doğal enfeksiyon geçirildiğinde oluşan immün yanıtta benzer bir cevap oluşur.
 - Hepatit aşısından önce mutlaka kan tetkiki yapmak gerekir.
10. Aşağıdakilerden hangisi genişletilmiş bağışıklama programındaki temel hedef **değildir**?
- Bebek ve çocuklarda aşı ile korunulabilen hastalıkları engellemek
 - Hastalıklara bağlı sakatlıkları önlemek
 - Hastalıklara bağlı ölümlerin önüne geçmek
 - Öncelikle hastalıkların eradikasyonunu sağlamak
 - Temel hedef aşısız çocuk bırakmamak
11. Aşağıdakilerden hangisi enfeksiyon hastalıklarının kontrolünde "vakaların müdahale edilebilecek düzeyde azaltılması" amacıyla uygulanan programdır?
- Sürveyans
 - Kontrol
 - Eradikasyon
 - Eliminasyon
 - Filyasyon
12. Aşağıdakilerden hangisi konjuge pnömokok aşısının özelliklerinden **değildir**?
- Beşli aşı ile eş zamanlı uygulanır.
 - Konjuge pnömokok aşılarının beş yılda bir tekrarı gerekir.
 - Etkeni pnömokok olan pnömoni hastalığını önler.
 - İki yaşına kadar olan çocuklarda konjuge aşı tercih edilir.
 - Yapılmasındaki temel amaç pnömoni vakalarının sayısını azaltmaktır.
13. Genişletilmiş bağışıklama programında her bir antijen için ülke genelinde ulaşılması hedeflenen aşılamaya düzeyi nedir?
- >% 85
 - %90'a ulaşmak
 - %100'e ulaşmak
 - >%97
 - %95'e ulaşmak

ELEŞTİREL DÜŞÜNME

1. Eleştirel düşünme ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır?**
 - a. Eleştirel düşünme irdelenmemiş düşünceleri reddeden bir düşünmedir.
 - b. Eleştirel düşünme, kişiyi hayati ezbere yaşamaktan kurtarır.
 - c. Eleştirel düşünme önyargıyı gerektirir.
 - d. Eleştirel düşünme benmerkezci ya da toplum merkezci değildir.
 - e. Eleştirel düşünme yeni fikirlere açık olmayı gerektirir.
2. Aşağıdakilerden hangisi bir eleştirel düşünür için **yanlıştır?**
 - a. Gerçek ile söylentiye birbirinden ayırt eder.
 - b. Meraklıdır, genellikle sorular sorar.
 - c. Kararlarını yeterli kanıtlar topladıktan sonra verir.
 - d. Tez canlıdır; konuyu hemen sonuçlandırır.
 - e. Bilimsel tutum ve davranışlara sahiptir.
3. Aşağıdakilerden hangisi eleştirel düşünmenin yararlarından biri **değildir?**
 - a. Düşünce özgürlüğü kazandırır.
 - b. Bir konunun doğruluğunu anlamamıza yardımcı olur.
 - c. Bilgi birikimini artırır.
 - d. Ezber yeteneğini artırır.
 - e. Mantıksız düşüncelerden alıkoyar.
4. Aşağıdakilerden hangisi eleştirel düşünmenin önündeki engellerden biri **değildir?**
 - a. Bilgisizlik
 - b. Toplumun ait geleneksel düşüncelere bağlılık
 - c. Peşin fikirlilik
 - d. Tembellik
 - e. Alçakgönüllülük
5. Aşağıdakilerden hangisi eleştirel düşünmenin hekimlik üzerine etkilerinden **değildir?**
 - a. Hastanın şikayetlerine önyargısız yaklaşır.
 - b. Her zaman en doğruyu bilen hekimlerdir.
 - c. Klinik karar verme sürecinde var olan bilginin sentez edilip yorumlanmasını eleştirel düşünme ile mümkündür..
 - d. Hekimlik uygulamalarında eleştirel düşünme hastanın iyileşmesini arttırdığı gibi hekimin de motivasyonunu artırır.
 - e. Eleştirel düşünen hekimler kullandıkları bilgileri kanıtlara dayandırır.

GÖÇMEN SAĞLIĞI VE MEVSİMLİK GÖÇ ALAN YERLERDE AİLE HEKİMLİĞİ

- 1- Aşağıdakilerden hangisi göçmenlerde tarama yapılması gereken hastalıklar arasında **ver almaz**?
- A) Serviks kanseri
B) Meme kanseri
C) Hepatit B enfeksiyonu
D) Akciğer kanseri
E) Yüksek riskli bölgeden göç edenlerde Hepatit C enfeksiyonu
- 2- Geçici koruma altındaki yabancılarla ilişkin hizmet ile ilgili genelgeye göre sağlık hizmeti için aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
- A) Geçici koruma altındaki yabancıların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir sağlık kuruluşuna başvurmaları esastır.
B) Geçici koruma altındaki yabancıların kayıt yaptırdıkları ilde sağlık hizmeti almaları esastır.
C) Bedeli Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanmayan sağlık hizmetleri kapsamında sağlık hizmeti verilebilir.
D) Geçici koruma altındaki yabancıların acil ve zorunlu haller ile yoğun bakım hali dışında özel sağlık kuruluşlarına ve üniversite sağlık kuruluşlarına ve araştırma merkezlerine sevkleri yapılamaz.
E) Geçici koruma altındaki yabancılar birinci basamak sağlık kuruluşunca gerekli görülmesi halinde sevk zincirine uygun olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilebilir.
- 3- Aşağıdakilerden hangisi göçmen sağlığı kapsamında koruyucu hizmetler arasında **ver almaz**?
- A) Bazı hastalık taramaları
B) Aşılama
C) Beslenme eğitimleri
D) Bazı salgınlarda profilaksi
E) Hastalıkların tedavisi
- 4- Ülkemizde iltica ve büyük nüfus hareketlerinin de içinde bulunduğu acil ve afet durumlarda kamu kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamakla yetkilendirilen kurum hangisidir?
- A) Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD)
B) Göç İdaresi Genel Müdürlüğü
C) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
D) İş sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü
E) Kızılay
- 5- Mevsimlik tarım işçilerinde sık görülen sağlık sorunları arasında **ver almaz**?
- A) Kas iskelet sistemi hastalıkları
B) Gastro özefajial reflü hastalığı
C) İshal
D) Ruhsal hastalıklar
E) Cilt Hastalıkları

ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEKİMLİĞİ

1. İşyeri hekimlerinin sağlık gözetimi kapsamındaki görevlerine ilişkin olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Gece postalarında çalışanlar dışındaki çalışanların sağlık gözetimini yapmak.
 - b. Sağlık gözetimi konusunda çalışanları bilgilendirmek ve onların rızasını almak.
 - c. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için yayılmayı önleme ve bağışıklama çalışmaları yapmak.
 - d. Sağlık sorunları nedeniyle işe devamsızlık durumlarında işe dönüş muayenesi yaparak eski işinde çalışması sakıncalı bulunanların mevcut sağlık durumlarına uygun işte çalıştırılmasını tavsiye etmek.
2. Kamu-özel sektör ayrımı gibi kısıtlamaların kaldırıldığı ve İSG hizmetlerinin şemsiyesinin tüm çalışanları içine alacak şekilde genişletildiği, çalışan temsilcisinin iş sağlığı ve güvenliği kurullarında temsil edilmesine olanak sağlayan kanun aşağıdakilerden hangisinde verilmiştir?
 - a. 6331 sayılı kanun
 - b. 4857 sayılı kanun
 - c. İş Kanunu
 - d. Umumi Hıfzısıhha Kanunu
3. Aşağıdakilerden hangisi işyeri hekiminin görevlerinden **değildir**?
 - a. Çalışanların sağlık gözetimi ve çalışma ortamının gözetimi ile ilgili işverene rehberlik yapmak.
 - b. İşyerinde çalışanların sağlığının geliştirilmesi amacıyla gerekli aktiviteler konusunda işverene tavsiyelerde bulunmak.
 - c. Çalışanların yapacakları işe uygun olduklarını belirten işe giriş ve periyodik sağlık muayenesi ile gerekli tetkiklerin sonuçlarını düzenlemek ve işyerinde muhafaza etmek.
 - d. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için yayılmayı önleme ve bağışıklama çalışmalarının yanı sıra gerekli hijyen eğitimlerini vermek, gerekli muayene ve tetkiklerinin yapılmasını sağlamak.
 - e. İş sağlığı ve güvenliği kuruluna başkanlık etmek.
4. Aşağıdakilerden hangisi işyeri hekiminin yükümlülüklerinden **değildir**?
 - a. Çalışanın kişisel sağlık dosyasındaki bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler.
 - b. İşyeri hekimleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumludur.
 - c. İşverene yazılı olarak bildirdikleri iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili alınması gereken tedbirlerden acil durdurma gerektiren hallerin işveren tarafından yerine getirilmemesi hâlinde, işyerinin bağlı bulunduğu çalışma ve iş kurumu il müdürlüğüne yazılı olarak bildirmekle yükümlüdürler.
 - d. İşin normal akışını mümkün olduğu kadar aksatmamakla yükümlüdürler.
 - e. Hiçbiri
5. Meslek hastalıkları için **yanlıs** olan hangisidir?
 - a. Meslek hastalıkları, sakatlık ya da ruhsal bozukluk şeklinde görülebilir, akut ya da kronik şeklinde gelişebilir.
 - b. Meslek hastalığı tıbbi olduğu kadar yasal yükümlülükleri mevcuttur.
 - c. Meslek hastalığı tanısını alan çalışanın yakın çalışma arkadaşları için de erken tanı olanağı verir. O meslek grubunda insidansı siktir.
 - d. Hastalığın oluşması zararlı maddenin cinsine, maruziyet süresine, kirleticinin yoğunluğuna, çalışanın duyarlılığına ve ortam rahatlık koşullarına bağlıdır.
 - e. Hiçbiri

RİSK VE PROGNOZ TAHMİNİ (KARAR DESTEĞİ)

1. Aşağıdaki önermelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Sağlık açısından risk ileride zarar oluşturabilecek mevcut bir tehlikenin tanımlanmasıdır.
 - b. Bazen hasta yararını hastaya rağmen gözetmek gerekebilir.
 - c. Risk değerlendirmesi yapılarak önleyici faaliyetlerde bulunulması ekonomik açıdan da toplum ve birey yararındır.
 - d. Risk yönetimi özellikle kronik hastalıklar açısından önem taşımaktadır.
 - e. Risk analizleri ölçülebilir, bilimsel kanıta dayalı süreçlerdir.
2. Klinik karar destek sistemleriyle ilgili hangisi **yanlıştır**?
 - a. Klinik karar destek sistemlerinin kronik hastalık bakımını geliştirdiğini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır.
 - b. Klinik karar destek sistemleri klinik karar vermeyi geliştirmek için tasarlanmış bilgisayar üzerinden ulaşılabilir bilgi sistemleridir.
 - c. Klinik karar destek sistemlerini kullanmak kanıta dayalı tıbbin yaygınlaşmasını sağlar.
 - d. Bu tür ortak sistemleri kullanmanın faydalarından biri dünya genelinde ortaklaşma sağlayacak uygun tıbbi yaklaşımın ortaya koyulmasıdır.
 - e. Bu tür ortak sistem kullanmanın faydalarından biri kişiselleştirilmiş, herkesin bireysel ihtiyaçlarına cevap veren sağlık hizmeti sunmayı kolaylaştırmasıdır.
3. Hipertansiyonu olan 38 yaşında bir erkek hastada risk yönetimi aşağıdaki faaliyetlerden hangisini **icmez**?
 - a. Hastaya tansiyon ilacı başlamak.
 - b. Hastaya ekokardiyografi yapmak.
 - c. Hastaya tuz kısıtlaması önermek.
 - d. Hastaya yıllık CT anjiyo planlamak.
 - e. Hastaya düzenli egzersiz önermek.
4. Hangisi kalp yetmezliği şüphesi olan hastada ekokardiyografi taraması kriteri olan (MICE olarak kısaltılmıştır) dört klinik bulgudan biri değildir?
 - a. Eritema nodosum
 - b. Erkek olma
 - c. Akciğer oskültasyonunda krepitasyon duyulması
 - d. Ödem
 - e. Myokard enfarktüsü öyküsü
5. Kalp yetmezliği olan hastaların risk yönetimi prognozla ilgili hangi bilgiler nedeniyle önemlidir?
 - I. Genç bir erişkinin hayatı boyunca kalp yetmezliği geliştirme olasılığı %20-30 kadardır.
 - II. Kronik kalp yetmezliği vakalarına genellikle akut dekompanasyon döneminde tanı konur.
 - III. Taburcu olduktan sonra çok fazla ilaç kullanmaları ve sürekli takip edilmeleri gerekir ki bu durum hasta uyumu açısından çok zordur.
 - IV. Kalp yetmezliği gelişenlerde akciğer kanseri riskinin de arttığı gösterilmiştir.
 - V. Kalp yetmezliği tedavisi sonrası her dört hastadan birinin otuz gün içinde yeniden hastaneye yatması gibi hospitalizasyon sıklığı artar.
 - a. III ve V
 - b. II,III ve IV
 - c. Yalnız II
 - d. I, II, III, V
 - e. Hepsi

TEDAVİ SEÇENEKLERİ ARASINDA TERCİH YAPMA

1. Aşağıdakilerden hangisi bilinçli bir tercih için gerekli **değildir?**
 - a. Tüm tıbbi verilerin toplanması ve değerlendirilmesi
 - b. Tüm tedavi seçenekleri hakkında hastaya tarafsız bilgi verilmesi
 - c. Hastanın özerkliği, değerleri ve tercihleri doğrultusunda karar verilmeden seçim yapılması
 - d. Hastanın tıbbi müdahale konusunda uygun biçimde onamının alınması
 - e. Karar verme yeterliliğinin olmadığı durumlarda hasta yakınlarının aydınlatılıp onamlarının alınması
2. Aşağıdakilerden hangisi bilinçli bir tercih için değerlendirilmesi gereken tıbbi verilerden **değildir?**
 - a. Öykü
 - b. Özgeçmiş
 - c. Fizik muayene bulguları
 - d. Hastanın ekonomik durumu
 - e. Teknik imkanlar
3. Aşağıdakilerden hangisi hastayı bilgilendirirken hekimin dikkat etmesi gerekenlerden **değildir?**
 - a. Hastanın anlayabileceği bir dil kullanmalıdır.
 - b. Ağır ağır ve gerekli tekrarları yaparak anlatmalıdır.
 - c. Teknik terimler kullanmamalıdır.
 - d. Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını gözlemelidir.
 - e. Hastaya ders verir şekilde olmalıdır.
4. Aşağıdakilerden hangisi hasta özerkliğine saygı ilkesi kapsamında hekimin yükümlülüklerinden **değildir?**
 - a. Tedavi ya da müdahaleye onam vermek ya da reddetmek
 - b. Hastanın değerleri doğrultusunda davranabilmesini sağlamak
 - c. Tıbbi kararda söz sahibi olmasının sağlanması
 - d. Hastanın özerkliğini kullanabileceği bir ortamın sağlanması
 - e. Bireysel haklarına saygı gösterilmesi
5. Aşağıdakilerden hangisi aydınlatılmış onam ile ilgili doğru **değildir?**
 - a. Hasta özerkliğinin yaşama geçirilmesini sağlamak için elimizdeki en önemli araçlardan biridir.
 - b. Tıbbi müdahale aydınlatılmış onam alınmadan gerçekleştirilebilir.
 - c. Tıbbi tedavinin hiçbir baskı altında kalmadan, serbest iradeyle hasta tarafından bilinçli ve gönüllü olarak kabulü olarak tanımlanır.
 - d. İkinci Dünya Savaşı ertesindeki Nuremberg Mahkemesi kararları ile gelişmiştir.
 - e. Hastadan onam alma yaklaşımının altında yatan etik ilke, hastaya kendi hakkında karar verme hakkının tanınmasıdır.

AİLE HEKİMLİĞİNDE MESLEKİ TÜKENMİŞLİK (BURNOUT)

1. Maslach tükenmişlik ölçeği hangi alt boyutu ölçer?
 - a. Depersonalizasyon
 - b. Depresyon
 - c. Anksiyete
 - d. Uykusuzluk
 - e. Nasırlaşma
2. Aşağıdakilerden hangisi tükenmişliğin gelişim evrelerinden **değildir**?
 - a. Uzaklaşma
 - b. İçsel Boşluk
 - c. Uykusuzluk
 - d. Çatışmalardan kaçınma
 - e. İnkâr
3. Kanıta dayalı raporlar tükenmişliği azaltmaya yönelik hangi müdahaleleri başarılı bulmuşlardır?
 - a. Bireysel ve küçük grup düzeyinde yapılan müdahaleler
 - b. Toplu ve kalabalık halde yapılan aktif müdahaleler
 - c. Gönüllülüğe dayalı olan katılımcı ve demokratik müdahaleler
 - d. Orta erimli zorlayıcı aktif müdahaleler
 - e. Stres lokusunu pekiştirmek için yapılan müdahaleler
4. Aşağıdakilerden hangisi Maslach ve ark. göre tükenmişliğe ilişkin risk etmeni **değildir**?
 - a. İş yükündeki uyumsuzluk
 - b. İş kontrolde uyumsuzluk
 - c. Ödüllerde yetkinlik
 - d. İşyerinde diğerleriyle olumlu ilişki içinde olamama hissi
 - e. Adil muamele görmeme algısı
5. Tükenmişlikle ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?
 - a. Sınıflandırılmayan somatoform bozukluktur.
 - b. DSM IV'te karşılığı bulunmaktadır.
 - c. Birçok ülkede hastalık olarak işlem görür.
 - d. Yaşlı bireyleri daha çok etkiler.
 - e. Zirai işlerde çalışan kişilerde daha sık görülür.

ÇOKTAN SEÇMELİ SORULARIN CEVAPLARI

Klinik Vaka Sunumu 1	1-C, 2-A, 3-E, 4-B, 5-B
Birinci Basamak Hekimliği	1-D, 2-D, 3-A, 4-C, 5-C
Yükseköğretimde Uluslararasılaşma	1-B, 2-D, 3-D, 4-C, 5-A
Zaman Yönetimi	1-B, 2-E, 3-A, 4-C, 5-D
Mobbing	1-C, 2-B, 3-D, 4-E, 5-A
Genogramlar-1	1-A, 2-C, 3-E, 4-A, 5-D
Aile Yaşam Döngüsü	1-A, 2-B, 3-D, 4-C, 5-D
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	1-C, 2-B, 3-A, 4-D, 5-A
Temel Kalite İyileştirme Araçları	1-C, 2-B, 3-C, 4-C, 5-B
Hastane Birimlerinin Gözlenmesi	1-C, 2-B, 3-A, 4-C, 5-C
Kişilik Tipleri (Enneagram)	1-A, 2-E, 3-C, 4-C, 5-D
Tıpta Beşeri/İnsani Bilimler	1-A, 2-E, 3-C, 4-E, 5-D
Bilim Felsefesi	1-C, 2-A, 3-C, 4-B, 5-C
Hızlı Okuma Teknikleri	1-D, 2-B, 3-C, 4-E, 5-A
Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi	1-D, 2-D, 3-D, 4-C, 5-C
Aile Hekimliğinde Morbidite Paternleri	1-C, 2-D, 3-E, 4-A, 5-D
Ortama Uygun Sağlık Hizmeti	1-A, 2-C, 3-E, 4-D, 5-E
Kapsamlı Sağlık Bakımı	1-D, 2-E, 3-B, 4-E, 5-C
Sürekli Sağlık Bakımı	1-A, 2-E, 3-E, 4-E, 5-E
Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu	1-D, 2-E, 3-C, 4-D, 5-D
Sağlık Hizmetlerine Ulaşım	1-B, 2-C, 3-A, 4-E, 5-E
Hastayı Güçlendirme (Ortak Karar Verme)	1-C, 2-D, 3-E, 4-A, 5-B
Hasta Uyumu	1-E, 2-E, 3-B, 4-D, 5-A
Hatalı Tıbbi Uygulamalar	1-E, 2-C, 3-A, 4-D, 5-B
Beyni Başarıya Programlama	1-E, 2-B, 3-E, 4-, 5-C
Ev Kazaları	1-C, 2-C, 3-E, 4-D, 5-E
Tıpta Profesyonellik	1-E, 2-C, 3-D, 4-B, 5-A
Yatan Hasta İle İlk Karşılaşma	1-C, 2-E, 3-B, 4-A, 5-E, 6-D, 7-A

Klinik Vaka Sunumu	1-C, 2-D, 3-C, 4-D, 5-E
Konsültasyon ve Sevk	1-C, 2-A, 3-D, 4-C, 5-D
Hasta Eğitimi	1-E, 2-D, 3-A, 4-D, 5-E
Davranış Değişikliği	1-C, 2-D, 3-D, 4-D, 5-E
Ergen Sağlığı	1-C, 2-C, 3-A, 4-E, 5-D
Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı	1-B, 2-C, 3-C, 4-D, 5-D
Sağlık Okuryazarlığı	1-C, 2-D, 3-A, 4-E, 5-B
Erkek Sağlığı	1-B, 2-B, 3-B, 4-C, 5-D
Hasta-Hekim İlişkisi	1-E, 2-E, 3-E, 4-E, 5-D
Kötü Haber Verme	1-A, 2-E, 3-C, 4-E, 5-B
Aile Hekimliğinde Klinik Görüşme	1-E, 2-B, 3-E, 4-E, 5-E
Aile Hekimliğinde Fizik Muayene	1-E, 2-E, 3-E, 4-B, 5-E
Tıbbi Kayıtlar	1-E, 2-B, 3-D, 4-A, 5-D
Koruyucu Yaşlı Değerlendirmesi	1-D, 2-C, 3-B, 4-A, 5-E
Sık Görülen Hastalıkların Canlandırılması	1-B, 2-E, 3-E, 4-C, 5-B
Periyodik Sağlık Hizmetleri	1-D 2-A 3-E 4-E 5-A
Periyodik Sağlık Hizmeti Rehberleri	1-C, 2-E, 3-D, 4-A, 5-E
Entegre Tıp (Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler)	1-A, 2-D, 3-C, 4-B, 5-E, 6-B
Aile İçi Şiddet	1-D, 2-D, 3-B, 4-E, 5-B
Birinci Basamakta Sağlam Çocuk Takibi	1-A, 2-D, 3-B, 4-E, 5-C
Engelli Sağlığı	1-C, 2-A, 3-E, 4-D, 5-D
Sosyal Sorumluluk Projeleri	1-C, 2-E, 3-D, 4-B, 5-C
Kanıta Dayalı Tıp	1-D, 2-E, 3-A, 4-E, 5-E
Tıpta Kodlama	1-C, 2-E, 3-C, 4-E, 5-E, 6-B, 7-C
Çoklu İlaç Kullanımı	1-D, 2-B, 3-E, 4-C, 5-D
Aile Hekimliğinde Laboratuvar Kullanımı	1-A, 2-E, 3-E, 4-C, 5-D, 6-C, 7-A, 8-E, 9-D, 10-B
Evde Sağlık Hizmetleri	1-C, 2-C, 3-E, 4-A, 5-E
ASM'de Gebe İzlemi	1-D, 2-E, 3-E, 4-C, 5-D
Akılcı Tedavi ve Reçete Yazma	1-C, 2-A, 3-B, 4-E, 5-A

Aile Hekimliğinde EKG Okuma	1-D, 2-C, 3-A, 4-B, 5-E, 6-A, 7-B, 8-D, 9-A, 10-D, 11-B, 12-E, 13-D, 14-C, 15-E
Aile Hekimliğinde Akciğer Grafisi Okuma	1-A, 2-D, 3-E, 4-E, 5-D
Kırsal Hekimlik	1-D, 2-E, 3-A, 4-C, 5-B, 6-A
Olağanüstü Durumlarda Hekimlik Uygulamaları	12-E, 3-E, 4-C, 5-E
SUT Uygulamaları	1-C, 2-B, 3-A
Toplum Yönelimli Aile Hekimliği	1-C, 2-D, 3-E, 4-B, 5-B
Ayrışmamış Hastalıklara Yaklaşım	1-E, 2-B, 3-C, 4-A, 5-D
Tıpta Uygulama Rehberleri	1-E, 2-E, 3-D, 4-C, 5-E
Sigara Bırakma Danışmanlığı	1-E, 2-A, 3-E, 4-E, 5-C
Uygulamadaki Aile Hekiminin Görevleri	1-D, 4-C, 5-D
Palyatif Bakım	1-A, 2-E, 3-D, 4-B, 5-C
Aile Hekimliğinde Ceza Hukukundan Kaynaklanan Sorumluluklar	1-C, 2-D, 3-C, 4-A
Aile Hekimliğinde Tazminat Sorumluluğu	1-D, 2-D, 3-E, 4-D, 5-B
Sağlık Turizmi	1-B, 2-E, 3-A, 4-E, 5-A
Tıp Eğitiminde Sinema	
<p>1. Tıp eğitiminde sinema uygulamalarının etkili olmasını sağlayan faktörler nelerdir?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eğlenceli olması • Farklı deneyimlerin izlenmesi ve bütüncül bakış sağlaması • İnteraktif eğitim biçimi olması • Empati duygusunu kazandırması <p>2. Tıp eğitiminde en çok hangi temalı sinema filmleri kullanılmaktadır?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aile Dinamikleri ve ilişkiler • Kanser ve yaşamı tehdit eden hastalıklar • Yaşlılık ve yaşamın son dönemleri • Psikiyatrik Hastalıklar • Sağlık çalışanları ve biyopsikososyal rolleri <p>3. Tıp Eğitiminde sinema uygulamalarını geliştirmek için neler önerilebilir?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farkındalığı artırmak • Bu alanda donanımlı eğitici sayısını artırmak • Kaynakları artırmak • Asistan/Öğrenci motivasyonunu artırmak <p>4-D, 5-Y</p>	
Sağlığın Geliştirilmesi	1-A, 2-D, 3-B, 4-A, 5-A
Çocukluk Çağında Bağışıklama	1-C, 2-B, 3-B, 4-B, 5-E, 6-E, 7-E,

	8-A, 9-E, 10-D, 11- B, 12-B, 13-E
Eleştirel Düşünme	1-C, 2-D, 3-D, 4-E, 5-B
Göçmen Sağlığı ve Mevsimlik Göç Alan Yerlerde Aile Hekimliği	1-D, 2-C, 3-E, 4-A, 5-B
Çalışan Sağlığı ve İşyeri Hekimliği	1-A, 2-A, 3-E, 4-E, 5-E
Risk ve Prognoz Tahmini (Karar Desteği)	1-B, 2-E, 3-D, 4-A, 5-D
Tedavi Seçenekleri Arasında Tercih Yapma	1-C, 2-D, 3-E, 4-A, 5-B
Aile Hekimliğinde Mesleki Tükenmişlik (Burnout)	1-A, 2-C, 3-A, 4-C, 5-A

İNDEKS

1

1. Derece AV Blok, 645

1219 Sayılı Kanun. *Bakınız Tababet ve Şuabati Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun*

2

2. Derece AV Blok, 645

3

3. Derece AV Blok, 646

5

5N1K, 126

A

AAFP, 173, 175, 214, 254, 355, 406, 414, 877, *Bakınız American Academy of Family Physicians*

AAFP periyodik muayene önerileri, 412

Abu Simmel Tapınağı, 113

Access to Care. *Bakınız Sağlık Hizmetlerine Ulaşım*

Afet, 682

Afet yönetimi, 683

Ağırlık ölçümü. *Bakınız Vücut ağırlığı ölçümü*

Ağız ve Diş Sağlığı, 445

AHBS, 555, 557, 558, 874

Aile genogramı. *Bakınız Genogram*

Aile Hekiminin Görevleri, 723

Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları, 30

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, 695

Aile Hekimliği Birimi, 29

Aile hekimliği uygulaması, 702

Aile Hekimliğinde Klinik Yöntem, 731

Aile Hekimliğinde Laboratuvar Kullanımı, 587

Aile Hekimliğinde Morbidite Paternleri, 237

Aile Hekimliğinde Ödeme Esasları, 695

Aile Hekimliğinin Tanımı, 30

Aile İçi Şiddet, 425

nedenleri, 429

önlenmesi, 432

risk faktörleri, 428

sonuçları, 431

Yasal Düzenlemeler, 438

Aile sağlığı elemanının görevleri, 31

Aile Sağlığı Merkezi, 29, 33, 697, 699, 780, 905

Aile Sağlığı Merkezi Öğrenci Gözlem Formu, 697

Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi, 691, 844, 921

Aile Sağlığı Merkezleri, 27, 694, 792

Aile Yaşam Döngüsü, 55

Akciğer Grafisi

Teknik Yeterlilik, 660

Akciğer Grafisi Okuma, 657

Akciğer kanseri, 667

Akılcı ilaç tedavisi. *Bakınız Akılcı Tedavi*

Akılcı Tedavi, 584, 621, 891, 922

Akış çizelgesi, 80

Akupunktur, 420

Alma Ata Bildirgesi, 31, 272, 280

Alma Ata Konferansı, 31, 830

Aloe Vera, 420
 Altın Standart Test, 474
 American Academy of Family Physicians, 175, 410
 Amfizem, 665
 Anemi, 24, 412, 592, 888
 Anlayış, 144
 Anomali Taramaları
 gebelikte, 618
 Antikolinerjik ilaçlar, 577
 Aritmiler, 635
 Aşı Şeması, 489
 Astım, 665
 atriyal fibrilasyon, 637, 640, 642
 Atriyal Flatter, 641
 AV Bloklar, 645
 Avrupa Aile Hekimliği Tanımı, 248
 Aydınlatılmış onam, 336
 ayırmamış hastalık, 19
 Ayırmamış Hastalıklara Yaklaşım, 729
 Ayırmamış Rahatsızlık, 732

B

Bağışıklama, 446, 485
 Bağlamsal Sağlık Hizmeti. Bakınız Ortama Uygun Sağlık Hizmeti
 Balanit, 212
 Balanitis Xerotica Obliterans, 212
 Balık kılıçığı diyagramı, 74, 78, 838
 Baş çevresi ölçümü, 443
 BCG, 486, 488, 489, 490, 494, 495, 496, 497, 794, 881, 912
 Beklenti Hataları, 337
 Benign Prostat Hiperplazisi, 194

Beşeri Bilimler. Bakınız İnsani Bilimler
 Beyni Başarıya Programlama, 129
 Bezdire. Bakınız Mobbing
 Bilgilendirilmiş rıza. Bakınız Aydınlatılmış onam
 Bilim Felsefesi, 111
 Bilimsel okuryazarlık, 181
 Bilinçli yeterlilik, 132
 Bilinçli yetersizlik, 132
 Bilinçsiz yeterlilik, 132
 Bilinçsiz yetersizlik, 132
 Birinci basamak hekimi, 28, 29, 508, 588
 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, 29, 33, 699
 Birinci Basamakğın Uluslararası Sınıflaması, 573
 Biyopsikososyal Model, 312
 Boğmaca, 446, 486, 487, 488, 492, 875, 912
 Boy Ölçümü, 443
 Bronşiektazi, 665
 Bupropion, 759

Burnout. Bakınız Mesleki Tükenmişlik, Bakınız Mesleki Tükenmişlik, Bakınız Mesleki Tükenmişlik

Büyüme ve Gelişme, 442

Ç

Çalışan Sağlığı, 801, 916, 924
 Canadian Task Force on Preventive Health Care, 410
 Canlı aşılar, 488
 Ceza Hukuku, 769, 907, 923
 Cezai sorumluluk, 771
 Chamomillae Flos. Bakınız Papatya

Çiçek Aşılması, 486
 Cinsel şiddet, 427
 Çocuğa Yönelik Şiddet, 434
 Çocuk felci. Bakınız Polio
 Çoklu hastalık yönetimi, 19
 Çoklu İlaç Kullanımı, 577
 Contextual Care. Bakınız Ortama Uygun Sağlık Hizmeti
 Covey, 46
 Çözüm Grafiği. Bakınız Fagan Nomogramı

D

D Vitamini Profleksisi, 443
 Dal Blokları, 646
 DALY, 377, Bakınız Hastalık Yüğü
 Davranış Değişikliği, 363
 Davranış değişiminin aşamaları, 151
 DBT, 486
 Deliryum, 308
 Deming, 67, 68, 73
 Demir profleksisi, 443
 Denetleme listesi, 71, 74, 78, 838
 Depresyon, 20, 23, 24, 192, 242, 304, 314, 380, 412, 415, 431, 436, 544, 759, 840, 849, 861, 871, 878
 Derivasyon, 629
 Difteri, 446, 486, 487, 488, 618, 912
 Diyabetes mellitus, 20, 22
 Doğal afet, 682
 Doğum öncesi bakım, 610
 Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 611
 dörtlü test, 619
 Dostoyevski, 158
 Down Sendromu, 618

DSM. Bakınız Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
 Dünya Sağlık Asamblesi, 264
 Dünya Sağlık Raporu, 264
 Dürüstlük, 144
 Duvall, 62
 Duyarlılık, 475
 Düzce, 32, 361, 689, 702

E

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri, 25
 EKG Dalgaları, 631
 EKG Okuma, 627
 Ekonomik şiddet, 428
 Ekstremitte Derivasyonları, 629
 El Heyzem, 114
 Elektronik Reçete Uygulaması, 706
 Eleştirel Düşünme, 499
 Endikasyona uygun tıbbi müdahale, 335
 Eneagram, 95, 840, 921
 Engelli Sağlığı, 451
 Entegre Sağlık Hizmeti, 29
 Entegre Tıp, 417, 879, 922
 Epididimit, 207
 Epispadias, 211
 ERAMSUS, 38
 e-reçete. Bakınız Elektronik reçete uygulaması
 Erektile Disfonksiyon, 201
 Ergen Sağlığı, 375
 Ergenlik Dönemi, 377
 Erişilebilirlik, 273
 Erkek İnfertilitesi, 204

Erkek Sağlığı, 187
 Erkek Sağlığında Koruyucu Bakım, 191
 Etkililik, 622
 Ev Kazaları, 291
 Evde Sağlık Hizmeti, 30
 Evde Sağlık Hizmetleri, 603

F

Fagan Nomogramı, 481
 Farabi, 114
 Farabi Değişim Programı, 38
 Fimozis, 212
 Fitoterapi, 419
 Fizik Muayene, 465
 Fiziksel şiddet, 427
 Francis Peabody, 31, 724

G

Gebe İzlemi, 609
 Gebelikte Beslenme, 617
 Gebelikte diyabet, 619
 Gebelikte Serolojik Değerlendirme, 618
 Gelişimsel Kalça Displazisi, 444
 Genel Tababet Uzmanlığı, 31
 Genişletilmiş Bağışıklama Programı, 486
 Genogram, 229, 321, 834, 921
 Genogram Endikasyonları, 232
 Geriyatrik sendromlar, 385
 Gestasyonel diyabet. Bakınız Gebelikte diyabet
 Gezici Sağlık Hizmeti, 29
 Göçmen Sağlığı, 789, 915, 924
 Göğüs Derivasyonları, 630

Gönüllü sterilizasyon. Bakınız Vazektomi
 Görmenin Değerlendirilmesi, 444
 Görsel Analog Skala, 676
 Görsel Korteks, 130
 Göz Egzersizleri, 127
 Grip Aşısı, 495
 Güncel Tıp Verilerine Uygunluk, 337
 Güvenilirlik, 144
 Güvenlilik, 622

H

Hareketsiz yaşam, 20, 24
 Hasta Eğitimi, 353
 Hasta kaydı, 546
 Hasta Sinüs Sendromu, 637
 Hasta Uyumu, 285
 Hasta-Hekim İlişkisi, 507
 Hastalık Yüku, 400
 Hastayı Güçlendirme, 279, 854, 921
 Hatalı Tıbbi Uygulamalar, 333
 HBYS, 554, 555, 558
 Hekim-Hasta Etkileşimi, 467
 Hepatit A, 487
 Hepatit B, 490, 496
 Hidrozel, 210
 Hipertansiyon, 20, 22, 242, 314, 316, 317, 318, 320, 360, 412, 445, 861
 Hipertrofik Kardiyomiyopati, 650
 Hipnoz, 421
 Hipokrat, 108
 Hipospadias, 211
 Histogram, 80
 Hizmetin Sürekliliği, 260

Hızlı Okuma Teknikleri, 123

Homeopati, 422

Horus'un gözü, 113

Hukuki sorumluluk, 771

Human Papilloma Virüs Aşısı, 494

I

iatrotrofik stimulus, 731, 733

İbni Sina, 114

ICD. Bakınız Uluslararası Hastalık Sınıflaması

ICPC. Bakınız Birinci Basamaklı Uluslararası Sınıflaması

İdari sorumluluk, 771

İhmal, 427

İhtiyaçlar hiyerarşisi, 365

İlaç azaltma, 577

İlaç etkileşimleri, 577

İletişim, 302

İmmünizasyon. Bakınız Bağışıklama

İnaktif aşılar, 488

İndeks hasta, 232

İnfluenza Aşısı. Bakınız Grip Aşısı

İnmemiş testis, 444, Bakınız Kriptorşidizm

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 776

İnsani Bilimler, 105

İnsidans, 474

İnsülin direnci, 318

ISO, 66, 67, 78, 837

İstenmeyen ilaç reaksiyonları, 577

İşyeri Hekimliği, 801

İşyerinde psikolojik şiddet, 218

J

James Prochaska, 151

JCI, 67, 78, 837

K

Kabakulak, 487

Kalbin Elektriksel Aksı, 634

Kalite, 65

Kalite Çemberleri, 67, 72, 75

Kalp Hızı, 633

Kalsifikasyon, 665

Kanıt öneri dereceleri, 406

Kanıt Piramidi, 564

kanıta dayalı, 19, 144, 173, 175, 176, 190, 194, 295, 356, 404, 405, 502, 504, 510, 561, 566, 581, 619, 740, 742, 743, 744, 858

Kanıta Dayalı Tıp, 561

Kanser Erken Teşhis Merkezi, 29

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi, 693

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri, 767

Kapsamlı geriyatrik değerlendirme, 385

Kapsamlı Sağlık Bakımı, 253

Karar Desteği. Bakınız Risk ve Prognoz Tahmini, Bakınız Risk ve Prognoz Tahmini, Bakınız Risk ve Prognoz Tahmini

katılım payı, 703, 706

Kavitasyon, 664

Kaynağa Dayalı Tıbbi Kayıtlar, 550

Kazalar, 292

Kazalardan Korunma, 295, 446

KETEM. Bakınız Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri, Bakınız

- Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi, Bakınız Kanser Erken Teşhis Merkezi*
- Kişilik Bozuklukları, 102*
- Kişilik Tipleri, 95, 840, 921*
- Kırsal Hekimlik, 671*
- Kızamık Aşılması, 487*
- Klinik Görüşme, 457*
- Klinik Yöntem. Bakınız Aile Hekimliğinde Klinik Yöntem*
- Kodlama, 570*
- Kolesterol, 21, 22, 325, 861*
- Konsültasyon, 341, 862, 922*
- Kontrol çizelgesi, 79*
- Koordinasyon, 263*
- Kötü haber verme, 303, 537*
- Kriptorşidizm, 209*
- Kronik Ağrı Yönetimi, 675*
- Kronik bronşit, 665*
- Kültürel okuryazarlık, 181*
- Kupa Tedavisi, 420*
- L**
- lead-time, 877*
- length-time, 877*
- Limbik Sistem, 130*
- Lipid düşürücü ilaçlar, 707*
- M**
- Maliyet, 622*
- Malpraktis, 778*
- Maluliyet, 452*
- Maslach Tükenmişlik Ölçeği, 826*
- Maslow, 365*
- MEDULA, 704*
- Mekanik Hatalar, 337*
- Meningokok Aşısı, 495*
- Menopoz, 20, 25*
- Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 574*
- Mental Dosyalama Sistemi, 136*
- Meslek Hastalığı, 806*
- Mesleki sorumluluk, 771*
- Mesleki Tükenmişlik, 823, 919, 924*
- Metabolik Sendrom, 317*
- Mevlana Değişim Programı, 38*
- Mevsimsiz tarım işçileri, 792*
- Mezoterapi, 420*
- Millis Raporu, 31, 33, 699, 830*
- Misyon ve vizyon, 74*
- Miyokard İnfarktüsü, 650*
- Mobbing, 217*
- Başa Çıkma, 226*
- Hukuki Boyut, 225*
- Tanı Kriterleri, 223*
- Mobitz Tip 1, 645*
- Mobitz Tip 2, 645*
- Morbidite Ölçütleri, 239*
- Motivasyonel Görüşme, 370*
- Müzik Tedavisi, 421*
- N**
- Naegele yöntemi, 610*
- Negatif olabirlik oranı, 480*
- Negatif Öngörü Değeri, 478*
- Neonatal Tarama Programı, 443*
- Newest Vital Sign Test, 182*

Nikotin bağımlılığı, 749

Nodal Ritm, 639

Noksanlık, 452

Normal Sinüs Ritmi, 635

Number Needed to Treat. Bakınız Tedavi Edilmesi Gereken Aşgari Hasta Sayısı

Nusret Fişek, 31, 723

O

Obezite, 20, 24, 193, 317, 320, 412, 415, 445, 795, 844

Odds Oranı, 481

Ödeme, 695

OGTT, 600, 614, 619

Okuryazarlık Testi, 182

Olabilirlik Oranı, 479

Olağanüstü Durumlarda Hekimlik, 681, 898, 923

Öngörü Değerleri, 477

Orşit, 206

Ortak Karar Verme, 279, 854, 921

Ortama Uygun Sağlık Hizmeti, 247

Otozomal Dominant, 325

Otozomal Resesif, 322

Özgüllük, 475

Özürlülük, 452

P

P dalgası, 632

P pulmonale, 649

PA Akciğer Grafisi, 658

Palyatif Bakım, 308, 763

Pancoast tümörü, 668

Papatya, 420

Parafimozis, 212

Pareto çizelgesi, 80

Paroksizmal Supraventriküler Taşikardi, 639

PDCA, 73

Periyodik muayene önerileri, 412

Periyodik Sağlık Hizmeti Rehberleri, 409 yerli, 411

Periyodik Sağlık Hizmetleri, 403

Periyodik sağlık muayenesi, 274, 404, 725, 853, 877

pilot uygulama, 32, 771

Planla-Yap-Kontrol et-Yürüt, 68

Plevral sıvı, 668

Pnömokok, 493

Pnömoni, 666

Pnömotoraks, 668

Podcast, 358

Polifarmasi, 577

Polio Aşılması, 486

Polisakkarit aşları, 488

Pozitif Öngörü Değeri, 477

PR aralığı, 632

Prematür Atriyal Kompleks, 638

Prevalans, 474

Priapizm, 203

Problem Listesi, 551

Probleme Dayalı Tıbbi Kayıt, 550

Prochaska, 357, 368, Bakınız James Prochaska

Profesyonellik, 141

Prostat Kanseri, 197

Prostat Semptom Skoru. Bakınız Uluslararası Prostat Semptom Skoru

Psikolojik şiddet, 427

Q

QRS Kompleksi, 632

QT aralığı, 633

Qualis, 66

R

Radyolojik kontrast, 662

Razi, 114

REALM, 182

Reçete kaskadı, 577

Reçetesiz ilaç kullanımı, 577

Rekombinant aşılar, 488

Resmi Belgede Sahtecilik, 773

Retiküler Beyin, 130

Risk ve Prognoz Tahmini, 809, 917, 924

Rıza unsuru, 336

Rotavirüs Aşısı, 494

S

Sağ Dal Bloğu, 646

Sağ Ventrikül Hipertrofisi, 648

Sağlam Çocuk Takibi, 441

Sağlığın Geliştirilmesi, 165

Sağlık Hizmetlerine Ulaşım, 271

Sağlık Hizmetlerinin Koordinasyonu, 263

Sağlık Okuryazarlığı, 166, 179

Sağlık tanımı, 264

Sağlık Turizmi, 781

Sağlık Uygulama Tebliği, 701, 899, 923

Sağlıklı Yaşam Danışmanlığı, 149

Şefkat, 144

Serpıştirme diyagramı, 81

Sevk, 341

Bölünmüş, 348

Çapraz, 348

Sürelî, 348

Tamamlayıcı, 348

Seyir Notları, 551

Şiddet. Bakınız Aile İçi Şiddet

Şiddet Çemberi, 430

Sigara Bırakma Danışmanlığı, 747

Sigara Bırakmanın Faydaları, 752

Sigaranın Zararları, 752

Sinema

tıp eğitiminde, 785

Sinüs Aritmisi, 638

Sinüs Bradikardisi, 636

Sinüs Taşikardisi, 636

Sir William Osler, 108, 148

Sirkumsizyon. Bakınız Sünnet

Şişmanlık. Bakınız Obezite

Sistem analizi, 74

Sistem Hataları, 338

Sık Görülen Hastalıklar, 399, 876, 922

Sır Saklama Yükümlülüğü, 773

Sol Dal Bloğu, 647

Sol Ventrikül Hipertrofisi, 648

Sosyal Sorumluluk Piramidi, 162

Sosyal Sorumluluk Projeleri, 157

SOY. Bakınız Sağlık Okuryazarlığı

Sözel şiddet, 427

Sözlü iletişim, 302

Sözsüz iletişim, 302

- Spermatosel*, 210
ST segmenti, 633
Standart Uygulama, 337
Statinler, 707
STOPP/START, 577
Su Sanitasyonu, 677
Subkutan uygulanan aşılar, 488
Suçiçeği, 487
Suçu Bildirmeme, 773
Sünnet, 211
Supraventriküler Aritmiler, 638
Sürekli Sağlık Bakımı, 259
Sürekli Sağlık Formları, 551
SUT. Bakınız Sağlık Uygulama Tebliği, Bakınız Sağlık Uygulama Tebliği, Bakınız Sağlık Uygulama Tebliği
- T**
- T Dalgası*, 633
Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 335
Taburcu, 309
takistoskop, 124
Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler, 417, 879, 922
Taramalar
 yaşlıda, 387
Tazminat Sorumluluğu, 775
Tedavi Edilmesi Gereken Asgari Hasta Sayısı, 566
Tedavi seçenekleri arasında tercih yapma, 817
Teknik Hatalar, 337
Tele Tıp, 674
Temel Kalite İyileştirme Araçları, 71
Temel okuryazarlık, 181
Terapatik ilişki, 19
Terapötik ilişki, 24
Terapatik indeks, 577
Terminal dönemdeki bir hastayla iletişim, 303
Ters Mobbing, 218
Test Sonuçları, 473
Testis Torsiyonu, 210
Tetanus aşılması, 486
Tiroid Fonksiyonu
 gebelikte, 618
Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 335
Tıbbi Kayıtlar, 545
Tıbbi uygulama hataları, 333
 Beklenti, 338
 Mekanik, 338
 Sistem, 338
 Teknik, 338
 Yargı, 338
Tıbbi Uygunluk İndeksi, 577
Tıp Eğitiminde Sinema, 785
Tıpta Kodlama, 569
Tıpta Uygulama Rehberleri, 739
Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 335
TOFHLA, 182
Toplum Sağlığı Merkezi, 27, 29, 172
Toplum Sağlığı Merkezleri, 695
Toplum Yönelimli Aile Hekimliği, 711
Torsades De Pointes, 643
Trakya Üniversitesi, 32, 54, 235, 506
Transteoretik Model, 357

Transteorik model, 368
 Trizomi, 619
 TSE. *Bakınız Türk Standartları Enstitüsü*
 Tüberküloz, 667
 Tükenmişlik Sendromu. *Bakınız Mesleki Tükenmişlik, Bakınız Mesleki Tükenmişlik, Bakınız Mesleki Tükenmişlik*
 Türk Keneşi, 38
 Türk Standartları Enstitüsü, 67
 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 410
 Tütün bağımlılığı, 20, 24

U

U dalgası, 633
 üçlü test, 619
 UHS. *Bakınız Uluslararası Hastalık Sınıflaması*
 Uluslararası Çalışma Örgütü, 802
 Uluslararası Hastalık Sınıflaması, 571
 Uluslararası Prostat Semptom Skoru, 196
 Uluslararasılaşma, 35
 United States Preventive Services Task Force, 410
 USPSTF, 175, 191, 192, 404, 405
 Uygunluk, 622

V

Vaka Sunumu, 311, 861, 922
 Varenicline, 759
 Varicella. *Bakınız Suçiçeği*
 Varikozel, 208
 VAS. *Bakınız Görsel Analog Skala*
 Vatandaş okuryazarlığı, 181
 Vazektomi, 213

Ventriküler Aritmiler, 642
 Ventriküler Ekstrasistol, 642
 ventriküler fibrilasyon, 640, 644
 Ventriküler Taşikardi, 643
 Vicdanlı olma, 144
 Vücut ağırlığı ölçümü, 443

W

Willard Raporu, 31, 33, 699, 724, 830
 Wolf Parkinson White Sendromu, 640

X

X'e Bağlı Dominant, 328
 X'e Bağlı Resesif, 326

Y

Y'ye Bağlı Hastalıklar, 328
 Yargı Hataları, 337
 Yaşlı Değerlendirme Formu, 389
 Yaşlı Değerlendirmesi
 koruyucu, 383
 Yaşlı Dostu ASM Enstrüman Seti, 388
 Yaşlıya Yönelik Şiddet, 438
 Yatan Hasta, 88, 299, 860, 921
 Yenidoğan İşitme Taraması, 444
 Yerinde Sağlık Hizmeti, 30
 yıldırma. *Bakınız Mobbing*
 Yönetim
 ASM, 691
 Yönetim ilkeleri, 268
 Yönetimin işlevleri, 268
 YUPASS. *Bakınız Yurt Dışı Provizyon Aktivasyonu ve Sağlık Sistemi*

Yurt Dışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi, 703

Z

Zaman Yönetimi, 43

Zoonozlar, 676



AİLE HEKİMLİĞİ DERS NOTLARI

"İleride Türkiye'deki Aile Hekimliği eğitiminin tarihinden söz edilirken birçok farklı sıçrama noktaları ve bu sıçramalara neden olan kıvılcımları çakan hocalardan bahsedilecektir. Hiç şüphesiz bu noktalardan biri de büyük bir özveri ve özenle hazırlanmış "Aile Hekimliği Ders Notları" olacaktır. Başta Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK olmak üzere emeği geçen tüm hocalarımızı camiamıza kazandırdıkları bu güzel eser için kutluyorum."

Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

"Aile doktoru teriminin ülkemizde ilk kez kullanılmasından (1891) bu yana geçen yaklaşık bir asırda sadece yurtdışında esen rüzgarlardan etkilenen girişimler oldu, ancak; 1984 yılından itibaren, dirençlere ve zaman zaman hız kaybına rağmen somut gelişmelere şahit olduk. Geleceklerini bu alana adayan disiplinin öncüleri, bir yandan kendilerini geliştirirken, öte yandan da sorumluluklarını yürekten hissederek büyük bir emek ve efortla eğitime destek olmaya çalıştılar. İşte bu sorumluluğu hisseden arkadaşlarımızdan bir grubumuzun ortaya koyduğu güzel bir örnek. Organize edenleri ve emek verenleri kutluyor ve teşekkür ediyorum."

Prof. Dr. İhrami ÜNLÜOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

"Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK hocam, Aile Hekimliği Ders Notları isimli kitap projesine başladığında, bunun akademisyeninden, tıp öğrencisine kadar çok kapsamlı ve geniş spektruma sahip bir kaynak kitap olacağı belliydi. 750 sayfa, 6 bölüm ve 140 konu başlığı şeklinde planlanan eserin hedefini tutturduğunu görmekten mutluluk duyuyorum. Bu kitapta yazar olarak yer alabilmek ise ayrı bir onurdur. Gelişmiş ülkelerde bilim insanlarının en çok dikkatimi çeken özelliklerinden birisi, yaptıkları işi önemsemeleri ve yapabileceklerinin en iyisini yapmaya çalışmalarıdır. Türkiye'de aile hekimliği camiası olarak aynı felsefeye sahip bir çok akademisyenin yetişmiş olduğunu görüyorum; öncü ve duayen hocalarımı tekrar burada yad etmek istiyorum."

Prof. Dr. İsmail H. KARA
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

"Akademik aile hekimliğinin ülkemizde 20 yılı aşan tecrübesi ve birikimiyle bu eseri ortaya koyan değerli meslektaşlarımı canı gönülden kutluyorum. Elinizde bulunan eser kapsamlı içeriğiyle sadece genç aile hekimliği uzman adayları için değil, tüm aile hekimliği uzmanları ve diğer meslektaşlarımız için de yol gösterici niteliktedir. Özenle seçilmiş konular sürekli değişen ve güncellenme gereksinimi duyan aile hekimliği disiplinine önemli katkılar sunmaktadır. "Aile Hekimliği Ders Notları" bu haliyle amaç ve kapsamının da ötesine geçmiş ve dilimizde telif olarak hazırlanmış başlıca eser niteliğine kavuşmuştur. Başta editörler olmak üzere, tüm yazarları ve emeği geçenleri kutluyorum."

Prof. Dr. Hakan YAMAN
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı



TAHUD
TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ
UZMANLIK DERNEĞİ

www.tahud.org.tr