

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

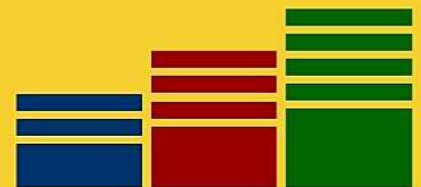
ELECTRONIC JOURNAL (ISSN 1307-2048)

TJFM&PC

December

2014

Volume 8/4



Tele-health: Revolutionizing Health care for Rural India

Kalaivani Annadurai, Raja Danasekaran, Geetha Mani

Department of Community Medicine Shri Sathya Sai Medical College & Research Institute Thiruporur-Tamil Nadu India

Kahramanmaraş'ta Yurtta Kalan Erkek Lise Öğrencilerinin Maraş Otu Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları

Hamit Sırrı Keten, Hüseyin Üçer, Hakan Önay, Mustafa Cerit, Halil Gürsoy, Mustafa Çelik

Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi, Kahramanmaraş

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Arts, Sciences & Technology University in Lebanon, Faculty of Arts and Humanities, Lübnan'

Pazarcık Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

Marash Life Hospital, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Akut Hastalık Yönetiminin Psikososyokültürel ve Varoluşsal Boyutu

Mustafa Haki Sucaklı

Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Belgium General Medicine: Free and Independent

Leyla Yılmaz

Université Libre de Bruxelles. Family Medecine department. Brussels, Belgium

A case of accidental benzalkonium chloride (10 %) ingestion

Hayriye Külbay, Şebnem Eren Çevik, Zeynep Vural

Maltepe Zümru Evler No 1 Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, İstanbul, Türkiye

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

İspanya'da Bir Önkonferans Değişim Programı Deneyimi

Candan Kendir Çopurlar, Yasemin Kılıç Öztürk

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Tele-health: Revolutionizing Health care for Rural India

Kalaivani Annadurai, Raja Danasekaran, Geetha Mani

Department of Community Medicine Shri Sathya Sai Medical College & Research Institute Thiruporur-Tamil Nadu India

Annadurai K, Danasekaran R, Mani G. Tele-health: Revolutionizing health care for rural India. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(4):108-110. DOI: 10.5455/tjfmprc.167065

Telemedicine is an evolving health care delivery service in the developing world. The terms 'Tele-Health' and 'Telemedicine' are used interchangeably in health care worldwide. According to World Health Organization, Telemedicine is defined as 'The delivery of healthcare services, where distance is a critical factor, by all healthcare professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation and for the continuing education of healthcare providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities'. Tele-health care and tele-education are two different applications of telemedicine.¹

India has a three tier public health care infrastructure with Primary Health Centers, Community Health Centers across rural and semi urban area and tertiary care provided by medical colleges and multi speciality hospitals present exclusively in urban India. The progresses in health care indicators are quite uneven across India with significant urban-rural differences. About 74% of qualified doctors' practice in urban and semi-urban areas serving only 28% of Indian population, leaving behind the majority of vulnerable, rural and remote Indian population at dismay.² Eventually for tertiary care, these people from remote areas have to travel a long distance to get speciality care services. Telemedicine provides a method of bridging this gap by setting up of telecommunication infrastructure and

telemedicine center especially in underserved

population of rural India, hilly regions, difficult to reach terrains, tribal areas and island like Andaman & Nicobar, Lakshadweep.³

Telemedicine in India is in nascent stage. Patient health care services provided through telemedicine are tele-consultation, tele-diagnosis and tele-treatment, thereby providing cost effective, accessible, quality health care services to remote rural population. In all these services, patient will get specialist consultation with the help of local doctor for further line of management in difficult cases. Simultaneously it enables primary care physicians to provide speciality care under the guidance of specialist for rural population.

Major Telemedicine initiative was started in 2001 with Indian Space Research Organization (ISRO) in coordination with Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), Ministry of Communications and Information Technology, Department of Science and Technology, and Ministry of Defence.³ With public private partnership and progressive growth in Information Technology, Telemedicine has become a reality for underserved population. ISRO has established Telemedicine network which has covered 100's of hospitals and remote villages. Premier institutes like All India Institute of Medical Sciences, Sanjay Gandhi Post Graduate Institute of Medical Sciences, Post Graduate Institute of Medical Education and Research have been connected to peripheral hospitals for superspeciality consultation. Private health care providers like Apollo group of hospitals, Christian Medical College, Sri Ramachandra Medical College, Amrita Institute of Medical sciences, Fortis Hospital, Tata Memorial Hospital, Asia Heart Foundation, Rabindranath Tagore International Institute of Cardiac Sciences Hrudayalaya Bangalore, Sankara Nethralaya, Arvind Eye Hospital are also playing major role in taking the tertiary care to rural India.⁴

Corresponding author:

Kalaivani Annadurai

Department of Community Medicine Shri Sathya Sai Medical College & Research Institute Thiruporur-Tamil Nadu India

E-mail: kalaimedicos11@gmail.com

Received Date: August 22, 2014

Accepted Date: October 26, 2014

Ministry of Health and Family Welfare has constituted National task force on Telemedicine in 2005 and National Rural Telemedicine Network under National Health Mission. Department of Information Technology has prepared "Recommended Guidelines & Standards for Practice of Telemedicine in India" to materialize uniform standards to carryout tele-health services. Sanjay Gandhi Post Graduate Institute has set up a 'School of Telemedicine and Biomedical Informatics' to train man power in the field of telemedicine and e health which act as a national resource center for telemedicine.³

MoHFW has implemented Integrated Disease Surveillance Project for connecting all district hospitals to medical college hospitals; OncoNET under National Cancer Control Program has been established to connect regional cancer centers with peripheral hospitals to provide comprehensive cancer care to needy people; Tele-Ophthalmology unit under National Blindness Control Program has been launched to reach remote people for quality eye care.³

Services provided are synchronous real time telemedicine and asynchronous store and forward telemedicine services through either fixed or mobile telemedicine units. Telemedicine specialties doing remarkable work in India are tele-ophthalmology, tele-radiology, tele-pathology, tele-dermatology, tele-cardiology and tele-mentoring in surgery.^{3,5}

Non-profit organization like Sankara Nethralaya, a leading eye care institute based in Chennai is doing promising work in telemedicine. After adequate planning with prior announcement of camp dates, a 'trained social worker and optometrists' team will visit the designated villages and the work flow consisted of registration of patients in electronic medical records, followed by other eye examinations like vision check, refraction, slit lamp examination, fundus examination and intra-ocular pressure testing.

The images of slit lamp, fundus eye examination, visual acuity data and the patient details will be sent to central hub of Sankara Nethralaya hospital where through video conferencing, ophthalmologist will hold tele-consultation with the patient in the presence of optometrist. After expert consultation, final diagnosis will be made and the patient will be treated accordingly. Between 2003 and August 2014, Sankara Nethralaya has conducted 4763 tele-ophthalmology camps and 418732 people from remote rural areas benefitted from it. Other

services provided through tele-ophthalmology are awareness meetings, eye screening camp for school children and training of school teachers in eye care.

Similarly, Narayana Hrudayalaya Heart Hospital has revolutionized tele-cardiology in India; by using Trans Telephonic ECG Machine, cardiologist in the telemedicine centers are providing expert consultation in camps as well as during emergencies and treated over 12000 patients over a period of two years. Furthermore, they are also providing education and counseling for general public, training of medical professionals and disaster management and relief through telemedicine.

India is undergoing a major transition in health care. Tele-health care is the cost effective method to bridge the urban rural divide on health care. Only few percentage of rural population is covered by tele-health services; and with enormous growth in IT sector in India, all the stakeholders have to scale up efforts to universalize tele-health to cover entire India.

References

1. World Health Organization. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. Geneva, World Health Organization, 1998.
2. Deb S. Telemedicine has Come as a Boon. eHEALTH. May 2014. Available from <http://ehealth.eletsonline.com/2014/05/telemedicine-has-come-as-a-boon/>. Last accessed on 02.08.2014.
3. Mishra SK. Telemedicine in India: Current Scenario and the Future. *TELEMEDICINE and e-HEALTH*. 2009;15(6):568-75.
4. Dasgupta A, Deb S. Telemedicine: a new horizon in public health in India. *Indian Journal of Community Medicine*. 2008;3(1):3-8.
5. Mishra SK, Pradeep PV, Mishra A. Telementoring in India: Experience with endocrine surgery. *Telehealth in the Developing World*. International development research center. Royal Society of Medicine Press Ltd. Ottawa, Canada. 2009.

6. Sankara Nethralaya. Tele-ophthalmology. Chennai. 2014. Available from http://www.supportsankaranethralaya.org/tele_ophthalmology.html. Last accessed on 06.10.2014.
7. Narayana Hrudayalaya Heart Hospital. Bengaluru. 2014. <http://www.indiahospitaltour.com/narayana-hrudayalaya-heart-hospital-bangalore/medical-milestones.htm>. Last accessed on 06.10.2014.

Kahramanmaraş'ta Yurtta Kalan Erkek Lise Öğrencilerinin Maras Otu Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları

Hamit Sırrı Keten, Hüseyin Üçer, Hakan Önay, Mustafa Cerit, Halil Gürsoy, Mustafa Çelik

Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi, Kahramanmaraş

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Arts, Sciences & Technology University in Lebanon, Faculty of Arts and Humanities, Lübnan'

Pazarcık Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

Marash Life Hospital, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

ÖZET

Kahramanmaraş'ta Yurtta Kalan Erkek Lise Öğrencilerinin Maras Otu Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları

Bu çalışmada yurtta kalan erkek lise öğrencilerinin Maras otu konusunda bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu çalışma Kahramanmaraş İl Merkezinde bir liseye bağlı olan, erkek öğrenci yurdunda gerçekleştirildi. Çalışmaya 121 erkek öğrenci dahil edildi. Katılımcılara uygulanan anketle sosyodemografik özellikleri, tütün kullanımı özellikleri ve Maras otunun zararlarına yönelik bilgi düzeyi sorgulandı. Sorulan 10 bilgi sorusunun her biri bir puan olup, toplamda 10 puan üzerinden değerlendirildi. Öğrencilerin yaş ortalaması 17.01 ± 1.35 (min=14, max=20) olarak saptandı. Katılımcıların 44'ü (%36.4) sigara içtiğini, 8'i (%6.6) bıraktığını ve 69'u (%57.0) hiç kullanmadığını belirtti. Öğrencilerin 10'u (%8.3) Maras otu kullandığını, 111'i (%91.7) ise kullanmadığını ifade etti. Maras otu kullanan olguların; Maras otunun zararları konusunda bilgi puanı ortalaması 3.00 ± 2.90 iken, Maras otu kullanmayan olguların bilgi puanı ortalaması 7.17 ± 2.76 olarak belirlendi. Maras otu kullanan grubun Maras otunun zararları konusunda bilgi düzeyi, kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktü ($p=0.000$). Sigara içen ve içmeyen öğrencilerin Maras otunun zararları konusunda bilgi düzeyi ise benzerdi ($P=0.084$). Öğrencilerin 106'sı (%87.6) Maras otunun sağlığa zararlı olduğunu ifade etti. Çalışmamızda yurtta kalan erkek öğrencilerin sigara ve Maras otunu sık olarak kullandıkları ve Maras otunun sağlığa zararlarını iyi bilmedikleri ortaya konuldu. Maras otunun sağlık açısından taşıdığı risklerin basın yayın yoluyla, kurs ve konferanslarla duyurulması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dumansız tütün, Sigara, Yurt

ABSTRACT

Knowledge, Attitudes and Behavior Related to Maras Powder Use in Male Students Studying at a High School and Staying in a Dormitory in Kahramanmaraş, Turkey

The aim of this study was reveal knowledge, attitudes and behaviours related to Maras powder (smokeless tobacco) of males students studying at a high school and staying in a dormitory in Kahramanmaraş, Turkey. The study included 121 male students studying at a high school and staying in dormitory. Data were collected through a questionnaire composed of questions about socio-demographic characteristics, features of tobacco use and knowledge of harmful effects of Maras powder. There were ten questions about harmful effects of Maras powder and each correct answer to these questions was scored as one point and the total score to be obtained was 10. The mean age of the students was 17.01 ± 1.35 years (min:14 and max:20). Of all the students, 44 (36.4%) were cigarette smokers, 8 (6.6%) were ex-smokers and 69 (57.0%) never smoked. Ten students (6.6%) were Maras powder users and 111 students (91.7%) never used Maras powder. The mean score for knowledge of harmful effects of Maras powder was 3.00 ± 2.90 for the Maras powder users and 7.17 ± 2.26 in the non-users. The Maras powder users had significantly lower knowledge scores than the non-users did ($p=0.000$). The mean knowledge scores did not differ between the cigarette smokers and the non-smokers ($p=0.084$). Of all the students, 106 (%87.6) expressed that Maras powder had harmful effects on health. The study revealed that the male high school students staying in a dormitory frequently smoked and used Maras powder and did not know much about the harmful effects of Mars powder. It is concluded that it is essential to inform young people about health risks of Maras powder through the media, educational programs and conferences.

Key Words: Smokeless tobacco, Cigarette, Dormitory

Keten HS, Üçer H, Önay H, Cerit M, Gürsoy H, Çelik M. Kahramanmaraş'ta Yurtta Kalan Erkek Lise Öğrencilerinin Maras Otu Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(4):111-116. DOI:10.5455/tjfmmpc.158578

Corresponding author:

Hamit Sırrı Keten

Onikişubat Toplum Sağlığı Merkezi, Kahramanmaraş

E-mail: hsketen@hotmail.com

Received Date: April 28, 2014

Accepted Date: October 26, 2014

Giriş

Sigara ve tütün içeriklerinin kullanımı, dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.¹ Ülkemizde sigara içenlerin %29.5'inin ilk sigara kullanım yaşının 10 yaşından önce olduğu belirtilmiştir.² Tütün ürünlerin çocuk yaş grubunda kullanılmaya başlanmasının, kullanan kişinin yaşamında oluşturduğu sağlık risklerinde belirgin artış gösterdiği bildirilmiştir.³ Yapılan çalışmalarda sigara kullanım oranı erkek lise öğrencileri için; ülkemizde⁴⁻⁶ %12.9-%48, dünyanın çeşitli ülkelerinde ise %23-%38.2 olarak ifade edilmiştir.^{7,8}

Maraş otu (MO) Kahramanmaraş ilinde üretimi yapılan bir dumsız tütün çeşididir. Üretilen tütün toz haline getirilerek sigara kâğıdı içerisinde alt dudak içine konulup emilmek suretiyle kullanılmaktadır. Kahramanmaraş'ta toplum örneklemli bir çalışmada; MO'yu erişkinerkeklerin %25.1'inin, kadınların ise %1.4'ünün kullandığı belirtilmiştir.⁹

Ergenlik fiziksel, sosyal, bilişsel ve psikolojik açıdan önemli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir.¹⁰ Bu psikososyal gelişim dönemi sırasında ergende kimlik gelişim süreci yaşanır ve ergen yeni sosyal davranışlar denemektedir. Ergenler risk alma davranışları sergilerler. Birçok ergen yetişkin davranışları sergilemeye başlamaktadır ve bu durum onları sosyal, psikolojik ve fiziksel problemler açısından risk altına almaktadır.^{11,12} Madde kötüye kullanma, riskli cinsel davranışlar, suça karışma, intihar girişimi ve istemsiz yaralanmalar ergenlerde yaygın görülen sağlık açısından risk faktörleridir.¹⁰

Ergenlerde beyin gelişimi madde kötüye kullanımı açısından hassastır. Birçok madde kötüye kullanımı sonucunda beyinde dopamin salınımında artış olduğu gözlenmiştir. Düzenli, tekrarlayan dopamin salınımı sonrasında nükleusakkumbens ile amigdala, hipokampus, frontalkonteks arasında kaskad etkisi oluşturarak madde kullanım isteği oluşturur ve otomatik karar verme şeklinde bir kısır döngü oluşmaktadır. Madde kullanma bilinçli bir karardan ziyade koşullanmış bir yanıttır.¹³ Deneme amaçlı madde kullanımından madde kötüye

kullanımına ilerleme sürecinde ergenin beyninin madde kullanma isteğinde düşük eşik değere sahip olması ile birlikte göreceli olarak daha kolay otomatik madde kullanması etkili olmaktadır. Gelişen ergen beyni madde etkisine daha hassas olduğu için, genç bireylerin bağımlı yapıcı maddelere başladıklarında büyük olasılıkla bağımlılık gelişmektedir. On sekiz yaşından önce herhangi bir bağımlılık yapıcı madde kullanan gençlerin dörtte birinde madde kötüye kullanım bozukluğu gelişme riski olduğu bildirilmiştir. Oysa bu oranın 21 yaşından sonra madde kullanımında 25'te bir olduğu bulunmuştur.¹⁴

Bu çalışmada; Kahramanmaraş'ta bir yurttaki kalan erkek lise öğrencilerinin MO konusunda bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma il merkezinde bir liseye bağlı olan, erkek öğrenci yurdunda gerçekleştirildi. Öğrencileri bilgilendirmek amacıyla 20.02.2014 tarihinde yapılan 'Tütün Ürünlerinin Zararları' konulu seminer öncesinde, öğrenciler çalışma konusunda bilgilendirildi ve onam veren öğrenciler çalışmaya alındı. Yurtta kalan 133 öğrenciden, onam veren ve anket formu tam dolu olan 121 (%91) erkek öğrenci çalışmaya dahil edildi.

Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren anket formu uygulandı. Anketin ilk bölümünde öğrencinin sosyodemografik verileri sorgulandı. İkinci bölümde kendisinin ve aile bireylerinin tütün kullanım davranış özelliklerini araştıran sorular soruldu. Anketin son bölümünde ise MO'nun zararları hakkında bilgi düzeyleri ve MO bırakma deneyimlerine ilişkin sorular yer almaktaydı. Literatürde MO'nun zararlarına yönelik ortaya konulmuş bilimsel çalışmalar tarandı. MO'nun bu çalışmalardan alınan 10 zararı soru şekline dönüştürüldü. Bu 10 sorunun her biri bir puan olarak belirlendi ve toplam bilgi puanı 10 üzerinden değerlendirildi. Öğrencilerin MO kullanımının zararlarına yönelik bilgi durumunu sorgulayan soruların güvenirlik analizi Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı ile saptandı. Cronbach alfa değeri 0.671 olarak tespit edildi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün adölesan dönem sigara içimine dair yaptığı sınıflandırma yöntemi, öğrencilerin sigara içim durumunu tanımlamada kullanılmak üzere uyarlanmıştır¹⁵. Sigara içen; hayatı boyunca içtiği sigara sayısı ≥ 100 olan ve son 30 günde sigara kullananlar. Sigara bırakan; hayatı boyunca içtiği sigara sayısı ≥ 100 olan ve son 30 gündür sigara içmediğini beyan edenler. Sigara içmeyen; Hayatı boyunca içtiği sigara sayısı < 100 ve son 30 gündür sigara içmediğini beyan edenler.

Veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde frekans, ortalama ve standart sapma (SD) değerleri kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesinde student t testi ve Ki- kare testi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlendi.

Bulgular

Öğrencilerin yaş ortalaması 17.01 ± 1.35 (min=14, max=20) olarak saptandı. Katılımcıların 18'i (%14.9) lise bir, 24'ü (%19.8) lise iki, 44'ü (%36.4) lise üç ve 35'i (%28.9) lise dördüncü sınıf öğrencisiydi. Öğrencilerin tamamının erkek olduğu saptandı. Katılımcıların sosyodemografik verileri, anne ve baba sigara kullanım durumları Tablo 1'de belirtildi.

Öğrencilerin 44'ü (%36.4) sigara içtiğini, 8'i (%6.6) bıraktığını ve 69'u (%57.0) hiç içmediğini belirtti. Öğrencilerin sigara içme oranı; lise birinci sınıfta %61.1, lise ikinci sınıfta %41.7, lise üçüncü sınıfta %34.1, lise dördüncü sınıfta ise %22.0 olarak saptandı. Lise birinci sınıfta eğitim gören öğrencilerde sigara içme oranı, üst sınıflarda eğitim gören öğrencilere göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0.048$). Öğrencilerin sigara içme durumu ile annenin sigara içme durumu ($p=0.533$) ve babanın sigara içme durumu ($p=0.878$) arasında anlamlı ilişki yoktu. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sigara içme durumu üzerine olan etkileri Tablo 1'de belirtildi.

Katılımcıların 10'u (%8.3) MO kullandığını, 111'i (%91.7) ise kullanmadığını ifade etti. Öğrenciler günde ortalama 18.10 ± 8.58 (min=4, max=31) defa MO kullanmaktaydı. MO kullanım süresi ise 2.3 ± 0.8 (min=1, max=4) yıl olarak belirlendi. Katılımcıların 4'ü (%40) sigarayı

bırakmak için, 3'ü (%30) meraktan, 2'si (%20) arkadaş teklifi ile 1'i (%10) ise stres anında MO kullanımına başladığını belirtti. MO kullanıcılarının 5'i (%50) son bir yıl içerisinde MO bırakmayı denediğini ve yine 5'i (%50) MO'yu bırakmayı düşündüğünü belirtti. MO kullanıcılarının 5'i (%50) MO'yu sigaradan daha az zararlı olduğu için bırakmadığını ifade etti.

Öğrencilerin MO'nun zararları konusunda bilgi puanı ortalaması 6.82 ± 2.99 (min=0, max=10) olarak saptandı. MO kullanan olguların; MO'nun zararları konusunda bilgi puanı ortalaması 3.00 ± 2.90 iken, MO kullanmayan olguların bilgi puanı ortalaması 7.17 ± 2.76 olarak belirlendi. MO kullanan grubun MO'nun zararları konusunda bilgi düzeyi, kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktü ($p=0.000$). Sigara içen olguların MO'nun zararları konusunda bilgi puanı ortalaması 6.20 ± 3.21 , sigara içmeyen olguların ise 7.18 ± 2.82 olarak belirlendi. Sigara içen ve içmeyen grubun MO'nun zararları konusunda bilgi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark yoktu ($P=0.084$).

Öğrencilerin 106'sı (%87.6) MO'nun sağlığa zararlı olduğunu ifade etti. Katılımcıların 31'i (%25.6) 'MO'yu bırakmak zordur' ifadesinin doğru olduğunu belirtti. Öğrencilerin 64'ü (%52.9) MO'nun tansiyonu yükseltici etkisi olduğunu, 70'i (%57.9) MO'nun akciğerleri etkileyen hastalıklara yol açabileceğini ifade etti. Öğrencilerin MO kullanımının zararlarına yönelik ifadelerle verdiği yanıtlar Tablo 2'de belirtildi. Katılımcıların 70'i (%57.9) MO kullanımının okul, sinema kütüphane gibi kapalı yerlerde yasak olduğunu, 28'i (23.1) yasak olmadığını ve 23'ü (%19.0) ise bu konuda fikri olmadığını beyan etti. Ayrıca öğrencilerin 88'i (%72.7) hasta olan bireylerin MO kullanmaması gerektiğini, 16'sı (%1.2) kullanılabileceğini ve 17'si (%14.0) bu konuda fikri olmadığını belirtti.

Tartışma

Çalışmaya katılan öğrencilerin %36.4'ünün sigara içtiği belirlendi. Ülkemizde de çalışmamızla benzer grupta yapılan, diğer çalışmalarda sigara içiciliğinin % 12.9-48.0 oranlarında olduğu belirtilmiştir.⁴⁻⁶ Bu oran erkek lise öğrencilerinde yapılan çalışmalarda; Rusya'da %31, Finlandiya'da

%23, Birleşik Amerika’da ise %31.2-%38.2 olduğu ifade edilmiştir.^{7,8} Çalışmamızda sigara kullanım oranları ülkemizde ve çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Literatürde öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda aile de sigara içimi ile çocukların içme davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu ortaya konmuştur.^{16,17} Çalışmamızda öğrencilerin sigara içme davranışı ile anne ve babaların sigara içmeleri arasında anlamlı fark saptanmadı.

Çalışmamızda öğrencilerin %8.3’ü MO kullanmaktaydı. Kahramanmaraş’ta toplum tabanlı yapılan bir çalışmada erkeklerin %25.1’inin, kadınların ise %1.4’ünün MO kullandığı belirlenmiştir.⁹ Bir başka çalışmada ise MO kullanım oranı memurlarda %5.6 olarak belirtilmiştir.¹⁸ Birleşik Amerika’da¹⁹ erkek adölesanların %13’ünün, Kongo Cumhuriyeti’nde²⁰ ise %18’inin dumansız tütün kullandığı belirlenmiştir. Gerek ülkemizde gerekse çeşitli ülkelerde dumansız tütün kullanımının azımsanamayacak sıklıkta olduğu ortadadır. Sağlık Bakanlığının dumansız tütün kullanımı için riskli yaş grubunda olan öğrencileri bu kötü alışkanlık konusunda bilinçlendirmesi ve koruyucu sağlık politikaları geliştirmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin MO kullanımına en sık sigarayı bırakma amacıyla başladığı ve diğer bir önemli başlama nedeninin ise merak olduğu belirlendi. Literatürde sigara kullanmaya başlama nedenlerini araştıran çalışmalarda merak en sık başlama nedeni olarak belirlenmiştir.^{16,21}

Çalışmamızda MO kullanıcılarının, MO’yu bir sigara bırakma yöntemi olarak gördükleri bunun ise MO’nun zararlarına yönelik bilgi düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda MO kullanan öğrencilerin yarısı MO bırakma deneyimi olduğunu ve yarısı gelecekte MO’yu bırakmak istediğini ifade etti. Severson ve arkadaşlarının çalışmasında dumansız tütün kullanıcılarının %64’ü dumansız tütünü bırakmak istediğini ifade etmiştir.²² Benzer grupta yapılan çalışmalarda sigara kullanan olguların %67- %77.7 oranlarında sigara bırakma isteğinde olduğu ifade edilmiştir.^{23,24} Çalışmalarda ortaya konan oranlara

bakıldığında dumansız tütün kullanıcılarının dumansız tütün bırakma niyetleri, sigara kullanıcılarının sigara bırakma niyetlerinden daha düşüktür. Bu durum çalışmamızın bir başka bulgusu olan; öğrencilerin MO’yu sigaradan daha az zararlı görülmesinden kaynaklanmakta olabilir. Ayrıca MO bırakma isteği öğrencilerde azımsanmayacak oranda olup bu bireylere yönelik sosyal ve medikal destek mekanizmalarının geliştirilmesinin gerekli ve önemli olduğunu düşündürmüştür.

MO kullanan katılımcıların MO’nun zararları konusunda bilgi düzeyi, MO kullanmayanlara göre anlamlı seviyede düşüktü. Öğrencilerin MO’nun zararları konusunda bilgi düzeyi düşük olmakla beraber, MO kullanıcılarının bilgi seviyesinin çok düşük olması dikkat çekicidir. Bunun sonucu olarak MO kullanıcıları MO’nun sağlık açısından taşıdığı riskleri bilmemekte ve MO kullanım alışkanlığını devam ettirmektedir. Ayrıca öğrencilerin bu konuda ki bilgi düzeyinin düşük olması onları MO kullanımına itmektir. Keten ve arkadaşlarının çalışmasında “sigara ve zararlarına yönelik verilen bir eğitimde” katılımcılara eğitim öncesi ve eğitim sonrası anket uygulanmış; katılımcıların sigaranın zararları konusunda bilgi düzeyinin eğitim sonrası anlamlı seviyede arttığı belirlenmiştir.¹⁸ Tütün ürünlerinin zararlarına yönelik verilen eğitimlerin bireylerin bilgi düzeylerini arttırdığı düşünülecek olursa özellikle devlet gözetiminde olan yurt gibi yerlerde öğrencilere etkin eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin 87.6’sı MO’nun sağlığa zararlı olduğunu ifade etti. Ayrıca öğrenciler tarafından ‘MO’yu otunu bırakmanın kolay olduğu’ yaygın bir kanı olarak görülmekteydi. Özellikle öğrenciler MO’nun ‘tansiyonu yükseltici etkisi olduğunu’, ‘kalp hastalığı etkeni olabileceğini’ ve ‘akciğerleri etkileyen hastalıklara yol açabileceğini’ düşük oranlarda bilmekteydi. MO üzerine yapılan çalışmalarda MO kullanımının kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etkileri²⁵, sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerini arttırıcı özelliği²⁶, akciğerlerde sistemik bozukluklara neden olabileceği bildirilmiştir.²⁷ MO’nun yapımında kullanılan tütünün nikotin içeriği, sigara yapımında kullanılan tütünden daha fazla olup bu durum MO’nun bağımlılık yapıcı etkisinin daha fazla

olmasına ve bırakmanın zor olmasına sebep olmaktadır.²⁸ Öğrencilerin MO'nun zararlarını gösteren bilimsel çalışmalar ile bilgilendirilmesi koruyucu sağlık politikaları açısından önemlidir.

Katılımcıların MO kullanımının okul, sinema ve kütüphane gibi kapalı yerlerde yasak olduğunu bilme durumunun düşük oranda olması, öğrencilerin tütün ürünlerinin kullanımının yasak olduğu yerleri düzenleyen kanunun sadece sigara ile ilgili olarak algıladıklarını göstermektedir. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'un getirdiği yasaklarda sigara dışında ki tütün türlerinin de (dumansız tütün) yer aldığı basın yayın yolu ile halka duyurulmalıdır.²⁹

Bu çalışmanın kısıtlılıkları; sadece erkek cinsiyette olan bireyleri içermesi. Ayrıca kesitsel tarzda olan bu çalışmanın örneklem sayısının az olması önemli kısıtlılığımızdır.

Sonuç

Tütün ürünlerinin kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle çocuk yaş grubunda kullanılmaya başlanması, kullanan kişinin sağlığı için büyük risk oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı yurttaki kalan erkek öğrencilerin sigara ve MO'yu sık olarak kullandığı saptandı. MO'nun sağlığa zararlarının öğrenciler tarafından iyi bilinmediği belirlendi. MO kullanıcılarının, MO'yu sigaradan daha az zararlı olarak gördüğü, sigara bırakmada yöntem olarak benimsediği belirlendi. MO'nun sağlık açısından taşıdığı risklerin basın yayın yoluyla, kurs ve konferanslarla duyurulması önem taşımaktadır. Çalışmanın yapıldığı grup göz önünde bulundurulduğunda Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı başta olmak üzere tüm politika oluşturucuların koruyucu önlemler geliştirmesi gerektiği kanısına varıldı.

*Bu çalışma 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde (23-27 Nisan 2014, Antalya) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1.Can G, Topbas M, Oztuna F. Factors contributing to regular smoking in adolescents in Turkey. J Sch Health 2009;79:93-7.

2.Ergüder T, Soydal T, Ugurlu M. Tobacco use among youth and related characteristics. Soz Praventiv Med 2006;51:91-8.

3.World Health Organization. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic: Brazil, 2008.

4.Arbak P, Erdem F, Karacan Ö. Düzce lisesi öğrencilerinde sigara alışkanlığı. Solunum Dergisi 2000;2:17-21.

5.Karlıkaya C. Edirne'de lise öğrencilerinde sigara içme prevalansı. Toraks Dergisi 2002;3:6-12.

6.Golbasi Z, Kaya D, Cetindag A. Smoking prevalence and associated attitudes among high school students in Turkey. Asian Pacific J Cancer Prev 2011;12:1313-16.

7.Kemppainen U, Tossavainen K, Vartiainen E. Smoking patterns among ninth-grade adolescents in the pitkäeranta district and in eastern Finland. Public Health Nursing 2002;19:30-9.

8.Everett SA, Husten CG, Warren CW. Trends in tobacco use among high school students in the United States, 1991-1995. J Sch Health 1998;68:137-40.

9.Kafas A. Kahramanmaraş il merkezinde tüketicilerin sigara ve Maraş otu kullanımını etkileyen faktörlerin analizi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, Eylül 2011.

10.Crosby RA, Santelli JS, DiClemente RJ. Adolescents at risk: a generation in jeopardy. In: DiClemente RJ, Santelli JS, Crosby RA (Eds.), Adolescent Health: Understanding and Preventing Risk Behaviors. San Francisco: Jossey-Bass, 2009:3-5.

11. Mulye TP, Park MJ, Nelson CD, Adams SH, Irwin CE Jr, Brindis CD. Trends in adolescent and young adult health in the United States. J Adolesc Health 2009;45(1):8-24.

12. Jiang N, Kolbe LJ, Seo DC, Kay NS, Brindis CD. Health of adolescents and young adults: trends in achieving the 21 Critical National Health

Objectivesby 2010. J AdolescHealth 2011;49(2):124-32.

13. Duhigg D. Why adolescents use substances of abuse. *Adolesc Med State Art Rev* 2013;24(2):465–77.

14.National Center on Addiction and Substance Abuse. Adolescent substance use: America’s #1 publichealth problem. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, Columbia University; 2011.

15.World Health Organization. Guidelines for the conduct of tobacco-smoking surveys among health professionals. Geneva: WHO, 1984.

16.Spyratos DG, Pelagidou DT, Chloros D, Haidich AB, Karetsi E, Koubaniou C, et al. Smoking among adolescents in Northern Greece: a large cross-sectional Study about risk and preventive factors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, andPolicy* 2012;7:38.

17.Uncu Y, Irgil E, Karadag M.Smoking Patterns among Primary School Students in Turkey.The Scientific World Journal 2006;6:1667-73.

18.Keten HS, Sucaklı MH, Ersoy Ö, Üçer H, Sarı N, Çelik M. Sigara ve zararlarına yönelik eğitimin etkinliği: Bir konferans değerlendirmesi. *Kafkas J MedSci* 2014; 4(1):14–18.

19. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. *MMWR* 2008;57:1-131.

20.Rudatsikira E, Muula AS, Siziya S. Currentuse of smokeless tobacco among adolescents in the Republic of Congo. *BMC Public Health* 2010;10(16):1-5.

21.Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi* 2001;2:49-53.

22.Severson H. Enoughsnuff. ST Cessation from the behavioral clinical, and public health perspectives. NIH Publication, 1992;93-3461.

23.Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A. Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. *Toraks Dergisi* 2000;1:61-6.

24.Burt RD, Peterson AV. Smoking cessation among high scholl seniors. *Preventive Medicine* 1998;27:319-27.

25.Güven A, Köksal N, Büyükmese MA, Çetinkaya A, Sökmen G, Aksu E, et al. Effects of using a different kind of smokeless tobacco on cardiac parameters: “Maras powder”. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2003;3:230-5.

26. Sucakli MH, Ozkan F, Inci MF, Celik M, Keten HS, Bozoglan O. Effects of smokoless tobacco (Maras powder) use on carotid intima media thickness. *MedSciMonit* 2013;19:859-64.

27. Büyükbeşe M A, Köksal N, Güven A, Çetinkaya A. Effects of smokeless tobacco “maras powder” use on respiratory functions. *Tohoku Journal of Experimental Medicine* 2004;204:173-8.

28.Erenmemisoglu A. Re: Turkish smokeless tobacco “Maras powder”. *Prev Med* 1999; 28:616-7.

29. <http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Mevzuat/Kanunlar/4207.pdf> (accessdate: 27.03.2014).

Akut Hastalık Yönetiminin Psikososyokültürel ve Varoluşsal Boyutu

Mustafa Haki Sucaklı

Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖZET

Akut Hastalık Yönetiminin Psikososyokültürel ve Varoluşsal Boyutu

Aile hekimleri, her bireye, kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak birinci basamak sağlık hizmeti vermektedir. Sağlık sisteminin ilk giriş noktasında çalışıyor olması nedeniyle, bütün hasta ve hastalıkların yönetimini yapmak durumundadır. Aile hekimlerinin, pratiklerinde karşılaştıkları hastaların önemli bir bölümü ayrılmamış ve organize olmamış rahatsızlıklardır. Aile hekimleri, bu ayrılmamış rahatsızlıkları, disiplinin kendine özgü problem çözme sistemiyle içersin de yönetmek durumundadır. Aile hekimliğinin, çekirdek yeterliklerinden biri olan kapsamlı yaklaşım, bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilmeyi gerektirir. Ancak, günümüzde akut hastalıkların yönetimi konusunda, hekimlere yol gösterecek yeterli algoritmalar ve kılavuzlar bulunmamaktadır. Hastalıkların, akut dönemde tespit edilmesi ve gerekli tedavi ve takiplerin yapılması, hem komplikasyon gelişmemesi, hem de hastalığın kronikleşmemesi açısından önem taşımaktadır. Akut hastalıkların, sağlıklı bir şekilde yönetimi, kişilerin rahatsızlandıklarında nasıl davranmaları gerektiği konusunda bilinçli hareket etmelerinin sağlanması ve hekimlerinde bilgi ve beceri eksikliklerinin giderilmesi ile mümkün olabilir.

Hastalar, ne zaman hekime başvurmaları gerektiği konusunda ciddi problem yaşamaktadırlar. Hastalık davranışını; etnik köken, sosyal sınıf, yaş, cinsiyet, hastalığın doğası, spiritüalite, psikolojik altyapı, kişilik özellikleri ve çevresel faktörler belirlemektedir. Dolayısıyla, aile hekimleri tedavinin bir parçası olan hasta eğitimini, bu faktörleri göz önüne alarak yapmalıdır. Varoluşsal yaklaşım, sağlıkçılar tarafından genelde göz ardı edilmektedir. Halbuki, bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada, varoluşsal yaklaşımın olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Birinci basamakta çalışan aile hekiminin, hastayı değerlendirirken sadece biyomedikal değil, aynı zamanda psikososyokültürel ve spiritüel faktörleri de dikkate alması sağlanmalıdır. Ayrıca kronik hastalıklarda olduğu gibi, akut hastalıklar konusunda da prevalans çalışmaları yapılmalıdır. Bu çalışmaların ışığında, akut hastalıkların yönetimi konusunda gerekli olan algoritma ve kılavuzlar oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Akut hastalık, Varoluşsal yaklaşım

ABSTRACT

Psycho-sociocultural and Existential Aspects of Management of Acute Diseases

Family physicians offer personal, holistic and continuous first line health care to individuals. Since they provide first line health care, they have to manage all kinds of diseases. A large proportion of the patients encountered by family physicians have conditions which have not been discriminated or classified. Family physicians have to deal with these conditions in accordance with the systematicity for problem solving inherently available in the discipline of family medicine. The holistic approach, one of the core capabilities of family medicine, requires that both acute and chronic conditions of an individual should be managed simultaneously. However, there are not sufficient algorithms and guidelines which can provide guidance for management of acute conditions.

It is of importance that diseases should be detected and treated in their acute stages, and that treatment outcomes should be monitored in order to avoid complications and prevent acute conditions from changing into chronic diseases. Effective management of acute conditions can be achieved by making people aware of acting appropriately when they become ill and by compensating the physicians' deficiencies concerning their knowledge and approach. Patients have serious difficulty in deciding the time to present to health care centers. Behavior in cases of illnesses is predicted by ethnic origin, social class, age, gender, the nature of a disease, spirituality, psychological background, personality traits and environmental factors. Therefore, family physicians should take account of these variables when offering education to patients. The existential approach

is usually disregarded by health professionals. However, it is known to have a positive influence on individuals' questioning their health behavior and disease related behavior, adapting to changes, acquiring skills for coping with difficulties and having the power and hope for recovery. Family physicians providing first line health care should be enabled to take not only biomedical but also psycho-sociocultural and spiritual factors

Corresponding author:

Mustafa Haki Sucaklı
Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD. Kahramanmaraş
E-mail: hakisucakli@gmail.com
Received Date: June 19, 2014
Accepted Date: October 26, 2014

into consideration. In addition, as for chronic diseases, studies on the prevalence of acute conditions should also be conducted. In the light of the results of these studies, algorithms and guidelines necessary for management of acute conditions should be created.

Key Words: Family Medicine, Acute Illness, Existential approach

Sucaklı MH. Akut Hastalık Yönetiminin Psikososyokültürel ve Varoluşsal Boyutu. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(4):117-123. DOI: 10.5455/tjfm.162547

Sana tavsiyem... Hastalığın özellikleri ile değil, hastanın kendisi ile ilgilenmendir. Bizim gibi insanın acı çekmesi ile uğraşanlar, insanları maskeleri olmadan, kırılğan ve zayıflıklarıyla birlikte görürler. Bu nedenle, kendini diğer benzerlerinden üstün görmemek için, kalbini yumuşak ve duyarlı tutmalısın. Bunu yapabilmenin en iyi yolu, kalbine ayna tutmaktır ve kendi zayıflıklarını gördükçe hastalarına duyarlılığın artacaktır.

Sir William Osler

Giriş

Aile Hekimliği disiplininin temel özelliklerinden biri sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş (spiritüel) boyutları ile ele almaktır. Diğer bir özelliği ise, hastaların akut ve kronik sorunlarını aynı anda yönetmektir.¹

Akut hastalık; ya “hızlı başlayan” ya da “kısa süreli” hastalıkları, bazen de her iki durumu birden tanımlamak için kullanılan tıbbi terimdir.² Akut hastalıklar kısa süreli olurlar ve 4 gruba ayrılabilirler;³

1. Akut minör hastalık (kendi kendini sınırlayan)
2. Akut majör hastalık (kendi kendini sınırlayan veya tedavi gerektiren)
3. Mevcut majör hastalığın akut alevlenmesi
4. Yeni kronik hastalığın akut olarak ortaya çıkması

Ülkemizde, 2013 yılına ait istatistiklere göre, ölüm sebepleri arasında ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları (%39.8) yer almaktadır. Ölüme sebep olan dolaşım sistemi hastalıklarına bakıldığında, %38.8’inin akut iskemik kalp hastalıkları ve %25.2’sinin ise akut serebrovasküler olaylardan kaynaklandığı belirlenmiştir.⁴ Toplumun hem fiziksel, hem de sosyal olarak en yakınında olan aile hekimlerinin, yerinde yapacakları müdahalelerle, akut hastalık ya da rahatsızlıklardan kaynaklanan ölümler azalacaktır.

Aile hekimliğinde akut, kısa süreli, geçici, kendini sınırlayan hastalıkların insidansı yüksektir. Hereke Aile hekimliği çalışmasında, klinik yakınmayla başvuran hastaların en sık başvuru nedenleri; %4.1 ile boğaz ağrısı, %3.7 ile burun

tıkanıklığı hapşırık ve %2.8 ile öksürük gibi üst solunum yolu şikayetleri olarak tespit edilmiştir.⁵ Düzce ilinde, bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada, hastalara konulan tanılarda ilk üç sırayı; akut nazofarenjit-nezle 1754 (%30.8), esansiyel hipertansiyon 816 (%14.3) ve akut dorsalji 322 (%5.7) oluşturmuştur.⁶ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği’nin, 2003 yılı hasta kayıtlarının değerlendirildiği çalışmada, hastalara en sık konulan tanılar ise; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, akut üriner sistem enfeksiyonu ve hipertansiyon olarak belirlenmiştir.⁷ A.B.D.’de yıllık sağlık verilerine bakıldığında, en sık konulan tanı akut üst solunum yolu enfeksiyonları olmuştur.⁸

Aile hekimleri, cinsiyet, yaş ve hastalık ayrımı yapmaksızın toplumun her bireyine, kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Aile hekimleri, sağlık sisteminin ilk giriş noktasında çalışıyor olması nedeniyle, bütün hasta ve hastalıkların yönetimini yapmak durumundadırlar. Aile hekimlerinin, pratiklerinde karşılaştıkları hastaların önemli bir bölümünü ayırmamış ve organize olmamış rahatsızlıklar oluşturmaktadır. Bu ayırmamış rahatsızlıkları, disiplinin kendine özgü problem çözme sistemi içerisinde yönetmek durumundadır.

Akut rahatsızlık veya hastalık durumu; problemle baş etme yetenekleri, sosyo-ekonomik durum, kültürel geçmiş, psikolojik değişkenler, entelektüel durum ve spiritüaliteden etkilenen kompleks bir kavramdır.⁶ Bu nedenle akut hastalık yönetimi değerlendirilirken, konunun fizyolojik, duygusal, psikososyal, bilişsel, davranışsal, spiritüel

yönleriyle ele alınması gerekmektedir. Bu makalede, akut hastalık yönetiminin, psikososyokültürel ve varoluşsal boyutunun, aile hekimliği bakış açısı ile değerlendirilmesi amaçlandı.

Hastalık Rolü ve Rahatsızlık Davranışı

Akut hastalık ve yönetimini değerlendirmede, öncelikli olarak hastalık rolü ve rahatsızlık davranışı kavramlarını gözden geçirmek gerekir. Bu iki kavramı analiz etmek, hastaların hekime başvurma kararını nasıl aldıklarını daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

Hastalık rolü, kişi hastalandığında sergilediği ya da toplumun ondan beklediği roldür. Hastalık rolü, kişiye bazı ayrıcalıklar (sosyal yükümlülüklerden muafiyet ve yapamadıklarından sorumlu tutulmama vb.) getirdiği gibi, profesyonel sağlık yardımı arama ve iyileşme sürecinde her türlü çabayı sarf etme yükümlülüğü de vermektedir.⁹

Rahatsızlık davranışı, Mechanic tarafından, “Semptomların farklı tipte bireyler tarafından farklı şekillerde algılanması, değerlendirilmesi ve onlara göre davranılması (veya davranılmaması)” şeklinde tanımlanmıştır.¹⁰ Bireyin sergilediği rahatsızlık davranışı, hastalık rolünü kabul edip etmediğinin ve hekime danışıp danışmayacağını belirleyicisidir. Rahatsızlık davranışının tek belirleyicisi hastalık değildir. Hastanın, hastalıktan bağımsız olarak, yaşama ilişkin yaşadığı sorunlar da rahatsızlık davranışında belirleyicidir ki, Lamberts bunu “problem davranış” olarak tanımlamaktadır. Hastanın, hastalıktan bağımsız olarak, yaşama ilişkin yaşadığı sorunlara bağlı hareketleridir. Yaşam olaylarının, hekime başvurma davranışı ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir.¹¹

Kişilerin sağlık yardımı arama davranışını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar;

- ✓ Ciddi hastalık korkusu
- ✓ Sağlık kurumlarının durumu
- ✓ Sağlık inançları (sosyokültürel ve spiritüel altyapı)
- ✓ Aile
- ✓ Semptomun niteliği
- ✓ Damgalanma korkusu

- ✓ Hastane ya da bakımevine yatırılma korkusu
- ✓ Geçmiş deneyimler, olarak sıralanabilir.¹²

Yardıma gereksinimi olduğunu düşünen kişi, öncelikle kendini iyileştirme için eskiden kullandığı yöntemleri dener. Kendini iyileştirme çabaları başarısız kalırsa, içinde yaşadığı kültürün, çare arama davranışına başvurur. Geleneksel, folklorik iyileştirme yöntemleri, spiritüel iyileştirme yöntemleri ve bilimsel tıp toplumun kültürüne bağlı olarak sıralamada önceliği alır.¹³

Çare arama süreci birçok etkenle ilişkilidir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, sosyoekonomik durumu, sağlık güvencesi gibi demografik etkenlerle belirtilerin gelişme hızı ve şiddeti gibi hastalığa özgü durumlar, çare arama sürecini etkiler. Ayrıca, bireyin belirtiyi algılama şiddeti, sorunun bireyin sosyal etkinliklerini etkileme tarzı, oluşturduğu stres gibi ruhsal durumlar ve bireyin içinde yaşadığı kültürel yapılanma, toplumun farkındalık düzeyi, sosyal destek, hekimin bu sorunu çözebileceğine dair inanç taşıma gibi sosyal etkenler de hekime başvuru düzeyine yansımaktadır.¹⁴

RAND (Research AND Development) grubunun yayınladığı çalışma, uzmanlarca geliştirilen 439 kalite indikatörüne göre yapılan analizde, hastaların ancak %54,9’unun önerilen sağlık hizmetini aldığını ortaya koymuştur.¹⁵ Bu sağlık hizmetleri, koruyucu, akut ve kronik bakım süreçlerinin hepsini içermektedir. Diğer bir çalışma ise, katılımcıların %86,3’ünün sadece hekimlerin önerilerini uygulamadıkları, ev ilaçları ve alternatif tedavileri de denediklerini ortaya koymuştur.¹² Çoğu rahatsızlık, bir profesyonele gitmeden çözümlenmeye çalışılmaktadır.¹⁶ Bu sonuçlar, biz hekimlerin toplumdaki semptom ve hastalık yükünün önemli bir kısmını görmediğimizi, gördüklerimizin kontrolünde ise problem yaşadığımızı göstermektedir.

Ciddi Semptomların, Olduğundan Daha Az Bildirilmesi ve Hafif Semptomlar için Başvuru

Rahatsızlık davranışındaki çeşitlilik, aile hekimlerini ilgilendiren bu iki duruma yol açmaktadır.⁹ Glaskow, yaptığı çalışmada ciddi

semptomu olan hastaların %26'sının hekime başvurmadığını, hastaların %11'inin ise hafif semptomu olduğu halde hekime başvurduğunu tespit etmiştir.¹⁷ Hastalar, ne zaman hekime başvurmaları gerektiği konusunda ciddi problem yaşamaktadırlar. Dolayısıyla, aile hekimleri hasta eğitiminde bu konuya öncelik vermelidir.

Akut hastalıkta Bilişsel ve Emosyonel Boyut:

Sağlıkta, değişme ve bozulmalar, kişinin inançları, beklentileri, problem ile baş etme yetileri, sosyal destekleri ve semptomları tarafından etkilenir. Akut hastalık döneminde kişi, içe dönük, sessiz ve huzursuz olur. Ayrıca, sosyal izolasyon nedeni ile emosyonel reaksiyonlar gelişebilir. Bütün bu değişiklikler, stres düzeyi, anksiyete, öfke ve şikayetlerinin artmasına neden olur.¹⁹ Bu nedenle, akut hastalığı olan kişilere yaklaşımda, bilişsel ve emosyonel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir.

Akut Hastalıkta Davranışsal Boyut

İnsanlar, yetiştikleri toplumsal değer, yargı ve tutumlarına göre “nasıl hasta olunacağını” ve “hasta rolünü” öğrenir. Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin hastalık durumunu yorumlama biçimi, hasta tarafından algılanmasını ve ifade edilmesini etkiler.¹⁹ Akut rahatsızlığa ve bunun yansıması olan belirtiye atfettiği anlam ve önem, bireye bir hastalık öyküsü yazdırır.²⁰ Hastayı klinisyene getiren sorunu çevreleyen bu öykü, aynı zamanda, onun beden ya da ruh sağlığına ilişkin olarak yaşadığı, farklı bir durumu anlamlandırma ve bu anlam çerçevesinde çare arama davranışının da öyküsüdür. Rahatsızlığı fark eden birey, profesyonel yardım isteme sürecine kadar birçok ara aşama geçirir. Bu normal dışı süreç üzerinde kontrol kazanabilmek, yeniden eski duruma dönmek için öncelikle nedensel bir açıklama geliştirir. Geliştirdiği nedensel açıklamaya göre, yakınmaları için çare aramaya girişir, çevresindekilere danışır, alternatif tedavi deneyebilir ve sonunda bir profesyonele (hekime) başvurur.²¹

Akut Hastalıkta Psikososyal Boyut

Hastaların %37'sinin psikososyal destek istedikleri, fakat sadece %10'unun psikososyal destek aldıkları saptanmıştır.²² Hekimlerin, %45'inin hastaların psikososyal problemlerini atladıkları belirlenmiştir.²³ Bireyin sosyal destek ağının tanımlanması (hastanın ailesi, arkadaşları veya toplum olabilir), hastanın tüm hastalık deneyimini anlayabilmek için vital bir bulgu gibidir. Öte yandan, hastalık rolü kişinin aile ve yakın çevresindeki kişiler üzerinde de olumsuz etkiler meydana getirebilmektedir (üzüntü, keder vb). Hasta ve ailesinin; etnik, din, kültürel geçmişinin hastalık ile ilgili inanç, tutum ve davranışlarını, baş etme mekanizmalarını etkilediği bilinmektedir.²⁴

Akut Hastalıkta Varoluşsal (Spiritüel) Boyut

İnsan, fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel, spiritüel ve entelektüel boyutta gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın sağlıklı olabilmesi için, bu gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Spiritüalizite, Latince “spiritus”tan gelmektedir; nefes almak, canlı olmak anlamındadır. Daha geniş tanımıyla, hayatı hissetmektir. Spiritüalizitenin boyutları literatürde; din, kaygı duyma, umut ve ait olma hisleri olarak tanımlanmıştır. Spiritüel bakım ise, hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları ve değerlerini destekleyen tüm bakımları içermektedir.²⁵ Spiritüel değerler ve inançlar, bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir.¹⁸ Spiritüel boyut, yaşamın, sağlığın, hastalığın, acının, ağrının ve ölümün anlamının bulunmasında bireylere yardımcı olur.²⁶ Spiritüalizite, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Aynı zamanda, yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur ve yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir.²⁷ Spiritüalizite, yaşam biçimini, bireylerin tutumlarını, sağlık ve hastalık hakkındaki duygularını etkileyerek davranışlarına rehberlik eder.²⁸

Spiritüel sıkıntı ise, güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulmayı belirtir. Spiritüel distress yaşayan hastalara yaklaşımdaki amaç, inanç ve değerlerle

sağlık bakımı arasındaki çatışmayı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır.²⁹

Spiritüel yaklaşım, sağlıkçılar tarafından genelde göz ardı edilmektedir. Bunun nedenleri olarak; öneminin bilinmemesi, beceri eksikliği, din ile spiritüelitenin karıştırılması, beklentisizlik ve bilim dışı bir yaklaşım olarak görülmesi sayılabilir.³⁰

Yapılan bir çalışmada, sürekli din kurumlarına (kiliseye) devam eden kişilerde stresle baş etmede, hastalığın iyileşmesinde, depresyonun giderilmesinde, madde bağımlılığının önlenmesi ve bırakılmasında, kalp hastalıklarında ve yüksek tansiyonu önlemede, ağrı gidermede, engelleri düzeltmede ve mortalitede %25 azalma olduğu tespit edilmiştir.³¹ Ayrıca, bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada spiritüel yaklaşımın olumlu etkisi olduğu bilinmektedir.³² Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının, hastaya bütüncül (holistik) bir yaklaşımla bakım vererek, kişinin spiritüel yönünü harekete geçirerek hastalığı kabullenmesi ve hastalıkla gerektiği gibi mücadele etmesinin sağlanması gerekmektedir.

Özellikle, akut hastalık deneyimleyen bir kişi “neden şimdi?”, “neden bu şimdi bana oluyor?”, “bunu hak edecek ne yaptım?” gibi soruları sıklıkla sormaktadır. Bu sorular, spiritüel sıkıntının ifadesidir. Spiritüel sıkıntı, kızgınlıkla, öfkeyle, üzüntüyle, korkuyla ifade edilebilir.³³ Bu nedenle sağlıkçılar, spiritüel gereksinimlerin ifadesinde kullanılan ipuçlarını tanımalı ve değerlendirebilmelidirler. Bu bağlamda dini, manevi ilgi, inanç ve düşünceleri ne olursa olsun, hasta ve ailesinin spiritüel gereksinimlerine yönelik bakımın sağlanması gerekmektedir.

Akut bir semptomu olan hastanın yönetimi için, hasta ve ailesinin umutsuzluğa kapılmadan, ümit ve inançla tedavi ve bakımı sürdürmesi, hastanın yaşamının anlamlı kılınması, umutların canlı ve taze tutulabilmesi, baş etme becerilerinin ve problem çözme yeteneklerinin desteklenmesi gerekir.¹⁸ Hastayı dinlemek için zaman ayrılması ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılarak; aktif dinleme, gülümsemek,

dokunmak, elini sıkmak, sorularını yanıtlamak, nezaket göstermek, endişe alanlarını keşfetmek gibi uygulamalar spiritüel bakımı diğer temel bakım alanlarına entegre etme yolları olarak kullanılabilir.

Sağlıkçıların spiritüel bakım ile ilgili girişimleri şu şekilde özetlenebilir;

- ✓ Çeşitli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul ettiğinizi iletiniz.
- ✓ Önyargısız bir tutum geliştiriniz.
- ✓ Spiritüel gereksinimlerin önemine dikkat ve onay gösteriniz.
- ✓ Spiritüel gereksinimlerin karşılanması konusunda istekliliğinizi ifade ediniz.³⁴

Bütüncül sağlık bakımında hekimin amacı, sadece bireyin fiziksel iyiliği için, yardım etmek değil, aynı zamanda beden, akıl ve ruh dengesini sağlamak ve bireylerin sağlık bilincini yükseltmek için içlerindeki gücü kullanmalarına yardım etmektir. Bu nedenle, hekimlerin bireylerin spiritüel gereksinimlerini değerlendirebilmeleri ve karşılayabilmeleri için donanımlı olmaları gerekir.

Sonuç ve Öneriler

Akut hastalıkların yönteminde, psikososyokültürel ve spiritüel model hakkında, deneysel araştırmalar yapılarak ileri kanıtların elde edilmesi, kuramsal yapısının oluşturulması ve klinikte kullanılabilecek kanıta dayalı uygulamaların ortaya konması önerilmektedir.

Hekimlerin; fiziksel olmayan iyileştirme becerileri arasında olan aktif dinleme, kolaylaştırma, güven verme gibi iletişim becerileri geliştirilmelidir.

Toplumun sağlık inançları ve sağlık bakımı arama davranışları bilinmeli ve hastaların sorunlarla başa çıkma yeterliliği sağlanmalıdır.

Birinci basamakta çalışan aile hekiminin, hastayı değerlendirirken sadece biyomedikal değil, aynı zamanda psikososyokültürel ve spiritüel faktörleride dikkate alması sağlanmalıdır.

Ayrıca kronik hastalıklarda olduğu gibi, akut hastalıklar konusunda da prevalans çalışmaları yapılmalıdır. Bu çalışmaların ışığında akut

hastalıkların yönetimi konusunda gerekli olan algoritma ve kılavuzlar oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

1. Evans P. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Başak O, Saatçi E, çev.editörleri . Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, 2011.p.13. <http://www.tahud.org.tr/medya/kitaplar/aile-hekimligi-avrupa-tanimi/9> (Erişim tarihi: 15.06.2014)
2. Mosby's medical dictionary : illustrated in full color throughout. (5. ed.). St. Louis: Mosby. 1998.
3. Jones R, White P, Armstrong D, Ashworth M, Peters M. Managing acute illness: An Inquiry into the Quality of General Practice in England. The King's Fund 11-13 Cavendish Square London; 2010. p.13. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/managing-acute-illness-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf (Erişim tarihi: 15.06.2014)
4. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2013. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 16162. 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162> (Erişim tarihi: 15.06.2014)
5. Topallı R, Topsever P, Tuncay MF, Çiğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2003; 7(1): 18-22.
6. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K, ve ark. Bir aile hekimliği merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(3): 7-13.
7. Erdine S. Kanseri ağrısı. In: H Onat, N Mandel-Molinas, editors. Kanseri hastasına yaklaşım: Tanı, tedavi, takipte sorunlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2002. p:261-75.
8. Rakel R E, Textbook of Family Practice. 6th Ed, Philadelphia : W.B.Saunders Company, 2002: 14.
9. McWhinney I, Freeman T. Aile Hekimliği. Güldal D, çev.editörü. 1. baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık; 2012. p.32.
10. Mechanic D. The concept of illness behaviour. Journal of Chronic Disease 1962;15:189.
11. Lamberts H. Morbidity in General Practice: Diagnosis Related Information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers 1984.
12. Akdeniz M, Baltacı D, Işildar H, Kara İH, Yaman H. Geleneksel halk tedavilerinin birincil sağlık bakımı üzerine etkisi: ön çalışma. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(3):1-11.
13. O'Dea N, Saltman DC. Health beliefs. In: Oxford textbook of primary medical care. Jones R et al. (eds). New York: Oxford University Press, 2005: 103-6.
14. Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. Anadolu Psikiyatri Derg. 2001; 2: 222-9.
15. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered adults in The United States. N Engl J Med 2003; 348:2635-45.
16. Fryer GE, Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variation in the Ecology of Medical Care. Ann Fam Med 2003; 1(2):81-9.
17. Hannay DR. The symptom iceberg. London: Routledge and Kegan Paul; 1979.
18. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanseri ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı Dergisi 2009;21(2):45-53.
19. Melzack R. Pain and stress: A new perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychological Factors in Pain. New York: Guilford Press; 1998.
20. Bibeau G. Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda. Transcult Psychiatry 1997; 34 (1): 9-41.
21. Rogler LH, Cortes DE. Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. Am J Psychiatry 1993; 150(4):554-61.
22. Delvaux N, Razavi D, Farvacques C. Cancer care – a stress for health professionals. Soc Sci Med. 1988;27:159–66.
23. Kruijver IP, Garssen B, Visser AP, Kuiper AJ. Signalling psychosocial problems in cancer care: the structural use of a short psychosocial checklist during medical or nursing visits. Patient Educ Couns. 2006; 62: 163–77.
24. Landmark BT, Strandmark M, Wahl A. Breast cancer and experiences of social

- support. In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scand J Caring Sci* 2002;16:216-23.
25. Hoeman SP. Rehabilitation nursing: Process, application & outcomes. 3rd ed. St Louis: Mosby Copration; 2002.
 26. Öz F. İnsan, Spiritüel Gereksinimler ve Hemşirelik. *MN Klinik Bilimler& Doktor* 2004;10(1):350-355.
 27. Cimete G. Yaşam Sonu Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.p.125-135.
 28. McSherry W, Ross L. Dilemmas of Spiritual Assessment. Considerations for Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing* 2002;38(5):479-488.
 29. Klimes R. Spiritual Care: Help in Distress. LearnWell Institute, Inc, a California nonprofit public benefit corporation, January, 2005.
 30. Jones R, van de Lisdonk EH. Illness behavior. In: Oxford textbook of primary medical care. Jones R et al. (eds). New York: Oxford University Press, 2005.
 31. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;8:47-50.
 32. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs* 2002-2003;11:1461-70.
 33. Potter PA, Perry AG. Nursing Concepts Process and Practice, St. Louis, Fourth Edition, Mosby Year Book Inc.1997.
 34. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F, çev.editörü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.p.365-70.

Belgium General Medicine: Free and Independent

Leyla Yılmaz

Université Libre de Bruxelles. Family Medecine department. Brussels, Belgium

ÖZET

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü, Euro Health Consumer Index (ECHI), Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) ve World Markets Research Center (WMRC)¹ gibi dünyaca tanınmış organizasyonların araştırmalarına göre, Belçika sağlık sistemi, dünya sıralamalarında kimi zaman ilk sırayı almış, kimi zaman 5. ya da 6. sıralara kadar gerilemiş olmasına rağmen en iyi ilk 20. sıradaki yerini korumuştur. 2013’de yayınlanan, Federaal Kennis Centrumvoor de Gezondheidszorg’un (KCE) Belçika Sağlık Sistemi Performans Analizi’ne göre halkın %90’ından fazlası sağlık sisteminden, %95’i ise aile hekimlerinden memnun olduklarını söylemektedir. **İçerik:** Belçika’da halkın %95’nin özgürce seçtikleri bir aile hekimi var. Yeni bir şikayet için, bu oranın % 82’si aile hekimine danışırken, bilinen bir şikayet için ise %68’i öncelikle aile hekimine danışmaktadır. Şikayetlerin %88’i ilk basamakta tedavi edilirken, sadece %12’si ikinci basamağa sevk edilmektedir. Belçika’da doktorlar belirli sınırlar dahilinde serbest ücretlendirme uygulayabildikleri gibi, devletle sözleşme yaparak her yıl belirlenen ulusal ödemeler üzerinden de ücret talep edebilmektedirler. Hastalar hekimlerine hizmet bedelini kendileri ödemekte, bağlı oldukları sigortalar (mütüeller) ise ücretin bir kısmını tekrar hastaya iade etmektedir. Ülke genelinde, ortalama bir aile hekimine yaklaşık 1000-1200 popülasyon düşmektedir. **Sonuç:** Bağımsız tıbbi uygulamalar, hastanın özgür olarak hekimini seçebilmesi, hastaların hizmet bedelini kendi ödeyip, tekrar bir kısmını sigortasından alması, Belçika sağlık sisteminin üç ana özelliğini oluşturmaktadır. Bu durumda, hizmet sunanlar arasında rekabet fazla olup, hekimler hastalarına ve ihtiyaçlarına oldukça duyarlı davranmaktadırlar. Bu da hekim-hasta ilişkisinde karşılıklı tatmin ve memnuniyeti getirmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık Sistemi, Aile Hekimliği, Aile Hekimi, Belçika

Abstract

Introduction: According to research of well-known organizations such as the World Health Organization (WHO), Euro Health Consumer Index (ECHI), Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) and World Markets Research Center (WMRC)¹ the health care system in Belgium has been ranked 1st in some articles, while ranking 5th- 6th sometimes in the world. However, at worst, Belgium healthcare ranks in the top 20. According to Federaal Kennis Centrumvoor de Gezondheidszorg (KCE)’s Belgium Health System Performance Assessment, 90% of people are satisfied with the health system, and 95% of them are satisfied with the general practitioners (GPs). **Method:** Literature review **Content:** 95% of people have GPs, and in which they are free to choose. 82% of patients go to GPs for a new complaint. 68% of patients go to GPs for prior known complaints for their initial visit to that particular GP. 80% of complaints are treated in the primary care setting, and 12% of patients are referred to secondary care. In Belgium, while physicians are free to charge by an independent tariff within certain limitations, they may also choose to be paid over the national payment determined annually, by making a contract with the government. Patients pay the cost of the medical service to their physicians; subsequently, a certain amount of it is reimbursed to patients by the mutual (fr. *Mutuelle*) they are affiliated with. There are on average 1000-1200 patients per physician throughout the country. **Conclusion:** Independent health practices, freedom of choice of physicians for patients, out-of-pocket payment and reimbursement are the three main features of Belgium’s health system. This allows for competition between the service providers, and competition increases the sensitivity to patients’ needs. This in turn has brought on mutual satisfaction and pleasure in the patient-physician relationship.

Key words: Health care systems, general practice, physicians, Belgium

Yılmaz L. Belgium General Medicine: Free and Independent. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(4):124-8
DOI: 10.5455/tjfmprc.163272.

Corresponder author: Leyla Yılmaz, Université Libre de Bruxelles. Family Medecine department.

Brussels, Belgium, mail: Leyla.Yilmaz@ulb.ac.be

Rec. Date: 30.06.2014

Accept Date: 26.10.2014

I. Preface

According to research of well-known organizations such as the World Health Organization (WHO), Euro Health Consumer Index (ECHI), Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), World Markets Research Center (WMRC)¹, the health care system in Belgium has been ranked 1st in some articles, while ranking 5th- 6th sometimes in the world. However, at worst, Belgium healthcare ranks in the top 20. According to KCE's Belgium Health System Performance Assessment, 90% of people are satisfied with the health system, and 95% of them are satisfied with the general practitioners (GPs).² Belgian healthcare system is organized in a liberal way, consistent with many other issues in Belgium. 95% of people have GPs whom they are free to choose. 82% of patients go to GPs for a new complaint. 68% of patients go to GPs for previously known complaints for their initial visit to that particular GP. 80% of complaints are treated in the primary care setting, and 12% of patients are referred to secondary care. 75% of the people reported that they go to their GP at least once per year.³

The purpose of our study is to answer the following question: how does the established and successful Belgian health system and general medicine work?

II. Material and Methods

The data in this study was obtained from the web sites of organizations and institutes such as the WHO, OCDE, ECHI, and KCE. Additionally, some data was obtained from the web sites of Free University of Brussels (ULB) - Department of General Medicine, the Catholic University of Leuven (UCL) Department of General Medicine, and the University of Liège (ULg) Department of General Medicine.

The data of School of Public Health (ESP) - Free University of Brussels was also evaluated. The web sites of 'Institute of National Assurance Maladie Invalidité' (INAMI), each one of the six mutual organizations (Christian, socialist, neutral, free, liberal, CAAMI), and 'Groupement Belge des Omnipraticiens' (GBO) have also been evaluated. Google Scholar and Science Direct were used as search engines.

The key words according to MeSH are health care systems OR general practice, practitioners OR physicians AND Belgium

III. Content

1) Evolution of General Medicine in Belgium⁴

From the 19th to mid-20th century, physicians were thought to be the pioneers of general medicine. Almost all of the physicians were men, and they were polyvalent and humanistic. These early physicians separated their time into clinics, home visits, delivery rooms, minor surgeries, dentistry, and pharmacy. They were available at all times. They were known as scientists-scholars who managed populations in a large geography, were very active in social life, and had close relationships with priests and notaries.

In the late-20th to early-21st century faculties and hospitals were founded; there was a significant increase in the number of physicians, an explosion of sub-specialties, and incredible inventions in medicine and technology. There were also more migrations and divorces, and thus the deterioration of the family; there has been a choice of young physicians to work less, and many other facts along these lines that have changed the profile of the paternalist physician-patient relationship.

The developments seen in the last 40 years are the beginning of the group work and networking, the adoption of regulation about the general practitioner education (6+3 years) that is defined in European Directives, general medicine departments which have been established to control these educations, computerization and the revolution of the internet, improvement of information and communication networks, accreditation agreements which evaluate qualifications (see: additional file), and the feminization of the physicians, especially in the realm of general practitioners. In 2013, 75% of the students attending the Belgium Faculty of Medicine were female. Today, > 50% of Belgian GP's are over 50 years of age, and the majority of them are male. 74% of physicians' aged 25-29 are female. According to a study published by "Le Journal du Médecin"⁵ physician gender affects practice in family medicine strongly. It has also been reported that female family physicians spend more time in physical examinations, ask more questions about medical history, develop more empathy, and prescribe approximately 30% less prescriptions. Also, female physicians prefer group works and prefer half day shifts. This last point changes the number of patients per physician strongly.

2) Belgian Healthcare System

There have been two different social insurance concepts in European countries after 1945. These

include the Bismarck model which is defined as workers' solidarity, and the Beveridge model which depends on taxes. Even though no country recognizes Bismarck or Beveridge models 100%, one model is always more dominant in a country. In this sense, 66% of compulsory social security insurance of Belgium (ONSS) is financed by workers and employers (Bismarck), while 33% of ONSS is financed by the Beveridge model.⁶

Today, ONSS covers 99% of the population, and is shared among a few insurance areas such as unemployment, retirement, child benefit, vacation with pay, and health insurance. National Health Insurance (INAMI - Institut National Assurance Maladie Invalidité) distributes these funds between mutual (fr. *Mutuelle*) associations, which include six insurances that differ in regard to politics and/or religion. Inspection negotiations occur between mutual and physician and appoint nomenclatures. While physicians in Belgium can charge a fee by independent tariff within certain limitations, they can also charge a fee by signing a contract with the government that is defined every year. In this context, the ratio of physicians that signed the contract was 83%.⁷

The examination fee charged by family medicine physicians was 24.50 euros for the year 2013. This fee can reach up to 50 euros for physicians without a contract. Patients pay the fee out of pocket and get compensated from the mutual they are affiliated with (between 18 and 23 euros, according to the status of patients). Because the ratio of compensation is fixed, the deductible paid by the patient for physicians without a contract is high. Patients who are not able to pay the whole fee may pay only the deductible. In this case, mutuels pay the deductible to physicians instead of patients.

Admission to hospital, medical examinations, and medications are paid by mutuels, patients only pay the deductible. Purpose of deductible is to prevent wastage in health system as well as to stimulate sensible use of health care. The salary of patients who can't work due to accidents and pregnancy are paid by mutuels. While these mutuels are not profit-oriented, profit-oriented insurance business is rare in Belgium.

Health expenditures of social insurance system comprise 80% of all health expenditures. Also 78% of Belgium citizens use a complementary health insurance. This additional insurance offers wide advantages such as alternative medicine, psychological therapies, family planning, non-mandatory vaccinations, materials like glasses or prostheses, birth contribution, child care, home

health care, house cleaning, sports, obesity clinics, smoking cessation clinics, cultural trips, etc.

3) Work environment

Family physicians that work with independent status can choose a workplace as a family medicine unit. Country-wide, an average GP is responsible for approximately 1000-1200 patients and physicians can schedule their work hours according to need of their patients and offer services with appointments.

There is no obligation or supervision on their work environment, tasks (vaccination, obstetrics...) and work hours. Family physicians identify their needs for equipment, and provide themselves.

70% of physicians work single handedly, while 30% work in a group atmosphere. The latter group is categorized into two subgroups as health centers and health houses. Health houses offer free treatment to their patients under foundations such as municipality and include family physicians, nurses, kinesitherapists and dentists. The health houses are provided incomes from the insurance of each patient.³ Health centers are founded by the union of few family physicians and specialists.

Other departments where family doctors work:

Hospital shifts

Family planning

School Medicine

Birth and child office ("ONE" – Office de la Naissance et de l'Enfance)

Sports medicine

Occupational physician

Alternative medicine

Administrative unit

4) Family medicine and communication network³

One of the strongest points of family medicine in Belgium is the developed communication network that keeps the family physician in a central role, optimizes coordination, and encourages continuity.

Communication with specialists

Family physicians refer their patients to specialists with a report, and in return get informed by specialists and hospitals the regarding the course of the treatment. Patients may choose to go to a specialist directly, but patients referred by a family physician are prioritized.

Specialists are supposed to inform family physicians via a letter or computer system.

Communication and hospitals

Every patient referred to the emergency service or to hospital should be reported back to the family physician.

During admission, severe changes in the health of the patient should be notified by phone and discharge of the patient should be notified via a report to the patient's family physician.

The family physician may visit his/her patients in the hospital, and may participate in an operation at will. A weekly visit is paid by the mutual whilst in hospital.

Communication with paramedical departments

Family physicians are always in touch with nurses, psychologists, pharmacists, physical therapists, and nursing homes.

5) Centers on duty

There are centers on duty among family physicians network to provide continuance and lighten emergency workload.

Centers on duty cover one or few municipalities and grant out of work home visits, night and weekend shifts. This is the route for patients who want to reach their physicians. During out of work hours they are directed to centers on duty.

According to the agreement criteria, every family physician must pay his or her center on duty on a yearly basis. (For 2013, the price fluctuates between 120 and 300 euros for physicians between who stay on call and who doesn't stay on call)

For 2013, on duty fares ranged between 55-85 euros for weekday-weekend shifts and day-night shifts. During these on duty shifts, every 30,000 citizens get one family physician.

Even though on duty work is obligatory for each family physician, shifts are covered by assistant physicians or physicians in need of money.

These centers provide service in certain places or by sending a physician to home service.

6) Home care services

Home care services in France and Belgium are higher compared to other neighboring countries (Holland: 5%; Germany: 10%, England: 16%, Italy: 19%, France and Belgium 30%), however these rates decline every year. There are several reasons for this decline including the increase in number of physicians, easier transports, increased number of on duty centers, and the preference on emergency services. Also, declines in home care services are due to the fact that they are 50% more expensive than the normal fee.

7) Financial supports by INAMI⁸

- Government created a "Global Medicine File" system to centralize patient information and to provide communication between physicians and

pay a yearly fee to every family physician using this system. Mutuels make higher payments to patients who take part in this system.

- Every family physician matching the criteria of agreement and accreditation gets a yearly bonus. Also, every contracted physician who matches this criterion can ask for higher fees and patients get better payments from their mutuels.
- Yearly bonus is paid to physicians who take part in informatics file system.
- Physicians who attend to local medical evaluation meetings such as Groupement Local d'Evaluation Medical (GLEM) (+8 FD) and dodecagrup (+12 FD + 2 specialists) get a bonus per attendance, at a limit of 4 meetings in a one year period.
- On condition that working in a municipality that is short on family physicians, each physician is paid an extra 20,000 euros, and this money is not paid back to INAMI.
- Physicians who employ a secretary get a yearly bonus.

All in all, the income of family physicians is provided from 3 different resources. First, a fee is taken for every patient. Secondly, a bonus is taken from mutuels per patient seen (DMG). Finally, yearly bonuses are derived from INAMI.⁹

8) Family physician education in Belgium³

Family physician education will be 7+2 years until 2018, and then will change to a 6+3years system.

Family medicine is a private sector in Belgium and education is provided out of hospital.

Students take 12 hours of theory lessons in the fifth year and are also sent to tutors in private clinics for 2 weeks. Additionally, they join 3 hours of family medicine seminars.

In the sixth year, they go for one month of internship. In seventh year, students who choose family medicine must go for 12 months of overall clerkship, and 6 month of this internship must be in family medicine. Also, 200 hours of family medicine-specific courses are required.

Residency program lasts 2 years, and one year during this program must be in a private family medicine unit. According to preference of resident, they can go for a rotation in a hospital for 3 or 6 months.

Also, they are obligated to join seminars during the year for 40 hours. These seminars are carried out by two tutors and include answers to problems

students run into, case discussions, and psychological supports

To be on duty for 120 hours in a year and in the last year of residency to defend family medicine thesis before an inter-university jury are among conditions to be a family physician.

Agreement and accreditation criteria

5 requirement of certificate so called agreement

-To treat at least 1200 patients in a year

-To grant continuity in treatment

-Home visits

-To own a clinic with a team

-To keep patient charts up to date by contacting other specialists

Accreditation has 13 criteria and includes the condition to own 20 CP in a year. (1 CP = 2 hours, 2 CP= half day, 3 CP= whole day) Among these, 3 CP requires attendance to "ethics and economy", 2 CP requires attendance to local doctor alignment meetings called GLEM (Groupe Local d'Evaluation Medical)

IV. Conclusion

The healthcare system in Belgium offers mutual satisfaction and reassurance to both physicians and patients because of an extensive and developed social health insurance, inter-society organizational cooperation, accessibility and equality. Also, independent medical application, freedom of choice for patients, patients' paying service fee out of pocket, free and independent work environment for physicians allow for a highly functioning environment.

Acknowledgment:

I want to thank to Prof. Dr. Ersin Akpınar who supported and encouraged this study, Prof. Dr. Robert Diels, Prof. Dr. Alain Firket and Dr. Halioui Said who read this paper and approved, and to my family for the moral support.

References:

1. Van Rompaey Ch., « Quel est le meilleur système de santé ? », En marche. Accessed January 02, 2014, at http://www.enmarche.be/actualite/a_suivre/2002/Le_meilleur_syste_me_de_sante.htm
2. KCE (Federaal Kennis Centrum voor de Gezondheidszorg), La

performance du système de santé Belge rapport ; 2012-2013.

3. M. Schetgen. Intitulé du cours: Médecine Générale. Université Libre de Bruxelles. 2012-2013.
4. M. Schetgen. L'évolution de la Médecine Générale. Rev Med Brux 2006; 27: p. 61-63
5. J. Luong. Féminisation de la médecine - Le genre influence la pratique. Le Journal du Médecin; Bruxelles, Belgique, 2013, p. 2340-8.
6. N. Seuryck-Benahmed. Intitulé du cours: Principes généraux d'organisation et de gestion des entreprises de santé. ESP. 2012-2013.
7. Sağlık turizmi araştırması, bilgi formu. Brüksel Ticaret Müşavirliği ; 2013. p.1-4.
8. Institut National Assurance Maladie Invalidité. Accessed January 15, 2014, at <https://www.inami.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation/conditions-accreditation.htm>
9. Groupe Belge des Omnipraticiens. Accessed January 30, 2014 at <http://www.le-gbo.be/index.php>
10. B. Palier. La réforme des systèmes de santé. Paris: PUF; 2004. p. 26-54.
11. OCDE (Organisation de développement et de coopération économiques), Panorama de la Santé. Paris. OCDE; 2007, 2008 and 2009.
12. OCDE/IRDES, Eco-santé, données de l'OCDE et de l'IRDES sur les systèmes de santé des pays de l'OCDE. 2007, 2008 and 2009.
13. OMS (Organisation Mondiale de la Santé), The World Health Report. OMS. 2000
14. ECHI (Euro Health Consumer Index 2013), Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2013 report, 2013.

A case of accidental benzalkonium chloride (10 %) ingestion

Hayriye Külbay, Şebnem Eren evik, Zeynep Vural

Maltepe Zmrtevlr Number 1 Family Medicine Clinic , Istanbul, Turkey

Umraniye Education and Research Hospital Emergency Department, Istanbul, Turkey

Haydarpasa Numune Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey

ABSTRACT**A case of accidental benzalkonium chloride (10 %) ingestion**

Benzalkonium chloride (BAC) is a cationic surfactant which is widely used for antiseptis and disinfection in hospitals, at home and public places. Benzalkonium chloride solutions of 10 % or more are toxic to humans. We report the case of a member of medical staff who accidentally ingested BAC and emphasize the importance of immediate medical treatment which can both improve outcome and reduce complications. Treatment modalities vary from supportive treatment to surgery. In our case, the management consisted of gastric lavage, antibiotics, corticosteroids, total parenteral nutrition and proton-pump inhibitors. As BAC ingestion is rare and current literature does not give clear instructions of what to do in such a situation, we aimed to give a brief survey of treatment options in severe exposure to concentrated BAC solution, to assess the fundamental affects and to give guidelines for managing similar situations.

Key Words: Highly concentrated benzalkonium chloride solution (10 %), Ingestion, Poisoning

Külbay H, evik ŐE, Vural Z. A case of accidental benzalkonium chloride (10 %) ingestion. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(4):129-132. DOI: 10.5455/tjfmpr.165553

Introduction

Benzalkonium chloride (BAC) is a cationic surfactant which is widely used in the formulation of disinfectants and bactericidal sanitisers for healthcare in hospitals, at home and public places. Like other quaternary ammonium compounds, BAC is widely used as a germicide for the disinfection of medical utensils because the aqueous solution has low surface tension¹ and also in ophthalmic, nasal and aural pharmaceutical preparations. The safety factor of BAC allows its usage in household products and a wide range of leave-on skin sanitisers and baby wipes. Although BAC has been in clinical use since 1935 its toxicity is not well established.² The toxic effects depend on dose and the route of admission and poisoning can be fatal.³ Depending on the purposes, different concentrations that vary from 1:750 to further dilutions of BAC solutions may be used. Solutions may be bacteriostatic or bactericidal according to

their levels of concentration. Aqueous solutions of BAC vary from neutral to slightly alkaline and are generally colourless, and non-staining. They have a bitter taste, aromatic odor, and foam when shaken. Concentrated BAC solutions (concentration of 10 % or more) are toxic to humans, as they can cause skin and mucosa irritation to the skin and mucosa, chemical burns and death if taken internally.⁴ We report the case of a member of medical staff who accidentally ingested BAC and emphasize the importance of immediate medical treatment which can both improve outcome and reduce complications. As BAC ingestion is rare and current literature does not give clear instructions of what to do in such a situation, we aimed to give a brief survey of treatment in severe exposure to concentrated BAC solution, to assess the fundamental affects and to give guidelines for managing similar situations.

Case report

A 28 year-old woman, a member of staff in a family medicine clinic accidentally swallowed half a glass (approximately 125 ml) of highly concentrated (10 %) BAC solution which was being used for sterilizing otoscope / ear speculums. The solution had not been further diluted with water yet. On

Corresponding author:

Hayriye Külbay

Maltepe Zmrtevlr Number 1 Family Medicine Clinic ,
Istanbul, TurkeyE-mail: medicine1980@gmail.com

Received Date: September 16, 2014

Accepted Date: October 26, 2014

the way to the hospital, the Poison Control Center was called. Her feelings of restlessness, apprehension and worry were appreciable half an hour later after exposure. After an hour, signs of gastrointestinal irritation such as nausea, vomiting appeared. Because of the soapy characteristic of BAC solution, her vomit was foaming. She arrived at the hospital two hours after the ingestion. On admission, she was conscious, cooperated and orientated. Her vital signs were as follows; blood pressure 130 / 80 mmHg, pulse rate 115 beats/min, respiratory rate 26 breaths/min, temperature 36.7 °C, and oxygen saturation 98 %. She was slightly dyspneic. Her Glasgow Coma Scale (GCS) was 15 (E4V5M6). Her oral intake was stopped. A peripheral intravenous line was inserted and rehydration with 0.9 % sodium chloride intravenous infusion was started. Oxygen was also applied via a nasal cannula. Her laryngoscopic exam revealed hyperemia in the oropharynx, rubor and slight edema in the larynx. 8 mg of dexamethasone sodium phosphate was administered intravenously to relieve the edema in the oropharynx and larynx. Her dyspnea improved a few minutes after the injection. The electrocardiogram and chest X-ray were normal and analysis of arterial blood gases showed a normal acid-base balance. Her blood tests were within normal ranges except the aPTT value (27 seconds) and prothrombin time (13.3 seconds). Emergency endoscopy was performed at the fourth hour of ingestion. Esophagogastroduodenoscopy revealed multiple superficial (Grade I) lesions on the esophagus, cardia, fundus, corpus and antrum of the stomach. The antrum was also slightly edematous. The lesions were considered as caustic injuries consistent with BAC solution ingestion. Endoscopic evaluation of the pylor and duodenum were not possible due to patient intolerance. Following the procedure, gastric lavage was performed. Further treatment consisted of parenteral nutrition, proton-pump inhibitor (intravenous pantoprazole 80 mg/day) and prophylactic antibiotic therapy (intravenous ampicillin and sulbactam, 2 gram every 12 hours for 5 days).

During the hospitalization period, the patient's vital signs were considered to be stable

and physical examination was normal. The patient was discharged after two hours of monitorization. She was recommended to start oral intake with liquids and to change over to a normal diet gradually. She was advised to continue pantoprazole for a month. A follow-up visit was scheduled for a week after discharge. Dysphagia had disappeared and physical examination remained normal. Oral pantoprazole therapy was continued for a month. Endoscopic control performed 3 months after ingestion showed complete healing of the lesions and showed no pathologic findings.

Discussion

BAC is a cationic detergent with a very slow turnover. Due to widespread usage of BAC solutions, accidental ingestion that cause important side effects may occur. The toxicity, is time and dose dependent.⁵ Aqueous solutions of BAC vary from neutral to slightly alkaline. As the characteristic of alkaline substances, they adhere to the mucous membrane, lead to increasing damage by prolonged contact with the mucosa. Thus, the concentration of BAC solutions is important in clinical use. Although BAC is effective at exceptionally low concentrations², medical staff may fear using diluted BAC solutions due to the following reasons: as with antibiotics, the usage at sub-inhibitory concentrations of biocides to be used at recommended dilutions and contact time to ensure effective disinfection can potentially result in resistant organisms. Moreover, studies show that when used in sub-inhibitory concentrations, BAC solutions may result in increased resistance in *Pseudomonas aeruginosa*.⁶ However, according to toxicology studies, solutions of 10 % or more are toxic to humans, cause skin and mucosa irritation, chemical burns and death if taken internally.⁴ Warning signs of BAC solution toxicity include nausea, vomiting, restlessness, apprehension, dysphagia and dyspnea. Other toxic effects associated with oral doses include central nervous system depression, muscular weakness, corrosive injuries to the gastro-intestinal tract, kidney damage and death. Prognosis depends on the dose ingested and how quickly treatment is received. Early medical attention results in better

prognosis and the outcome depend on the extent of this damage. Damage continues to occur at the esophagus and stomach for several weeks after the solution was ingested.

Treatment schemes for caustic injuries with various concentrations of BAC solutions depend on the patient's general medical condition, local irritation and severity of lesions and complications in the gastrointestinal tract. The spectrum of treatment changes from supportive therapy to immediate emergency interventions and medications, managing complications or surgery.

Endoscopy is essential for the initial evaluation of location and severity of the gastrointestinal tract injuries in ingestion of the caustic substances like BAC solutions. Optimal timing for emergency endoscopy is recommended within 12 hours and no later than 24 hours after caustic ingestion.⁷ Immediate endoscopic evaluation may miss the extent or depth of the lesions in the gastrointestinal tract. Injury with caustics proceeds to ulceration through inflammation, vascular thrombosis and fibrin crust within the first week after ingestion. In the healing process, granulation tissue formation with collagen deposition appears between weeks 2-3. This new tissue is weaker than normal tissue. Thus, there is an increased risk of perforation during endoscopic evaluation and predisposition to spontaneous esophageal rupture in endoscopies performed later than 24 hours and within the next few weeks after ingestion. Therefore, as a convenient timing, our patient underwent endoscopy after the fourth hour of the ingestion and an esophagogastroduodenoscopy was scheduled for three months after the incident for safe endoscopic control.

Corrosive esophageal injuries can result in stenosis.⁸ BAC can act as a topical neurotoxin resulting in distal esophageal aganglionosis characterized by distal narrowing, proximal dilatation causing decreased food intake.⁹ The role of steroids in the treatment of corrosive injuries caused by BAC ingestion has not been well established yet. However, evidence supports that

steroids decrease stricture formation in grade 2 injuries in humans.¹⁰ Our patient had dysphagia and was slightly dyspneic due to irritation and sub mucosal edema in the oropharynx and larynx. Intravenous administration of dexamethasone sodium relieved these symptoms in our patient. Allergic reactions may also appear with ingestion of caustic agents. It is not clear whether the symptoms in BAC poisoning are related to irritation and the chemical effects of the solution or to an allergic hypersensitivity reaction. Prophylactic antibiotics were administered regarding the risk of infection linked to caustic injuries and steroid use. Oral treatment with a proton-pump inhibitor was started for symptomatic and curative relief for injured mucous membranes and was continued for a month. In conclusion, difficulties in managing emergencies with caustics are encountered in clinical practice. Medical staff should be educated in regard to safe storage of caustic agents. The ingestion of caustics like BAC solutions may induce a wide range of injuries in the gastrointestinal tract, which can be mild or fatal. Our aim in reporting this case of severe exposure to concentrated BAC solution was to improve the management of similar situations.

References

1. Von Berkel M, Wolf FA. Survival after acute BAC poisoning. *Hum Toxicol* 1988;7:191-3.
2. Marple B, Roland P, Benninger M. Safety review of benzalkonium chloride used as a preservative in intranasal solutions: an overview of conflicting data and opinions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:131-41.
3. Hitosugi M, Maruyama K, Takatsu A. A case of fatal benzalkonium chloride poisoning. *Int J Legal Med* 1998;111:265-6.
4. Seymour Stanton Block. *Disinfection, Sterilization, and Preservation*. 5th ed. 2001. Lippincott Williams & Wilkins:311.
5. Pozarowski P, Pozarowska D. Benzalkonium chloride (BAK) induces apoptosis or necrosis, but has no major influence on the cell cycle of Jurkat

cells. *Folia Histochemica et Cytobiologica* 2011;49:225–30.

6. Mc Cay PH, Ocampo-Sosa AA, Fleming GT. Effect of subinhibitory concentrations of benzalkonium chloride on the competitiveness of *Pseudomonas aeruginosa* grown in continuous culture. *Microbiology* 2010;156:30-8.

7. Lupa,M, Magne J, Guarisco JL, Amedee R. Update on the diagnosis and treatment of caustic. *Ingestion J* 2009;9(2):54–9.

8. Turan C, Ozkan U, Ozokutan BH, Ozdemir M, Okur H, Küçükaydin M. Corrosive injuries of the esophagus in newborns. *Pediatr Surg Int* 2000;16:483-4.

9. Goto S, Grosfeld JL. The effect of a neurotoxin (benzalkonium chloride) on the lower esophagus. *Surg Res* 1989;47:117-9.

10.Schaffer SB, Hebert AF. Caustic ingestion. *J La State Med Soc* 2000;152:590–6.

İspanya'da Bir Önkonferans Değişim Programı Deneyimi

Candan Kendir Çopurlar, Yasemin Kılıç Öztürk

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

ÖZET

İspanya'da Bir Önkonferans Değişim Programı Deneyimi

Vasco da Gama Movement 2004 yılında Amsterdam'da başlatılmıştır. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerini ve aile hekimi uzmanlığının ilk beş yılındaki uzman hekimleri desteklemeyi amaçlamaktadır. Vasco da Gama Movement hareketinin programlarından birisi Konferans öncesi değişim programıdır. Ev sahibi ülkede sağlık merkezi ziyaretini ve programın son iki gününde de konferans katılımını içermektedir. Bu yazıda 17-21 Mart 2014 tarihleri arasında Madrid- İspanya'da katıldığımız Minihipokrat değişim programı gözlemlerimizi aktarmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Vasco da Gama Movement, Minihipokrat değişim

ABSTRACT

A Preconference Exchange Experience in Spain

Vasco da Gama Movement was started in Amsterdam in 2004. It aims to support residents in family medicine or family physicians in fifth year. One of the programmes is Minihippokrates exchange. It aims that visit of a health center and involvement of a conference after this programme. In this article, we aimed to write observations in minihippokrates exchange programme in Madrid/ Spain in March 17-21, 2014.

Key Words: Vasco da Gama Movement, Minihippokrates exchange

Çopurlar CK, Öztürk YK. İspanya'da Bir Önkonferans Değişim Programı Deneyimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(4):133-7. DOI: 10.5455/tjfm.161235

Vasco da Gama Hareketi (VdGM), 2004 yılında Amsterdam'da düzenlenen WONCA Avrupa kongresinde başlatılmıştır. Amacı, asistanlık döneminde ya da uzmanlığın ilk beş yılındaki Aile Hekimleri'ni desteklemek olan bu oluşum çerçevesinde birçok etkinlik planlanmıştır(1-4). Bunlardan birisi de "Minihipokrat Değişim Programı"dır. Minihipokrat Değişim Programı; Aile Hekimliği uzmanlığı öğrencilerinin veya uzmanlığının ilk beş yılındaki aile hekimlerinin katılımıyla gerçekleştirilen bir konferans ve bu konferansın öncesinde bir veya iki günlük bir sağlık merkezi ziyaretini kapsamaktadır. İspanyol Aile Hekimleri Derneğinin (semFYC) bir kolu olan Madrid Aile Hekimliği ve Halk Sağlığı Cemiyeti (SoMaMFyC)'nin düzenlediği program, 17-21 Mart 2014 tarihleri arasında VdGM bünyesinde İspanya/Madrid'de, 9 farklı ülkeden 21 Genç Aile Hekimi ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirildi.

Corresponding author:

Candan Kendir Çopurlar
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
E-mail: candankendir@hotmail.com
Received Date: June 28, 2014
Accepted Date: October 05, 2014

Bu yazıda, Minihipokrat Değişim Programı ile İspanya Aile Hekimliği sistemine dair gözlemlerimizi aktarmayı amaçladık.

Madrid Aile Hekimliği ve Halk Sağlığı Cemiyeti (SoMaMFyC)'nin düzenlediği bu organizasyonun bilimsel programı; dört gün süreyle 08.00-15.00 saatleri arasında kırsal veya kentsel alanda birinci basamak Aile Hekimliği uygulamalarını gözlemleme, bir gün öğleden sonra birkaç saat süreyle, şehrin en büyük hastanelerinden biri olan La Paz Hastanesi Acil Servisi'nde gözlem yapma ve bir gün süren (08.00-18.00 saatleri arasında) Rey Juan Carlos Üniversitesi'nde gerçekleştirilen "Kriz zamanında Tıp" (Medicina en Tiempo Crisis) konulu konferansa katılımı içermektedir.

Uzmanlık Eğitimi ve Genel Bilgiler

Kentsel alanda, Aile Hekimliği uygulamalarını gözlemleme programı kapsamında dört gün süreyle "Jaime Vera Sağlık Merkezi'nde" Uzm. Dr. Carlos Ribot Catala ve aynı zamanda kendisine ev sahipliği de yapan güler yüzlü ve misafirperver Aile Hekimliği asistanı Dr. Agora Magda Lena Delgado eşliğinde, elde edilen bilgiler doğrultusunda kentsel alandaki birinci basamak sağlık uygulamaları Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk

tarafından gözlemlendi. Kırsal alanda Aile Hekimliği uygulamaları gözlemeleme programı kapsamında, ilk dört gün boyunca "Consultorio Local/ Velilla de San Antonio" sağlık merkezi Asist. Dr. Candan Kendir Çopurlar tarafından, Uzm. Dr. Maria Jesus Grifo Penuelas ve birlikte çalıştığı asistanı Dr. Enrique Noe Navarro Jimenez eşliğinde gözlemlenerek bilgiler elde edildi.

İspanya'da, aile hekimliği uzmanlık eğitimi dört yıldır. Bu süreç, rotasyonları, acil servis nöbetlerini ve sağlık merkezi'nde aile hekimliği eğitimini kapsamaktadır. Eğitimin ilk üç yılı ağırlıklı olarak dahiliye, kadın doğum ve pediatri rotasyonlarından oluşmaktadır. Bunun dışında, diğer bölümlerde düzenlenebilen sürelerde, ayrıca ambulans ve yoğun bakım servisinde de birer ay eğitimleri bulunmaktadır. Dört yıllık eğitim süreleri boyunca, asistanlara zorunlu olarak her ay bağlı oldukları hastanenin acil servisinde beş veya altı nöbet planlanmaktadır. Bu nöbetler için, maaş harici ücretlendirme yapılmaktadır. Eğitimlerinin ilk yılında bir ay, ikinci ve üçüncü yıllarında ikişer ay, son yılın ise tamamında danışmanlarının bulunduğu sağlık merkezinde aile hekimliği eğitimi uygulanmaktadır. Uzmanlık eğitiminin başlangıcında, asistanlara dört yıl boyunca uymaları gereken bir rotasyon çizelgesi planlanırken, çalışacakları sağlık merkezi ve uzmanı seçme hakkı verilmektedir. Aynı zamanda aile hekimliği eğitimini de burada tamamlama imkanı sağlanmaktadır. Aile hekimliği eğitimini verebilmek için, uzmanların istekli ve deneyimli olmaları yeterli görülmekte, özel bir dosya sunumu veya sınav başvurusu gerekmemektedir. Eğitim süresince, asistanların her yıl en az bir bilimsel çalışmaya katılımı, uzmanlık tezi hazırlaması ve sözlü bitirme sınavında başarılı olmaları beklenmektedir. Hekimler, uzmanlık eğitimini tamamladıklarında zorunlu hizmet bulunmadığından, istedikleri hastaneye özgeçmişleriyle iş başvurusu yapabilmektedirler. Ancak, özellikle kentsel alanlardaki sağlık merkezlerindeki aile hekimleri, yerlerinden ayrılmadıkları için sağlık merkezlerinde iş bulma olasılığı çok düşük olup, yeni uzmanlar genelde hastanelerin acil servislerinde çalışmakta, bazen de işsizlik ile yüz yüze kalmaktadırlar. Ülkede, uzmanlık yapmadan birinci basamakta çalışmak mümkün değildir. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimini tamamlamış bireyler, isterlerse pediatri alanında da yüksek lisans yaparak sağlık merkezlerinde pediatrist olarak çalışabilmektedir. Her bir aile hekimine kayıtlı yaklaşık 1500-2000 civarında birey bulunmakta ve günlük hasta başvurusu sayısı yaklaşık 40-45 arasında değişmektedir. Bireyler, kendi aile hekimlerini isterlerse değiştirebilmekte, ancak kendi aile

hekimleri dışında başka bir aile hekimine başvuramamaktadırlar.

Hastane ziyareti

Değişim programı çerçevesinde, bir diğer aktivite de şehrin en büyük hastanelerinden biri olan "Universitario Hospital de La Paz" ziyareti oldu. Hastanenin acil servisi, pediatrik acil, travma, obstetrik acil ve erişkin acil olmak üzere dört ana bölüme ayrılmıştı. Ülkede, acil tıp, bir tıp disiplini olarak kabul edilmeyip, uygulamada acil tıp uzmanları bulunmadığından, acil servislerin sorumluluğu aile hekimlerindedir. Ayrıca, acil serviste birçok branştan konsültan hekim de görev almaktadır. Acil servislere günde yaklaşık 300 erişkin, 300 çocuk hasta başvurmakta ve hasta yatışı acil serviste beş güne kadar yapılabilmektedir. Acil serviste, toplamda yüze yakın yatak bulunmaktadır. Bu yatakların bir kısmı, sadece hemşirelik gözlemi gerektiren hastalara ayrılmıştır. Acil serviste, travma hastaları için bir travma alanı bulunmakta ve aile hekimleri bu hastalara rutin FAST (Focused Assessment for Trauma) bakısı uygulayabilmektedir. Pediatristlerin ve aile hekimlerinin görev yaptığı çocuk acil servisinde, 14 yaş altındaki bireyler muayene edilmekte ve bireylere bu alanda müdahale edilmektedir. Triyaj, bir doktor ve bir hemşire tarafından yapılmakta olup hastaların ortalama bekleme süresi aciliyet durumuna göre değişebilmekle birlikte, yaklaşık bir saattir. Acil serviste, 08:00-15:00 saatleri arasında aile hekimliği uzmanları görev yapmakta olup, 15:00'dan sonra genellikle dört uzman ve yaklaşık 15-17 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi görev yapmaktadır. Faydalı olacağını düşündüğümüz bir önemli nokta da, acil serviste bulunan hasta yakınlarına kötü haber verme biriminin varlığıdır. Bu odada, durumu ağırlaşan ya da ölümle sonuçlanan hasta yakınları hekim ve hemşireler tarafından bilgilendirilmekte, bu durumu kabullenebilmeleri açısından sessiz ve sakin bir ortam sağlanmaktadır.

Konferans

Değişim programının son günü "Medicina en Tiempo Crisis" (kriz zamanında tıp) konulu konferans gerçekleştirilmiştir. Bu konferans çerçevesinde, İspanya'dan diğer ülkelere bizim gibi Değişim Programı çerçevesinde gelen meslektaşlarımızın, değişim programı süreci ve kendi ülkelerindeki uygulamalarla ilgili deneyimleri hakkında bilgi verildi. Kongrenin bir oturumu, değişim programlarına dair gözlemlerimizi ve kendi ülkemizdeki aile hekimliği uygulamalarımızı anlattığımız sunumlara ayrılmıştı. Burada, hem

ülkemizdeki deneyimleri paylaştık hem de her ülkeden bir katılımcının sunumuyla, farklı ülkelerdeki uygulamalar konusunda bilgilendik. Türk lokumu ikramı eşliğinde katılımcılara sunduğumuz WONCA Europe 2015 ve İstanbul tanıtım videosu da beğeniyle izlendi. Kongre kapsamında, "Kadına Yönelik Şiddet Çalıştayı" (Workshop: Violence against women) ise oldukça faydalı ve güzel planlanmış olup, İspanyol VdGM ekibindeki çalışma gruplarının araştırmalarını çok güzel yansıtmaktaydı. Çalıştay sonunda, ekiple yeni çalışmalarda işbirliği yapma ve WONCA Europe 2015 İstanbul'da buluşma planları yaparak ayrıldık.

Tüm program boyunca, en göze çarpan noktalardan biri İspanyolların güler yüzlü ve misafirperver yaklaşımıydı. Mesai bitiminde çok yoğun ve ayrıntılı bir sosyal programla akşam saatlerinde de Madrid'in tüm güzelliklerini bizlere göstermeye çalıştılar. Madrid'den yeni deneyimler, keyifli anılar ve güzel dostluklarla ayrıldık.

"VdGM Türkiye" ekibi aracılığıyla bizlere verilen bu fırsatla, aile hekimliği uzmanlığı ve uzmanlık öğrenciliğine farklı bir bakış açısı oluştu. Benzer değişim programları aile hekimliği uygulamalarını farklı ülkelerde deneyimlemek, yabancı meslektaşlarımızla işbirliği yapabilmek, ülkelerarası sosyokültürel farklılıkları gözlemlemek açılarından mesleki ve kişisel gelişimimizi destekleyebilecek, önemli faaliyetlerin arasında yer almalıdır. Ayrıca, Türkiye'de de değişim organizasyonlarının artırılarak, ülkemizde farklı ülkelerden meslektaşlarımızı konuk edilmesi, ülkemizdeki aile hekimliği gelişmelerini doğrudan duyurmanın yanında yerli ve yabancı tüm katılımcılara farklı bilimsel işbirliği fırsatları da sağlayabilecektir. Bu deneyim ve gözlemler doğrultusunda, uzmanlık eğitiminde veya uzmanlığının ilk yıllarındaki tüm meslektaşlarımızın resmi derneğimiz olan TAHUD ve VdGM Türkiye ekibi ile iletişim içinde olarak, sunulan imkânlardan haberdar olmalarını ve onların da desteğiyle, benzer deneyimleri yaşamalarını önermekteyiz. Çok bulaşıcı bir virüs gibi olduğu program sırasında, bizlere iletilen Vasco da Gama Hareketi'nin katkılarıyla, farklı bakış açılarının genç beyinlerde birleşmesiyle, ülkemizdeki bazı problemlerin daha kolay çözüme ulaşacağı ve disiplinimizdeki gelişimin çok daha hızlanacağına inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Can H, Altuntaş M, Akbayın Z. Hollanda LOVAH 2012 değişim programı izlenimleri. Smyrna Tıp Dergisi 2012;2(1):69-70.

2. Akbayın Z, Can H, Erdem Ö, Külbay H, Altuntaş M. Vasco da gama genç aile hekimleri hareketi. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(3):1.

3. Geroğlu B, Can H, Altuntaş M. İspanya SoMaMFyC 2013 değişim programı gözlemleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(3):i-ii.

4. Ayraller A, Can H, Erdem Ö, Külbay H, Akbayın Z. Prag/Çek Cumhuriyeti, 2013 Vasco da gama hareketi ön-konferansı izlenimleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(2):32-4.



Fotoğraf 1. Uzm. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Uzm. Dr. Carlos Ribot Catala ve bir hastası



Fotoğraf 2. Soldan sağa: Asst. Dr. Candan Kendir Çopurlar, Uzm. Dr. Maria Jesus Grifo Penuelas, Uzm. Dr. Jose Manuel Conde, Asst. Dr. Alessio Platania, Asst. Dr. Carmen ve Asst. Dr. Enrique Noe Navarro Jimenez



Fotoğraf 3. "Universitario Hospital de La Paz" Acil Servis ziyareti



Fotoğraf 4. Rey Juan Carlos Üniversitesi "Medicine in tiempo crisis" konferansı