

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 eğitimi, 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/tjfmprc.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 hapsirik 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. Spiritüalite, Latince “spiritus”tan gelmektedir; nefes almak, canlı olmak anlamındadır. Daha geniş tanımıyla, hayatı hissetmektir. Spiritüalitenin 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 Spiritüalite, 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 Spiritüalite, 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, Çiğirli Ö, Görpelioglu 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.