

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

A Preconference Exchange Experience in Palma de Mallorca -
Spain

Fluctuating Course of Red Cell Distribution Width in Treatment
of Iron Deficiency Anemia and Its Clinical Relevance

Biliary Ascariasis - Experience from Tertiary Care Hospital in
Kashmir Valley, India

Risk Perception of Family Medicine Residents Regarding Drug
Exposure in Pregnancy

The Prevalance of Diabetes Mellitus, Dysglycaemia and Factors
that affect them in Public Employees of Kahramanmaras

Is There a Relationship Between Activity Level and Cognitive
Functions Among the Elderly People

A General Evaluation about the Medical Social Work in Turkey

One of the Family Medicine Core Competencies: Community-
Oriented Care

Reviewing the Specific Problem Solving Core Competency of
Family Medicine Discipline Along with a Case

TJFM&PC
Volume 9
No 3
September
2015

From Journals

Table of Contents

A Preconference Exchange Experience in Palma de Mallorca - Spain

İspanya Palma de Mallorca'da Bir Konferans Öncesi Değişim Programı Deneyimi

Halil Volkan Tekayak

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):78-82

doi:10.5455/tjfmpe.200295

Fluctuating Course of Red Cell Distribution Width in Treatment of Iron Deficiency Anemia and Its Clinical Relevance

Demir Eksikliği Anemisi Tedavisinde RDW'nin Dalgalı Seyri ve Klinik Önemi

Soner Solmaz, Süheyl Asma, Çiğdem Gereklioğlu, Mutlu Kasar, Mahmut Yeral, Can Boğa, Hakan Özdoğu

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):83-87

doi: 10.5455/tjfmpe.178655

Biliary Ascariasis- Experience from a Tertiary Care Hospital in Kashmir Valley, India

Hanief Mohamed Dar, Mir Mujtaba Ahmad, Shabir Ahmad Mir, Aijaz Ahmad Malyar, Varun Dogra

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):88-92

doi: 10.5455/tjfmpe.180738

Risk Perception of Family Medicine Residents Regarding Drug Exposure in Pregnancy

Aile Hekimliği Asistanlarının Gebelikte İlaça Maruz Kalım İle İlgili Risk Algıları

Yusuf Cem Kaplan, Hüseyin Can, Barış Karadaş, Tijen Kaya Temiz

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):93-98

doi: 10.5455/tjfmpe.177255

The Prevalence of Diabetes Mellitus, Dysglycaemia and Factors that affect them in Public Employees of Kahramanmaraş

Kahramanmaraş İli Kamu Çalışanlarında Diabetes Mellitus ve Bozulmuş Açlık Glukoz Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

Ahmet Yılmaz, Faruk Kılınç, Mustafa Gökhan Usman, Mustafa Haki Sucaklı, Halis Mehmet Tanrıverdi, Hamza Aslanhan, Gamze Bucaktepe, Veysel Kars

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):99-103

doi: 10.5455/tjfmpe.181425

Is There a Relationship Between Activity Level and Cognitive Functions Among the Elderly People?

Yaşlılarda Aktivite Düzeyi ile Bilişsel İşlevler Arasında İlişki Var mıdır?

Filiz Karakuş, Ediz Yıldırım, Nil Tekin, Dilek Güldal

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):104-111

doi:10.5455/tjfmpe.174149

A General Evaluation about the Medical Social Work in Turkey

Türkiye'de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanına Yönelik Genel Bir Değerlendirme

Semra Saruç

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):112-120

doi: 10.5455/tjfmpe.182745

One of the Family Medicine Core Competencies: Community-Oriented Care

Aile Hekimliği Çekirdek Yeterliliklerinden Biri: Toplum Yönelimli Bakım

Elif Altunbaş Ateş, Turan Set

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):121-124

doi: 10.5455/tjfmpe.187047

Rewieving the Specific Problem Solving Core Competency of Family Medicine Discipline Along with a Case

Aile Hekimliği Disiplinin Özgün Sorun Çözme Çekirdek Yeterliğinin Bir Olgu Eşliğinde İncelenmesi

Zeliha Yelda Özer, Hatice Kurdak

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):125-129

doi: 10.5455/tjfmpe.185321

From Journals

Erol Yayla

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015;9 (3):130-134

doi: 10.5455/tjfmpe.200698



A Preconference Exchange Experience in Palma de Mallorca - Spain

İspanya Palma de Mallorca’da Bir Konferans Öncesi Değişim Programı Deneyimi

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):78-82
doi:10.5455/tjfmpe.200295

**Halil
Tekayak**

Volkan

Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Adana /
TÜRKİYE

Corresponding author:
Halil Volkan Tekayak,

Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Adana /
TÜRKİYE

ABSTRACT

Vasco da Gama Movement (VdGM) idea occurred at World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) Europe region conference “Young Doctors Project” session in Amsterdam, the capital of Holland, for the first time in 2004. In this article Palma de Mallorca- Spain preconference exchange and 2nd Balearic Meeting of Family Physicians experiences were shared.

Key words: Vasco da Gama Movement, preconference exchange programme

ÖZET

Vasco da Gama Hareketi (VdGM) fikri ilk kez 2004 yılında Hollanda’nın başkenti Amsterdam’da Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) Avrupa kongresinde “Genç Doktorlar Projesi” adı altında düzenlenen bir konferansta ortaya çıkmıştır. Bu yazıda İspanya’nın Palma de Mallorca kentinde düzenlenen “2.Balearic Adaları Aile Hekimleri Buluşması” kapsamında gerçekleştirilen konferans öncesi değişim programı ve konferans deneyimleri paylaşılmıştır.

Anahtar kelimeler : Vasco da Gama Hareketi, konferans öncesi değişim programı

*Bu deneyim paylaşımı 1-5 Mayıs 2015 tarihleri arasında Antalya’da düzenlenen

9.Aile Hekimliği Güz Okulu’nda poster bildirisi olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) Avrupa çatısı altında çalışan Vasco da Gama Hareketi (VdGM)'nin amacı aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve uzmanlığının ilk beş yılı içindeki genç aile hekimlerinin arasındaki iletişimi sağlayarak global bir sürekli eğitim ve kültür platformu oluşturmak, sorunlara ortak çözümler üretmek aile hekimliğinin vizyonunu geliştirmektir. VdGM değişim grubu organizasyonu yaklaşık on yıldır WONCA Avrupa kongreleri öncesi birkaç günlük prekonferanslar düzenlenmektedir. Aile hekimliği disiplini ile ilgili olarak düzenlenen konferanslar öncesi ülke veya bölgenin sağlık sistemini ve aile hekimliği uygulamalarını daha yakından tanınmasına fırsat veren, klinik ve ofis gezilerini içeren birkaç günlük değişimler ve sağlık merkezlerinde çalışmanın daha ön planda olduğu birkaç haftalık Hippokrat değişim programları gibi etkinlikler yapılmaktadır. VdGM fikri ilk kez 2004 yılında Hollanda'nın başkenti Amsterdam'da WONCA Avrupa kongresinde "Genç Doktorlar Projesi" adı altında düzenlenen bir konferansta ortaya çıkmıştır. VdGM işbirliğiyle yapılan değişim programlarının çoğunda ulaşım ücreti katılımcının kendisine ait olup; ücretsiz veya uygun konaklama fırsatlarıyla, ücretsiz kongre veya konferans katılımı sağlanmaktadır. VdGM; değişim grubuyla koordineli çalışan eğitim, araştırma, imaj ve Avrupa ötesi gibi farklı başlıklı gruplarında çalışmalarını sürdürmektedir.^{1,2,3}

Duyuruları VdGM sosyal medya grupları (Vasco da Gama Movement ,Vasco da Gama Movement Turkey, VdGM Exchange Group isimli facebook grupları ve vdgm.eu isimli twitter hesabı) ve internet sitesi (vdgm.woncaeurope.org) üzerinden yapılan 8-13 Eylül 2014 tarihleri arasında Palma de Mallorca kentinde düzenlenen değişim programına Portekiz'den 3, İtalya'dan 2; Avusturya, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, İrlanda, Polonya ve Türkiye'den 1 kişi olmak üzere toplam 12 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi ve ilk beş yılı içerisindeki aile hekimliği uzmanları katılmıştır. Değişim programı süresince katılımcılar bölgede çalışan gönüllü hekimlerce evlerinde ücretsiz olarak misafir edilmiştir. Değişim programı sonrası başlayan, sunum dili İngilizce olan 2.Balearic Adaları Aile Hekimleri ve Uzmanlık Öğrencileri Buluşması'na İspanya Aile Hekimliği Derneği (semFYC) tarafından ücretsiz katılım sağlanmıştır.

İspanya Sağlık Sistemi

İspanya 17 bölgesel yönetime ayrılarak yönetilen bir ülkedir. Her bölgesel yönetim de kendi içinde yerel yönetimlere ayrılmıştır. İspanya sağlık sistemi; Sağlık Bakanlığı ile yerel ve bölgesel yönetimin Ulusal Konsey'e karşı sorumlu olduğu bir yapıda düzenlenmiştir. Sağlık politikalarından Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve halk sağlığı ile mücadele eden bölgesel

yönetimler sorumlu iken yerel yönetimler de tüm bu hizmetlerle işbirliğini sağlamaktadırlar. Palma de Mallorca ada kenti Balear Adaları bölgesinin kentlerinden biridir. Bölgede ayrıca Ibiza, Menorca, Cabrera ve Formentera adaları da bulunmaktadır (Şekil 1). Palma de Mallorca kenti nüfusu yaklaşık 1 milyon kişi iken yazlık turizm sezonunda bu sayı 3 milyon kişiye kadar yükselmektedir. Kentte 47 adet birinci basamak sağlık merkezi bulunmakta olup, bunlardan aralarında değişim programı esnasında çalışma şansımızın olduğu Escuela Graduada Sağlık Merkezi'nin de bulunduğu sadece 3 tanesi 24 saat süreyle hizmet vermektedir. Kentte ayrıca 1 adet ikinci basamak hastane ve 4 adet de yalnızca turizm dönemlerinde açılan turist kliniği bulunmaktadır. Bölgesel yönetimin en büyük kenti olan şehirde tıp fakültesi bulunmazken aralarında aile hekimliği branşının da olduğu bazı tıp branşlarındaki asistan eğitimleri birinci basamak sağlık merkezleri ve mevcut hastanedeki eğitim şefleri tarafından verilmektedir.



Şekil 1. İspanya Balearic Adaları Bölgesel Yönetimi Haritası

Hükümet tarafından 2012 yılında ülkenin içinde bulunduğu ekonomik krize çözüm olması açısından alınan acil önlem kararnamesi meclis kararı sonucu herkesin sağlık hizmetinden ücretsiz yararlanması durumu ortadan kalkmış ve İspanya'da yaşayan birçok kişi acil durumlar dışında sağlık hizmeti alamayacak konuma gelmiştir. Bu durum halk sağlığı problemlerinde hızlı artışa, ilaç katkı paylarının ödenmesindeki sorunlarla beraber sahte ilaçların piyasada artmasına ve sağlık hizmeti alamayan nüfusta hızla cinsel yolla bulaşan hastalıkların artmasına neden olmuştur. Çalıştığımız Escuela Graduada Sağlık Merkezi nüfusu kararname öncesi 22622 iken 22060'a gerilemiş ve yaklaşık 600 kişi sağlık hizmeti sunumu dışında kalmıştır. Bölgede çalışan hekimlerce yapılan seminerde; özellikle Güney Amerika ülkelerinden yoğun göç alan Kanarya Adaları ve Balearic Adaları bölgesinde acil durumlar dışında sağlık hizmeti verilemeyen nüfusun artmasıyla halk sağlığı problemlerinin hızla arttığı belirtilmiştir (Fotoğraf 1).

İspanya’da Aile Hekimliği

İspanya’da aile hekimliği uzmanlık eğitimi dört yıldır. Eğitimin ilk üç yılı kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye, pediatri ve acil rotasyonlarından, son yılı ise danışman aile hekimlerinin bulunduğu sağlık merkezindeki aile hekimliği eğitimlerinden oluşmaktadır. Yirmi dört saat usulüyle çalışan birinci basamak sağlık merkezlerinde saat 15.00 sonrası aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ayda en az 5 kez olacak şekilde planlanmak üzere nöbet tutmaktadırlar. Eğitimlerinin başında uzmanlık öğrencilerine istediği sağlık merkezi ve danışman aile hekimini seçme şansı verilmekte, uzmanlık eğitimi sonrası İspanya’da mecburi hizmet görevi kavramı bulunmadığından uzman hekimler hastanelere doğrudan iş başvurusu yapmaktadırlar. Yeni mezun aile hekimliği uzmanları kentsel bölgelerdeki hekim yoğunluğu nedeniyle daha çok kırsal sağlık merkezlerinde meslek hayatlarına başlamaktadırlar. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonunda uzmanlık tezi hazırlanarak sözlü bitirme sınavına girilmektedir. Aile hekimliği uzmanları isterlerse pediatri alanında yüksek lisans eğitimini tamamlayarak sağlık merkezlerinde pediatrist olarak çalışabilmektedirler. Sağlık merkezine başvuran 16 yaşından büyük bireylerden aile hekimliği uzmanları, daha küçük yaş grubundan ise pediatristler sorumludur. Ülkede aile hekimi olarak çalışabilmek için uzmanlık eğitimi zorunludur.^{4,5}



Fotoğraf 1. “İspanya Sağlık Sistemi” sunumu sonrası

Konferans Öncesi Değişim Gözlemleri

Değişim programı çerçevesinde ilk dört gün Escuela Graduada Sağlık Merkezi’nde danışman aile hekimi Uzm. Dr. Adriano Mayrata eşliğinde İspanya Balearic bölgesindeki birinci basamak sağlık hizmet sunumu gözlemlendi (Fotoğraf 2,3). Sağlık merkezi randevu sistemiyle 09.00-15.00 saatleri arasında çalışmakta, her gün sırayla bir aile hekimi saat 18.30’a kadar esnek mesai yaparak bir sonraki gün mesaisine saat 12.30’da başlamaktaydı. Sağlık merkezinde 13 aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, 3 pediatrist, 12 hemşire, 2 hemşire yardımcısı, 1 ebe, 4 tıbbi sekreter, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 çevirmen, 3 güvenlik görevlisi

ve 3 temizlik personeli çalışmaktaydı. Perşembe günleri sabah 08.00-09.00 saatleri arasında sağlık merkezinde çalışan sağlık personeline yönelik eğitim saati düzenlenmekteydi. Muayene edilen tüm hastaların tıbbi kayıtları düzenli bir şekilde bilgisayar ortamında kaydedilmekte ve bazı hastalar telefonla aranarak tıbbi durumları sorgulanmaktaydı. Binanın girişinde sağlık merkezinin işaretlendiği ve toplu taşıma araçlarıyla ulaşımın nasıl sağlanacağı hakkında bilgi veren detaylı bir şehir haritası ve sağlık merkezinin çalışma saatleri ile iletişim adreslerinin bulunduğu bilgiler yer almaktaydı. Sağlık merkezinin duyuru panolarında el yıkamanın önemi, beslenme alışkanlıkları ve obezite, kan vermenin yararları, bölgede ciddi bir problem olan Chagas hastalığı ve Tüberküloz ile ilgili bilgilendirici afişler mevcuttu.



Fotoğraf 2. Dr. Adriana Mayrata ve Hemşire Lluç Alemany ile

Değişim programının ikinci günü bölgenin en büyük hastanesi olan Son Llatzer Hastanesi ziyaret edildi. İspanya’da acil tıp bir uzmanlık disiplini olarak kabul edilmediğinden acil serviste aile hekimleriyle birlikte diğer birçok bölümden konsültan hekimler çalışmaktaydı. Aile hekimliği uzmanları 08.00-15.00 saatleri arası, aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ise saat 15.00’ten sonra acil servisi yönetmekteydi. Acil servis; travma, çocuk ve yetişkin acil bölümleri şeklinde organize edilmişti.



Fotoğraf 3. Escuela Graduada Sağlık Merkezi

Değişim programının üçüncü günü, sağlık merkezinde çalışan sosyal çalışmacı ve çevirmen eşliğinde diğer ülkelerden göç ederek henüz oturma izni alamayan kişilerin yaşadığı ve dil eğitiminin verildiği “Yabancı Sığınmacılar Merkezi”, tam zamanlı çalışan yatılı huzurevi, sadece gündüzleri bakım hizmeti verilen “Yaşlı Gündüz Bakım Evi” ve şiddet mağduru kadın sığınmacıların korunduğu “Kadın Koruma Merkezi” ziyaretleriyle sağlık sistemiyle sosyal hizmetlerin entegrasyonunu yerinde gözlemleme fırsatımız oldu.



Fotoğraf 4. Sağlık merkezi eğitim saati: Türkiye sunumu

Değişim programının dördüncü ve son günü sağlık merkezinin sabah 08.00 - 09.00 saatleri arasındaki eğitim saatinde Escuela Sağlık Merkezi'nde değişime katılan meslektaşlarımızla ülkelerimizdeki sağlık sistemlerimiz ve uzmanlık eğitimlerimizle ilgili sunumlarımızı ülkelerimizden götürdüğümüz yöresel ikramlar eşliğinde gerçekleştirdik (Fotoğraf 4).



Fotoğraf 5. Sosyal program: "Palma Katedrali" önü tüm katılımcılar ve düzenleme ekibi ile

Madrid ve Palma de Mallorca VdGM yerel ekipleri organizasyonu ile klinik deneyimlerimiz sonrası her gün tüm katılımcılarla belirlenen buluşma noktasında toplanarak önceden ekip tarafından planlanan sosyal programlara katılarak kenti, birbirimizi ve kültürlerimizi

daha yakından tanıma şansı yakaladık. Bu etkinlikler çerçevesinde Palma de Mallorca eski şehir bölgesindeki tarihi Palma Katedrali, resmi törenlerde kullanılan Almudania Sarayı, trafiğe kapalı olan Plaza Mayor ve Plaza da Espana meydanları, harika doğasıyla Deia sahil şehri, bölgede güneşin en güzel battığı yer olan Sa Foradada bölgesi, tarihi kent Valdemossa'yı farklı günlerde ziyaret ederek konferanstan önceki programımızı sonlandırdık (Fotoğraf 5).

Konferans Gözlemleri

Değişim programının hemen akabinde başlayan ve “Powerful Feelings (Güçlü Duygular)” ana temalı 2. Balearic Adaları Aile Hekimleri Buluşması'nda kronik ağrının yönetimi, hasta merkezli yaklaşım, hastalık merkezli yaklaşım, elektronik sigaralar ve zararları, kadına yönelik şiddet ve tamamlayıcı tıp konu başlıkları tartışıldı. Konferansa iki gün süreyle bölgede çalışan 300'e yakın aile hekimliği uzmanı ve uzmanlık öğrencisi katıldı. Konferansta herhangi bir firma desteği bulunmazken elektronik poster uygulamasıyla 50'ye yakın poster bildiri de tartışıldı. Konferansın ikinci günü sabah oturumunda da değişim haftasına 9 farklı ülkeden katılan 12 katılımcı tarafından kendi ülkelerindeki aile hekimliği uygulamaları ve uzmanlık eğitimi süreçlerinden bahsedildi (Fotoğraf 6). Bu oturum sona erdiğinde verilen tartışma arası ile konferansa katılanlar değişik ülkelerde merak ettikleri uygulamaları birbirlerine sorarak bilgi aktarımında bulundular.



Fotoğraf 6. 2.Balearic Adaları Aile Hekimleri Buluşması:“Türk Sağlık Sistemi ve Aile Hekimliği Disiplini”sunumu

SONUÇ

Bu değişim programı hedefleriyle uyumlu olarak global bir eğitim ve kültür platformu oluşturarak genç aile hekimlerinin sosyokültürel ve bilimsel paylaşımlarda bulunmasını sağlamıştır. İspanya'nın Palma de Mallorca kentinden yepyeni deneyimler, keyifli ve unutulmaz anılar ve yeni dostluklarla ayrıldık. Bu değişim programına katılma konusunda şahsıma verilen fırsatla aile hekimliği

uzmanlık eğitimine yeni adım attığım dönemde disiplinimizin ilkelerine ve evrenselliğine yönelik farklı bir bakış açısı kazanarak farkındalığımı arttırdım. Bu deneyimlerim ışığında tüm aile hekimliği uzmanlık öğrencilerini ve uzmanlığının ilk 5 yılı içerisinde bulunan meslektaşlarımı başta VdGM Türkiye ailesi ile tanışmaya ve VdGM etkinliklerine katılarak uluslararası VdGM virüsü ile enfekte olmaya davet ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu değişim programının duyurulmasından itibaren katılmam konusunda beni motive ederek başvuru sürecimde daima yanımda olan başta eğitim danışmanım Doç. Dr. Sevgi Özcan olmak üzere; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurulu'na, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Yönetim Kurulu'na ve VdGM Türkiye ekibine çok teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Zekey FS, Coşkun DM, Alanyalı FM, Tuz C, Geroğlu B. 2014'e genç bir bakış. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2015;19(1):i-v.
2. Onat T. Hırvatistan 2014 değişim programı gözlemleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(3):i-ii.
3. 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.
4. Çopurlar CK, Öztürk YK. İspanya'da bir önkonferans değişim programı deneyimi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(4):108-12.
5. Geroğlu B, Can H, Altuntaş M. İspanya SoMaMFyC 2013 değişim programı gözlemleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(3):i-ii.



Fluctuating Course of Red Cell Distrubition Width in Treatment of Iron Deficiency Anemia and Its Clinical Relevance

Demir Eksikliği Anemisi Tedavisinde RDW'nin Dalgalı Seyri ve Klinik Önemi

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):83-87
doi: 10.5455/tjfmpe.178655

Soner Solmaz¹
Süheyl Asma²
Çiğdem Gereklioglu²
Mutlu Kasar¹
Mahmut Yeral¹
Can Boğa¹
Hakan Özdoğu¹

Baskent University Adana
Teaching and Medical Research
Center, Department of
Heamotology¹ and Family
Medicine² Adana / TURKEY

Corresponding author:

Soner Solmaz
Baskent University Adana Teaching
and Medical Research Center,
Department of Hematology,01240
Adana / TURKEY
E-mail: drsolmaz@gmail.com
Received Date: February 10, 2015
Accepted Date: March 17, 2015

ABSTRACT

Background: Red cell distribution width (RDW) is a routine parameter of blood count. The use of this parameter is generally restricted to the differential diagnosis of microcytic anemia. However, there is insufficient published data on the course of RDW in the treatment of iron deficiency anemia and on its clinical importance. Therefore, this study investigated the course of RDW in the treatment of iron deficiency anemia and its association with increased hemoglobin values.

Methods: One hundred five patients diagnosed with iron deficiency anemia were enrolled in this study. **Results:** The mean hemoglobin values of patients at diagnosis and at 1, 2 and 3 months after initiation of treatment were 9.2 ± 1.5 , 11.7 ± 1.0 , 12.7 ± 0.8 , and 13.1 ± 0.8 g/dL, respectively. The mean RDW values of patients at diagnosis and 1, 2 and 3 months after initiation of treatment were 18.4 ± 2.6 , 26.4 ± 6.5 , 17.8 ± 4.3 , and $14.7 \pm 1.7\%$, respectively. Between baseline and 1 month of treatment there was a significant increase in RDW values ($p < 0.0001$), and between 1, 2 and 3 months there was a significant decrease in RDW values ($p < 0.0001$). Regression analysis revealed a linear correlation between the increase in RDW at month 1 and increase in hemoglobin level at months 1, 2 and 3 ($p < 0.0001$, $r = 0.461$; $p < 0.0001$, $r = 0.51$; $p < 0.0001$, $r = 0.472$, respectively).

Conclusion: We suggest that an increase in RDW may be used to predict the response to iron treatment.

Key words: RDW, iron deficiency anemia, iron therapy, increase in RDW

ÖZET

Giriş: RDW, kan sayımının rutin bir parametresidir. Bu parametrenin kullanımı genel olarak mikrositer anemilerin ayırıcı tanısıyla kısıtlıdır. Bununla birlikte literatürde demir eksikliği anemisinin tedavisinde RDW'nin seyri ve klinik önemiyle ilgili yeteri kadar bilgi bulunmamaktadır. Bundan dolayı bu çalışmada RDW'nin demir eksikliği anemisinin tedavisindeki seyri ve hemoglobin artışı ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Method: Demir eksikliği anemisi tanısı konulan 105 hasta bu çalışmaya alınmıştır.

Bulgular: Tanı anındaki ve tedavi başlandıktan sonraki 1, 2 ve 3. aydaki ortalama hemoglobin değerleri sırasıyla 9.2 ± 1.5 , 11.7 ± 1.0 , 12.7 ± 0.8 ve 13.1 ± 0.8 g/dL, RDW değerleri sırasıyla 18.4 ± 2.6 , 26.4 ± 6.5 , 17.8 ± 4.3 ve 14.7 ± 1.7 bulundu. Tanı anında ve 1. aydaki RDW değerleri arasında istatistiksel olarak belirgin artış ($p < 0.0001$), 1, 2 ve 3. aydaki RDW değerleri arasında belirgin azalma ($p < 0.0001$) tespit edildi. Regresyon analizinde 1. aydaki RDW artışı ile 1, 2 ve 3. aylardaki hemoglobin artışları arasında doğrusal bir bağlantı olduğu görüldü (sırasıyla $p < 0.0001$, $r = 0.461$; $p < 0.0001$, $r = 0.51$; $p < 0.0001$, $r = 0.472$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçlarına göre, RDW'de meydana gelen artışın demir tedavisi yanıtını öngörmek için kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler : RDW, demir eksikliği anemisi, demir tedavisi, RDW artışı.

INTRODUCTION

Red cell distribution width (RDW) is a relatively new routine parameter. It is evaluated using a fully automated hematology analyzer and part of the complete blood count (CBC).¹ The RDW represents the coefficient of variation of the red blood cell volume distribution and can be considered as an index of heterogeneity, equivalent to anisocytosis observed in the peripheral blood smear.² The use of this parameter is generally restricted to the differential diagnosis of iron deficiency anemia (IDA) and thalassemia traits.^{3,4} An increased RDW value indicates anisocytosis and is observed in IDA.⁴ However, there is insufficient published data on the course of RDW in the treatment of iron deficiency anemia and its clinical importance. Therefore, this study investigated the course of RDW in the treatment of iron deficiency anemia and its association with increased hemoglobin values.

METHODS

Study Population

This study was a retrospective, cross-sectional, single-center study. Patient selection was laboratory based and independent from etiology. A total of 105 patients diagnosed with isolated iron deficiency anemia between November 2012 and November 2013 were enrolled. Subjects with the other anemia types like thalassemia or folate/vitamin B12 deficiency, chronic disease anemia were excluded from the study.

Laboratory Studies

Complete blood counts, serum iron, serum unsaturated iron binding capacity (UIBC), and serum ferritin levels were determined at diagnosis and response to therapy at 1, 2, and 3 months after initiation of oral iron treatment (80–160 mg elemental iron equivalent to 270–540 mg ferrous sulfate/day) was evaluated with measurement of serum ferritin level. IDA was defined according to the World Health Organization criteria as hemoglobin <12 g/dL in females and <13 g/dL in males, and serum ferritin <15 ng/mL.

Serum iron and UIBC were measured by the ferrozine method (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany), and serum ferritin was measured by an immunoturbidimetric method (Roche Diagnostics),

analyzed using a Cobas e 601 immunoassay analyzer. Complete blood counts of all patients were performed using a Coulter LH 750 hematological analyzer (Beckman-Coulter, Brea, CA, USA).

Statistical Analysis

Patient characteristics were examined using descriptive statistics. Continuous variables were reported as means $\pm$ SD, and categorical variables as percentages. Mean values were compared using Student's t-test and one-way analysis of variance (ANOVA). Standard linear regression using the Enter method was used for multivariate analysis of independent variables. Variables with significant P values ($p < 0.05$) and marginally non-significant P values ($p < 0.1$) in univariate analysis were included in the multivariate analysis. All reported P values were two-tailed and SPSS 17.0 for Windows statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used for all statistical calculations.

RESULTS

The study totaled 105 patients including 102 (97.1%) females and 3 (2.9%) males. The mean age was 38.4 ± 12.3 years. Patient data at diagnosis and after initiation of iron treatment are shown in Table 1. The changes in patient hemoglobin and RDW values associated with iron treatment are shown in Figure 1a and 1b, respectively.

	Baseline	Month 1	Month 2	Month 3
WBC ($\times 10^3$ / μ L)	7.0 $\pm$ 2.1	6.7 $\pm$ 1.6	7.1 $\pm$ 2.0	7.3 $\pm$ 1.9
RBC ($\times 10^{12}$ /L)	4.33 $\pm$ 0.44	4.78 $\pm$ 0.41	4.78 $\pm$ 0.4	4.8 $\pm$ 0.39
Hb (g/dL)	9.2 $\pm$ 1.5	11.7 $\pm$ 1.0	12.7 $\pm$ 0.8	13.1 $\pm$ 0.8
Hct (%)	29.8 $\pm$ 4.2	36.9 $\pm$ 2.6	38.5 $\pm$ 2.6	39.4 $\pm$ 2.4
MCV (fL)	69 $\pm$ 8.6	77.5 $\pm$ 6.1	81.7 $\pm$ 5.1	83.9 $\pm$ 3.7
RDW (%)	18.4 $\pm$ 2.6	26.4 $\pm$ 6.5	17.8 $\pm$ 4.3	14.7 $\pm$ 1.7
PLT ($\times 10^9$ /L)	324 $\pm$ 107	282 $\pm$ 74	277 $\pm$ 73	271 $\pm$ 62
Serum Iron (μ g/dL)	21 $\pm$ 10	-	-	-
Serum UIBC (μ g/dL)	431 $\pm$ 58	-	-	-
Serum Ferritin (ng/mL)	5 $\pm$ 3	29 $\pm$ 32	36 $\pm$ 23	38 $\pm$ 15

WBC, white blood cell; RBC, red blood cell; Hb, hemoglobin; Hct, haematocrit; MCV, mean corpuscular volume; RDW, red cell distribution width; PLT, platelet; UIBC, unsaturated iron binding capacity.

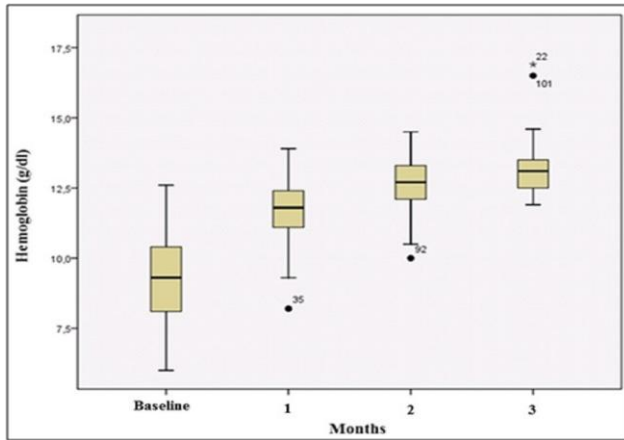


Figure 1a. Hemoglobin values of patients at diagnosis and at 1, 2 and 3 months after initiation of treatment.

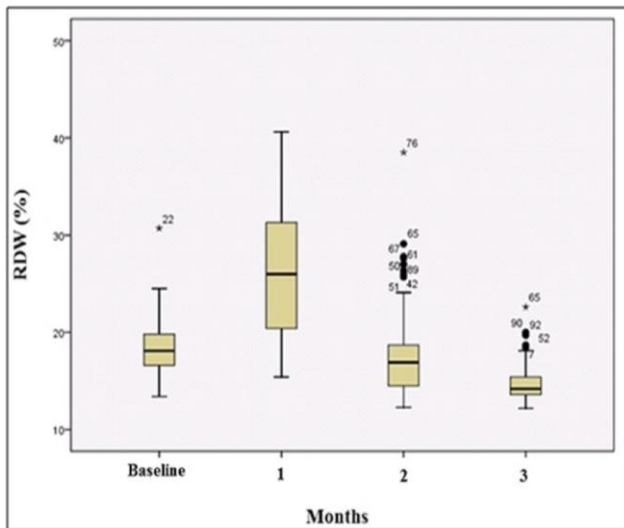


Figure 1b. RDW values of patients at diagnosis and at 1, 2 and 3 months after initiation of treatment.

The mean hemoglobin values of patients at diagnosis and at 1, 2 and 3 months after initiation of treatment were 9.2 ± 1.5 , 11.7 ± 1.0 , 12.7 ± 0.8 , and 13.1 ± 0.8 g/dL, respectively. Between the baseline (at diagnosis) and 1, 2 and 3 months after initiation of treatment, hemoglobin values increased significantly ($p < 0.0001$).

The mean RDW values of patients at diagnosis and 1, 2 and 3 months after initiation of treatment were 18.4 ± 2.6 , 26.4 ± 6.5 , 17.8 ± 4.3 , and $14.7 \pm 1.7\%$, respectively. Between baseline and 1 month of treatment there was a significant increase in RDW values ($p < 0.0001$), and between 1, 2 and 3 months there was a significant decrease in RDW values ($p < 0.0001$).

From baseline, the increase in RDW at 1 month after initiation of treatment ($\text{RDW}_1 - \text{RDW}_{\text{baseline}} / \text{RDW}_{\text{baseline}} \times 100$) and the increase in hemoglobin level at

1, 2 and 3 months after initiation of treatment are shown in Table 2.

Table 2. The increases in RDW and hemoglobin after initiation of treatment.

	Month 1	Month 2	Month 3
Increase in RDW (%)	43 ± 23.9	-	-
Increase in Hb (g/dL)	2.5 ± 1.3	3.4 ± 1.5	3.9 ± 1.8

Hb, hemoglobin; RDW, red cell distribution width.

Patients were separated into three groups according to the increase in RDW at 1 month after initiation of iron treatment ($<25\%$, $25-50\%$ and $>50\%$). The increase in hemoglobin level of each group at 1, 2 and 3 months after initiation of treatment are shown in Table 3 and Figure 2.

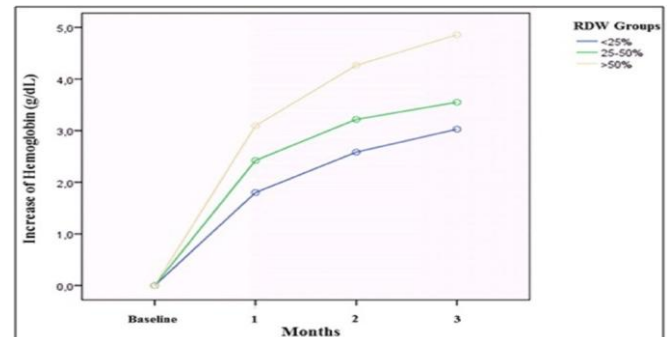


Figure 2. Increase in hemoglobin after initiation of treatment according to the increase in RDW.

Table 3. The increase in hemoglobin level after iron treatment according to the increase in RDW.

	Increase in RDW $<25\%$ (n=29)	Increase in RDW $25-50\%$ (n=36)	Increase in RDW $>50\%$ (n=40)	p
Increase in Hb at month 1 (g/dL)	1.8 ± 1.3	2.4 ± 1.3	3.1 ± 1.0	<0.0001
Increase in Hb at month 2 (g/dL)	2.6 ± 1.6	3.2 ± 1.6	4.3 ± 0.9	<0.0001
Increase in Hb at month 3 (g/dL)	3.0 ± 2.1	3.6 ± 1.6	4.9 ± 1.4	<0.0001

Hb, hemoglobin; RDW, red cell distribution width.

Regression analysis revealed a linear correlation between the increase in RDW at month 1 and increase in hemoglobin level at months 1, 2 and 3 ($p < 0.0001$, $r = 0.461$; $p < 0.0001$, $r = 0.51$; $p < 0.0001$, $r = 0.472$, respectively; Figure 3).

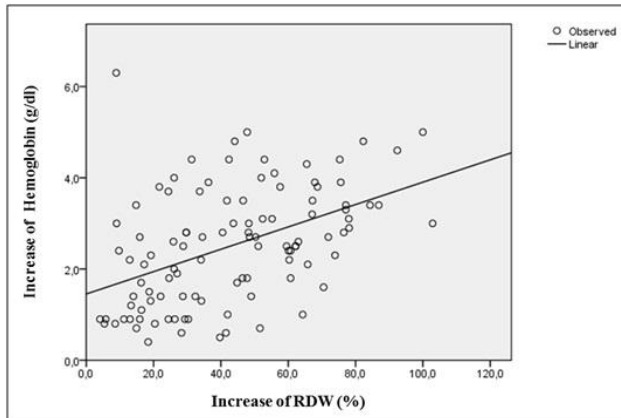


Figure 3: The correlation between the increases in RDW and hemoglobin values at 1th month of iron treatment

DISCUSSION

RDW is utilized by clinicians in the diagnosis of IDA and differential diagnosis of microcytic anemia. RDW is a measure of anisocytosis; it is increased in IDA and is normal or slightly increased in β thalassemia traits.⁵ Aulakh et al.² demonstrated a significant increase in mean RDW among children with iron deficiency anemia ($18.37 \pm 2.22\%$) compared to non-iron deficiency anemia ($16.55 \pm 1.51\%$). Uchida⁶ reported mean RDW values of $12.7 \pm 0.7\%$ in normal individuals, $13.2 \pm 0.8\%$ in prelatent deficiency and $15.6 \pm 1.7\%$ in iron deficiency anemia. Sensitivities of 77.1% for diagnosis of iron deficiency anemia, 49.2% for iron deficiency anemia and latent deficiency, and a specificity of 90.6% were reported. Vishwanath et al.⁷ reported sensitivity of 92.1% and specificity of 90.9% using RDW for detection of iron deficiency. Cesana et al.⁸ used the RDW index for differential diagnosis of microcytic anemia, and demonstrated correct β thalassemia trait diagnoses in 94.4% and 86.7% of first validation samples, respectively, and IDA correct diagnoses in 86.2% and 90.9% of first and validation samples, respectively.

At present, there is insufficient data regarding the course of RDW after iron treatment. Aslan et al.⁴ reported an increase in RDW values 5–7 days after initiation of iron treatment, rising until week 4 before beginning to decline. Vishwanath et al.⁷ also reported that RDW showed significant improvement after iron therapy. We also found a significant increase in mean RDW at 1 month after initiation of iron treatment, followed by a decrease. We think that new producing

normocytic erythrocytes after initiation of iron treatment increase RDW values in comparison to the baseline, and when normocytic erythrocytes become predominant in the following months, RDW values decrease slowly. In contrast to our study, Aslan et al.⁴ used the increase in RDW for differential diagnosis of IDA and α/β thalassemia traits. However, we have additionally identified a linear correlation between increase in RDW and the overall hemoglobin response.

Several biomarkers have been used by researchers to predict the response to iron therapy. Chuang et al.⁹ used reticulocyte hemoglobin content (CHr) and reticulocytes in a high-fluorescence intensity region (HFR) for early prediction of response to intravenous iron supplementation, and demonstrated that changes in CHr and HFR at 2–4 weeks are superior to the conventional erythrocyte and iron metabolism indices. Brugnara et al.¹⁰ suggested that reticulocyte indices might allow real-time evaluation of iron deficient erythropoiesis and the effectiveness of iron replacement therapy. Bhandari et al.¹¹ reported that measurement of estimated red blood cell ferritin and CHr might facilitate identification of patients with functional iron deficiency and allow for more accurate monitoring of the response to intravenous iron therapy. Urrechaga et al.¹² suggested that red blood cell size factor (RSf) and low hemoglobin density (LHD%) may be reliable parameters for evaluation of iron metabolism status.

Although a new biomarker, the change in RDW after initiation of iron treatment can help to predict treatment response and avoid the need for more expensive laboratory tests. Similar to the reticulocyte indices, we propose that the increase of RDW in IDA can also be used to predict the treatment response. In addition, the changes in RDW after initiation of iron treatment should be investigated by prospective studies, and may be used in place of reticulocyte indices in clinics where reticulocyte indices cannot be used.

Cost-effectiveness is one of the crucial principles in family medicine due to limited resources. RDW is a laboratory parameter which is already tested within the complete blood count. So RDW change may be used as a predictor of response to therapy in iron deficiency anemia in primary care setting without the need for additional cost. The physicians should be aware of the value of this inexpensive and reliable parameter.

Despite its contribution to the literature, our study has some limitations. The retrospective nature of the study design restricted us, therefore we could not detect earlier changes in RDW. We were also unable to evaluate the RDW response in comparison to other reticulocyte indices.

CONCLUSION

This is the first report of a correlation between the increase in RDW at 1 month of iron treatment and the overall hemoglobin response. Based on these data, we suggest that an increase in RDW may be used to predict the response to iron treatment.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

REFERENCES

1. Abdelrahman EG, Gasim GI, Musa IR, Elbashir LM, Adam I. Red blood cell distribution width and iron deficiency among pregnant Sudanese women. *Diagn Pathol* 2012;7:168-171
2. Aulakh R, Sohi I, Singh T, Kakkar N. Red blood cell distribution width (RDW) in diagnosis of iron deficiency with microcytic hypochromic anemia. *Indian J Pediatr* 2009;76:265-267. doi: 10.1007/s12098-009-0014-3
3. Çetin M, Kocaman SA, Bostan M, Çanga A, Çiçek Y, Erdoğan T et al. Red blood cell distribution width (RDW) and its association with coronary atherosclerotic burden in patients with stable angina pectoris. *Eur J Gen Med* 2012;9:7-13
4. Aslan D, Gümrük F, Gürgey A, Altay Ç. Importance of RDW value in differential diagnosis of hypochrome anemias. *Am J Hematol* 2002;69:31-33
5. Nesa A, Tayab A, Sultana T, Khondker L, Rahman Q, Karim A, Ahmed N. RDWI is better discriminant than RDW in differentiation of iron deficiency anaemia and beta thalassemia trait. *Bangladesh J Child Health* 2009;33:100-103.
6. Uchida T. Change in Red blood cell distribution width with iron deficiency. *Clin Lab Haematol* 1989;11:117-121
7. Viswanath D, Hegde R, Murthy V, Nagashree S, Shah R. Red blood cell distribution width in diagnosis of iron deficiency anemia. *Indian J Pediatr* 2001;68:1117-1119
8. Cesana BM, Maiolo AT, Gidiuli R, Damilano I, Massaro P, Polli EE. Relevance of red blood cell distribution width (RDW) in differential diagnosis of microcytic anemias. *Clin Lab Haematol* 1991;13:141-151
9. Chuang CL, Liu RS, Wei YH, Huang TP, Tarng DC. Early prediction of response to intravenous iron supplementation by reticulocyte haemoglobin content and high-fluorescence reticulocyte count in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18:370-377
10. Brugnara C, Laufer MR, Friedman AJ, Bridges K, Platt O. Reticulocyte hemoglobin content (CHr): early indicator of iron deficiency and response to therapy [letter]. *Blood* 1994;83:3100-3101
11. Bhandari S, Norfolk D, Brownjohn, Turney J. Evaluation of RBC ferritin and reticulocyte measurements in monitoring response to intraavenous iron therapy. *Am J Kidney Dis* 1997;30:814-821
12. Urrechaga E, Borque L, Escanero JF. Erythrocyte ant reticulocyte indices on the LH 750 as potential markers of functional iron deficiency. *Anemia* 2010. doi: 10.1155/2010/625919



Biliary Ascariasis- Experience from a Tertiary Care Hospital in Kashmir Valley, India

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):88-92
doi: 10.5455/tjfmpe.180738

Hanief Mohamed Dar
Mir Mujtaba Ahmad
Shabir Ahmad Mir
Aijaz Ahmad Malyar
Varun Dogra
Shabir Ahmad Mir

Government Medical College
Srinagar Postgraduate
Department of Surgery, Jammu
& Kashmir / INDIA

Corresponding author:
Hanief Mohamed Dar
Government Medical College
Srinagar Postgraduate Department
of Surgery, Jammu & Kashmir /
INDIA
E-mail: drhaniefms@gmail.com

Received Date: May 16, 2015
Accepted Date: March 17, 2015

ABSTRACT

Background: Hepatobiliary ascariasis is usually endemic in socioeconomically underdeveloped countries and in certain geographical areas which favor the survival of this nematode. In India, ascariasis is highly prevalent in Kashmir valley a northern temperate region.

Methods: A total of 70 patients attending general surgery department of SMHS hospital Srinagar, Kashmir, India with biliary ascariasis were included in the study. All the patients were clinically assessed and depending upon the severity of condition, patients were either managed by conservative method or by surgical manipulation.

Results: In this study majority of the patients presenting biliary ascariasis were females (60%) and the most common age group affected was below 30 years of age. Pain in right hypochondrium was the most common presentation in all patients. Most of the patients (90%) were successfully managed by conservative treatment. The worm usually returned to the intestine and only in some cases, some therapeutic interventions like Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) or surgical management were required.

Conclusion: Biliary ascariasis may present with biliary colic or with various complications like cholangitis, acute pancreatitis, liver abscess, etc. Biliary ascariasis in child and outpatient family clinics can be managed by administration of anti-helminth drugs to the affected and susceptible population. Sonography has been shown to have a high diagnostic accuracy in the diagnosis. Most of the patients can usually be managed conservatively, and surgery or ERCP are required only in a very limited number of cases.

Key words: Ascariasis, Conservative treatment, Hepatobiliary, Right hypochondrium

INTRODUCTION

Ascariasis is infestation of humans by nematode, *ascaris lumbricoides* and is common in the endemic zones of tropics and subtropics especially in developing countries where it usually affects people of lower socio-economic groups living in unhygienic conditions¹. Warm and humid soil, poor sanitation and unhygienic conditions favour presence, development and survival of *Ascaris lumbricoides*. It is more prevalent and its course more serious in children than in adults². Normally the adult worms inhabit the intestinal lumen, mostly the jejunum without causing any symptoms. But when aggregated into masses, the worms may produce intestinal obstruction, volvulus or intussusceptions; sometimes the worms migrate into bile duct. This parasite has a great propensity to explore small openings. When in the duodenum, they may enter the ampullary orifice and advance into the bile and hepatic ducts, ultimately causing biliary ascariasis. Migration of the worms into the bile duct is often noticed after cholecystectomy, sphincterotomy, choledochostomy or sphincteroplasty. It has been observed that cholecystectomy is followed by a rise in cholecystokinin, which together with secretin leads to relaxation of the sphincter of Oddi, thus opening the way for migration of worms. Wide ampullary orifice as a result of endoscopic sphincterotomy or surgical sphincteroplasty facilitates advancement of worms in the biliary tract. Likewise biliary-enteric communications such as choledochojunostomy, choledochoduodenostomy and cholecystojunostomy are well known risk factors for biliary ascariasis³.

Key to diagnosis is high degree of suspicion especially in endemic area. Vomiting of roundworms during active symptoms offers a strong clue to diagnosis. USG is the initial investigation of choice with overall sensitivity of >85%. ERCP although invasive is the gold standard for diagnosis of biliary ascariasis⁴. Treatment of biliary ascariasis is essentially conservative consisting of I.V fluids, analgesics, antispasmodics and antibiotics, resulting in resolution of symptoms in 70-80% of patients as a result of migration of worms out of bile duct into duodenum⁵. In India, biliary ascariasis has been reported as being endemic in the Kashmir valley^{5, 6}. Kashmir valley is located in the northern Himalayas at an altitude of 1730 m above the sea level with average temperature ranging between -4 °C and 32 °C during various months of the year and average annual precipitation is around 70 mm⁷ and hence providing suitable climatic conditions for the sustainability of ascariasis in the region. In this study we aimed to evaluate socio-demographic characteristics, clinical presentation, USG findings and management options in patients presenting with biliary ascariasis.

MATERIAL and METHODS

This prospective study was conducted in the Postgraduate Department of General Surgery, S.M.H.S Hospital, an Associate Hospital of Government Medical college Srinagar, Kashmir, India from November 2012 to April 2014. The study included 70 patients admitted to emergency department of general surgery. Clinical assessment was performed in all the cases. Detailed history was taken as per site, severity and nature of pain. In addition nausea, vomiting, history of passage of worms in the stool or vomitus and recurrent abdominal pain, with or without jaundice, was taken in each case. Previous history of surgery or endoscopy to the gastrointestinal tract was noted. Complete blood cell count, liver function test, kidney function tests, serum amylase and lipase, X-ray of the chest and abdomen and ultrasound of the abdomen was performed in all the patients at the time of admission and repeated when required. The mainstay of the diagnostic tool was ultrasound of the abdomen. All the patients were initially managed conservatively with IV fluids, analgesics, IV antibiotics and IV/IM antispasmodics and nothing per oral. All patients were dewormed with three repeated doses 400 mg albendazole during first three days of admission. Response to conservative treatment was assessed by improvement in symptoms, and serial ultrasounds were done to know about the presence of worms in bile ducts. Patients who failed to respond to conservative lines for five days were subjected to endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for removal of worms. Surgical exploration was done in patients where ERCP was failure or not possible. All patients were followed monthly up to six months and Serial ultrasonography was performed to check for recurrence. The patients were dewormed at 3-monthly intervals.

RESULTS

Biliary ascariasis was found to more in females in our study. Out of 70 patients, 42 were females (60%) and 28 were males (40%) (Table 1). Maximum patients were from rural area with low socioeconomic status. 56 (80%) were from rural areas while 14 (20%) were from urban area. In this study young patients below thirty years comprised the bulk 70% (49 patients), while as there were only 4 patients (5.7%) who were above 50 years (Table 2).

Table 1. Sex distribution

Sex	Number of patients	percentage
Females	42	60
Males	28	40
Total	70	100

Table 2. Age distribution

Age in years	NO. of patients	Percentage
<20	23	32.8
21-30	26	37.1
31-40	10	14.3
41-50	7	10
51-60	3	4.3
>60	1	1.4

All patients (70) presented as pain right hypochondrium (RHC).which was severe enough to seek medical consultation. Associated symptoms were nausea and vomiting (56 patients), fever (42), rigors (7), vomiting of worms (14). Tenderness was present in RHC in 56 patients (80%) and icterus was seen in 5 patients (7.1%) (Table 3).

Table 3. Symptomatology

Clinical features	Number	percentage
Pain RHC	70	100
Nausea, vomiting	56	80
Fever	42	60
Rigors	7	10
Jaundice	5	7.1
Worm emesis	14	20
Tenderness in RHC	56	80

A total of 18 patients among 70 patients included in study had previous history of ERCP: for common bile duct (CBD) stones in 11 patients and biliary ascariasis in 7 patients. Diagnosis in all patients was confirmed by USG abdomen (Table 4).

Table 4. History of ERCP

ERCP for CBD stones	11	15.7%
ERCP for ascariasis	7	10%
Absent	52	74.3%
Total	70	100

Out of seventy patients 63 patients (90%) were managed by conservative treatment and all responded. ERCP was done in 5 patients (7.1%) who did not respond to conservative line of management. In two patients ERCP failed because in one worm load was high and in another there was an associated big CBD stone and in these surgical CBD exploration was done by open method.

DISCUSSION

Biliary ascariasis is commonly reported from highly endemic regions like Bangladesh, India, Latin America, parts of the Middle East and Africa. In humans, the usual habitat of *A. lumbricoides* is the small intestine. It is estimated that 1 to 1.4 billion people worldwide are affected by ascariasis, making it the most common helminthic diseases in humans and occurs mostly in countries with low standards of public health and personal hygiene, making ascariasis highly endemic in developing countries and is probably second only to gallstones as the cause of acute biliary symptoms. When the worm load is high, which may go up to a 1000 worms, the worms tend to migrate away from the usual site⁶.

The exact reason for female preponderance is still not clear. Progesterone is a known inhibitor of smooth muscle contraction and is known to significantly increase gall bladder volume and decrease its emptying.⁸ In the children, the mode of transmission is typically soil-contaminated hands, fingers, toys, and food. The larvae hatch in the duodenum, penetrate the mucosa of the small bowel, and enter either the portal circulation or small bowel lymphatics migrate through the lungs, ascend the bronchial tree, are swallowed and mature in the small intestine.⁹ In biliary ascariasis the patients complain of severe intermittent right upper quadrant abdominal pain and vomiting. Fever accompanied by persistent pain is seen in many patients and suggests the presence of cholangitis and/or pyogenic liver abscess.

In diagnosis ultrasound has the advantage of being readily available, inexpensive, and capable of real-time imaging; features include the presence of long echogenic structures, single or multiple, linear or curved structures with or without a central anechoic tube, mostly without

an acoustic shadowing.^{10, 11} Ultrasound is a simple, noninvasive, cheap, safe and reliable diagnostic tool in the hands of an experienced radiologist or clinician. Previous reports emphasize the high sensitivity and specificity of the ultrasonographical appearance of biliary ascariasis.^{4, 5} Together with the clinical and biochemical picture, ultrasound allows a reliable diagnosis and follow-up. The low cost and absence of running expenses and maintenance make it a valuable technical innovation for developing countries. A comparison of ultrasound with retrograde cholangiopancreatographic endoscopy could not confirm the superiority of the latter.^{5, 12} Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) has also been used successfully to aid in the diagnosis of difficult cases. ERCP is helpful during the active phase and sometimes worms may be seen moving actively into the biliary tree from the duodenum.¹³ Conservative treatment and oral anthelmintics have been found to be successful in more than 80% of patients with biliary ascariasis. Some authors, however, recommend early intervention to ward off complications. Surgical intervention can be undertaken in the form of cholecystectomy and /or CBD exploration with complete removal of the worms. Synchronous enterotomy and worm extraction has also been performed to ward off re-infection. When facilities are available endoscopic extraction of the worms appear to be a better alternative and gives prompt relief. To minimize the problem of recurrence, some authors have recommended endoscopic balloon sphincteroplasty instead of conventional sphincterotomy prior to worm extraction from CBD.¹⁴ Though we concur with the authors on this issue, we did not have the opportunity to employ this in our patients.

CONCLUSION

Endemicity of ascariasis should be considered in the diagnosis of acute abdomen. This is particularly true in patients who have undergone prior biliary tract intervention like sphincter ablation, bilio-enteric anastomosis and cholecystectomy. The mainstay of management especially in child and outpatient family clinics is administration of anti-helminth drugs and at times is all that is required in cases of uncomplicated biliary *Ascaris*. Patients should be advised to prevent reinfection by washing their hands thoroughly, especially before meals and after defecating, and by bathing and changing his underwear and bed linens daily. Ultrasound

is a reliable screening test for diagnosis and ERC provides confirmation in cases of complicated biliary ascariasis. After confirmation of diagnosed, most of the patients can be managed by conservative lines. Endoscopic extraction of the worm is sometimes required and is highly successful. Isolation is unnecessary; proper disposal of stool and soiled linen, using standard precautions, should be adequate.

REFERENCES

1. Agarwal L, Agarwal A, Das R; Medical cause of obstructive jaundice in obstetric patient; a unusual presentation of ascariasis: A case report. *Int. J Curr Microbiol App Sci* 2014; 3(5):309-311.
2. Hussain SM, Nazrul IAKM, Ahmed S, Mohsen AQM, Khanam F. Biliary ascariasis an experience of 47 cases. *Bangladesh Med Coll J* 2010;15(2):59-62.
3. Hajong R, Tongper D, Khariong PDS. Hepato-Biliary Ascariasis- Experience from a Tertiary Care Hospital in North East India. *JDMS* 2013;7(2):26-30.
4. Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R. Hepatobiliary and pancreatic ascariasis in India. *Lancet* 1970;335:1503-06.
5. Khuroo MS, Zargar SA, Yatoo GN. Worm extraction and biliary drainage in Hepatobiliary and pancreatic ascariasis. *Gastrointest Endosc* 1993;39:680-84.
6. Khan AS1, Bhowmik B, Hakim HAN3, Islam MA. Outcome of conservative management in biliary ascariasis- A study of 98 cases. *J Dhaka Med Coll* 2010;19(1):25-28.
7. Dar LM, Darzi MM, Mir MS, Kamil SA Rashid A, Abdullah S. Prevalence of lung affections in sheep in northern temperate regions of India: A postmortem study. *Small Ruminant Res* 2013;110:57-61.
8. Cohen S. The sluggish gall bladder of pregnancy. *N Engl J Med* 1980; 302: 397-8.
9. Wang J, Pan Y, Xie Y, Wu K, Guo X. Biliary ascariasis in a bile duct stones-removed female patient. *World J Gastroenterol* 2013;19(36):6122-24.

10. Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R, Bhat RL, Javid G. Sonographic appearance of biliary ascariasis. *Gastroenterology* 1987;93:267-72.
11. Rama A, Mahinder KN, Gupta A, Kamal VI. Images: Biliary ascariasis. *Indian J Radiol Imag* 1999;9:1:23.
12. Gonzalez AH, Regalado VC, Ende J V. Non-invasive management of *Ascaris lumbricoides* biliary tract migration: a prospective study in 69 patients from Ecuador. *Trop Med Inter Health* 2001;6(2):146–150.
13. Raina AH, Wani FH, Khan MA, Chungal KH, Para RA1, Raina MA. Massive Hepatobiliary and Pancreatic Ascariasis with Impending Liver Abscesses – A Case Report Analysis. *IJAR* 2013;1(7):87-90.
14. Ibrarullah M, Mishra T, Dash AP, Upadhaya UN. Biliary ascariasis - role of endoscopic intervention. *Trop Gastroenterol* 2011;32(3):210–13.



Risk Perception of Family Medicine Residents Regarding Drug Exposure in Pregnancy

Aile Hekimliği Asistanlarının Gebelikte İlaça Maruz Kalım İle İlgili Risk Algıları

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):93-98
doi: 10.5455/tjfmpe.177255

**Yusuf Cem
Kaplan^{1,2}**

Hüseyin Can^{2,3}

Barış Karadaş^{1,2}

Tijen Kaya Temiz^{1,2}

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Farmakoloji
Anabilim Dalı

² Terafar-İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Teratojenite Bilgi,
Eğitim, Uygulama ve Araştırma
Merkezi,

³ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Corresponding author:

Yusuf Cem Kaplan
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp
Fakültesi Farmakoloji Anabilim
Dalı İzmir/Türkiye
E-mail: seawise@gmail.com

Received Date: January 29, 2015

Accepted Date: April 21, 2015

ABSTRACT

Introduction: The family medicine residents (FMR) in Turkey frequently interact with pregnant patients who are in need of information and guidance regarding inadvertent drug exposure during their pregnancy. Risk perception of FMR regarding the possible teratogenic effects of drugs is substantially important since it may directly affect how they counsel and guide such patients in countries with limited access to Teratology Information Services (TIS) like Turkey.

Methods: This was a survey study. Each questionnaire included demographic questions and visual analogue scales (VAS) to measure the perceived risk level (0 % - 100 %) for the background risk of pregnancy and exposure to commonly used drugs. Mean perceived risk scores (MPRS) was calculated and compared with the true risk value (TRV) of each drug. Perception of risk regarding whether the drugs may cause malformations at a frequency higher or lower than 5 % was also evaluated.

Results: Forty-six FMR from two Turkish training and research hospitals were participated. MPRS for the background risk of pregnancy regarding congenital malformations was 3.8 ± 4.1 %. Additionally, great majority of the drugs were considered to cause congenital malformations at a frequency higher than 5 % by the great majority of FMR.

Conclusions: Risk of drug exposure in pregnancy are found to be misperceived and overestimated by FMR. This misperception may lead to adverse consequences such as avoidance of giving a necessary treatment to the pregnant patient and provoking unnecessary anxiety in the pregnant women with inadvertent drug exposure. Integrating relevant courses into FMR training and establishment of TISes in developing countries should be the primary goal to overcome this problem.

Key words: Pregnancy, Family Practice, drug effects, teratology

ÖZET

Giriş: Aile hekimliği asistanları gebeliğinin farkında olmadan ilaca maruz kalan ve bu konuda hakkında bilgi ve rehberlik ihtiyacı duyan gebeler ile sıkça karşılaşmaktadırlar. Türkiye gibi gebelerin Teratojenite Bilgi Servisleri'ne (TBS) erişim imkanlarının kısıtlı olduğu ülkelerde, aile hekimliği asistanlarının ilaçların olası teratojenik etkilerine dair risk algıları, bu tür hastalara verecekleri danışmanlık ve rehberlik hizmetini doğrudan etkileyeceğinden, yüksek önem arz etmektedir.

Yöntem: Bu çalışma bir anket çalışması olarak planlanmıştır. Anket formuna demografik soruların yanında gebelikte temelde bulunan major konjenital malformasyon gelişme riskini ve sık kullanılan ilaçlara maruziyeti ölçmek üzere kullanılan görsel analog skalalar (GAS, % 0 - % 100) dahil edilmiştir. Her ilaçla ilgili ortalama risk algısı skoru hesaplanmış ve ilgili ilacın gerçek risk değeri ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca aile hekimliği asistanlarının ilaçların major konjenital malformasyon oluşturma potansiyelleri ile ilgili risk algılarının % 5'lik sınır değerin hangi oranda altında ya da üstünde olduğu da değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya iki büyük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 46 aile hekimliği asistanı dahil edilmiştir. Gebelikte temelde bulunan major konjenital malformasyon riskine dair ortalama risk algısı skoru % 3.8 ± 4.1 olarak hesaplanmıştır. Tüm ilaçlar için ortalama risk algısı skoru gerçek risk değerinden daha yüksek olarak bulunmuştur. Aile hekimliği asistanlarının büyük bölümünün ilaçların major konjenital malformasyon oluşturma risklerini % 5'in üzerinde olarak algıladıkları tespit edilmiştir.

Sonuç: Aile hekimliği asistanlarının gebelikte ilaç maruziyetine dair risk algıları olması gerekenden yüksektir. Bu yanlış yüksek risk algısı temel alınarak verilecek danışmanlık hizmeti, gebe hastanın alması gereken bir tedaviyi alamaması ya da bilmeden ilaca maruz kalan gebelerin olası konjenital malformasyon risklerine dair tedirginlik düzeylerinin artmasına neden olabilir. Bu problem, aile hekimliği asistan eğitimine bu konu ile ilgili gerekli entegrasyonun yapılması ve gelişmekte olan ülkelerde Teratojenite Bilgi Servisleri'nin kurulması ve yaygınlaştırılması ile çözülebilir.

Anahtar kelimeler : Gebelik, Aile Hekimliği, ilaç etkileri, teratojenite

INTRODUCTION

Drug use in pregnancy is common. It has been reported that 93.9 % pregnant women use at least one prescribed and/or over-the-counter (OTC) drug during pregnancy and 82.3 % of the drug use occurs in the first trimester.¹ In a recent multinational study the prevalence of drug use at anytime in pregnancy was reported to be as 81.2 %.² The average number of drugs used by pregnant women was increased from 2.5 in 1976 – 1978 to 4.2 in 2006 -2008.¹ In addition, nearly half of the pregnancies are unplanned and women may be exposed to drugs during their unrecognized pregnancy for various disease states.³ This situation may cause anxiety in pregnant women and information need regarding possible risks of the exposure on the fetus may arise.

Teratology Information Services (TIS) are important sources for information regarding drug use or exposure in pregnancy. European Network of Teratology Information Services (ENTIS) and Organization of Teratology Information Specialists (OTIS) are well established networks of TIS in developed countries.^{4,5} However, developing countries have limited access to this kind of specialized information sources. Physicians are shown to be the most common information source during pregnancy in different nations, therefore it is important to understand how physicians perceive risks of drug exposures in pregnancy.⁶ Previous research showed that both pregnant women and their physicians tend to overestimate teratogenic risks of drugs.⁷⁻⁹ This misperception may lead to avoidance of a necessary treatment during pregnancy or unnecessary termination of a wanted pregnancy.

Family medicine residency training is recently introduced in Turkey. Pregnant patient follow-up is a frequent daily task for family medicine residents (FMR). This study aimed to evaluate how FMR perceive risks of drug exposures in pregnancy.

METHODS

This study was approved by Izmir Katip Celebi University Non-Interventional Studies Review Board. An anonymous self-completed questionnaire were distributed to FMR recruited from two tertiary care training hospitals. The questionnaire had two parts; the first part included demographic questions and second part was designed to measure the perceived risk level for two conditions; background risk of pregnancy and exposure to 17 commonly used drugs during pregnancy. The question regarding the background risk of pregnancy and questions regarding drug exposures was associated with a visual analogue scale (VAS) ranging from 0 % (no risk for the fetus) to 100 % (every exposure leads to a malformation in the fetus) for FMR to assign their presumptions.

For measuring the risk perception regarding the background risk of pregnancy the following question was asked, "In the general population, what do you think is the baseline risk of a healthy pregnant woman having a child born with a birth defect ?". For measuring the perceived risk score regarding drugs the following question was asked, "What do you think is the risk of a pregnant women, who is exposed to the associated drug, having a child born with a birth defect ?".

Seventeen drugs included in the study were chosen among different pharmacologic classes to which the pregnant patients are frequently exposed (Table 1). All drugs, with the exception of isotretinoin, thalidomide, warfarin and phenytoin were considered to have a <5 % risk of malformation.⁸⁻¹⁰ Risk of malformation regarding isotretinoin, thalidomide, warfarin and phenytoin exposures were considered as 35 – 40 %, 35- 40 %, 6 – 25 % and ≤10 %, respectively.^{8,10} For each drug, the most common trade name examples were also provided.

Table 1. Drugs included in the survey with visual analogue scales (VAS) to measure the mean perceived risk scores (MPRS) of family medicine residents (FMR).

Nonsteroidal anti-inflammatory agents;
Acetaminophen, acetylsalicylic acid
Antimicrobials;
Amoxicillin + clavulanic acid, ciprofloxacin, fluconazole
Cardiovascular drugs;
Propranolol, heparin, warfarin *
Central nervous system drugs;
Sertraline, haloperidol, phenytoin *
Respiratory system drugs:
Budesonid
Gastrointestinal system drugs
Dimenhydrinate, metoclopramide, ranitidine
Dermatologic drugs:
Isotretinoin *
Others:
Thalidomide*

* Indicates the drug has a teratogenic risk greater than 5 % .

Mean perceived risk scores (MPRS) was calculated for each exposure and compared with the true risk value (TRV) of each exposure. Additionally, the ratio of FMR who considered the teratogenic risk of each exposure at a frequency lower or higher than 5 % were also calculated.¹¹

RESULTS

Forty-six FMR from two different Turkish training and research hospitals were participated in the study. Mean age was 29.5 ± 4.4 (range: [24 – 43]) and 43.5 % were female. Mean years in medical practice was 4.7 ± 4.4 (range: [1 – 20]). Mean years in residency was 1.7 ± 0.8 (range: [0 – 3]). Previous training regarding drug exposure in pregnancy were reported by 8.7 % of them and 17.4 % stated that they had either called a poison information

center or TIS for consultation of drug exposure in pregnancy in the past (Table 2).

Table 2. Demographics of family medicine residents (FMR) (n=46).

	Mean $\pm$ SD	Interval
Age	29.5 $\pm$ 4.4	24 - 43
Sex		
Male	56.5 % (26)	
Female	43.5 % (20)	
Years as a medical doctor	4.7 $\pm$ 4.4	1 - 20
Years in residency	1.7 $\pm$ 0.8	0 - 3
Training for drug use/exposure in pregnancy		
Yes	8.7 % (4)	
No	91.3 % (42)	
Use of TIS or Poison Info Center for drug exposures in pregnancy		
Yes	17.4 % (8)	
No	82.6 % (38)	

Table 3. Mean perceived risk scores (MPRS) of family medicine residents (FMR) regarding possible teratogenic risks of drugs.

Drug	True risk (%)	Mean perceived risk score (0 -100%) (SD)	Responders (n)
Basal risk of pregnancy	1-5	3.8 (4.1)	44
Acetaminophen	< 5	6.3 (9.2)	46
Amoxicillin + Clavulanic acid	< 5	12.5 (15.6)	46
Ciprofloxacin	<5	44.8 (27.6)	46
Fluconazole	< 5	52.8 (31.3)	40
Acetylsalicylic acid	<5	29.8 (25.5)	41
Thalidomide	35- 40	80.0 (27.6)	41
Heparin	<5	18.7 (21.6)	39
Sertraline	<5	48.3 (30.0)	40
Haloperidol	<5	53.30 (31.6)	40
Phenytoin	$\leq$ 10	54.8 (30.1)	41
Propranolol	<5	36.4 (27.7)	39
Budesonid	<5	27.9 (25.8)	37
Dimenhydrinate	<5	23.5 (24.1)	38
Metoclopramide	< 5	24.9 (22.0)	41
Ranitidine	< 5	29.1 (26.3)	40
Isotretinoin	35-40	77.4 (27.5)	46
Warfarin	6 - 25	63.8 (31.4)	41

Risk perception regarding basal risk of congenital malformations: MPRS for the background risk of pregnancy was found as 3.8 ± 4.1 % (TRV = 1-5 %) (Table 3). The rate of FMR who estimated the background risk of congenital malformations in its true range was 86.4 % (Table 4).

Risk perception regarding drugs in pregnancy: MPRS of FMR were higher than the TRV for 100 % of drugs. Acetaminophen had the lowest (6.3 %) and thalidomide had the highest (80.0 %) MPRS (Table 3).

The ratio of FMR estimated the teratogenic risk of each particular drug at a frequency lower than 5 % or higher than 5 % were shown (Table 4). The lowest perception of teratogenic risk were found to be associated with

acetaminophen, 56.5 % of FMR estimated its possible teratogenic risk as lower than 5 % (malformations in less than 5 % of cases when used during pregnancy). The highest perception of teratogenic risk was found to be related with isotretinoin, all of FMR estimated its possible risk as higher than 5 % (malformations in more than 5 % of cases when used during pregnancy). Ciprofloxacin, thalidomide, sertraline, haloperidol, warfarin and fluconazole were assigned to have a teratogenic risk higher than 5 % by more than 95 % of FMR. Phenytoin, propranolol, aspirin, metoclopramide and ranitidine were estimated to have a teratogenic risk higher than 5 % by more than 80 % of FMR. Budesonid, heparin and dimenhydrinate were reported to have a teratogenic risk higher than 5 % by more than 70 % of FMR. Amoxicillin + clavulanic acid were reported to have a teratogenic risk higher than 5 % by more than 60 % of FMR.

Table 4. Risk perception of family medicine residents (FMR) regarding whether the exposures may cause malformations at a frequency higher or lower than 5%

Drug	True risk (%)	Risk <5% (n)	Risk >5% (n)	Responders (n)
Basal risk of pregnancy	1 - 5	86.4 (38)	13.6 (6)	44
Acetaminophen	< 5	56.5 (26)	43.5 (20)	46
Amoxicillin + Clavulanic acid	< 5	37.0 (17)	63.0 (29)	46
Ciprofloxacin	<5	2.2 (1)	97.8 (45)	46
Fluconazole	< 5	5.0 (2)	95.0 (38)	40
Acetylsalicylic acid	<5	19.5 (8)	80.5 (33)	41
Thalidomide	35- 40	2.4 (1)	97.6 (40)	41
Heparin	<5	28.2 (11)	71.8 (28)	39
Sertraline	<5	2.5 (1)	97.5 (39)	40
Haloperidol	<5	2.5 (1)	97.5 (39)	40
Phenytoin	$\leq$ 10	12.2 (5)	87.8 (36)	41
Propranolol	<5	12.8 (5)	87.2 (34)	39
Budesonid	<5	21.6 (8)	78.4 (29)	37
Dimenhydrinate	<5	28.9 (11)	71.1 (27)	38
Metoclopramide	< 5	19.5 (8)	80.5 (33)	41
Ranitidine	< 5	20.0 (8)	80.0 (32)	40
Isotretinoin	35-40	0.0 (0)	100.0 (46)	46
Warfarin	6 - 25	4.9 (2)	95.1 (39)	41

DISCUSSION

This study is the first survey evaluating risk perception of physicians regarding drug exposures during pregnancy in a developing country.

Thalidomide tragedy was an important milestone which changed the risk perception of medical community regarding drug exposure in pregnancy.¹² After this incident, every drug, if not proved otherwise, were treated as a potential teratogen. Additionally, the lack of human data regarding the possible teratogenic risks for the newly introduced drugs adds a significant amount of uncertainty to this matter. Lo and Friedman showed that 92.1 % of the drugs which has been approved by FDA between years 1980 - 2000 lack adequate clinical and/or epidemiologic data regarding their use in pregnancy at the time of approval. It is also reported that it takes at least 6.0 ± 4.1 years to determine the teratogenic effect of a drug after its approval, while ruling out such an effect takes longer (9.1 ± 4.5 years).¹³ The evaluation of drugs which were approved between 2000 and 2010 by Adam et al., demonstrated that the teratogenic risk in human pregnancy was undetermined for 97.7 % of them. Furthermore, for the 73.3 % of drugs the amount of available pregnancy safety data were classified as "none".¹⁴ Therefore, it is a matter of fact that physicians are often prone to misperception and uncertainty regarding the quantification of possible teratogenic risks of drugs.

Every pregnancy has a background risk of 1-5 % regardless of any exposure.^{10,15} In this study, majority of the FMR estimated the background risk in its true range. The MPRS of background risk were concordant with MPRS reported in the previous study by Sanzet al.⁸ However, great majority of FMR demonstrated an overestimated perception of teratogenic risk regarding commonly used drugs in general. All MPRS of drug exposures was higher than their TRV.

Acetaminophen had the closest MPRS to TRV, while it was still higher than 5 %. While more than half of the FMR assigned to acetaminophen a teratogenic risk at a frequency of lower than 5 %, there was a considerable rate of FMR (43.5 %) who thought acetaminophen had a teratogenic risk was higher than 5 %. MPRS of acetaminophen in our study (6.3 %) was comparable to the previous value (4.6 %) reported by Sanz et al., however it was lower than the value (13.6 %) reported by Damase-Michel et al.^{8,16} Acetylsalicylic acid had a much higher MPRS score than its TRV. Most of the FMR thought its teratogenic risk was higher than a frequency of 5 %. MPRS value of acetylsalicylic acid in our study (29.8 %), was higher than the value that Sanz et al. reported previously (13.7 %), however it was lower than the value reported (45.2 %) by Damas-Michel et al.^{8,16}

Among antimicrobials, the lowest MPRS was received by amoxicillin + clavulanic acid which is a frequently preferred antibiotic for upper respiratory tract infections during pregnancy. However only one-third of the respondents considered that its teratogenic risk was below than a frequency of 5 %. The two other antimicrobials included in the study, ciprofloxacin and fluconazole received very high MPRS and great majority of FMR considered their teratogenic risk at a frequency higher than 5 %. This high MPRS of ciprofloxacin (44.8 %) in our study is in concordance with the finding of a previous study which reported high MPRS for another fluoroquinolone, norfloxacin (46.3 %).¹⁶ Fluconazole had the highest MPRS in antimicrobial group. Fluconazole has not been evaluated with regard to risk perception in previous studies.^{8,16}

FMR also attributed higher MPRS to heparin, propranolol and warfarin than their TRV. Additionally, majority of the FMR thought that all three drugs have a teratogenic risk which is higher than a frequency of 5 %. Heparin and propranolol were not evaluated in previous studies.^{8,16} The MPRS of warfarin in our study (63.8 %) was higher than the MPRS (53.2 %) found previously.⁸ The high MPRS of warfarin, a well-known human teratogen, can be interpreted as a positive finding and an awareness, however this high MPRS is also an overestimation with regard to its TRV.

Sertraline, haloperidol and phenytoin received higher MPRS than their TRV. Great majority of FMR considered the teratogenic risk of all three drugs as above 5 %. The MPRS of sertraline has not been investigated in previous studies.^{8,16} The MPRS haloperidol and phenytoin in our study (53.3 % and 54.8 %, respectively) was higher than the MPRS reported in previous study (22.1 % and 37.9 %, respectively). The number of FMR who considered the teratogenic risk of sertraline, haloperidol and phenytoin (97.5 %, 97.5 % and 87.8 % respectively) at a frequency higher than 5 % were also greater than it was reported in the study by Cantilino et al (55 % for antidepressants, 60 % for antipsychotics and 77% for anticonvulsants, respectively).¹¹ The MPRS of phenytoin was much more higher than its TRV, which also may be interpreted both as awareness and overestimation.

The MPRS of budesonide, which is an inhaled corticosteroid and a common ingredient of asthma drugs, was also higher than its TRV, and majority of FMR considered its teratogenic risk as greater than 5 %. MPRS of budesonide in our study (27.9 %) was lower than the MPRS for corticosteroids (40.7 %) reported in the previous study.¹⁶

Dimenhydrinate, metoclopramide and ranitidine received higher MPRS scores than their TRV and majority of FMR attributed them a teratogenic risk greater than 5

%. The MPRS of metoclopramide and ranitidine in our study (24.9 % and 29.1 %, respectively) were comparable with the MPRS for these drugs in the study by Damas-Michel et al. (28.0 % and 35.4 % respectively), however higher than the MPRS reported by Sanz et al (13.9 % and 18.6 % respectively). MPRS of dimenhydrinate has not been evaluated in previous studies.^{8,16}

Isotretinoin and thalidomide, which are well-known teratogens, had much higher MPRS than their TRV, and thalidomide had the highest MPRS among all of the drugs listed. This can be considered as an awareness in the context of safe prescription, however, it is an overestimation in the context of risk quantification. All of the FMR attributed to isotretinoin a teratogenic risk greater than 5% and great majority of FMR considered thalidomide's teratogenic risk as higher than 5 %. The MPRS of thalidomide in our study (80.0 %) was very close to the previously reported MPRS (81.6 %) by Sanz et al., however it was lower than the MPRS reported by Damas-Michel et al (91.7 %).^{8,16} The MPRS of isotretinoin in this study (77.4 %) were also lower than the MPRS reported previously (89.0 %).¹⁶

The most important finding in this study was that the FMR had a misperception and an overestimation regarding the possible teratogenic risks of common drug exposures. Previous studies, which used different methods to assess the risk perception, also demonstrated a misperception and overestimation of the teratogenic risk regarding drug use in pregnancy by physicians from various medical specialties, healthcare professionals and pregnant patients. Pole et al., showed that while the healthcare professionals had a lower perception of risk than the pregnant patients regarding drug use in pregnancy, they tend to rate the drug as unsafe even in the presence of a text describing its safety.¹⁷ A survey study by Csajka et al., using blinded readings from Swiss Drug Reference Book, observed an overestimation of risk regarding drug use in pregnancy among gynecologists, pediatricians, midwives and pharmacists.¹⁸ The authors suggested underuse of special information sources as the probable cause of this misperception and emphasized the need for training. Another questionnaire based study, assessing teratogenic risk perceptions and confidence in use of drugs in pairs of pregnant women and general practitioners, found that the pregnant women had higher teratogenic risk perceptions and lower confidence in use of medicines than their general practitioners, and this difference were highest for the SSRI, escitalopram.¹⁹ Recently, Cantilino et al., showed that the risk associated with the use of psychotropic drugs in pregnancy was overestimated by non-psychiatric specialists, however psychiatrists showed a perception of risk consistent with evidence based information.¹¹

The overestimation of teratogenic risks regarding drug use in pregnancy has two important implications. Firstly, this overestimation may lead to avoidance of giving a necessary treatment to the pregnant patient. Secondly, in case of a referral of a pregnant patient with an inadvertent exposure to drugs, this high risk perception of the physician directly or indirectly may increase the risk perception of the patient which may lead to further anxiety and unnecessary elective termination of a wanted pregnancy.

The solution of this problem is not simple, however. All FMR should receive a basic training of drug use in pregnancy and lactation. Great majority of FMR in this study reported they had not received training on drug use in pregnancy, which is probably the most important reason for misperception of teratogenic risk of drugs. The literature on drug use in pregnancy is vast and continuously-changing, therefore it would not be practical to suggest that FMR to follow-up the literature, instead, FMR should be trained to learn how to evaluate information from specialized sources such as Reprotox and TERIS.^{20,21} Establishment and availability of TISes, as the information sources for physicians, in developing countries is also significantly important.

LIMITATIONS

There are several limitations of our study. One important limitation is not including timing and duration of exposures in the questions. This was for the reason to keep the questionnaire as simple as possible. Another limitation is the number of participants. However, all of the FMR who were receiving residency training in regional tertiary care hospitals at the time of the study were included. We believe, in spite of the limitations, this study is still able to provide the fact that FMR in this study had a misperception of teratogenic risk regarding drug exposure in pregnancy.

ENDNOTES

Future studies in this subject should focus on two areas; the identification of the root causes of this knowledge gap and the ways to surmount this problem in order to ensure evidence-based counseling and treatment of pregnant patients.

REFERENCES

1. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, Kelley KE, Louik C, Hernández-Díaz S. National Birth Defects Prevention Study. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:e1-8.

2. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Mårdby AC, Moretti ME, et al. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open* 2014;4:1-11.
3. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011;84:478-85.
4. Schaefer C. Drug safety in pregnancy: utopia or achievable prospect? Risk information, risk research and advocacy in Teratology Information Services. *Congenit Anom (Kyoto)* 2011;51:6-11.
5. Leen-Mitchell M, Martinez L, Gallegos S, Robertson J, Carey JC. Mini-Review: History of Organized Teratology Information Services in North America. *Teratology* 2000;61:314-7.
6. Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J, Enlund H, Nordeng H, Lupattelli A, Kokki E. Medicines information needs during pregnancy: a multinational comparison. *BMJ Open* 2013;3:pii: e002594.
7. Koren G, Bologna M, Long D, Feldman Y, Shear NH. Perception of teratogenic risk by pregnant women exposed to drugs and chemicals during the first trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;160:1190-4.
8. Sanz E, Gomez-Lopez T, Martinez-Quintas MJ. Perception of teratogenic risk of common medicines. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2001;95:127-31.
9. Nordeng H, Yström E, Einarson A. Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol* 2010;66:207-14.
10. Schaefer C, Peters PWJ, Miller RK (eds) (2007) *Drugs during pregnancy and lactation. Treatment options and risk assessment*, 2nd ed. Academic Press, New York
11. Cantilino A, Lorenzo L, de Paula Jdos A, Einarson A. Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two Latin American countries. *Rev Bras Psiquiatr* 2014, 36:106-10.
12. G J Annas, S Elias. Thalidomide and the Titanic: reconstructing the technology tragedies of the twentieth century. *Am J Public Health* 1999;89:98-101.
13. Lo WY, Friedman JM. Teratogenicity of recently introduced medications in human pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;100:465-73.
14. Adam MP, Polifka JE, Friedman JM. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2011;157:175-82.
15. Polifka JE, Friedman JM. Clinical teratology: identifying teratogenic risks in humans. *Clin Genet* 1999;56:409-20.
16. Damase-Michel C, Pichereau J, Pathak A, Lacroix I, Montastruc JL. Perception of teratogenic and foetotoxic risk by health professionals: a survey in Midi-Pyrenees area. *Pharm Pract (Granada)* 2008;6:15-9.
17. Pole M, Einarson A, Pairedeau N, Einarson T, Koren G. Drug labeling and risk perceptions of teratogenicity: a survey of pregnant Canadian women and their health professionals. *J Clin Pharmacol* 2000;40:573-7.
18. Csajka C, Jaquet A, Winterfeld U, Meyer Y, Einarson A, Panchaud A. Risk perception by healthcare professionals related to drug use during pregnancy: a Swiss survey. *Swiss Med Wkly* 2014;7;144:w13936.
19. Widnes SF, Schjøtt J, Eide GE, Granas AG. Teratogenic risk perception and confidence in use of medicines in pairs of pregnant women and general practitioners based on patient information leaflets. *Drug Saf* 2013;36:481-9.
20. Reprotox ® An Information System on Environmental Hazards to Human Reproduction and Development <http://www.reprotox.org/> Accessed 2014 Sep 24
21. TERIS, Teratogen Information System <http://depts.washington.edu/terisweb/teris/> Accessed 2014 Sep 24



The Prevalence of Diabetes Mellitus, Dysglycaemia and Factors that affect them in Public Employees of Kahramanmaraş

Kahramanmaraş İli Kamu Çalışanlarında Diabetes Mellitus ve Bozulmuş Açlık Glukoz Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

ABSTRACT

Aim: Our aim is to determine the prevalence of diabetes mellitus, impaired fasting glucose and socio-demographic characteristics of employees in public institutions and organizations in Kahramanmaraş province and to assess the effect of these variables in the development of diabetes mellitus.

Methods: The work, which was planned as an observational, cross-sectional and an analytical type study, was conducted with 1201 male and female participants between 01/10/2013 and 01/12/2013 in the city of Kahramanmaraş. The age, gender, body mass index (BMI), systolic and diastolic blood pressure, marital status and educational status of participants were recorded. The association between these parameters and diabetes mellitus or impaired fasting glucose (IFG) were evaluated

Results: The mean age of the study participants 42.86 ± 9.56 , of those 79% were male, 21% were women. DM was observed in 120 (10%) persons, BAG was observed in 373 (31%) persons, hypertension was observed in 218 (18,1%) persons. Marital status single / widowed patients with DM and IFG rate of sequentially 4.7% and 24.3% , In the married respectively; 10.7% and 31.7% ($p < 0.05$). DM and IFG ratio were significantly different in participants who were graduated from primary school 15% , IFG is 27.9% , in the high school graduates respectively; 11.6% and 29.8% while university graduates were respectively; 6.6% and 29.9% ($p < 0.05$). The rate of DM and BAG were respectively; 15% , 35.3% in first-degree relatives in the story of DM, while there were 6,8% , 28.2% and in patients with no DM family story ($P < 0.05$).

Conclusion: An increase in the level of education to reduce the incidence of diabetes and family history, marital life were found to increase the rate of DM and IFG. We obtain the finding that increased the level of DM and IFG when increase the Body Mass Index (BMI). Firstly, the identification of risk groups and lifestyle changes, such as; exercise, appropriate training, etc., were eligible to be given to this group by the current practice of family medicine units

Key words: Diabetes Mellitus, Impaired Fasting Glukoz, Obesity, Hypertension, Educational Status, Body Mass Index,

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):99-103
doi: 10.5455/tjfmpe.181425

Ahmet Yılmaz¹

Faruk Kılınç²

Mustafa Gökhan Usman³

Mustafa Haki Sucaklı⁴

Halis Mehmet Tanrıverdi¹

Hamza Aslanhan¹

Gamze Bucaktepe¹

Vesnel Kars¹

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı Diyarbakır¹

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji bilim Dalı Diyarbakır²

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Adıyaman³

Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Kahramanmaraş⁴

Corresponding author:

Ahmet Yılmaz

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı Diyarbakır /
TÜRKİYE

E-mail: dearahmetyilmaz@hotmail.com

Received Date: March 19, 2015

Accepted Date: July 08, 2015

ÖZET

Amacı: Amacımız, Kahramanmaraş ili kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan personelin, Diabetes Mellitus(DM) ve Bozulmuş Açlık Glukozu(BAG) sıklığını saptamak ve bu durumların obezite, hipertansiyon ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Gözlemsel, kesitsel analitik tipte olan çalışmamıza; 01/10/2013-01/12/2013 tarihleri arasında, Kahramanmaraş il merkezinde 1201 kişi dahil edildi. Katılımcıların, yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi , sistolik ve diastolik kan basıncı, medeni durum ve eğitim durumları yüz yüze anket yöntemiyle not edildi. Bu değişkenlerin DM ve BAG ile ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $42,86 \pm 9,56$ olarak bulundu. Katılanların %79'u erkek, %21'i kadındı. 120 (%10) kişide DM, 373 (%31) kişide BAG, 218 (%18,1) kişide hipertansiyon tespit edildi. Medeni durumu, bekar/dul olanlarda DM ve BAG oranı sırasıyla % 4,7 ve % 24,3 iken, evli olanlarda sırasıyla %10,7 ve % 31,7 idi ($p < 0.05$). Eğitim durumu, ilk öğretim mezunu olanlarda DM oranı % 15, BAG % 27,9, lise mezunlarında, sırasıyla % 11,6 ve % 29,8, üniversite mezunlarında ise, sırasıyla % 6,6 ve % 29,9 bulunmuştur ($p < 0.05$). Birinci derece akrabalarında DM hikayesi olanlarda DM görülme sıklığı % 15 , BAG % 35,3 iken aile öyküsü olmayanlarda ise sırasıyla % 6,8 ve % 28,2 idi ($p < 0.05$).

Sonuç: Eğitim düzeyi arttıkça DM ve BAG 'nın azaldığı, aile öyküsü pozitif olanlarda ve evlilerde sıklığın daha yüksek olduğu, Vücut Kitle İndeksi (VKİ) artışının sıklığı artırdığı yönünde bulgular elde edildi. Öncelikle, riskli grupların tespit edilmesi ve yaşam tarzı değişikliği, egzersiz vb gibi uygun eğitimlerin, kurum hekimliği ya da bağlı bulunan Aile Hekimliği birimleri tarafından bu gruplara verilmesi uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler : Diabetes Mellitus, Bozulmuş Açlık Glukozu, Obezite, Hipertansiyon, Eğitim Durumu, Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ

DM, insülin salgılanmasında yetersizlik veya insülin etkisinde bir bozukluk nedeniyle ortaya çıkan, hiperglisemi ile tanınan, sonrasında gelişen bir çok komplikasyon ile yüksek morbidite ve mortalite nedenlerinde ilk sıralarda yer alan metabolik bir hastalıktır.¹ American Diabetes Association (ADA) kriterlerine göre, açlık kan şekeri (AKŞ) normal değeri <100 mg/dl olmalıdır. AKŞ'nin 100-125 mg/dl olması BAG olarak tanımlanmaktadır². AKŞ'nin ≥ 126 mg/dl olması ise aşikar DM olarak tanımlanmaktadır³. Obezite, tüm dünyada ve ülkemizde prevalansı hızlı bir şekilde artan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve vakalarda kontrol edilemeyen artış, ciddi sosyoekonomik problemleri doğurmaktadır. Obezite sınıflanırken, VKI değerleri 18,50 altındakiler zayıf, 18,50-24,99 olanlar normal, 25,0-29,99 olanlar fazla kilolu, 30,0 ve üzeri olanlar ise obez olarak tanımlanmaktadır.⁴ Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde önde gelen risk faktörlerindendir. Sekizinci Ortak Ulusal Komite (JNC 8) raporunda belirtilen sınıflandırmaya göre, sistolik kan basıncı 140 mm/Hg ve üzerinde, diastolik kan basıncı 90 mm/Hg ve üzerinde olanlar hipertansif olarak tanımlanmaktadır.⁵

Uluslararası Diabet Federasyonu (IDF), 2011 yılında, 20-79 yaş grubu için DM prevalansını %8,3 bulmuş ve bu durumun, 2030'da %9,9 olacağını öngörmüştür⁶. Türkiye Diabet Epidemiyolojisi (TURDEP)'nin 1997-1998 yıllarında 20 yaş ve üzeri 24788 kişide yaptığı çalışmada, diabet prevalansı %7,2 olarak bulunmuş, 2010 yılında 20 yaş ve üzeri 26499 kişide yaptığı ikinci bir çalışmada ise bu prevalansı, yaklaşık iki kat artışla %13,7 olarak bulunmuştur.^{7,8}

Ülkemizde son 12 yıllık süreçte, DM vakalarında görülen artışın yüksek oluşu, dolayısıyla bireylerin kontrolsüz DM'den kaynaklanabilecek mikro ve makrovasküler komplikasyonlardan (retinopati, nöropati, nefropati, kardiyovasküler hastalık vb) korunması gerekliliği, bu hastalığı öncelikli müdahale edilmesi gereken bir konuma getirmiştir.

Bu çalışmamızda bölgesel olarak DM, BAG ve obezite oranlarını ve bunların sosyodemografik ve fizik muayene bulgularıyla olan ilişkisi belirlenmeye çalışılmıştır., Ülkemizde hızla artan bu metabolik problemlerin, Kahramanmaraş bölgesinde geçerlilik durumunu ortaya koymayı ve dolayısıyla elde edilecek sonuçlarla, diyabetle mücadelede yönelik yürütülecek faaliyetlerin, uygulanacak girişimlerin planlanmasının önemli olacağına dikkat çekmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Kahramanmaraş il merkezinde, 14/12/2012-22/01/2013 tarihlerinde, Valiliğe bağlı İl Müdürlükleri olmak üzere; Bayındırlık, Orman Bakanlığı, Köy Hizmetleri, İl Özel İdaresi, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Maliye Bakanlığı, Sivil Savunma, Tarım, Sağlık Müdürlüğü, Büyükşehir Belediyesi olmak üzere, 10 kamu kurum kuruluşunda toplam 7566 civarında çalışan olduğu, Valilik Defterdarlık biriminden öğrenilmiştir. Dolayısıyla evrenimiz 7566 çalışan olarak belirlendi. Türkiye'de TURDEP 2 çalışmasına göre, DM prevalansı %13,78 öngörülmüştür, bu çalışmada olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma 2 olarak belirlenmiştir. % 95 güven aralığında, epi info programı ile yapılan hesaplamada da 987 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Her kurumda, fazladan katılımcı gönüllü olabileceğini düşünerek %20'si oranında fazla anket formu hazırlandı. Toplam 1257 kişiye ulaşılmış, formları tamamlamayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 56 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Çalıştıkları işyerinde 1201 kadın ve erkek katılımcı ile çalışma yürütülmüştür.

Çalışmaya, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı (13/12/2012 tarih / 2013/01-4 sayılı) alınarak başlanmıştır. ve Uygulama aşamasında çalışmanın amacı hakkında hastalara kısaca bilgi verilerek çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onamları alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formuna, bireylerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim düzeyleri, meslekleri, kronik bir hastalık olup olmadığı kaydedilmiştir. Veri formları, Kahramanmaraş il merkezinde bulunan kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan 18-65 yaş grubu personele ulaşılarak, çalışmaya ait anket uygulaması ve fizik muayene ile kan şekeri ölçümlerinin yapılmasını kabul eden her bir çalışana uygulanmıştır. Anket formlarının uygulanması istatistik olarak yeterli sayıya ulaşıncaya sonlandırılmıştır.

Katılımcılar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKI) , sistolik, diastolik kan basıncı, medeni durum, eğitim durumlarına göre gruplandırılmıştır. Araştırmaya niçin dahil edildikleri araştırmacı tarafından açıklanarak katılımcıların yazılı onayları alınmıştır

Katılımcıların vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri yapılmıştır. Boyları, ayakkabıları çıkarılarak mezura ile, vücut ağırlıkları ise, fazla eşyaları çıkarılarak standart tartı ile ölçülmüştür. VKI'leri ölçülen ağırlık ve boylarının Ağırlık (kg) /Boy (m)² formülü ile hesaplanmasıyla elde edilerek kaydedilmiştir.

Kan basıncı ölçümü, katılımcılar oturur pozisyonda iken 10 dakika dinlendirildikten sonra yapılmıştır.

Bir gün önceki görüşmede, sabah aç olarak gelmeleri istenmiştir. Sabah en az 8 saatlik açlığı takiben kan glukoz örnekleme ile Accu-check marka kan şekeri ölçüm cihazı ve sribi kullanılarak, çalıştıkları işyerlerinde AKŞ ölçülmüştür. Ertesi gün AKŞ, yine en az 8 saatlik açlığı takiben tekrar ölçülmüştür. İkinci ölçümle kan şekeri 100-125mg/dl ve ≥ 126 mg/dl olanlar kaydedilmiştir.

İstatistik Analiz

Parametrik veriler; yaş, VKİ, gibi değerlerde normal dağılıma uyum bakımından kolmogorov smirnov ve shapiro testi yapıldı. Parametrik verilerin tamamının normal dağıldığı görülmüştür. Belirlenen DM ve BAG grupları ile diğer parametreler arasında korelasyonun var olup olmadığının belirlenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Hastalar normal, BAG, DM olmak üzere 3(üç) gruba ayrıldı. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS for Windows version 18 (Statistical Package For Social Sciences, Chicago, IL, USA) programı ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ kabul edildi ve bulgular ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde gösterilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaşları 17-68 aralığında, yaş ortalaması $42,86 \pm 9,56$, katılanların %79'u (949 kişi) erkek, %21'i (252 kişi) kadındır. DM prevalansı % 10 (120 kişi), BAG prevalansı ise % 31 (373 kişi) idi. Erkeklerde saptanan DM ve BAG oranı sırasıyla % 10,0 (95 kişi) ve % 31,9 (303 kişi) iken kadınlarda ise % 9,9 (25 kişi) ve % 27,8 (70 kişi) idi ($p > 0,05$).

Medeni durum, bekar/dul olanlarda DM ve BAG oranı sırasıyla % 4,7(7 kişi) ve %24,3(36 kişi) iken evli olanlarda ise sırasıyla %10,7 (113 kişi) ve % 31,7(334 kişi) idi ($p < 0,05$).

Eğitim durumu, ilk öğretim mezunu olanlarda DM oranı % 15 (35 kişi), BAG ise % 27,9 (65 kişi), lise mezunlarında sırasıyla % 11,6 (39 kişi) ve % 29,8 (100 kişi), üniversite mezunlarında ise sırasıyla % 6,6 (23 kişi) ve % 29,9 (105 kişi) idi ($p < 0,05$).

Birinci derece akrabalarında DM hikayesi olanlarda, DM görülme sıklığı % 15 (66 kişi), BAG % 35,3 (155 kişi) iken, aile öyküsü olmayanlarda ise sırasıyla % 6,8 (46 kişi) ve % 28,2 (190 kişi) idi ($p < 0,05$).

VKİ 30 ve üzeri olanlar %35,7 (429 kişi), bunlardaki DM ve BAG oranları sırasıyla %16 (69 kişi) ve %34,5 (148) idi ($p < 0,05$). VKİ artması ile DM görülmesi arasında pozitif korelasyon vardı ($p < 0,05$, $r = 0,155$).

Hipertansiyon prevalansı %18,1(218 kişi), bunlardaki DM ve BAG oranları sırasıyla %17,8(39 kişi) ve %28,4(62 kişi) idi ($p < 0,05$).

Sigara içenler %20 (241 kişi), bunlardaki DM ve BAG oranları sırasıyla %9,1 (22 kişi) ve %29,9 (72 kişi) idi ($p > 0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda yapılan çalışmalarda Diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi bozuklukların prevalansındaki artış, Türkiye'de özellikle Diyabet başta olmak üzere mevcut hastalıkların toplum sağlığını ciddi oranda etkileyen öncelikli sağlık sorunlarından biri haline getirmiştir. 2002 yılında, T.C. Sağlık Bakanlığınca tüm Türkiye'deki 14 sağlık ocağında "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi" ile 15468 kişiye ulaşılmış, bu proje sonuçlarından 30 yaş ve üzeri nüfusta DM sıklığı %11,9 olarak bulunmuştur⁹.

Eskişehir Çifteler de, 20 yaş grubu üzerinde yapılan saha çalışmasında DM sıklığı % 11,0 olarak ortaya konmuştur.¹⁰ Ankara-Gölbaşı Bölgesinde, Maral ve ark. nın DM prevalansının saptanması için 1020 kişi ile yaptığı çalışmada, DM sıklığı tüm yaş grupları için %3,7, 15-19 yaş aralığında % 0,7, 65 yaş ve üzeri grupta % 12,7 olarak saptanmıştır.¹¹ Son yıllarda bu alanda yapılmış en geniş çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi tarafından, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın sahada lojistik işbirliği ile gerçekleştirilen, Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında, 15 ilden 540 merkezde tamamlanan, 'Türkiye Diabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması)'nın saha araştırmasına göre, ülkemiz erişkin toplumunda Diabet sıklığının % 13,7, obezite sıklığı %32 olarak hesaplanmıştır.^{12,13} Bizim çalışmamızda DM oranı Turdep 2 çalışmasına göre daha düşük bulunurken, Kahramanmaraş ili için diğer illerle benzer oranlar gözlenmiştir.

Okuyay ve ark.'nın İzmir'de, Vançelik ve ark.'nın Erzurum'da, Değirmenci'nin Ankara'da yaptığı çalışmalarda da obezite oranları bekar gruba göre, evli olanlarda yüksek bulunmuştur.^{14,15} Bizim çalışmamızda da, benzer şekilde DM oranlarımız evli grupta bekarlara göre iki kat daha fazla olduğu görülmüştür. Evlilik sonrası artan sedanter yaşam koşulları, görece yüksek yaş ortalaması ve kilo kontrolü konusundaki duyarsızlık, bekar gruba göre obezite oranları konusunda ileri yaş gruplarında oranın artışıyla sonuçlanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Koruk ve ark.'nın Konya'da yaptıkları çalışmada, obezlerde DM sıklığı, obez olmayanlara göre, ilkökul ve altı öğrenim durumu olanlarda 2,7 kat daha fazla bulunmuştur.¹⁶ Vançelik ve ark., DM sıklığının okur yazar

olmayan grupta diğer gruplara göre anlamlı oranda yüksek olduğunu ifade etmiştir.¹⁷ Akbay ve ark.'nın çalışması da Mersin' de VKI nin eğitim düzeyi yüksek grupta düşük olan gruba göre anlamlı oranda düşük olduğunu göstermiştir.¹⁸ Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi ile DM sıklığını karşılaştırdığımızda benzer sonuçlar bulunmuştur, bu da eğitim düzeyleri arttıkça dengeli ve yeterli beslenme konusunda duyarlı olunması, belli bir sektörde aktif çalışma hayatında bulunulması, içinde bulunulan iş ve sosyal hayatın da etkileriyle fiziksel görünüm ve fonksiyonel yeterliliğin gerekli oluşu gibi durumlar DM sıklığının eğitim düzeyi yükseldikçe azalmasını açıklayabilmektedir.

Yapılan birçok çalışmada, birinci derece yakınında DM öyküsü olanlarda DM ve BAG oranı, olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.⁽¹⁹⁻²¹⁾ Bizim çalışmamızda da akraba öyküsü olanlarda DM ve BAG oranı, olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Obezite, tip 2 diyabet için en önemli risk faktörüdür. Erem ve ark., Trabzon'da²². Akbay ve ark., Mersin'de¹⁸ ve Kutlutürk ve ark., Tokat'ta²³ yaptıkları çalışmada diyabet ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da obezite ile DM ilişkisi değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Yine yapılan bir çok çalışmada, hipertansiyon ile DM arasında anlamlı ilişki bulunmuştur^{24,25}. Bizim çalışmamızda da hipertansiyonun DM gelişiminde risk faktörü olduğu yönünde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Her ne kadar sigara içenlerde içmeyenlere göre; DM ve BAG oranlarımız anlamlı bir farklılık oluşturmazsa da, koroner arter hastalığı açısından risk faktörü olduğu için, sigaranın bırakılmasında aile hekimlerine önemli görev düşmektedir.

Obezite, DM ve ilişkili metabolik sorunlar ülkemizde sıklığı giderek artan önemli bir hastalık grubu haline gelmiştir. Çalışmamızda, hedef kitlemizin belli eğitim düzeyinde kamu çalışanları olduğu düşünüldüğünde, saptanan DM oranlarının ülkemiz genelinde tespit edilmiş olan oranlara yakın ve biraz gerisinde olduğunu söyleyebiliriz. Her iki cinsiyetteki BAG oranlarının yüksek oluşu, çalışanlara yönelik metabolik hastalıklar konusunda kurum içi eğitimlerin verilmesi gerekliliğini ortaya koymuş olup, bağlı bulunulan aile hekimliği birimlerinden alacakları koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin çalışanlarımızı bu metabolik hastalıklardan koruma ve kontrol altında tutma konusunda çok önem arz etmektedir.

Not: Bu çalışma 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde (23-27 Nisan 2014 Kaya Palazzo Otel, Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Roth KI. Diabetes Treatment Bridging The Divid. N Engl J Med 2007; 356: 1499-501.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2009. Diabetes Care 2009;32:13-61.
3. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği .2013
4. Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi.Adana Nobel Kitabevi.2010;381
5. JamesPA, OparilS, Carter BL, Cushman WC, Himmelfarb CD.Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in AdultsReport From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8).2014;311:507-20.
6. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas Bruxelles: IDF Publication,2011
7. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S. Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25:1551-6.
8. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincçag N. Twelve-year Trends in the Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. Eur J Epidemiol 2013;28:169-80.
9. Erel C, Uğurlu M, Aydınli F. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı, Toplum Beslenmesi Şubesi. Sağlıklı beslenelim, kalbimizi koruyalım projesi araştırma raporu. Ankara 2004; 79-80.
10. Arslantaş D, Kalyoncu C, Metintaş S, Unsal A, İplikli B. Eskişehir Çifteler'de Erişkin Yaş Grubunda Diabetes Mellitus Sıklığı. Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. 2000; 23: 320
11. Maral I, Aksakal N, Baykan Z. Ankara'nın Gölbaşı ilçesi kırsal alanında on beş yaş ve üzeri kişilerde diabetes mellitus prevalansı ve risk faktörleri. T Klin J Med Sci 2001; 21:363-8.
12. Öztürk Y, Aykut M, Günay O. Kayseri İlinde 30 ve üzeri yaş grubunda diabetes mellitus prevalansı. 11.Ulusal halk sağlığı kongre kitabı, Denizli 2007; 388-9.
13. Yumuk VD.Prevalence of obesity in Turkey (TEKHARF). Obesity Rev 2005;6:9-10.
14. Okyay P, Uçku R. İzmir'de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri. Journal of Adnan Menderes University Medical Faculty2002;3:5-12.

15. Değirmenci Ş. Gülveren sağlık ocağı bölgesindeki 25-64 yaş grubu kadınların, obezite ile ilgili bilgi düzeyleri, günlük yaşam alışkanlıkları ve obezite görülme sıklığı. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi. Ankara, 2000.
16. Koruk İ, Şahin KT. Konya Fazilet Uluşık sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. Genel Tıp Dergisi 2005; 154:147-55.
17. Vançelik S. Erzurum ili Pasinler Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Obezite Prevalansı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Erzurum 1999.
18. Akbay E, Buğdaycı R, Tezcan H, Konca K, Yazar A, Pata C. The Prevalence of obesity in adult population in a city on the Mediterranean Coast of Turkey. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2003;1:31-5.
19. Kandemir N, Acikgoz E, Yordam N. The epidemiology of juvenile onset insulin dependent diabetes mellitus in Turkish children. A retrospective analysis of 477 cases. Turk J Pediatr 1994; 36: 191-5.
20. Waldhor T, Schober E, Rami B, Tuomiletho J. The prevalence of IDDM in the first degree relatives of children newly diagnosed with IDDM in Austria population based study. Austrian Diabetes Incidence Study Group. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1999;107: 323-7.
21. Taşkın E, Yılmaz E, Kılıç M, Ertuğrul S. İnsüline Bağımlı Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojik Özellikleri. Fırat Üniv Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2007;21:75-9.
22. Erem C, Yıldız R, Kavgacı H, Karahan C, Deger O, Çan G et al. Prevalence of diabetes, obesity and hypertension in a Turkish population (Trabzon city). Diabetes Research and Clinical Pract 2001;54: 203-8.
23. Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B, Özügurlu F, Çetin İ, Etikan İ et al. Obesity prevalence and its association with metabolic risk factors, Tokat province prevalence study. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31:156-63.
24. Çitil R, Öztürk Y, Günay O. Metabolic Regulation and Related Factors in Diabetic Patients Referred to a Primary Health Center in Provincial Center of Kayseri. Erciyes Medical Journal 2010;32:111-22.



Is There a Relationship Between Activity Level and Cognitive Functions Among the Elderly People?

Yaşlılarda Aktivite Düzeyi ile Bilişsel İşlevler Arasında İlişki Var mıdır?

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):104-111
doi:10.5455/tjfmpe.174149

Filiz KARAKUŞ¹
Ediz YILDIRIM²
Nil TEKİN³
Dilek GÜLDAL²

¹Yenifoça 4 Nolu Aile Sağlığı
Merkezi, İzmir / TÜRKİYE

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, İzmir /
TÜRKİYE

³SGK Narlıdere Yaşlı Bakım ve
Rehabilitasyon Merkezi, İzmir /
TÜRKİYE

Corresponding author:

Filiz Karakuş
Yenifoça 4 Nolu Aile Sağlığı
Merkezi, İzmir / TÜRKİYE
E-mail: karakusfilizz@hotmail.com
Received Date: January 7, 2015
Accepted Date: July 20, 2015

ABSTRACT

Introduction: Any method of treatment to stop and prevent the progression of dementia has not been developed yet. Implementation of an active lifestyle is one of non-pharmacological approaches as well as pharmacological agents for protection of cognitive function and delaying the progression of dementia among elderly. The aim of this study is to investigate the relationship between leisure activities and cognitive functions in elderly.

Method: In this cross-sectional analytic study, 250 people at the age of sixty-five and older and living in a nursing home in Narlıdere, İzmir were selected randomly. The standardized mini-mental test for cognitive function, activity questionnaire and a questionnaire on socio-demographic characteristics were performed on participants.

Results: Participants with female gender, older age, low education level had higher cognitive impairment ($p < 0,05$). Housewives and who did not have a regular job in the past had also higher cognitive impairment ($p < 0,05$). Participants who have coronary artery disease ($p = 0.008$) and use anticoagulant therapy had less cognitive impairment ($p = 0.010$). There was no relationship between physical activity and cognitive functions. A significant correlation was found between social and mental activity with cognitive functions.

Conclusion: Participation in social and mental activities may play an important role in preventing cognitive impairment. Redirecting of older people to active lifestyle changes may be one of the important tasks at primary care.

Key words: Aging, dementia, leisure activities.

ÖZET

Giriş: Demansın ilerlemesini durdurabilecek ve önleyebilecek herhangi bir tedavi yöntemi geliştirilememiştir. Altmış beş yaş ve üzeri bireylerin, bilişsel işlevlerinin korunması ve demansa ilerlemesinin geciktirilmesi için, farmakolojik ajanlar denenmesinin yanında, nonfarmakolojik yaklaşımlardan biri olan, aktif yaşam tarzı yönteminin uygulanması da önemlidir. Amacımız, 65 yaş ve üstü bireylerde serbest zaman etkinlikleri ile, bilişsel işlevleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Bu kesitsel analitik çalışmada, Narlıdere ilçesine bağlı bir dinlenme ve bakımevinde yaşayan, 65 yaş ve üzeri 250 kişi rastgele seçilmiştir. Katılımcılara bilişsel işlevlerini değerlendirmek için standardize mini mental test (SMMT), etkinlik anketi ve sosyodemografik özellikleri araştıran bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Kadın cinsiyette, yaşı ileri olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, ev hanımlarında ve geçmişte düzenli işi olmayanlarda bilişsel bozulma daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$). Koroner arter hastalığı tanısı bulunanlarda, bilişsel bozulma daha az bulunmuştur ($p = 0,008$). Antikoagülan kullananlarda bilişsel bozulma daha az bulunmuştur ($p = 0,010$). Katılımcıların fiziksel etkinlikleri ile bilişsel işlevleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Sosyal ve mental etkinlikleri ile bilişsel işlevleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Sosyal ve mental etkinliklere katılım, bilişsel işlevlerin bozulmasının engellemesinde önemli bir rol oynayabilir. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerin, aktif yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirilmesi, bilişsel işlevlerin korunmasına yapacağı katkı nedeni ile birinci basamakta koruyucu hekimlik yaklaşımı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, demans, serbest zaman aktiviteleri.

GİRİŞ

Yaşlanma genel olarak, spesifik bir bozukluk olmaksızın geçirilen bir zaman periyodu olarak tanımlanırken, bazen ilerleyen yaşa bağlı değişiklikler yapısal olarak beyinde, davranışlarda ve bilişsel işlevlerde bozulma ve gerilemeyle sonuçlanabilir.¹

Tüm dünyada, 2000 yılında 65 yaş ve üstü kişi sayısı yaklaşık 420 milyon iken, 2030 yılında bu sayının 1 milyara ulaşacağı öngörülmektedir.² 2011 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre, Türkiye nüfusunun % 25,3'ü 0 -14 yaş grubu, % 67,4'ü 15 -64 yaş arası, %7,3'ü ise 65 yaş ve üstü olarak belirlenmiştir.³ Bu tablodan da anlaşılabileceği gibi giderek yaşlanmakta olan bir nüfusa sahip olduğumuz görülmektedir.

Bilişsel işlev bozuklukları, yaşlılıkta karşılaşılan önemli sağlık sorunlarından birisi olup, demansın ana klinik belirtisidir. Bu bozukluk, hafif düzeylerde ya da mesleki veya toplumsal işlevlerde bozulmaya neden olacak kadar ağır olabilir.⁴

Dünyada, 24,2 milyon demanslı kişi yaşamakta ve buna her yıl 4,6 milyon yeni vaka eklenmektedir. Global demans prevalans çalışmalarında, her yıl bu rakamın 2 kat artış göstererek 2040 yılında 81,1 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu artışın 3-4 kat daha fazla olacağı düşünülmektedir.⁵ Arslantaş ve arkadaşları, Türkiye'de Orta Anadolu'da 3100 kişide yaptığı araştırmada demans prevalansı'nı %8,4 olarak bulmuştur.⁶

Bilişsel işlevlerde, kayıp hastaların yaşam kalitesinde önemli düşüşlere yol açtığı gibi, hasta yakınları için de ciddi bir sorun oluşturmaktadır. ABD'de 2004'te yapılan bir çalışmada da, kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu ve ailelerin yıllık ortalama bakım masrafının 196 milyar dolar olduğu saptanmıştır.⁷ Türkiye'de yapılan bir çalışmada, Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete, major depresif bozukluğu olan hastalara oranla anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur.⁸ Hastalar, ağır nöronal kayba uğramadan erken evrede tedaviye başlayabilirlerse, bilişsel ve fonksiyonel yetileri daha uzun süre korunabilir. Gereksiz tıbbi tetkik ve harcama engellenebilir. İleri evrede hastalığın, hem farmakolojik tedavisi, hem de bilişsel düzelmesi daha zordur.⁹

Demans geliştirmemiş bilişsel bozuklukların tanımlanmasında, ICD-10'da hafif bilişsel bozukluk (HBB) tanısı kullanılmıştır. Bu bozukluk, bellek, öğrenme veya konsantrasyon güçlükleri şeklinde ortaya çıkarken, nesnel testlerde genellikle anormallikler görülür.¹⁰

HBB için farklı tanı ölçütleri kullanıldığında, prevalans ve Alzheimer hastalığına (AH) dönüşüm oranlarının değişkenlik gösterdiğinin bulunduğu bir çalışmada, hastalar dört farklı tanı ölçütü ile değerlendirildiklerinde, prevalansının % 3-20 ve 2-6 yılda AH'ye dönüşüm oranının % 23-47 arasında olduğu bulunmuştur.¹¹

HBB için risk faktörleri arasında yaş, genetik aktarım gibi değiştirilemez faktörlerin yanı sıra, çevresel risk faktörleri gibi değiştirilebilir risk faktörleri de mevcuttur; fizik aktivite, zihinsel aktivitenin devamlılığı, sosyal aktiviteler, yüksek eğitim ve bazı kronik hastalıkların ilaç tedavileri ile kontrol altında tutulması bilişsel işlevlerdeki bozulmayı engelleyebilir ve demansa ilerleme geciktirilebilir.¹ Yapılan çalışmalarda, ilaç tedavisi dışında bellek güçlendirme eğitimi verilen HBB olan hastaların, bu eğitimlerden fayda gördükleri gösterilmiştir.¹²

Türkiye'de aktif yaşam tarzı ile, bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma bulunmamaktadır. Türkiye'de, yaşlı nüfusa ayrılan sağlık bütçesinin yetersizliği de düşünülecek olursa, bilişsel işlevlerdeki bozulmayı erken dönemde engelleme veya geciktirmede farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması daha da önem kazanacaktır.

Bu amaçla, çalışmamızda 65 yaş ve üstü bireylerde bilişsel işlevlerinin korunması ile serbest zaman aktiviteleri arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Araştırma modeli kesitsel analitik olarak planlanarak, 01 Eylül 2011 ile 31 Ekim 2011 tarihleri arasında İzmir ili Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'nde 65 yaş ve üstü bireyler arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma için, İzmir Sosyal Güvenlik Müdürlüğü Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi Müdürlüğünden ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır.

Örneklem seçiminde, basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Evren (?) büyüklüğü 720 kişi $\pm$ 3 hata payı ile % 95 güven düzeyinde, prevalans % 10 alınarak 250 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda dışlama kriterleri; iletişim kuramayan görme ve işitme sorunu olanlar, bedensel ve ruhsal açıdan güçsüz hastalar, kronik nörolojik rahatsızlığı olanlar (demans, serebrovasküler olaylar, epilepsi, parkinsonizm, kafa içi kitle), uzun süre antipsikotik kullanımı, Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı 19 ve altı olanlar olarak belirlenmiştir.

19 ve altı puan alanların dışlanmasının nedeni bu çalışmada hafıza faktörünün önemli olması ve bu

durumdaki hastaların verdiği yanıtların çalışmanın güvenilirliğini azaltma olasılığıdır.

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra sosyodemografik bilgileri, fiziksel, sosyal ve mental aktivite durumunu içeren 15 maddelik bir anket ve bilişsel işlevlerini değerlendiren SMMT formları aracılığı ile toplanmıştır. Risk faktörleri arasında sayılan laboratuvar değerleri ise dinlenme ve bakım evindeki son 6 aylık dönem kayıtlarından elde edilmiştir.

Etkinlik sorgulaması, unutma faktörü nedeni ile haftalık, aylık ve bu periyotlar içerisinde tekrarlanmayabilecek etkinlikler için yıllık sorgulama şeklinde yapılmıştır. Daha sonra haftalık-aylık ve aylık-yıllık olarak sorulan sorulara verilen yanıtlar arasındaki uyumluluk, Cohen kappa katsayısı bakılarak araştırılmıştır. Çıkan sonuçların, büyük ölçüde uyumlu olması nedeni ile karşılaştırmalı analizlerde yıllık etkinlikler temel alınmıştır.

Araştırmamızda, Gürgeç ve arkadaşlarının Türkiye'ye standardize etmiş olduğu SMMT uygulanmıştır. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama işlevlerini içermektedir. Toplam 30 puan üzerinden yapılan değerlendirmede Türkiye için 30–25 puan normal; 24–20 puan hafif yıkım; 19 puan ve altı şüpheli demans olarak kabul edilmektedir.¹³

Katılımcıların kronik hastalıkları ve düzenli kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgiye, bakımevi kayıtlarından ulaşılmış olmakla birlikte bakımevi dışında bir dış merkezde takipleri yapılanların bilgileri kendi beyanları doğrultusunda elde edilmiştir.

Çalışmada, elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16,0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verilmiş, sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma hesaplanmıştır. Karşılaştırmalı analizlerde kategorik değişkenler için ki-kare ve Fisher Exact testleri, sürekli değişkenler için t-testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $78,3 \pm 6,4$ - erkeklerin yaş ortalaması $79,7 \pm 6,4$ olarak saptandı. Tablo 1'de katılımcılara ait tanımlayıcı bilgiler gösterilmiştir.

Araştırmaya katılanların % 70,8'ine hipertansiyon, % 24,4'üne diyabetes mellitus, % 29,2'sine hiperlipidemi, % 22,0'ına koroner arter hastalığı, % 6,0'ına konjestif kalp

yetmezliği, % 10,4'üne hipotiroidi, % 8,4'üne depresyon tanısı konmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	154	61,6
	Erkek	96	38,4
Yaş grupları	65-74 yaş	66	26,4
	75-84 yaş	128	51,2
	85 yaş ve üstü	56	22,4
VKI	$\leq 18,50$	2	0,8
	18,51- 24,99	53	21,2
	25,0- 29,99	113	45,2
	30,0- 39,99	77	30,8
	$\geq 40,0$	5	2,0
Medeni durumu	Evli	84	33,6
	Diğer:	166	66,4
	Bekar	12	4,8
	Eşi ölmüş	132	52,8
	Boşanmış	22	8,8
Eğitim	Okuma-yazma bilen-ilkokul	40	16,0
	Ortaokul- lise	151	60,4
	Yüksekokul	59	22,6
Geçmiş meslek	Ev hanımı	68	27,2
	Diğer	182	72,8
Geçmişte düzenli iş	Evet	181	72,4
	Hayır	69	27,6
Sağlık güvencesi	Emekli sandığı	237	94,8
	SSK	12	4,8
	Bağ-kur	1	0,4
Algılanan gelir	Yeterli değil	41	16,4
	Yeterli	209	83,6
Algılanan sağlık	Çok iyi- iyi	158	63,2
	Orta	80	32,0
	Kötü-çok kötü	12	4,8
Aynı odada kişi sayısı	1	83	33,2
	2	167	66,8
Aynı yerde akrafa/eş varlığı	Evet	91	36,4
	Hayır	159	63,6
Alkol kullanımı	Kullanmamış	167	66,8
	Kullanmış	83	33,2
Sigara kullanımı	Hiç kullanmamış	144	57,6
	Bırakmış	90	36,0
	Kullanıyor	16	6,4
1.derece akrobada demans	Var	23	9,2
	Yok	227	90,8
2. derece akrobada demans	Var	7	2,8
	Yok	243	97,2

Bilişsel işlev bozukluğu açısından, risk faktörü olan laboratuvar değerlerine bakıldığında; total kolesterol düzeyi katılımcıların % 28,4'ünde 200'ün üstünde, LDL % 19,2'sinde 130'un üstünde, trigliserit % 6'sında 200'ün üstünde, B12 vitamin düzeyi % 19,2'sinde 300'ün altında, folik asit % 22,4'ünde 11'in altında, HbA1c ise % 2,4 ünde 7'nin üstünde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Risk faktörleri ve hafif bilişsel bozukluk arasındaki ilişki

		SMMT Sonucu				P
		Normal		Hafif bilişsel bozukluk		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	95	55,2	59	75,6	0,002
	Erkek	77	44,8	19	24,4	
Yaş grupları	65-74 yaş	54	31,4	12	15,4	0,027
	75-84 yaş	81	47,1	47	60,3	
	85 ve üstü	37	21,5	19	24,4	
Eğitim grupları	Okuryazar değil-ilkokul	15	8,7	25	32,1	0,000
	Ortaokul-lise	111	64,5	40	51,3	
	Yüksek-doktora	46	26,7	13	16,7	
Geçmişte düzenli iş	Evet	136	79,1	45	57,7	0,000
	Hayır	36	20,9	33	42,3	
Koroner arter hastalığı	Var	46	26,7	9	11,5	0,007
	Yok	126	73,3	69	88,5	
HbA1c düzeyi	< % 7	40	90,9	18	90,0	0,908
	≥ % 7	4	9,1	2	10,0	
Vitamin B12 düzeyi	< 300 pg/mL	31	64,6	17	63,0	0,888
	≥ 300 pg/mL	17	35,4	10	37,0	
Folik asit düzeyi	< 11 ng/mL	36	87,8	20	83,3	0,614
	≥ 11 ng/mL	5	12,2	4	16,7	
Total kolesterol düzeyi	< 200 mg/dL	77	61,6	39	62,9	0,863
	≥ 200 mg/dL	48	38,4	23	37,3	
Trigiserid düzeyi	< 200 mg/dL	116	92,8	56	90,3	0,557
	≥ 200 mg/dL	9	7,2	6	9,7	
HDL Kolesterol düzeyi	< 40 mg/dL	20	16,0	9	14,5	0,792
	≥ 40 mg/dL	105	84,0	53	85,5	
LDL Kolesterol düzeyi	< 130 mg/dL	89	72,4	46	76,7	0,534
	≥ 130 mg/dL	34	27,6	14	23,3	

Araştırmamızda, haftalık, aylık ve yıllık periyodlara göre yapılan etkinlik sorgulaması sonuçları uyumluluk açısından sorgulandı. Verilen yanıtların büyük bir bölümünde, istatistiksel olarak anlamlı bir uyumluluk olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Etkinliklerin haftalık, aylık, yıllık Cohen kappa değerleri

Etkinlikler	Haftalık/aylık Cohen kappa	p	Aylık/yıllık Cohen kappa	p
Yürüyüş	0,828	0,030	0,696	0,036
Ağır egzersiz	0,783	0,042	0,720	0,044
Bahçe işleri ile uğraş	0,762	0,047	0,826	0,043
Oda düzenini koruma	0,826	0,035	0,942	0,021
Küçük Tamir işleri ile uğraş	0,637	0,058	0,415	0,045
Aile ve arkadaş ziyareti	0,189	0,050	0,595	0,052
Konser ve sinemaya gitme	-	-	0,037	0,014
Gönüllü olarak bir yerde çalışma	0,743	0,108	0,506	0,090
Gezme amaçlı kafe ve restoran'a gitme	0,313	0,058	0,476	0,053
Yardım amaçlı faaliyetlerde bulunma	0,874	0,038	0,523	0,053
Okuma	0,813	0,040	0,891	0,031
Kart, okey, tavla oynama	0,828	0,031	0,812	0,032
Bulmaca, puzzle çözme	0,872	0,027	0,942	0,019
Örgü, resim gibi hobiler ile uğraş	0,799	0,035	0,744	0,040
Radyo dinleme, televizyon izleme	0,839	0,079	0,811	0,093

Araştırmada bilişsel işlev değerlendirilmesinde SMMT'ye göre % 68,8 (172 kişi) normal, % 31,2 (78 kişi) hafif yıkım olarak değerlendirilmiştir. Ağır yıkım olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda, kadınların eğitim düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde erkeklerden daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,000$). Cinsiyet ile geçmişte düzenli işe gitme karşılaştırıldığında, geçmişte düzenli işe sahip olmayan kadınların oranı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Katılımcıların SMMT puanı ortalaması, kadınlar için $25,6\pm 2,9$, erkekler için $26,9\pm 2,4$ olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Bulgularımızda ayrıca ileri yaş ($p=0,027$), özellikle 74–85 yaş grubunda, düşük eğitim düzeyi ($p=0,000$), ev hanımı olanlarda ($p=0,001$), geçmişte düzenli işi olmayanlarda ($p=0,010$) ve bakımevinde kalış süreleri uzadıkça ($p=0,019$) bilişsel fonksiyonlarda bozulmada artış bulunmuştur.

Yaştan bağımsız olarak istatistiksel analiz yapıldığında düşük eğitim düzeyinin tek başına SMMT üzerine olumsuz etkisi olduğu gösterildi ($p<0,05$). Öte yandan düşük eğitim düzeyi ile SMMT arasındaki ilişki istatistiksel olarak kadınlarda anlamlı saptanırken ($p=0,001$), bu anlamlılık erkeklerde saptanmadı ($p=0,257$).

Bilinen koroner arter hastalığı (KAH) tanısı olanlarda, hafif yıkım % 16,4 iken, KAH tanısı olmayanlarda % 35,4 bulunmuştur ($p=0,008$). Benzer şekilde antikoagülan ve antiagregan kullananlarda hafif yıkım % 20,7 iken, kullanmayanlarda % 36,8 saptanmıştır ($p=0,010$). Katılımcıların kan değerleri ile bilişsel işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların etkinlikleri ile bilişsel işlevleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, yıllık fiziksel etkinlik sorgulamasında küçük tamir işleri ile bilişsel işlevleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). Sosyal etkinlik sorgulamasında aile ve arkadaşlarla görüşme ($p=0,008$), bir yerde gönüllü olarak çalışma ($p=0,049$), gezme amaçlı mağaza, kafe, restorana gitme ($p=0,012$) ve aile, arkadaşlara yardım faaliyetinde bulunma ($p=0,000$) aktiviteleri ile bilişsel işlevleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların mental etkinlik sorgulamasında kart-okey-tavla gibi oyunlar oynama ($p=0,011$) ve bulmaca-puzzle çözme etkinlikleri ($p=0,001$) ile bilişsel işlevleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda yaş, antikoagülan kullanımı, eğitim durumu ve fiziksel aktivite olarak son 1 yılda küçük tamir işleri yapma faaliyetinin SMMT üzerine etkisi olduğu gözlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Lojistik regresyon analizi

Kategori	Grup	Exp(B)	p
Yaş	Yetmiş beş yaş ve üstü	3,284	0.002
	75 yaş altı	1	
Antikoagülan kullanımı	Yok	2.588	0.005
	Var	1	
Eğitim durumu	Düşük	0.309	0.000
	Yüksek	1	
Fiziksel aktivite Son 1 yılda küçük tamir işleri yapma	Ender	0,249	0,008

TARTIŞMA

Katılımcıların, sosyodemografik özellikleri ile SMMT puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaşı ileri olanlarda, kadın cinsiyette ve eğitim düzeyi düşük olanlarda bilişsel işlevlerde bozulma daha fazla saptanmış olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu literatürle de uyumlu olup, ileri yaşın, kadın cinsiyetin ve düşük eğitim düzeyinin demans için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.¹⁴

Kadın ve erkek cinsiyeti arasındaki bu farklılık, bazı çalışmalarda östrojen hormonu ile ilişkilendirilmiştir. Postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınlara 17 beta-östradiol ve konjuge östrojen tedavileri verilip bir yıl sonraki değerlendirilmelerinde nöropsikolojik testlerinde iyileşme olduğu görülmüştür.^{15,16} Çalışmamızdaki kadınların hepsinin postmenopozal dönemde olması nedeni ile erkekler ile kadınlar arasındaki fark buna bağlanabilir. Ancak bizim çalışmamızda aynı zamanda eğitim düzeyinin düşmesi ile, SMMT bozulması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum erkek ve kadınlar için ayrı ayrı incelendiğinde erkeklerde eğitim düzeyi ile ilgili anlamlı bir ilişki görülmemiş olup yalnız kadınlarda anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Örneklemimizdeki erkeklerin eğitim durumlarının genel olarak yüksek olması bu bulguda rol oynamış olabilir. Bu sonuç nedeniyle çalışmamızda ortaya çıkan SMMT puan düzeylerinde kadın ve erkek

arasındaki bu farkın cinsiyetten olabileceği gibi eğitim düzeyleri ile de ilişkisi olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızda, geçmişte düzenli işi olmayanlarda bilişsel işlevlerde bozulma daha fazla saptanmıştır.

Sağlık farkındalığı, sağlık güvencesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile sosyo ekonomik durum insanların bilişsel işlevlerini etkileyebilmektedir. Yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik düzey düşüklüğünün demans riskini arttırdığı görülmüştür.^{17,18} Bizim çalışmamızı yürüttüğümüz dinlenme ve bakımevine kabul edilme şartlarından birisi, başvuranların gelir düzeylerinin yeterli olması ve mutlaka sağlık güvencesinin olmasıydı. Bu nedenle çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan katılımcı bulunmamaktaydı. Bu durumda bizim çalışmamızda, sağlık güvencesi durumu ile bilişsel işlevler arasındaki ilişki değerlendirilememiştir.

Araştırmamızda, kronik hastalık sorgulamasında bilişsel işlevler ile koroner arter hastalığı (KAH) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum, KAH tanılı kişilerin düzenli antikoagülan ve antiagregan kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. KAH tanısı olan katılımcıların, % 61,8'i antikoagülan ve antiagregan kullanırken, KAH tanısı olmayanların % 27,2'si antikoagülan ilaç kullandığı görülmüştür. Atrial fibrilasyonlu hastalarda yapılan bir çalışmada, antikoagülan kullanan grupta bilişsel testlerinin daha iyi olduğu, antikoagülan kullanımının koruyucu bir rol alabileceği ileri sürülmüştür. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.¹⁹

Katılımcıların, dinlenme ve bakımevinde kalış süreleri uzadıkça bilişsel işlev değerlendirme puanı düşük olarak saptanmıştır. Bu durum, kişilerin uzun süre bakımevinde kalmalarının yaşamdan koparak bilişsel işlevlerinin gerilediği şeklinde yorumlanabilir ancak bakımevinde kalma süresi uzadıkça kalanların yaşının da ilerlediği gözden kaçırılmamalıdır. Bu durumda araştırmamızda, SMMT'de ortaya çıkan bozulmanın yaşla mı, yoksa bakımevinde kalış süresi ile mi ilgili olduğunu belirlemek mümkün değildir.

Literatürde, aile öyküsünün demans için bir risk faktörü sayılması ile ilgili çelişkili yayınlar mevcuttur.^{20,21} Bizim çalışmamızda da böyle bir ilişki saptanamamıştır.

Haftalık-aylık ve aylık-yıllık olarak sorulan etkinliklere verilen yanıtların içerisinde aile ve arkadaş ziyareti, konser ve sinemaya gitme etkinliklerinde, kappa katsayısının düşük olması durumu, etkinliğin niteliği nedeni ile bazı etkinliklerin yıl içerisinde gösterilmesi, ancak son hafta ya da ay içerisinde hiç gerçekleşmemiş olmasına bağlanmıştır.

Bulgularımızda, kadınların oda düzenini koruma aktivitesine katılımı daha fazla bulunurken, kadınların özellikle de ev hanımlarının daha az mental aktivitelere katıldığının saptanması üzerinde durulması gereken hassas bir konudur.

Araştırmamızda, aktivite sorgulamasında fiziksel aktivite ile bilişsel işlevler arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, sosyal ve mental aktiviteler ile bilişsel işlevler arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu konu ile ilgili literatür tarandığında, fiziksel aktivitenin birçok vasküler risk faktörü üzerinde olumlu etkileri olduğu ve bilişsel işlevleri koruduğu görülmüş olup, fiziksel aktiviteler ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi değerlendiren uzun dönem gözleme dayalı prospektif kohort çalışmaları daha çok dikkati çekmiştir. Fiziksel aktivite katılımı ile, bilişsel işlevlerdeki bozulmanın azaldığı ve demans hastalığının geciktiğinin öne sürüldüğü çalışmalar mevcut olduğu gibi tam tersini destekleyen çalışmalar da mevcuttur.^{22,23} Çalışmamızda fiziksel aktivite sorgulamasında, sadece küçük tamir işleri ile bilişsel işlevler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum bize küçük tamir işlerinin mental performans gerektiren bir aktivite olduğu için anlamlı çıktığını düşündürmüştür.

Yüksek mental aktiviteler ve sosyal aktivitelerin demans riski üzerine etkisi ile ilgili çalışmalar da çelişkilidir.^{24,25} Öte yandan, sosyal ve mental aktivitelere daha az katılımın mı bilişsel işlevlerdeki bozukluğa neden olduğu, yoksa bilişsel bozulmanın mı aktivitelere katılımı engellediği tartışmalıdır.

Çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri değerlendirildiğinde; neden sonuç ilişkisi açısından bilgilerimize bir katkısı olmayacağı ve ileriye dönük gözlemsel bir çalışmanın yararları bilinmekle birlikte, araştırmacının araştırma süresi ve olanaklar kesitsel çalışmaya izin vermiştir.

SONUÇ

Bu çalışmada, farmakolojik olmayan yaklaşım olan serbest zaman aktivitelerinin bilişsel işlevler ile ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Fiziksel, sosyal ve mental aktiviteler ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda fiziksel aktivite ile bilişsel işlevler arasında ilişki saptamazken, sosyal ve mental aktiviteler ile bilişsel işlevler arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Sosyal ve mental aktivitelere katılanlarda, SMMT'ye göre hafif yıkımın daha az olduğunu bulunmuştur. Bu durum ümit verici olup, neden sonuç ilişkisine bakılmaksızın yaşlı popülasyonun serbest zaman aktivitesi açısından desteklenmesinin önemli olduğunu vurgulamakta yarar görmekteyiz.

Yaşlılarda farklı türde etkinlikler ile, bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi değerlendirecek daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde özellikle bilişsel işlevler ile aktiviteler arasındaki ilişkiyi değerlendirecek uzun dönem gözleme dayalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlarımızdan biri olan Doç. Dr. Nil Tekin, İzmir Narlıdere Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde aile hekimliği uzmanı ve müdür yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Diğer yazarlar, bu çalışmada yan tutmalarına neden olabilecek şekilde, üçüncü kişi ya da kurumlarla herhangi bir parasal ya da kişisel ilişkilerinin olmadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. Işık AT, Tanrıdağ O, editörler. Geriatrik Sendromlar Dizisi 4. 1. Baskı. İstanbul: Som Kitap; 2009. p.21,73.
2. Wimo A, Winblad B (Çev: Sevinçok L). Demans ve Sağlık Ekonomisi. Demans Dergisi, 2003; 3(4): 121-126
3. T.C. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı resmi web sitesi. 27 Ocak 2012, <http://www.tuik.gov.tr> Sayı:10736.
4. Nervi A, Reitz C, Tang MX, Santana V, Piriz A, Reyze-Dumeyer D et al. Comparison of clinical manifestations in Alzheimer disease and dementia with Lewy bodies. Arch Neurol 2008 Dec;65(12):1634-1639. doi: 10.1001/archneur.65.12.1634.

5. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005 Dec 17;366(9503):2112-2117.
6. Arslantaş D, Özbabalık D, Metintaş S, Özkan S, Kalyoncu C, Özdemir G, et al. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. J Clin Neurosci 2009 Nov;16(11):1455-1459. doi: 10.1016/j.jocn.2009.03.033. Epub 2009 Sep 11.
7. Lund M. Caregiver, take care. Geriatr Nurs 2005 May-Jun;26(3):152-153.
8. Altın, M. (2006) Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. Uzmanlık tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
9. Giaquinto S, Parnetti L. Early detection of dementia in clinical practice. Mech Ageing Dev 2006 Feb;127(2):123-8. Epub 2005 Nov 10.
10. Gimzal A, Yazgan C. Mild cognitive impairment. [Article in Turkish]. Turk Psikiyatri Derg 2004 Winter;15(4):309-316. Review.
11. Busse A, Bischof J, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC. Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). Br J Psychiatry 2003 May 182:449-454.
12. Bakar M. Hafif Kognitif Bozukluk. Demans Dergisi 2002; 2(4):97-104.
13. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. [Article in Turkish]. Turk Psikiyatri Derg 2002 Winter;13(4):273-281.
14. Chen R, Hu Z, Wei L, Ma Y, Liu Z, Copeland JR. Incident dementia in a defined older Chinese population. PLoS One 2011;6(9):e24817. doi: 10.1371/journal.pone.0024817. Epub 2011 Sep 23.
15. Huagn Y, Xu YM, Zhang JW, Ren XH, Suo AQ. Effects of estrogen on P-Tau, ChAT and nerve growth factor protein expressions in the brain tissue of rats with Alzheimer's disease. [Article in Chinese] Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao 2010 Oct;30(10):2408-2410.
16. Wroolie TE, Kenna HA, Williams KE, Powers BN, Holcomb M, Khaylis A, et al. Differences in verbal memory performance in postmenopausal women receiving hormone therapy: 17β-estradiol versus conjugated equine estrogens. Am J Geriatr Psychiatry

- 2011 Sep;19(9):792-802. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181ff678a.
- 17.Guerchet M, Mouanga AM, M'belesso P, Tabo A, Bandzouzi B, Paraïso MN, et al. Factors associated with dementia among elderly people living in two cities in Central Africa: the EDAC multicenter study. *J Alzheimer Dis* 2012 Jan 1;29(1):15-24. doi: 10.3233/JAD-2011-111364.
- 18.Keskinoğlu P, Giray H, Pişakçiefte M, Bilgiç N, Uçku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2006 Jul-Aug;43(1):93-100. Epub 2005 Nov 7.
- 19.Puccio D, Novo G, Baiamonte V, Nuccio A, Fazio G, Corrado E, et al. Atrial fibrillation and mild cognitive impairment: what correlation? *Minerva Cardioangiol* 2009 Apr;57(2):143-150.
- 20.Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Amaducci LA, et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia. Neurology* 1999 Jan 1;52(1):78-84.
- 21.Donix M, Ercoli LM, Siddarth P, Brown JA, Martin-Harris L, Burggren AC, et al. Influence of Alzheimer disease family history and genetic risk on cognitive performance in healthy middle-aged and older people. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012 Jul;20(7):565-573. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182107e6a.
- 22.Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004 Jun;3(6):343-353.
- 23.Rockwood K, Middleton L. Physical activity and the maintenance of cognitive function. *Alzheimers Dement* 2007 Apr;3(2 Suppl):S38-44. PMID: 19595973
- 24.Vergheze J, Lipton RB, Katz MJ et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med* 2003 Jun 19;348(25):2508-16. doi: 10.1016/j.jalz.2007.01.003.
- 25.Bomsa H, van Boxtel MP, Ponds RW, Jelicic M, Houx P, Metsemakers J, et al. Engaged lifestyle and cognitive function in middle and old-aged, non-demented persons: a reciprocal association? *Z Gerontol Geriatr* 2002 Dec;35(6):575-581.



A General Evaluation about the Medical Social Work in Turkey

Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanına Yönelik Genel Bir Değerlendirme

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):112-120
doi: 10.5455/tjfmpe.182745

Semra Saruç

Anadolu Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Sosyal
Hizmet Bölümü Eskişehir /
TÜRKİYE

Corresponding author:

Semra Saruç,
Anadolu Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet
Bölümü Eskişehir/Türkiye
E-mail: semrasaruc@gmail.com

Received Date: March 19, 2015

Accepted Date: May 13, 2015

ABSTRACT

Medical social work, which is one of the first application field of social work profession in Turkey dates back to fifty years. However, the development of the field has not progressed in parallel with this process. This study aims to evaluation the current situation of medical social work. Within this framework, an introduction was preluded about medical social work briefly, then the reasons why medical social work could not develop have been examined, and finally advices were presented about the configuration of the medical social work in Turkey. The study is intended to reveal the existing problems of medical social work and contribute to the solutions of these problems.

Key words: Medical social work, social worker

ÖZET

Türkiye’de, sosyal hizmet mesleğinin ilk uygulama alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmet, elli yıllık bir geçmişe dayanmaktadır. Fakat alanın gelişimi, bu sürece paralel bir şekilde gelişme gösterememiştir. Bu derleme çalışmasında, tıbbi sosyal hizmet alanındaki mevcut durum değerlendirilmiştir. Bu çerçevede öncelikle tıbbi sosyal hizmet alanına ilişkin bir giriş yapılmış, daha sonra tıbbi sosyal hizmet alanının gelişememe nedenleri tartışılmış ve son olarak Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet alanının yapılandırılmasına yönelik öneriler sunulmuştur. Çalışmanın, tıbbi sosyal hizmet alanında var olan sorunları ortaya koyacağı ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirilmesi ile ilgili katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler : Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı

GİRİŞ

Sosyal hizmet mesleğinin 2014 yılında yapılan küresel tanımına göre, sosyal hizmet; “sosyal değişimi ve gelişimi, toplumsal bütünlüğü destekleyen, insanları güçlendiren ve özgürleştiren uygulamaya dayalı bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı, sosyal hizmetin merkezinde olan ilkelere. Sosyal hizmet teorileri, sosyal bilimler, insani bilimler ve yerel bilgi ile desteklenen sosyal hizmet, yaşam zorlukları ile baş etme ve refah düzeyini geliştirmede, yapılar ve insanlarla yürütülmektedir”.¹ Bu tanım doğrultusunda sosyal hizmet mesleğinin temel görevleri; sosyal değişimi, sosyal gelişimi, sosyal bütünlüğü desteklemeyi ve insanların güçlendirilmesini ve özgürleştirilmesini içermektedir.

Bu bağlamda, tedavi edici, destekleyici, önleyici ve kalkınmayı hızlandırıcı nitelikte kendine özgü yöntem, teknik ve yaklaşımları bulunan sosyal hizmet mesleği, aile ve çocuk, ceza ve ıslah, yaşlılık, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet, endüstriyel sosyal hizmet gibi pek çok uygulama alanı bulmuştur.² Gerek Türkiye’de, gerekse dünyada sağlık alanı, sosyal hizmet mesleğinin en yaygın çalıştığı alanlardan biridir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1940’lı yıllarda; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olma hali olarak yaptığı sağlık tanımından bu yana, sağlığa ve hastalıklara bakış ve yaklaşım bir değişim süreci yaşamıştır. Bu değişim, hastalıkların psiko- sosyal yönünün olduğunun kabullenmesini ve dolayısıyla sağlık bakımının bu açıdan yeniden ele alınmasını sağlaması açısından, oldukça önemli bir boyutun göz önüne alınmasına olanak sağlamıştır. Bu çalışmaya konu olan, sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olan, tıbbi sosyal hizmet alanı da sağlığın yeniden tanımlanması ve hastalıkların psiko-sosyal yönlerinin olduğunun vurgulanması ile birlikte sağlık alanında ve dolayısıyla hastanelerde uygulama olanağı bulmuştur.

Bu çerçevede, bu derleme çalışmasında, öncelikle tıbbi sosyal hizmet alanı ve dünyadaki gelişimi üzerinde durulacak, daha sonra Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet alanı ele alınacak, tıbbi sosyal hizmet alanının gelişememe nedenleri üzerinde durulacak ve son olarak tıbbi sosyal hizmetin yapılandırılmasına yönelik öneriler sunulacaktır.

Tıbbi Sosyal Hizmet Alanı ve Dünyadaki Gelişimi

Birçok şekilde tanımlanmış olan tıbbi sosyal hizmet, Barker tarafından “hastalık ve özürlülük sürecinde ortaya çıkan, psiko-sosyal sorunların önlenmesi ve çözülmesinde hasta ve ailesine yardımcı olmak amacıyla sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamaları” olarak tanımlanmıştır.³

Friedlander’in (1963) tanımında ise tıbbi sosyal hizmet, “hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümüne uğraşmak amacıyla sosyal vaka çalışması ve grup çalışması yöntemlerinin kullanıldığı sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı” olarak tanımlanmıştır.⁴ Yine, Turan (1979) tarafından yapılan tanımda ise tıbbi sosyal hizmet, “sosyal hizmet yöntem ve felsefesinin sağlık ve tedavi hizmetlerine uyarlanması, tıp ve halk sağlığı programları çerçevesinde uygulanması” şeklinde tanımlanmıştır.⁵

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere, tıbbi sosyal hizmet alanı, sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında uygulanması boyutunu kapsamaktadır. Dolayısıyla özünde yine sosyal hizmet mesleğinin yapı taşlarını taşıdığı ve bunu sağlık uygulamalarına uyarlama amacını taşıdığı görülmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet alanının oluşumuna baktığımızda, diğer sosyal hizmet alanlarında olduğu gibi tıbbi sosyal hizmet alanının da kökeninin oldukça eskiye dayandığı görülmektedir. Stroup, tıbbi sosyal hizmetin başlangıcını oluşturan aşamaları; (1) Organize olmamış hizmetler, (2) İlk tıbbi sosyal hizmet uzmanları olan “lady almoner”lerin çalışmaları, (3) Hastaların taburcu olmasından sonra izlenmesi, (4) Ziyaretçi hemşireler ve (5) Tıp öğrencilerinin eğitimi, olmak üzere beş ana başlık altında ele almaktadır.⁶

Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin, temel olarak hastanelerde ev ile hastane arasındaki bağlantıyı sağlamak ve sağlığa etki eden, sosyal, çevresel ve duygusal sorunlara müdahale etmek amacıyla oluşturulmuş bir alanıdır. Hastalığa yol açan ve hastalığın neden olduğu psiko-sosyal ve ekonomik faktörlerin öneminin kabul edilmesi ile birlikte sosyal durumu ihmal edilen hastalar ve aileleriyle ilişki kuracak, sorunlarının çözülmesinde yardımcı olacak birisinin istihdam edilmesinin gerekliliğine inanılmıştır.⁷

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, dünyada ilk olarak 1905 yılında, tıp doktoru Richard Cabot tarafından Boston Massachusetts Hastanesi’nde sosyal hizmet birimi kurularak başlatılmıştır. İlk sosyal hizmet uzmanı da, yine bu hastanede görevlendirilen hemşire Garnet I. Pelton’dur.^{8,9}

Dünyada, yüzyılı aşkın bir geçmişe sahip olduğu görülen tıbbi sosyal hizmetin amacı ise, hastalıkla ve hastalığın tıbbi tedavisi ile bağlantılı olarak bireyin ve ailenin yaşantısını etkileyen duygusal ve sosyal sorunları çözmektir.¹⁰

Bu amaç çerçevesinde temellendirilen, sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarının ortaya çıkışına bakıldığında, genel olarak sağlığın toplumsal boyutlarının görülmesiyle ortaya çıktığı söylenebilir. 19 yüzyılda,

yoksulluğun doğurduğu sağlık bozukluklarının sonucu olarak, insanı içinde yaşadığı toplumdan soyutlayarak tedavi edip, onu hasta eden ortam içine tekrar bırakmanın anlamlı ve sürekli bir yarar sağlamadığı görülmüştür. Sağlık ve sosyal hizmetin bütünleşmesi zorunluluğunu, insan sağlığının, toplumsal ortamın bozulmasına koşut olarak bozulması gerçeği ortaya çıkartmıştır.¹¹

Hastanelerde tıbbi sosyal hizmetin doğuşu ise, hekimlerin ev ve ofisteki hasta ziyaretlerinden, hastane ortamındaki teşhis ve tedavilere kadar uzanan tıbbi uygulamaların genişlemesiyle yakından ilişkilidir. Bu aynı zamanda, hekimlerin yaptığı tıbbi uygulamalarda yapısal bir değişiklik olmuştur. Hekimler, hastanelerin ortaya çıkmasıyla birlikte, hastaları evlerinde ve bulundukları yaşam koşullarında gözlemeyi terk etmek durumunda kalmışlar ve böylece hekimler öncelikle fiziksel faktörlere odaklanmak zorunda kalmışlardır.⁹ Sağlığa bakış ile ilgili bu paradigma değişimi, tıbbi sosyal hizmet alanının ortaya çıkmasına olanak sağlamıştır.

Tıbbi sosyal hizmetin tarihsel gelişimi ve sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki uygulamaları, tarihsel süreç içinde değerlendirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarından, toplu yardım çalışmalarını yürütmek (süt, yiyecek, giyecek, kömür vb.), kan bağışlarını almak, otopsiler için izinleri almak, hastanenin işleyişi hakkında bilgi sağlamak ve klinik çalışma ile ilgisi olmayan sayısız görevleri yerine getirmesi beklenilmiştir.¹²

Rubinow (1943), tıbbi sosyal hizmetin, hekimlerin hastalara verdiği bireyselleştirilmiş bir hizmetin parçası olduğunu belirtmektedir. Bu çerçevede, sosyal kişisel çalışma yöntemlerini ve tekniklerini kullanarak hastaya kapasitesinin en üst düzeyinde, tıbbi bakımdan yararlanmasına yardımcı olunarak, yaşamda zevk almasını sağlayacak koşullar oluşturulmaya çalışılmaktadır.⁷

Hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanları, mikro, mezo ve makro düzeyde uygulama yapmaktadırlar. Tıbbi alanda yürütülen sosyal hizmet uygulamaları ise, sistem yaklaşımı, psiko-sosyal yaklaşım, psikodinamik yaklaşım, bilişsel-davranışçı yaklaşım, güçlendirme yaklaşımı, ekolojik yaklaşım gibi mesleki yaklaşımlar, yöntemler ve sosyal hizmet disiplininin etik ilkeleri çerçevesinde yerine getirilmektedir.¹³

Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanı

Tıbbi sosyal hizmet alanının Türkiye’deki gelişimine bakıldığında, sosyal hizmetin ve dolayısıyla tıbbi sosyal hizmet alanına ilişkin ilk düzenlemenin, 1958 yılında yapıldığı görülmektedir. 1958 yılında, sosyal hizmet, Sağlık Bakanlığının kuruluş yapısı içinde yer almıştır. Bu düzenleme ile birlikte, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak yapılandırılan kurumsal yapı içinde, sağlık hizmetleri yanında “sosyal yardım” hizmetlerinin

organizasyonunun da vurgulandığı dikkat çekmektedir. Daha sonra 12.06.1959 tarih ve 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsünün kurulmasına dair kanun, tıbbi sosyal hizmetin resmi başlangıcı olarak kabul edilebilir. Bu yasal çerçevede, tıbbi sosyal hizmet uygulamaları Türkiye’de ilk defa 1964 yılında Miss Violet Bemmels yönetiminde bir grup stajyer sosyal hizmet uzmanı ile, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nde başlatılmıştır. 1966 yılında, Hacettepe Hastanesinde Sosyal Hizmet Bölümü kurulmuş, 1967 yılında da Ankara Üniversitesi Hastanesine bir sosyal hizmet uzmanının atanması ile, tıbbi sosyal hizmet resmi yapı içinde yer almıştır.⁷

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, hastaların yaşam koşulları, çevreleri, alışkanlıkları, kişilikleri ve gelirlerine dair önemli bilgiler elde ederler. Sosyal hizmet uzmanı, hasta ve ailesiyle görüşmeler yoluyla hastalığın sosyal ve duygusal bileşenleri ve bunların tedaviyi nasıl etkileyebileceği hakkında fikir edinir.¹⁴

Hacettepe Hastanesi Sosyal Hizmet Bölümü tarafından hazırlanan bir raporda, sosyal hizmet bölümünün yaptığı faaliyetler; sosyo-ekonomik değerlendirme, taburculuk, servis nakli, yer sağlama, yuvaya yerleştirme, giyecek yardımı, tetkik yardımı, ilaç yardımı, cihaz yardımı, yol ücreti, Kızılay yardımı, sosyal faaliyetler kapsamında grup çalışması, eğlence faaliyeti, film gösterisi, gezi, gönüllü çalışmaları, oyun odaları faaliyetleri gibi çalışmalar olarak söz edilmiştir.^{7,15}

Türkiye’de, özellikle sağlık politikalarında yaşanan değişimlerin ve hastane yönetimlerinin hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını şekillendirdiği söylenebilir. Ülkemizde, hastanelere yapılan ilk sosyal hizmet uzmanı atamalarından itibaren, hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamaları, 1990’lı yıllara kadar ilgili sağlık politikaları ve kaynaklar çerçevesinde belli sınırlarda kalmıştır.¹³

2000’li yıllara kadar hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanları, daha çok yoksul hastalar ve sağlık sigortası kapsamında olmayan hastaların tedavi giderlerinin, çeşitli toplumsal kaynaklardan yararlanarak karşılanmasına yönelik çalışmaları yürütmüşlerdir. 2000’li yılların başlarından itibaren ise, çok yaygın olmamakla birlikte, hemodiyaliz, gerontoloji, organ nakli ve transplantasyon, fizik tedavi ve rehabilitasyon, sosyal pediatri ve onkoloji gibi tıbbın uzmanlaşmış alanlarında çalışmaktadırlar.¹⁶ Türkiye’deki mevzuat açısından, hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına bakıldığında, öncelikle ilk olarak 1983’te yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde, hastanelerde çalışacak sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumluluklarının tanımlandığı görülmektedir. Bu yönetmelik ile, hastanelerde “sosyal servis” birimlerinin ve bu birimlerde görev yapacak olan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları, yasal bir çerçevede tanımlanmıştır. Yönetmeliğin “Sosyal

Hizmetler” başlıklı 35. maddesinde sosyal hizmet uzmanlarının çalışacağı birimin tanımı yapılmıştır. Buna göre sosyal servis; “standardında sosyal hizmet uzmanı bulunan, yataklı tedavi kurumlarında bir sosyal servis kurulur. Sosyal servis; yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden, yatan ve kurumdan çıkan hastaların sosyal ve ekonomik sorunlarının saptanması, çözülmesi, hastanın çevresi ve ailesiyle ilişkilerinin sağlanması, kurumun halkla ilişkiler işlerinin yürütülmesi ile görevlidir” şeklinde tanımlanmıştır.¹⁷

Sosyal hizmet uzmanlarının, hastanelerdeki varlığı açısından önemli bir başka gelişme, 1998 yılında “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin çıkarılmasıdır.¹⁸ Bu yönetmelik kapsamında “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi”nin düzenlenmesi ile tıbbi alanda sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanları çeşitlenmiştir.¹⁹ Bu yönetmelik ve yönergede, hastanelerde Hasta Hakları Birimlerinde çalışacak personel, öncelikli olarak sosyal hizmet uzmanı olarak tanımlanmış ve sosyal hizmet uzmanına sorun çözücü, hastayı ve hasta haklarını savunucu roller verilmiştir. Bu sayede, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri artmıştır.

Tıbbi sosyal hizmet alanı açısından bir başka önemli gelişme ise, 2011 yılında “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi”nin düzenlenmiş olması ile yaşanmıştır. Yönergenin amacı; sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastaların, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin yöntem ve teknikleriyle zamanında çözümlenebilmesi için, tıbbi sosyal hizmetin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının insan hakları, eşitlik ve sosyal adalet temelli bir anlayış ile etkili ve ulaşılabilir bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktır.²⁰ Yönergede, tıbbi sosyal hizmet; “ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların, tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması” olarak tanımlanmıştır. Sosyal hizmet müdahalesi ise; “bireyle, grupta, aileyle, toplumla sosyal hizmet ve sosyal hizmet araştırması yöntemlerinin kullanıldığı ve başvuru, inceleme, müdahale, değerlendirme, uygulama, sonuçlandırma ve izleme aşamalarının gerçekleştirildiği sosyal hizmet uygulaması” şeklinde tanımlanmıştır. Bu yönerge ile birlikte, hastanelerde “Tıbbi Sosyal Hizmet Birimleri” kurulması düzenlenmiş ve sosyal hizmet uzmanlarının yapacağı işler ve bu işlerde kullanacağı formlar ilk defa standardize edilmiştir.

Günümüzde, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, öncelikle Tıbbi Sosyal Hizmet Birimlerinde, Hasta Hakları Birimlerinde, acil servislerde Krize Müdahale Birimlerinde, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, Çocuk İzlem Merkezlerinde, AMATEM’lerde, evde sağlık birimlerinde, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinde ve yataklı kliniklerde öncelikli olarak görev almaktadırlar. 2014 yılı itibarıyla, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanı sayısı, bin kişiye ulaşmıştır.

Genelde hastanelerde, tıbbi sosyal hizmet birimlerinin odağı, sağlık güvencesi olmayan hastalar, yoksul hastalar, engelli hastalar, kimsesiz terk ve bakıma muhtaç hastalar, bimekan hastalar, aile içi şiddet mağduru hastalar, ihmal ve istismara uğramış çocuklar, kronik hastalığı olanlar, il dışından gelen, ayakta tedavi gören ve kalacak yeri bulunmayan hastalar, mülteci ve sığınmacı hastalardır. Tarihsel açıdan bakıldığında, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, mesleki sorumlulukları, hastaların sosyo ekonomik durumunu tespit etmek, sağlık güvencesiz hastalara destek sağlamak iken, sağlığa ve sağlığın sosyal boyutuna atfedilen değer arttıkça, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının işleri de artmıştır. Ancak günümüzde, halen tıbbi sosyal hizmet alanında yapılan uygulamalar özüne ulaşmış değildir. Halen hastanın içinde bulunduğu çevresel koşulların değerlendirilmesi açısından, ev ile hastane arasındaki bağlantılar sağlanamamıştır. Dolayısıyla, tıbbi sosyal hizmet alanı Türkiye’de yaklaşık elli yıllık geçmişe rağmen yeterince yol alamamıştır. Bu açıdan bakıldığında, tıbbi sosyal hizmetin gelişememe nedenlerini tartışmak, gelişmenin önündeki engelleri görmek açısından önemlidir.

Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişememe Nedenleri

Günümüzde, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalışmalarına baktığımızda, yerine getirdikleri bazı görevlerin, aldıkları eğitim, uygulama ve becerilerle orantılı olmadığı görülmektedir. Peki, neden sosyal hizmet uzmanları aldıkları eğitime uygun şekilde çalışmamaktadır, ya da Weiss’in (2005) vurguladığı gibi “sosyal hizmet uzmanları gerçekten de sağlık alanına ait midir”?

Hasta bakımı, vaka yönetimi ve bilgi yapısındaki zengin geçmişine rağmen, tıbbi sosyal hizmetin son on yıldır aksamakta olduğunu belirten Silverman, tıbbi sosyal hizmetin karşı karşıya olduğu zorlukları; çalışma ortamı, sosyal hizmet mesleğinin geleneksel yaklaşımı ve değişime karşı direnç olarak üç grupta sınıflandırmıştır.²¹ Günümüzde, tıbbi sosyal hizmetin gelişememe nedeni olarak birtakım nedenler ileri sürülmektedir. Bunlardan birincisi, tıbbi sosyal hizmet alanının sosyal hizmetin ikincil alanı olması ile ilgilidir.

Hastaneler, tıbbi klinikler ve okullar sosyal hizmet açısından ikincil önemde olan kuruluşlardır. Çünkü, bu kuruluşlarda öncelikli işler sosyal hizmet değildir.¹⁴ Hastanelerin sosyal hizmet açısından ikincil alan olması, sosyal hizmet mesleği açısından önemini azaltmamakta, ancak uygulamada bir takım sıkıntılara, görev almada karmaşıklığa yol açmaktadır. Sosyal hizmetin ikincil ortamı olan sağlık hizmetlerinde, sosyal hizmet uzmanları genellikle bir ekibin üyesi olarak çalışmaktadırlar. Ağırlıklı olarak da, sağlık ortamlarında hekimler bu ekibin doğal lideri konumundadırlar. Tıbbi ve psikiyatrik alanlar, ağırlıklı olarak hekimlerin, hemşirelerin ve psikologların tesiri altındadır ve halen hekimler tarafından kontrol edilmektedir. Dolayısıyla, profesyonel bir meslek olarak sosyal hizmetin sağlık ve ruh sağlığı ekibinin ayrılmaz bir parçası olarak tanınması ve ele alınması bir sorun olmaya devam etmektedir.²² Hastanelerde çalışan ekiplerin, özellikle hekim ve hemşirelerin, sosyal hizmet uzmanının almış olduğu eğitimler hakkında herhangi bir bilgi bulunmamaktadır.

Gerçekten de, yirmi yıl sağlık alanında çalışmış biri olarak, sosyal hizmet uzmanının sağlık ekibi içerisinde neden yer alamadığını gözlemleme fırsatı bulabildim. Şöyle ki; bir hemşire ve anestezi teknisyeni olarak çalıştığım 15 yıl boyunca, kendimi daha fazla bir ekibin parçası olarak hissederken sosyal hizmet uzmanı olarak çalıştığım son beş yılda, kendimi bir ekibe ait hissetmeme ile ilgili çok ciddi sıkıntılar yaşadım. Bunun en önemli nedeni, yaptığımız işin niteliği ile ilgiliydi. Gerçekten de sağlık alanı, hekim ve hemşirelerin ağırlıkta olduğu, öncelikli işlerin tedavi ve bakım olduğu bir alan. Bu nedenle, farklı mesleklerin çalışmaları çok itibar görmeme sorunuyla karşı karşıya kalmakta ve ekip çalışması anlayışı gelişmemektedir. Bu durum, son beş yılda sosyal hizmet uzmanı olarak çalıştığım sağlık alanında, mesleki doyum almamı engelleyen en önemli unsur olmuştur. Türkiye’de mevcut sağlık sistemi içerisinde, sosyal hizmet uzmanı tedavi ekibinin bir parçası olarak görülmemekte, dolayısıyla uzmanın kendisini ve mesleğini ifade etmesi zorlaşmaktadır. Oysaki, sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında uygulamaya başlaması, bu alanın birincil sorumluluğunu taşıyan tıp hekimleri tarafından sağlanmıştır. Nitekim Cabot bir tıp hekimidir. Bu alanda çalışan tıp öncülleri, hastalıkların sadece fiziksel yönü olmadığını, aynı zamanda psiko-sosyal yönünün de olduğunu kabullenerek, sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında uygulanmasına öncülük etmiştir.

Özellikle günümüzde, sağlık alanında yaşanan hızlı değişim ve teknolojik gelişmeler sayesinde, yaşam standartları yükselmiş, yaşam süresi uzamış ve sağlıkla ilgili gereksinimler ve beklentiler artmıştır. Artık hastalıkları, fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel, davranışsal ve ekonomik etkilerin etkilediği kabul edilmektedir. Bu gelişmeler farklı meslek gruplarının sağlık alanında istihdamını arttırmıştır. Uzmanlaşmış farklı meslek

elemanlarının varlığı, sağlık alanında yürütülecek hizmetlerin standardize edilmesini de gerekli kılmıştır. Bu nedenle, son yıllarda iş tanımlarının yapılmasını sağlayan yönetmelik ve yönergeler çıkarılmaya başlamıştır. Dolayısıyla bu açıdan bakıldığında, “sağlık sistemi” oldukça farklı meslek gruplarının istihdam edildiği ve bu nedenle multidisipliner ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi gerektiği bir alan olma özelliği taşımaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet, sağlık alanına katkı veren mesleklerden biri olarak, sağlık bakım ekibi içerisinde yer alan mesleklerden biridir.

Tıbbi sosyal hizmetin gelişememe nedenlerinden bir diğeri, hekimlerde “sosyal bakış açısının” bulunmamasıdır. Her ne kadar, Dünya Sağlık Örgütü yaptığı tanımlamada sağlığı, “fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamış ve insanın biyopsikososyal bir varlık olduğunu vurgulamışsa da, sağlık alanında çalışan profesyoneller açısından, halen medikal bakış açısı hâkim gözükmemektedir. Dolayısıyla bu durum, sağlığın sosyal boyutunun ihmal edilme riskini fazlasıyla artırmakta ve sağlığın sosyal boyutuyla ilgilenen bir meslek olarak, sosyal hizmeti klinik ekip çalışmasından dışlamaktadır.

Nitekim, 1905’te Amerika’da ilk hastane temelli sosyal hizmet bölümünü kuran Dr. Richard Cabot’ un vurguladığı gibi, ...“hekimler, sosyal bir bakış açısı edinmediği sürece, sosyal hizmet uzmanının müdahalesini, doktorun işine karışma ve kendisine işini öğretmeye kalkışma şeklinde yoracaktır. Doğal olarak da bu duruma öfkeyle karışık gücenecektir”.⁸

1977 yılında, Engel tarafından önerilen biyopsikososyal model, hastalıkların biyolojik, sosyal, çevresel, psikolojik ve davranışsal yönlerini ele alır. Bu model, sağlık bakımında hastalığın biyolojik nedenleri üzerinde odaklanan, geleneksel tıp modelini genişletmektedir. Biyopsikososyal model, hastalığı tıbbi olmayan belirleyicileri ve biyolojik bileşenleri ile birlikte işbirliği içinde ele alır.²³

Sağlıkla ilgili, biyopsikososyal sorunları göz önünde bulunduran müdahaleler, çeşitli tıbbi sorunları ve endişeleri gidermek için disiplinler arası profesyonellerden oluşan ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekipte, sosyal hizmet uzmanlarına ek olarak, hekimler, hekim asistanları, hemşire ve hemşire uygulayıcıları, diyetisyenler, psikologlar, hasta bakım teknisyenleri, hemşire ve evde sağlık yardımcıları, fiziksel, iş uğraş ve konuşma terapistleri, yöneticiler, din adamları ve eczacılar yer almaktadır.²³

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, ortak amaçları, sağlığı korumak ve düzeltmek olan çok disiplinli ekip üyeleriyle birlikte çalışır. Uzman bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. İnsan sağlığının fiziksel, psikolojik, duygusal

ve sosyal boyutlarının olduğu göz önüne alındığında, hastalığın tedavisinin de çok boyutlu bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Dolayısıyla, tıbbi sorunlarda bütüncül bir yaklaşım uygulanmakta ve tıbbi sosyal hizmet uzmanı birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir biçimde gelişmesini sağlamaya çalışmaktadır.⁷

Sağlığın biyopsikososyal modeli, en etkili sağlık hizmeti sunmak için, çok sayıda profesyonellerden oluşan bakış açısını gerektirmektedir. Bu da Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı gibi, sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşılması gerekliliğini ortaya koyması açısından oldukça önemlidir.

Bu açıdan bakıldığında, sağlık alanında disiplinlerarası bir çalışma, özellikle bu alanda çalışacak kişilerin eğitildiği ortamlarda başlayan bir değişimi gerektirmektedir. Headrick ve Khaleel, her disiplinden öğrencinin eğitiminde, teori ve uygulamanın bir arada bütünleştirildiği ve meslekler arası öğrenme ve eğitim olanaklarının olduğu bir müfredatın olması gerektiğini vurgulamaktadır.²⁴

Son olarak, tıbbi sosyal hizmetin gelişmemesi ile ilgili bir başka önemli konu halen “klinik sosyal hizmetin” uygulanamaması ile ilgilidir. Sosyal hizmet mesleği için özellikle can sıkıcı olan bu sorun, tıbbi sosyal hizmetin halen iyi tanımlanmış klinik rollerden yoksun oluşudur.⁵ Genellikle, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolleri diğer disiplinlerle örtüşmektedir. Bazen sosyal hizmet uzmanının gerçekleştirmesi gereken rolleri hemşireler yapabilmektedir. Globerman ve diğerlerinin çalışmasında, tıbbi sosyal hizmet uzmanları kendi klinik rollerinin diğer mesleki çalışan rolleriyle karıştırıldığını ve diğer disiplinlerin kendi sosyal hizmet danışmanlık rollerini ele geçirdiklerini ifade ederek endişelerini dile getirmişlerdir.²⁵ Belirli klinik rollerin eksikliği nedeniyle, sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda mesleki kimliğini kaybetme riski altındadır.¹²

Nitekim ülkemizde de, Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban (2010) tarafından yapılan çalışmada, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının uygulama sırasında kullandıkları yaklaşımlar, roller, mesleki yöntem ve kaynakların, müracaatçıların sorunları çerçevesinde şekillendiği ve sosyal hizmet mesleğinin yöntemlerinden olan, aile ve bireyle çalışma, sosyal hizmet yönetimi, grup çalışması ve bilimsel araştırma yöntemlerinin kullanılması sıklığının düşük olduğu görülmüştür.¹³

Aynı çalışmada, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarına, alanda mesleki açıdan yaşadıkları sorunlar sorulmuş ve verilen yanıtlar; mesleğin hastanede çalışan diğer personel ve yöneticiler tarafından yeterince tanınmaması, yetki ve sorumluluklarımızın tam olarak belli olmaması, oturmuş bir sistem olmaması, bilgi

verilmesine rağmen, sosyal hizmet uzmanına yönlendirme yapılmaması ve saygı duyulmaması, yasadaki görev tanımlarının sınırlı olması şeklinde sıralanmıştır.¹³

Türkiye’de, sosyal hizmet eğitimi açısından bakıldığında, sosyal hizmet eğitiminde halen “klinik sosyal hizmet” eğitiminin yapılandırılmamış olduğu görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının, klinik sosyal hizmete ilişkin donanımı sağlandıkça, hastanelerde üstlendiği işlev ve rollerin de çeşitleneceği düşünülmektedir.

Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Alanının Yapılandırılmasına Yönelik Öneriler

Tıbbi sosyal hizmet alanının, Türkiye’de yaşadığı gelişememe ile ilgili sıkıntılar, sadece Türkiye ile sınırlı olmayıp, batıda da buna benzer sorunlar yaşandığı bilinmektedir. Nitekim Auslander’in, tıbbi sosyal hizmet ile ilgili dünyadaki altı coğrafik bölgeden (Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya, Güney Pasifik, Afrika ve Asya) sosyal hizmet uzmanları ve akademisyenlerle yapmış olduğu çalışma, bu alanda benzer sorunların yaşandığını göstermesi açısından önemlidir.²⁶

Auslander’in çalışmasında, sağlık alanında sosyal hizmetin başarılarını keşfetmeyi amaçlayan 20 anahtar tanımlanmıştır. Bunlar;

- 1) Sağlık ve tıbbi bakım modellerinin değiştirilmesi,
- 2) Tanınma,
- 3) Bilginin Gelişimi,
- 4) Doğrudan uygulama, psiko sosyal müdahaleler,
- 5) Kültüre özgü, kültüre uygun ve bölgesel nitelikte sağlık ve sosyal hizmet modellerini geliştirme,
- 6) Disiplinler arası çalışma,
- 7) Savunuculuk ve hasta hakları,
- 8) Doğrudan uygulama,
- 9) Mesleki özerkliği artırma,
- 10) Yönetim ve organizasyon geliştirme,
- 11) Deneye dayalı kanıt toplama,
- 12) Sağlık politikası,
- 13) Kendi kendine yardım ve güçlendirme,
- 14) Bilginin yayılması,
- 15) Aileler,
- 16) Kalite güvencesi,
- 17) Tıbbi personelin eğitimi,
- 18) Kurumsallaşma,
- 19) Sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri için sosyal hizmetler sağlama,
- 20) Uzmanlaşma.²⁶

Bu anahtar başarılar, dünya genelinde tıbbi sosyal hizmetin yapılandırılması için önemli olup, aynı zamanda da Türkiye’deki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılması açısından da katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, Türkiye’de tıbbi sosyal

hizmet alanında önemli çalışmaları olan Duyan'ın (1996) çalışmasında da, tıbbi bakım ve tedavi kurumlarında sosyal hizmet bölümleri için bir model önerisi yapılmıştır. Bu model önerisinde, kurumlarda verilecek hizmetlerin, kliniklere yönelik hizmetler, hastaneye yönelik hizmetler ve topluma yönelik hizmetler olmak üzere üç başlık altında ele alınabileceği vurgulanmıştır.⁷

Bunun yanında, özellikle Türkiye'deki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını ele aldığımızda, aşağıda sunacağım birtakım önerilerin tıbbi sosyal hizmetin yapılandırılmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılması gerekir. Birinci basamak sağlık hizmetleri hayati öneme sahiptir ve hastanelerde tıbbi sosyal hizmetin şekillenmesinde önemli yeri bulunmaktadır. Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi (2011), Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını kapsamakta olup, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sosyal hizmet uygulamaları belirsizdir.

Miller'a göre (1987), sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde olmamasının engelleri şunlardır; Hekimlerin biyopsikososyal model ve sosyal hizmet uzmanlarının rol ve becerileri konusunda bilgi eksikliği, Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, rekabetçi hale gelmesiyle, birinci basamak hekimlerine yönelik bir meydan okuma olarak ortaya çıkabilir. Böylece, etkili bir sağlığın teşviki ve sağlık sorunlarının önlenmesinde katkıda bulunabilecek, sosyal hizmet uzmanları gibi kişileri istihdam etmek, caydırıcı etki göstermektedir.²⁷

Türkiye'de, birinci basamak sağlık hizmetlerinde "Aile Hekimliği" modeli öne çıkmaktadır. Bu modelde, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık gözetimsiz birlikte incelenmesi gerektiği görüşü benimsenmiştir. Bu modelde, aile hekimi bütün aile bireylerini tanır, ailenin yaşam biçimini, konutunu, çalışma ortamını ve sağlık sorunlarını yakından bilir. Ailenin bütün bireyleri, aynı kurumdan ya da hekimden koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmeti görürler.²⁸

Günümüzde mevcut uygulamada ise, aile hekimi hastanın tıbbi bakımını üstlenmektedir. Dolayısıyla, hastanın psiko-sosyal ve ailevi sorunlarının çözülmesi, hastaların toplumsal kaynaklara yönlendirilmesi, ev ziyaretleri ile hastanın içinde bulunduğu sosyal çevre koşullarının yerinde değerlendirilmesi gibi unsurlar göz ardı edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, sosyal hizmet uzmanları, aile hekimliği uygulamalarına destek verecek, aile hekimliği uygulamalarını geliştirecek ve böylece toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunacak çalışanlar olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerine dâhil edilmesi gereken kişilerdir.

Sağlığın, sosyal boyutunun geliştirilmesinde sosyal hizmetin yeri göz önüne alındığında, Türkiye'de Aile Hekimliği uygulamaları içinde sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılması gerekmektedir. Birinci basamakta, sosyal hizmet uzmanının rol ve işlevlerinin yeterince iyi tanımlandığı bir sistemin, hastanelerdeki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yapılandırılmasında da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastanede görev alan tüm çalışanların katılımını içeren, disiplinler arası çalışma anlayışının geliştirilmesi gereklidir. Bunun sağlanması için, özellikle tıp, hemşirelik ve diğer sağlık bilimlerinin eğitim müfredatında, hastalıkların; sosyal, çevresel, davranışsal ve biyolojik boyutunun olduğunu vurgulayan biyopsikososyal model yer alabilir. Ayrıca, sosyal hizmetin ve sosyal hizmet uzmanlarının, sağlık ekibi içerisindeki yeri ile ilgili dersler konulabilir. Sosyal hizmet uzmanının, hem uygulamalarda, hem de araştırmalarda sağlık bakım ekibinin bir parçası olduğu vurgulanabilir. Özellikle sağlık bilimleri içerisinde yer alan disiplinlerin, öğrenci eğitiminde bazı ortak derslerin bir arada verildiği bir müfredat oluşturulabilir.

Yerel düzeyde, tıbbi sosyal hizmet uygulama bilgisinin geliştirilmesi gereklidir. Özellikle Türkiye'deki sosyal hizmet uygulamalarında, sosyal hizmetin uygulama bilgisinin yeterince üretilmediği düşünülmektedir. Bu bağlamda, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının genellikle neler yaptığının belirlenmesinin, uygulama bilgisinin geliştirilmesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırmaları, sağlığın psiko sosyal yönlerini ortaya çıkartmaya taşımak, hastaların ve ailelerin psiko sosyal ihtiyaçlarının değerlendirilmesi açısından da önemlidir. Bununla birlikte hizmet içi eğitimlerin yapılması, mesleki dergilerde, kitaplarda ve konferans sunumlarında makalelerin yayınlanması, tıbbi sosyal hizmet dergilerinin çoğaltılması, sağlık alanında sosyal hizmet ile ilgili sempozyumların yapılması, uygulama bilgisinin geliştirilmesi ve sunulması açısından oldukça önemlidir.

Sağlık alanında, sosyal hizmetin kalite düzeyinin geliştirilmesi gerekir. Hastanelerde, sosyal hizmetin kalite düzeyi, hastane sosyal hizmet bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ile sağlanabilir. Bunu sağlamak için, uygulama kılavuzları, klinik göstergeler ve bilgi sistemleri gibi bir takım mekanizmaların geliştirilmesi, hastanelerde yapılan sosyal hizmet uygulamalarının kalite düzeyini geliştirebilir. Nitekim ABD'de 1980'li yıllardan itibaren "Hastane Sosyal Hizmet Bilgi Sistemi" geliştirilmeye başlanmıştır.

Kurumlar arası koordinasyonun sağlanması gerekir. Sosyal hizmet uzmanının, en önemli işlevlerinden biri olan "kaynak yönetimi" işlevi ve bu işleve karşılık gelen rolleri bağlantı kurucu/savunucu, uygun hale getirici/ arabulucu,

harekete geçirici ve hızlandırıcıdır.²⁹ Dolayısıyla, sosyal hizmet uzmanının müracaatçıları kaynaklarla buluşturma konusunda önemli bir misyonu bulunmaktadır. Ancak, bu uygulamanın kurum kültürüyle uyuşmaması, ülkemizde kurumlar arası işbirliğinin daha çok mevzuat ve prosedürlerle bağlanmış olması birtakım güçlükler neden olmaktadır. Hastanelerde bu tür uygulamalar daha çok bireysel çabalarla sürdürülmekte olup yeterince karşılık bulmamaktadır.

Sosyal hizmet uzmanının, hastanedeki uygulamaları diğer kurumlarla eşgüdüm gerektirmektedir. Ancak, genellikle bu kurumlarda eşgüdümü resmileştirecek protokoller yetersizdir. Sosyal hizmet uygulamalarında, çözüm için gerekli kaynakların hastanelerde bulunmaması ve temininin güçlüğü de hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamalarını etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, sağlık bakımının ve hastalıkların diğer sosyal problemlerle ilişkilendirilerek yenilikçi hizmetler geliştirilebilir ve uygulanabilir. Diğer sosyal hizmet kuruluşlarıyla işbirliği yapılarak sağlık ve sosyal hizmetler arasında köprü oluşturulabilir.

Sosyal hizmet mesleğinin bir parçası olarak, sağlık alanında mesleki olarak uzmanlaşmanın sağlanması ve klinik sosyal hizmetin hayata geçirilmesi gerekir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, geniş çerçevede mikro, mezo ve makro düzeyde klinik hizmetler sağlamaktadır. Bu hizmetler; taburculuk planlaması, danışmanlık ve destek, karar vermede yardım etme, hasta ve ailesinin eğitimi, faydaların elde edilmesini sağlamaya yardımcı olmak, toplum kaynaklarına erişimi kolaylaştırıcı, hasta bakımını etkileyebilecek davranışsal sorunları çözme, risk yönetimi ve davranışsal ve duygusal konularda danışmanlık gibi. Özellikle klinik sosyal hizmetin gelişimi için içerisinde klinik deneyimlerin de yer aldığı yüksek lisans eğitiminin yapılandırılması gerekir. Sosyal hizmet uzmanları, hastalıkların etiyolojisi, epidemiyolojisi konusunda eğitim almalı, müdahale ve rehabilitasyon becerisine sahip olmalıdır. Bununla birlikte sosyal hizmet müdahale düzeylerinden mikro, mezo ve makro düzeyde müdahale konusunda yetkin olmalıdır.

Sağlık alanında, klinik sosyal hizmetin yapılandırılması, aynı zamanda süpervizyon sürecinin geliştirilmesi açısından da önemlidir. Sosyal hizmet öğrencilerinin eğitimlerinde, alan uygulaması önemli bir yer teşkil etmektedir. Süpervizyon, öğrencilerin eğitiminde önemli derecede etkili bir araç olarak görülmektedir. Dolayısıyla, klinik sosyal hizmetin yapılandırılmasının, aynı zamanda öğrencilerin süpervizyon ihtiyacını da karşılayacağı düşünülmektedir. Nitekim, Özbesler ve İçağasioğlu Çoban'ın (2010) çalışmasına katılan hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının tamamına yakını, süpervizyona ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, özellikle ülkemizde sosyal hizmet mesleğinin uygulandığı hiçbir

alanda sistemli bir süpervizyon sürecinin olmadığı vurgulanmıştır.¹³

Sağlık alanındaki mevcut mevzuatın sağlığın sosyal boyutunu yeterince kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekir. Sağlık alanında ve teknolojiye ilişkin yaşanan gelişmeler, sağlık sistemi içerisinde farklı disiplinlerin istihdam edilmesine olanak sağlamıştır. Sağlık alanında mevcut mevzuatın, bu alanda çalışanların rollerini ve mesleki sınırlarını tanımlayacak şekilde yeniden düzenlenmesi gereklidir. Özellikle mesleki roller konusundaki belirsizlikler nedeniyle, bazı işlevlerin hangi meslek elemanları tarafından yapılacağı açık değildir. Bu durum, uygulamada rol karmaşasına neden olmakta ve sosyal hizmet uzmanından kendi mesleki rolleri dışında uygunsuz işler talep edilebilmektedir.

Son olarak, hak temelli sosyal hizmet kültürünün oluşturulması gerekir. Gerek hastalarda, gerek sosyal hizmet uzmanlarında, idarecilerde ve ülke genelinde hak temelli sosyal hizmet kültürünün oluşmaması mesleki uygulamayı olumsuz etkilemektedir. Bu durum sadece tıbbi sosyal hizmet alanına değil, ülke genelinde sosyal hizmetin uygulandığı tüm alanları olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda makro düzeyde bir politika sorunudur. Bu sorunun çözülmesi için sosyal hizmet uzmanlarının, sağlık bakım politikalarının geliştirilmesine ve çözümlemesine katılması ve sosyal hizmetin meşruluğunu sağlaması gerekir. Bu sayede ülke genelinde toplumsal tabana yayılan hak temelli sosyal hizmet kültürünün oluşturulması, özelde tıbbi sosyal hizmet alanı için genelde ise sosyal hizmet mesleği için oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work>
2. Çakmaklı, K. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bütünlüklenmesinde “tıbbi Sosyal hizmetin önemi”. Sermet Matbaası, İstanbul, 1976. Aktaran: Duyan, V. Sağlıkta psiko-sosyal boyut. Ankara: 72TDFO; 1996.
3. Barker, R.L. The social work dictionary, Washington DC, NASW Press, 1999.
4. Friedlander, W. Introduction to social welfare. Prentice Hall, New Jersey, 1963. Aktaran: Duyan, V. Sağlıkta psiko-sosyal boyut. Ankara: 72TDFO; 1996.
5. Turan, N. “Tıbbi sosyal hizmet”. Yayımlanmamış bir makale. SHA, Ankara, 1979. Aktaran: Duyan, V. Sağlıkta psiko-sosyal boyut. Ankara: 72TDFO; 1996.
6. Stroup, H. Social work: An Introduction to the field. New York, American Book Company, 1960. Aktaran:

- Duyan, V. Sağlıkta psiko-sosyal boyut. Ankara: 72TDFO; 1996.
7. Duyan, V. Sağlıkta psiko-sosyal boyut. Ankara: 72TDFO; 1996.
8. Bracht, Neil F. "Social Work Practice in Hospitals: Changing Directions and New Opportunities," Social Work in Health Care: A Guide to Professional Action, Neil F. Bracht, editor. New York: The Haworth Press; 1978; 165-183.
9. Cowles, Lois.A Fort. Social work in the health field. A care perspective. The Haworth Press; 2000.p.3
10. Swanson, B. Medical social worker and psychiatric social worker. Carees in Health Care. 5th Ed. USA: McGraw-Hill Companies; 2005:162-171
11. Tomanbay, İ. Ana çocuk sağlığında sosyal boyut. Ankara: Doruk Yayınları; 1992.s.99.
12. Weiss, W Phillip. Medical social workers: Clinicians or clerks? 2005; http://philsliteraryworks.com/pdfs/Essays/medical_social_workers_clinicians_or_clerks-essay.pdf.28.10.2014.
13. Özbesler, C., İçağasıoğlu Çoban, A. Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet 2010; 21(2): 31-46.
14. Zastrow, C. Sosyal Hizmete Giriş. Ankara: Nika Yayınevi; 2012.s.710.
15. Severge, O. Hacettepe Hastanesi Sosyal Hizmet Bölümü Yıl Sonu Raporu, 1970, Ankara. Aktaran: Duyan, V. Sağlıkta psiko-sosyal boyut. Ankara: 72TDFO; 1996.
16. Özbesler, C. Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. TSHD 2013, 12 (2): 6-12.
17. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Resmi Gazete, 1983 Sayı. 17927.
18. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, 01.08.1998/23420.
19. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi,16.02.2011.
20. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönergesi, 26.04.2005.
21. Silverman, E. From ideological to competency-based: The rebranding and maintaining of medical social work's identity. Social Work 2008; 53(1): 89-91.
22. Mizrahi, T. Social work in health care legislation. Health and Social Work 1992; 17 (2): 87-92.
23. Browne, T. Social work roles and health-care settings. In Sarah Gehlert and Teri Browne, editor. Handbook of Health Social Work. 2nd ed. John Wiley & Sons, Inc.; 2012.p.20-21.
24. Headrick, L. A., & Khaleel, N. I. Getting it right: Educating professionals to work together in improving health and health care. Journal of Interprofessional Care 2008; 22(4): 364-374.
25. Globerman, J., Davies, J.M and Walsh, S. "Social work in restructuring hospitals: Meeting the challenge" Health and Social Work 1996; 21 (3): 178-188.
26. Auslander, G. Social work in health care: What have we achieved? Journal of Social Work 2001; 1(2):201-222.
27. Miller, R. Primary health care. In: Minahan A, editor. Encyclopedia of Social Work, 18th ed. Washington DC: 1987. p.323.
28. Öztekin, Z. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40 (1):6-12.
29. Duyan, V. Sosyal hizmetin işlev ve rolleri. Toplum ve Sosyal Hizmet 2003; 14(2):1-22.



One of the Family Medicine Core Competencies: Community-Oriented Care

Aile Hekimliği Çekirdek Yeterliliklerinden Biri: Toplum Yönelimli Bakım

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):121-124
doi: 10.5455/tjfmpe.187047

**Elif Altunbaş Ateş
Turan Set**

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Trabzon /
TÜRKİYE

Corresponding author:
Elif Altunbaş Ateş,
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim
Dalı Trabzon/Türkiye
E-mail: drealtunbas@yahoo.com

Received Date: May 06, 2015
Accepted Date: June 02, 2015

ABSTRACT

Adopting the basic features of family medicine and use in daily practice can be provided by assimilating core competencies of the discipline. In this article, we aimed to discuss the community-oriented care which is one of the core competencies of family medicine. In order to provide effective health care, we need to evaluate entire population we serve, not just individuals referring to us with taking into account the health patterns and better managing health resources. Identification of the community and to demonstrate the importance and priority health problems is the first step to be taken. This approach which requires unselfishness and teamwork will improve the quality of health. In this direction to provide community-oriented care in primary care, training programs can be arranged for physicians and encouragement of them can be provided.

Key words: Family medicine core competencies, community-oriented care, primary care

ÖZET

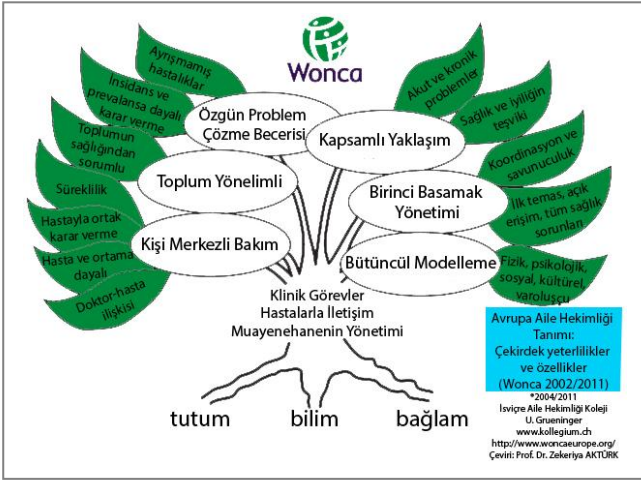
Aile hekimliği disiplininin temel özelliklerini benimsemek ve günlük uygulamalarda kullanmak çekirdek yeterliliklerinin özümsemesinden geçer. Bu makalede aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden biri olan toplum yönelimli bakımı tartışmayı amaçladık. Sağlık hizmetlerini etkili sunabilmek için sadece bize başvuran bireyleri değil, hizmet verdiğimiz tüm popülasyonu, sağlık örüntülerini dikkate alarak, sağlık kaynaklarını iyi yöneterek değerlendirmeliyiz. Toplumun tanımlanması ile birlikte önemli ve öncelikli sağlık problemlerinin ortaya konması atılacak ilk adımdır. Özverili olmayı ve ekip çalışmasını gerektiren bu yaklaşım sağlık hizmetleri kalitesini arttıracaktır. Bu doğrultuda toplum yönelimli bakımı sağlamak için birinci basamakta hekimlere eğitim verilmesi ve teşvik edilmesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler : Aile hekimliği, çekirdek yeterlilikler, toplum yönelimli bakım, birincil bakım

GİRİŞ

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2005 yılında başlayan ve 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’yi kapsayan birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak üzere aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Halen gelişim sürecinde olan uygulamaya aile hekimliği disiplinin özelliklerinin entegre edilmesi önemlidir. Aile hekimliği disiplininin diğer disiplinlerden farklı bir klinik yöntemi ve klinik ortamı vardır. Klinik karar verme sürecinde disiplinin yeterlilikleri yol göstericidir.

Aile hekimliği disiplinin tanımlanmış 12 temel özelliği mevcuttur. Bu temel özellikler altı çekirdek yeterlilikte toplanmıştır.¹ Aile hekimliğinin temel özellikleri ve çekirdek yeterlilikleri Şekil 1’de görülmektedir.



Şekil 1. Wonca ağacı çekirdek yeterlilikler¹

TANIM

Altı çekirdek yeterlilikten biri olan toplum yönelimli bakım, 12 temel özellik içinde yer alan toplum sağlığından sorumlu olmayı kapsamaktadır. Toplum yönelimli bakım, sağlık hizmeti sunumunda sadece bireylerin değil toplumun sağlık sorunlarının da göz önünde bulundurulmasıdır. Aile hekimleri bireylerin problemlerini toplumun sağlık ihtiyaçları ile diğer profesyoneller ve kurumlar bağlamında değerlendirmelidir. Bir bakıma kaynak yöneticisidir. Mevcut kaynakların toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre kullanılması bazen gerginlik ya da çıkar çatışmalarına yol açabilir. Hastanın bireysel çıkarları, toplumun ihtiyaçları ile çatışabilir ve bu da etik sorunlara yol açabilir. Bu nedenle iyi yönetilmesi gereken bir süreçtir.¹ Aile hekimi hizmet verdiği popülasyonun önemli ve öncelikli sağlık sorunlarını iyi bilirse, sahip olduğu sağlık imkanlarını öncelikler doğrultusunda kullanacaktır. Örneğin, zaman ve kaynakların etkin kullanımı açısından haftanın her günü BCG aşısı yapmak yerine, çalışma programı içinde bir gün belirleyip, popülasyonunda

ihtiyacı olan bireyleri organize edip; belirlediği o günde aşılamalıdır. Çünkü bir aşı için bir flakon açıldığında (+2) ile (+8) °C arasında ve karanlıkta korunmak şartıyla 6 saat içinde kullanılmalıdır. Aksi takdirde geride kalan aşı imha edilmelidir. Aile hekimi tüm bu süreci yönetirken kaynakların etkin kullanımına dikkat etmelidir. Laboratuvar imkanlarını, reçeteleri ve uzmana sevkleri mevcut kaynakları düşünerek doğru kullanılmalıdır.²

Diğer bir ifade ile toplum yönelimli bakım, temel sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı hizmetlerine entegre edilmesidir. Temel sağlık hizmetleri klinik olarak hastalıkların ve sekellerinin tedavilerine odaklanmıştır. Toplum sağlığı hizmetleri ise sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik kesintisiz bir süreçtir.³

Dünya sağlık örgütü tarafından 2008 yılında, günlük tıbbi bakımda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilkelerini tanımlamak amacıyla yeni bir bildiri yayınlandı. Bu bildiride birinci basamak sağlık hizmetlerinin esasları olan eşitlik, ulaşılabilirlik, hasta/toplum katılımlı bakım, kaliteli bakım, güvenilirlik ve yararlılık üzerinde durulmaktadır. Ayrıca kişi-merkezli yaklaşım, kapsamlı bakım, entegrasyon ve bakımın sürekliliğinin önemi vurgulanmaktadır. Birçok ülke bu ilkeleri kendi uygulamalarına uygun bir şekilde yerleştirmeye çalışmıştır. Amerika birleşik devletlerinde son zamanlarda toplum yönelimli sağlık merkezi fikri yeniden ortaya çıkmıştır. Avrupa’da toplum yönelimli tıbbi uygulamalar hastaların doğru bakımı, doğru yer ve doğru zamanda aldıkları bir yöntem olarak görülmektedir.⁴

Toplum yönelimli bakımda yerel toplumun katkısı da önemlidir. Kişiyi ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin entegrasyonu; gönüllüler ve toplum liderleri (öğretmen, muhtar, imam vb.) ile işbirliği kurularak, aile hekiminin hizmet verdiği popülasyondaki bireylerin sorumluluk almasına imkan sağlayarak gerçekleştirilir.⁵

Aile hekimleri hizmet verdiği bölgede, sağlıklı bir bakım planı hazırlayabilmek ve çalışmalarına yön verebilmek için ofisine başvuran bireyler kadar başvurmayanları da değerlendirmek zorundadır. Çevresel, sosyal ve davranışsal faktörlerin hastalıkların nedenselliğindeki ve ilerlemesindeki önemini göz önünde bulundurmalıdır. Bu nedenle de toplum yönelimli bakım vermek durumundadır. Hastaların yaşadığı çevreyi, çalıştıkları ortamları bilmeli; bakım planını bu faktörler ışığında yapmalıdır. Türkiye’de çalışan aile hekimleri daha çok Amerika’da görülen “Kayalık Dağlar Humması” hastalığını bilmek zorunda değildir. Fakat “Ailevi Akdeniz Ateşi ve Behçet Hastalığı” gibi Türkiye’de sık görülen hastalıkları bilmek durumundadır.

Sağlık hizmetleri toplumun sağlık gereksinimlerine ve ihtiyaçlardaki değişikliklere cevap verebilmelidir. Önemli ve öncelikli sağlık sorunları sürekli değişebileceğinden

belirli aralıklarla değerlendirmeler tekrarlanmalıdır.³ Bu nedenle toplumun sağlık durumunun kesintisiz olarak izlenmesi sağlanmalıdır.

UYGULAMA ÖNERİLERİ

Doug Campos-Outcalt 2004 yılında aile hekimlerinin uyması gereken beş görev tanımlamıştır (Tablo 1). Bu görev tanımları sağlık hizmeti politika üreticilerine ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan profesyonellere toplum yönelimli bakım hizmeti sunmakta yol gösterici olabilir.

Toplum yönelimli bakımda yapılandırılmış bir yaklaşım sergilenmesi önemlidir. Bu çerçevede toplum yönelimli bakım, hizmet verilen toplumu tanımlamak ile başlar. Tablo 2’de sıralanan basamaklar takip edilebilir.

Tablo 1. Aile hekimlerinin uyması gereken beş temel görev^{2,6}

- Koruyucu sağlık hizmetleri kılavuzlarının önerilerini kendi uygulamalarında kullanmaları
- Sürveyans sisteminin merkezinde hizmet vermeleri
- Toplum sağlığı merkezine prenatal ve erken çocuk bakımı için uygun bir şekilde yönlendirmeleri
- Toplum sağlığı merkezinden gönderilen bireyleri kabul etmeleri (örneğin, aile hekimi olmayan bireyler)
- Yerel sağlık birimleri ile yapıcı bir etkileşim halinde olmaları (örneğin, sifiliz tanısı için karanlık alan mikroskobu gerektiği durumlarda bu merkez laboratuvarlarına yönlendirmeleri)

Tablo 2. Toplum yönelimli bakımın basamakları⁷

- Toplumun tanımlanması ve özelliklerinin belirlenmesi
- Toplumun sağlık problemlerinin tanımlanması
- Sağlık kaynaklarının öncelikli olan ve sık görülen sağlık problemi üzerine yönlendirildiği bir program geliştirilmesi
- Her programın etkisinin izlenmesi ve ihtiyaçları daha iyi karşılayabilecek değişikliklerin yapılması.

Toplum yönelimli bakım uygulaması ve yönetimi çeşitli zorluklar içermektedir. Bu zorluklar Gervits ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada sağlık politikalarının yetersiz, devlet desteğinin az olması, motivasyonun düşük olması ve sağlık uygulamalarındaki profesyonellerin toplum yönelimli bakıma ilgilerinin az olmaları şeklinde belirtilmiştir. Birçok hekim toplum

sağlığını kendi sorumlulukları arasında değerlendirmemektedir. Bunun bir nedeni bu sorumluluğu almak için teşvik eksikliği olabilir. Bu teşvik, çalışma saatlerinin bu hizmetleri yapabilecek şekilde planlanması ve ek ödenek sağlanması şeklinde olabilir.

Toplum yönelimli bakım ekip çalışması gerektirir. Aile hekimleri, hastanede çalışan hekimler, sağlık yöneticileri, evde bakım hemşireleri, sosyal hizmet görevlileri ve gönüllüler birlikte uyumlu bir ekip olarak çalışmak durumundadır. Ekip çalışması organizasyonu ise zor bir süreçtir. Sağlıkçı olmayan kişilerle iletişim kurabilmeyi ve sağlıkta aynı dili kullanabilmeyi gerektirir.⁸ Toplum yönelimli bakımı sağlayabilmek için aile hekimlerine eğitimleri sırasında bu yaklaşım verilmelidir. Ayrıca, toplumdaki hastalık prevalanslarının doğru bir şekilde saptanması gerekmektedir.⁷

SONUÇ

Aile hekimliği disiplininin altı çekirdek yeterliliğinden biri olan toplum yönelimli bakım, hizmet verilen toplumun tanınması ile başlar. Sağlıklı bir bakım vermek için ekip çalışması yapılmalıdır. Toplumun sağlık kaynaklarının belirlenmesi ve bu kaynakların hem bireyler hem de toplumun yararına etkin kullanılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için toplum yönelimli bakım yaygınlaşmalıdır. Bunun için aile hekimlerinin bu yaklaşımı benimsemeleri ve günlük pratiklerine yansıtmaları önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Mola E, Eiksson T, Bueno MJO, Gay B, Kersnick J, Miftode R et al. The european definition of general practice / family medicine. Wonca Europe Short Version 2011:9-10.
2. McWhinney I, Freeman T. Principles of Family Medicine, The Community Service Network In: McWhinney I, Freeman T. Textbook of family medicine. 3 rd ed. United States of America: Oxford University Press, 2009:13-29, 396-400.
3. Sağlık Hizmetleri Yönetimi Eğitimi Referans Notları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara. 2000:205-7.
4. Klancar D, Svab I. Primary care principles and community health centers in the countries of former Yugoslavia. Health Policy 2014; 118(2): 166-72.
5. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. Türk Aile Hek Derg 2014; 18 (2): 70-8.
6. Campos-Outcalt D. Public health and family medicine: An opportunity. Journal of the

- American Board of Family Medicine 2004; 17: 207-11.
7. Saultz JW. Comprehensive care. In: Saultz JW, ed. Textbook of family medicine. 1st ed. New York: McGraw-Hill, 2000:84-5.
 8. Gervits M, & Anderson M. Community-Oriented Primary Care (COPC) in Barcelona, Spain: An Urban COPC Experience. International Journal of Health Services 2014; 44(2): 383-98.



Rewieiving the Specific Problem Solving Core Competency of Family Medicine Discipline Along with a Case

Aile Hekimliği Disiplinin Özgün Sorun Çözme Çekirdek Yeterliğinin Bir Olgu Eşliğinde İncelenmesi

Turkish Journal of Family
Medicine & Primary Care
2015;9 (3):125-129
doi: 10.5455/tjfmpe.185321

Zeliha Yelda Özer
Hatice Kurdak

Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Adana /
TÜRKİYE

Corresponding author:
Zeliha Yelda Özer,
Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim
Dalı Adana / Türkiye
E-mail: z.yeldaozer@gmail.com
Received Date: April 21, 2015
Accepted Date: May 13, 2015

ABSTRACT

Family medicine discipline's core competencies, regardless of applied health system, not only provide universality of the discipline but also determine the quality of the health service. In this article, a case who had been appointed to our outpatient clinic for a health report and diagnosed as neutropenia will be discussed in the context of "specific problem solving" that is one of the family medicine core competencies.

Key words: Neutropenia, specific problem solving, low prevalence medicine, quaternary prevention

ÖZET

Aile hekimliği disiplininin, çekirdek yeterlikleri, uygulandıkları sağlık sistemine bakılmaksızın, disiplinin evrenselliğini sağlamanın yanı sıra, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini de belirler. Bu çalışmada, polikliniğimize sağlık raporu isteğiyle başvuran ve yapılan incelemeler sonucunda nötropeni tespit edilen bir olgu, aile hekimliği çekirdek yeterliklerinden "özel sorun çözme becerileri" bağlamında tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler : Nötropeni, özel sorun çözme, düşük prevalans hekimliği, dördüncül koruma.

GİRİŞ

Aile hekimliği disiplini, her tıp disiplininde olduğu gibi kendi çekirdek yeterliklerine sahiptir ve bunlar “WONCA Aile Hekimliği” Avrupa tanımında ayrıntılı olarak açıklanmıştır¹. Bu yeterliklerden, özgül sorun çözüme becerileri;

- 1) özgül karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
- 2) öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranabilme,
- 3) bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanabilme, 4) zamanı tanı aracı olarak kullanıp aşamalı tetkik yapma ve belirsizliğe uyum sağlama gibi uygun çalışma ilkelerini benimseyebilme,
- 5) gerektiğinde acil girişimde bulunma; erken dönemde ve ayrımlaşmamış halde ortaya çıkabilen durumları yönetme ve tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir kullanma yetilerini içerir². Bu çalışmada, özgül sorun çözüme becerileri, bir olgu ile incelenecektir.

OLGU

Yirmi dokuz yaşında, Afrika kökenli bir erkek, polikliniğimize “sağlık raporu” isteğiyle başvurdu. Çukurova Üniversitesinde yüksek lisans öğrencisi olan bireyin, aktif bir yakınması ve daha önceden tespit edilmiş bir hastalığı yoktu. Ateş, boğaz ağrısı, halsizlik, gece terlemesi, kilo kaybı, ilaç kullanımı ve ailesinde bulaşıcı hastalık öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenede; boy 180 cm, beden ağırlığı 59 kg, beden kitle indeksi 18.2, kan basıncı 110/70 mmHg idi ve submandibular yaklaşık 0.5x0.5 cm büyüklüğünde, mobil, sert kıvamda olmayan, bilateral lenfadenopati dışında, patolojik bulgusu yoktu.

Tıbbi öykü ve fizik muayeneden sonra, yurt dışında kalış süresinin uzatılması için, ülkesi tarafından istenen rapora uygun tetkikler planlandı. Tam kan sayımında; beyaz küre $3.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, nötrofil %39.8, mutlak nötrofil sayısı (Absolute Neutrophil Count-ANC) $1.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, lenfosit %47.3, hemoglobin 14 g/dL, hematokrit %41.4, RDW %14, MCV 87.1 fL, MCH 29.5 pg, MCHC 33.9 g/dL bulundu. Açlık plazma glukozu 99 mg/dL, BUN 9 mg/dL, kreatinin 1.01 mg/dL, AST 13 U/L, ALT 6 U/L, HBsAg (-), Anti-HBs (-), HAV-Ab Total (+), Anti-HIV (-) bulundu. Sedimentasyon değeri ve tam idrar tahlili normal sınırlar içindeydi. Periferik yaymada; eritrositler normokrom normositer görünümde, anizositoz, poikilositoz, polikromazi yoktu, trombositler 5-6’lı küme halinde ve her alanda 3-4 küme vardı. Formülde, %40 nötrofil, %44 lenfosit, %16 monosit tespit edildi ve atipik hücre görülmedi.

Ayrırcı tanı için, nötropeni etyolojisinde yer alabilecek durumlar gözden geçirildi. Hastaya odaklı kanıt (patient oriented evidence that matter - POEM)³ taraması

yapıldığında, Afrika kökenlilerde, düşük nötrofil sayısının gözlenebileceği (benign etnik nötropeni) bilgisine ulaşıldı⁴. Hastanın, tetkik sonuçlarıyla birlikte bir hematolog tarafından değerlendirilmesi sağlandı ve tanı doğrulandı. Konsültasyon sonucunda, bir ay sonra yeni bir tam kan sayımıyla kontrolünün uygun olduğuna karar verildi. Bu arada, Anti-HBs negatif olduğu için hastaya hepatit B aşısı ve uygulama takvimi konusunda bilgi verildi. Aşı uygulamasını kabul eden hasta, birinci doz sonrası bir ayın bitiminde kontrole çağrıldı. Kontrolde fizik muayene doğaldı. Hastanın aktif bir yakınması yoktu. Bir önceki muayenede tespit edilen, submandibular lenf bezlerinin büyüklüğünde ve niteliğinde bir değişiklik yoktu. Kontrol tam kan sayımında, beyaz küre $3.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, nötrofil %41, ANC $1.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, lenfosit %46.5, hemoglobin 14.5 g/dL, hematokrit %44, RDW %13.7, MCV 87.6 fL, MCH 28.9 pg, MCHC 33 g/dL, serum demir 101 $\mu\text{g}/\text{dL}$, ferritin 28.6ng/dL, folat 6.36 ng/mL, vitamin B12 düzeyi 416 pg/mL idi. İkinci doz hepatit B aşısı reçete edildi ve beş ay sonraki dozu planlandı. Olguya, benign etnik nötropeni tanısı hakkında genel bilgi verildi ve herhangi bir sağlık sorununa neden olmayacağı anlatıldı. Hasta merkezli tıbbi kayıt (HMTK) için, uygun izlem notu SOAPE⁵ formatında Şekil-1’de sunulmuştur.

Şekil 1. Hasta merkezli tıbbi kayıt için uygun izlem notu SOAPE formatı.

HMTK İzlem Notu		
Tarih:12.12.2014	Yaş:29	Hasta Adı:M. H.
	Sorun # 1	Sorun başlığı: Nötropeni
S(Subjective Information)	1. Bir an önce sağlık raporunu alma isteği 2. Sınır dışı edilme kaygısı	
O(Objective Information)	1. Benign etnik nötropeni ön tanısı 2. Submandibular bilateral sert kıvamda olmayan lenfadenopati($\approx 0,5 \times 0,5$ cm) 3. Düşük BKİ 4. HBsAg ve Anti-HBs negatifliği	
A(Assessment)	Tanı: Bening Etnik Nötropeni	
P(Plan)	1. Tetkik: Tam kan sayımı, serum demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, folat, vitamin B12 düzeyi 2. Rp: İkinci doz Hepatit B aşısı 3. Üçüncü doz aşı tarihinin belirlenmesi. 4. Sağlıklı beslenme ve egzersiz danışmanlığı	
E(Education)	1. Bening Etnik Nötropeni hakkında	

TARTIŞMA

Nötropeni, ANC'nin normal değerlerin altında olması şeklinde tanımlanır. ANC, parçalı ve bant formları yüzdesi ile toplam beyaz kan hücresi sayısının çarpılmasıyla hesaplanır. Sağlıklı bireylerde nötrofil sayısı, egzersiz, duyu durumu ve günün farklı saatlerine göre çeşitlilik göstermekle beraber, ortalama $1.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'dir. Hafif nötropeni 1.0 ile $1.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, ılımlı nötropeni 0.5 ile $1.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ ve şiddetli nötropeni 0.5×10^3 'un altındadır. Beş yaşından sonra, ortalama nötrofil sayısı sağlıklı erişkinlerle aynı düzeylere ulaşır.⁶ Nötropeni, bu şekilde tanımlanmakla beraber, bazı enstitüler farklı değerleri kullanabilmektedir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü $1.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ ve daha düşük değerleri nötropeni olarak değerlendirmektedir.⁴

Nötropeni prevalansı; yaş, etnik köken ve immün bozukluklarla birlikte olup olmasına göre değişiklik gösterir. Nötropenin başlıca nedenleri üç grupta toplanabilir; benign etnik nötropeni (BEN), konjenital, kazanılmış ve hastanede yatan hastalarda gözlenen nötropeni. Yapısal nötropeni, tipik olarak çocukluk çağından beri devam eder. Kronik nötropeni üç aydan fazla devam eden nötropenidir. Benign familya nötropeni olarak da adlandırılan BEN, Afrika kökenli bireyler, Sefarad Yahudileri, Batı Kızılderilileri, Yemenliler ve Ürdünlü Araplar gibi etnik gruplarda ortaya çıkmaktadır. Nötropeni, sıklıkla ılımlı düzeyde olup, $1.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ nötrofil sayısı normal kabul edilmektedir.⁴ Mutlak nötrofil sayıları, genellikle $1.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'den daha fazladır. Ancak daha az sıklıkla da olsa, $1.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'den az sayıda bulunabilir. Bu bireyler, normal kemik iliği nötrofil rezervine sahiptirler. Enfeksiyon sırasında beklenen lökositoz oluşmamasına rağmen, enfeksiyon sıklığında artma gözlenmez. Ayrıca, kemoterapi almaları gereken bir durum olduğunda, BEN olmayanlara göre febril nötropeni risklerinde de artma yaktur.

BEN'in mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Nötrofil üretiminin azalmış uyarımı, depolama havuzunun olmaması veya azalmış nötrofil kemotaksisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. ANC'nin net bir alt eşik değeri olmaması, BEN düşünülen bireylerde nötropenin diğer nedenlerinin araştırılmasını gerektirir. Etiyolojiyi tanımlama, hastanın öyküsünde enfeksiyonla ilişkili bir durum olup olmadığını sorgulamakla mümkün olabilir. Hematologların çoğu, ANC $0.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'nin altına düştüğünde kemik iliği incelemesi yapmaktadırlar. Ancak, BEN olan bireyler, ANC sayıları $0.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ olsa da tamamen sağlıklı olabilirler. BEN'i olan bireylerin hayatlarının ilerleyen dönemlerinde, nötrofil üretiminde anormallikler olabilir. Aile hekimini, BEN tanısıyla takip ettiği hastasında diğer nötropeni tanılarıyla ilintili bir semptom eklenmesi durumunda, kararlı nötrofil sayısında dramatik bir düşüş olursa, zaman kaybetmeden ilgili dal

uzmanına yönlendirmelidir. Nötropeni nedenleri Tablo-1'de özetlenmiştir.

Aile hekimliği uzmanları, tıbbi bakım isteyen bireylere yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız, kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunmakla sorumludur. Kapsamlı bakım; koruyucu (birincil, ikincil, üçüncül, dördüncül koruma), tedavi edici, rehabilite edici hizmetleri ve hem akut hem de kronik sorunların yönetimini içerir. İlkeleri gereği, toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgül bir karar verme sürecini kullanırlar. Bu olgu “düşük prevalans hekimliği” ve “dördüncül koruma” açısından iyi bir örnek olarak değerlendirilebilir. Prevalans; belirli bir dönemdeki eski ve yeni olguların, aynı dönemdeki risk altında bulunan nüfusa oranıdır. Aile hekimleri uygulamalarında, prevalansı yüksek hastalıklarla olduğu gibi, düşük hastalıklarla da karşılaşılır. Bu çeşitliliğin getirdiği belirsizliği yönetmek, diğer uzmanlık alanlarından farklı becerileri gerektirir. Bu becerilerden birisi, aile hekiminin nadir görülen hastalıklar hakkında, özellikle hastası üzerindeki özgün etki şekli ile ilgili, derin bir bilgiye sahip olması ve/veya uygun kaynaklara ulaşabilmesidir.⁸ Hastanelerdeki, belirli uzmanlık dallarındaysa hastalar elenerek gelmektedir ve bunlar yüksek prevalans hekimliğidir. Düşük prevalans hekimliğinde tanı koymak daha zordur. Aile hekimi, düşük prevalans hekimliğini de yönetebilmelidir.⁷

Dördüncül koruma, gereksiz tıbbi müdahalelerin önlenmesidir. Bunu başarmanın en iyi yöntemlerden biri, kanıt temelli tıptır. Klinik çalışmalardan elde edilen yarar-zarar olasılıklarıyla ilgili bilgiler, hastalarımızla uyum içinde ve güvenle pek çok tanı yöntemini ve tedaviyi elememizi sağlayabilir. Diğer bir yöntem, hastaları daha iyi dinlemektir. Öykü temelli tıp olarak adlandırılan bu yöntemle, hastanın bireysel istek ve gereksinimlerine uyum sağlamak mümkün olur. Gereksinimiz olan, hastalarımızın bilgi ve dürüstlüğüne inanmalarını sağlayacak güçlü sürdürülebilir ilişki kurabilmektir. Dördüncül koruma teriminin, akılda kalıcı olabilmesi için “VOMIT” akronimi kullanılabilir. Chris del Mar ve arkadaşları tarafından oluşturulan bu akronimin açılımı “Victim of Modern Imaging Technology”, yani “modern görüntüleme teknolojisi kurbanları” şeklindedir. Dördüncül koruma, birinci basamak hekimlerinin temel görevlerindendir.⁹

Nötropenin, ayırıcı tanısı tam kan sayımıyla başlayıp, kemik iliği aspirasyon biyopsisine kadar uzanan bir algoritma içerir. Nötropenisi olan Afrika kökenli olgunun, aile hekimliği disiplininin ilkeleri ve özgül sorun çözme becerileriyle yönetilerek, “hasta” olarak etiketlenmesi ve gereksiz tetkiklere maruz kalması önlediği gibi, “gerektiğinde acil girişimde bulunma, erken dönemde ve ayırmışmamış halde ortaya çıkabilen durumları yönetme ve tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli kullanma” yetileriyle de tanının gecikmesi ve zaman kaybı da engellenmiştir.

Hastanın bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice / Family Medicine Wonca Europe 2011 Edition. Barcelona: WHO Europe Office, 2011.
2. Japhe J. Spesific Problem Solving Skills. In: Heyrman J. ed. EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven:2005.
3. Garrison GM, Dupras DM, Merry SP, Smith AJ. Clinical Problem Solving. In: Rakel RE, Rakel DP, eds. Textbook of Family Medicine, 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011:135-41.
4. Berliner N. Approach to the Adult with Unexplained Neutropenia. In: Boxer LA, Drews RE, Tirnauer JS Eds. UpToDate.2014. Accessed March 23, 2015, at http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unexplained-neutropenia?source=search_result&search=neutropenia+adult&selectedTitle=1%7E150#H1006869
5. Kelly RB. Patient Education. In: Rakel RE, Rakel DP, eds. Textbook of Family Medicine, 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011:171-6.
6. Boxer L, Dale DC. Neutropenia: Causes and Consequences. Semin Hematol. 2002;39(2): 75-81.
7. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, et al. Harrison's Principle of Internal Medicine, Çev. Ed. Biberoglu K. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2013: Kısım 2, 379.
8. McWhinney IR, Freeman T. The Origin of Family Medicine. In: Textbook of Family Medicine, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2009:3-12.
9. B Starfield, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? Epidemiol Community Health 2008;62:580-583. doi:10.1136/jech.2007.071027

Tablo 1. Nötropeni Nedenleri⁷

AZALMIŞ ÜRETİM	PERİFERİK YIKIM	PERİFERİK GÖLLENME
İlaç İlişkili Alkilleyici ajanlar Antimetabolitler Sitotoksik olmayan ajanlar Hematolojik Hastalıklar İdiyopatik Dönemsel nötropeni Chediak- Higashi sendromu Aplastik anemi İnfanıl genetik hastalıklar Tümör İnvazyonu Myelofibrozis Besin Ögesi Eksiklikleri Vitamin B12 Folat (özellikle alkoliklerde) İnfeksiyonlar Tüberküloz Tifoid ateş Bruselloz Tularemi Kızamık İnfeksiyözmononükleoz Malarya Viral hepatitler Leişmaniyazis AIDS	Antinötrofil antikorlar ve/veya dalak veya karaciğerde tutulma Otoimmün Hastalıklar Felty sendromu Romatoidartrit Lupuseritematosus Hapten İlaçlar Aminopirin Alfa-metildopa Fenilbutazon Civaldıüretikler Bazı fenotiyazinler WegenerGranülomatozu	Ciddi Bakteriyel Enfeksiyonlar Hemodiyaliz Kardiopulmoner bypass

**Uz.Dr.M.Erol Yayla**

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015; 9(3): 130-134.

doi: 10.5455/tjfmpe.200698

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013

Vos, Theo et al.

The Lancet, Volume 386, Issue 9995, 743 – 800

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60692-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60692-4/abstract)

Abstract: Aging of the world is responsible for increase in diseases with sequels and patients with injury. Years with disability decrease more slowly than mortality rates. Health care systems need to pay more attention to non-fatal diseases and injuries. All countries improve in fatal diseases as non-fatal diseases were not improve as much.

Özet: Dünya nüfusunun yaşlanması, sekelli hastalıkları olan ve yaralanma geçiren hastaların artışından sorumludur. Engellilikle geçirilen yıl oranları mortalite oranlarına göre çok daha yavaş azalmaktadır. Ölümcül olmayan hastalık ve yaralanmalara sağlık sistemleri tarafından daha dikkat edilmesi gerekmektedir. Tüm ülkeler ölümcül hastalıklarda ilerleme gösterirken, ölümcül olmayan hastalıklar belki de ikinci planda kalmıştır.

Araştırma sorusu (hipotez): 1990 ve 2013 yılları arasında 188 ülkede 1990 ve 2013 yılları arasında akut, kronik hastalık ve yaralanmaların sayıları nasıl değişmektedir?

Çalışma yöntemi: 188 ülkede 1990 ve 2013 yılları arasında akut, kronik hastalık ve yaralanmaların sayıları 35620 yerleşim bölgesine ait veriler ve 301 hastalık ve yaralanma ile 2337 sekel sınıflaması üzerinden sınıflanarak retrospektif olarak toplandı.

Anahtar kelimeler: Diseases, sequels, global

Araştırmada sunulan bilimsel kanıt: Akut sekeller 2 milyarın üstünde vakada, üst solunum yolu enfeksiyonları ve ishale seyreden enfeksiyon hastalıkları ve kısa vadeli yaralanmalara bağlıyken, kronik sekeller, 2,4 milyar vakada asemptomatik kalıcı diş çürüğü, 1,6 milyar vakada gerilim tipi baş ağrısına bağlıydı. Yaş ve hastalık

prevelansının beklenen ilişkisine bağlı olarak, sekellerin dağılımı bölgeler arasında çokça değişiklik gösteriyordu. Engellilikle geçirilen yıl süresi her iki cinsiyet için 1990'da toplamda 537,6 milyon yılken, 2013'te 764,8 milyon yıl olmuştur. Yaşla standardize edilmiş oran ise 114,87 /1000 kişiden, 110,31/1000 kişiye düşmüştür.

Tüm ülkelerde engellilikle geçirilen yılların en sık 10 nedenleri arasında bel ağrısı ve major depresif bozukluk olmuştur. Engellilikle geçirilen yıllardaki artışın en önemli nedenlerini kas iskelet sistemi, mental, and madde kullanım bozuklukları, nörolojik hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları oluştururken, Sahra çölü altında kalan Afrika'da HIV enfeksiyonu önemli bir neden olmuştur. Ayrıca engellilikle düzeltilmiş yaşam süresi oranı 1990'da %21,1 iken, 2013'de %31,2 olmuştur.

Dünya nüfusunun yaşlanması, sekelli hastalıkları olan ve yaralanma geçiren hastaların artışından sorumludur. Engellilikle geçirilen yıl oranları mortalite oranlarına göre çok daha yavaş azalmaktadır. Ölümcül olmayan hastalık ve yaralanmalara sağlık sistemleri tarafından daha dikkat edilmesi gerekmektedir. Tüm ülkeler ölümcül hastalıklarda ilerleme gösterirken, ölümcül olmayan hastalıklar belki de ikinci planda kalmıştır.

Uzman görüşü: Yaşlı sağlığı, yaşlı nüfusun gittikçe artıyor olması nedeniyle daha da önem kazanmaktadır. Sağlık sistemleri hizmet sunucuları kronik hastalarla daha sık karşılaşmaktadır. Aynen engelli insanlar gibi yaşlı insanlarda da ayrımcılığa ve sağlık hizmetlerinden gerekenden daha az hizmet almaya maruz kalabilirler. Hizmet sunumunda hakkaniyetin korunması çok önemlidir.

Çalışmanın birinci basamak klinik pratiğine katkısı: Pratikte yaşlı popülasyonun artışı nedeniyle kronik hastalıkların bakımına daha farklı bir yer verilmelidir. Dünyaya göre Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin, palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, geriatrik hastalıklarda hastalara desteğin artırılması önemlidir.

Kanıtı dayalı tıp açısından makalenin kanıt düzeyi:

Strength of recommendation: A (Clinical Evidence rating of Beneficial)

2. Diagnosis and management of osteoporosis

Jeremiah MP, Unwin BK, Greenawald MH, Casiano VE. *Am Fam Physician*. 2015 Aug 15;92(4):261-268.

http://www.aafp.org/afp/2015/0815/p261.html?utm_cmpid=aaaf&utm_campaign=afp&utm_div=pub&utm_tactic=so&utm_mission=pe&utm_prod=afpj&hootPostID=a3ad10fd6b7c83229f71f8f5c6fcadff

Özet: Osteoporoz ilişkili kırıklar, hayatları boyunca beyaz ırktan kadınların %50'sini ve beyaz ırktan erkeklerin %20'sini etkilemektedir. USPSTF (Amerikan Koruma Hizmeti Görev Gücü) 65 yaş ve üstü tüm kadınların ve FRAX (kırık riski değerlendirme aracı) ile tespit edilen daha genç yaşta ama kırık riski bulunan kadınların DEXA (Dual enerji X-ışını absorpsiyometri) ile taranmasını öneriyor. Normal kemik dansitesi olan kadınların taranması ile ilgili bilgi eksik olsa da en az 4 yıllık aralık güvenli görünmektedir. Erkeklerde tarama yapma için yeterli veri bulunmamakta, ancak diğer organizasyonlar 70 yaş ve üstünde tarama önermektedir.

Abstract: Osteoporosis-related fractures affect approximately 50% of white women and 20% of white men in their lifetime. The U.S. Preventive Services Task Force recommends using dual energy x-ray absorptiometry to screen all women 65 years and older, and younger women who have an increased fracture risk as determined by FRAX Fracture Risk Assessment Tool. Although guidelines are lacking for rescreeing women who have normal bone mineral density on initial screening, intervals of at least four years appear safe. The U.S. Preventive Services Task Force found insufficient evidence to recommend screening for osteoporosis in men; other organizations recommend screening all men 70 years and older.

Araştırma sorusu (hipotez): ilgili yeni öneriler nelerdir?

Çalışma yöntemi: Bu makale Amerikan Aile Hekimliği Dergisi Sürekli Tıp Eğitimi'nde kullanılmak amacıyla derleme tarzında hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Osteoporosis, management, treatment

Araştırmada sunulan bilimsel kanıt: Osteoporoz ilişkili kırıklar, hayatları boyunca beyaz ırktan kadınların %50'sini ve beyaz ırktan erkeklerin %20'sini etkilemektedir. USPSTF (the US Preventive Services Task Force: Amerikan Koruma Hizmeti Görev Gücü) 65 yaş ve üstü tüm kadınların ve FRAX (fracture risk assessment tool: kırık riski değerlendirme aracı) ile tespit edilen daha genç yaşta ama kırık riski bulunan kadınların DEXA (Dual enerji X-ışını absorpsiyometri) ile taranmasını öneriyor(Kanıt Düzeyi B). Normal kemik dansitesi olan kadınların taranması ile ilgili bilgi eksik olsa da en az 4

yıllık aralık güvenli görünmektedir. Erkeklerde tarama yapma için yeterli veri bulunmamakta (Kanıt Düzeyi C), ancak diğer organizasyonlar 70 yaş ve üstünde tarama önermektedir.

Yeni osteoporoz teşhisi konan hastalarda serum 25-hidroksivitamin D, kalsiyum , kreatinin ve tiroid stimulan hormon bakılması önerilmektedir. İlk etapta önerilen tedavi; düşmelerin önlenmesi, egzersiz programlarının düzenlenmesi, sigaranın kesilmesi, alkol kullanımının düzenlenmesi(Kanıt Düzeyi C), ve bifosfonat tedavisidir(Kanıt Düzeyi A). Klinisyenlerin vertebral fraktürü olmayan kadınlarda 5 yıl sonrasında bifosfonatı kesmeyi düşünmesi öneriliyor. Bifosfonata alternatif ilaçlar, raloksifen, teriparatid, ve denosumabtır(Kanıt Düzeyi A). Takibin tedavi alanlarda ne kadar sürdürüleceği ise belirsizdir.

Uzman görüşü: Osteoporozla ilgili tedavide çığır açan bifosfonatların, yıllar sonra atipik kırıklar, çene osteonekrozu ve ösefagus kanserine yol açtığına ortaya çıkması ile, bifosfonat kullanımında ciddi soru işaretlerine yol açmıştır. Ancak Amerikan İlaç ve Eczacılık Dairesi(Food and Drug Administration, FDA-2012) ve Amerikan Kemik ve Mineral Araştırma Topluluğu'na (American Society of Bone and Mineral Research, ASBMR) göre ilaçların güvenlik gerekçeleriyle kullanımlarında kısıtlamaya gerek yok.

(<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jbmr.2565/abstract>)Peki kırıkları önlemek için kullanılan bir ilacın atipik kırıklara neden olması ilacın etkinliği konusunda sizi düşündürmez miydi?

Çalışmanın birinci basamak klinik pratiğine katkısı: Osteoporoz morbiditesi ve mortalitesi itibarıyla yaşlı bireyler için çok ciddi sonuçlara yol açabilir. Ancak, uygun zamanda yapılan, uygun tarama yöntemleri, oluşacak komplikasyonlardan insanları koruyabilir.

Kanıtla dayalı tıp açısından makalenin kanıt düzeyi:

Önerilerin kanıt düzeyleri , araştırmada sunulan bilimsel kanıt bölümünde metin içinde A'dan C düzeyine kadar paylaşılmıştır.

Strength of recommendation: A (Consistent findings from at least two good-quality randomized controlled trials or a systematic review/meta-analysis of same)

3. Comparative efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors in older adults: a network meta-analysis

Thorlund K, Druyts E, Wu P, Balijepalli C, Keohane D, Mills E.

J Am Geriatr Soc. 2015 May;63(5):1002-9. doi: 10.1111/jgs.13395.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945410>

Özet: Sitalopram, essitalopram, paroksetin, duloksetin, venlafaksin, fluoksetin, ve sertralin ilaç etkinliği ve güvenliği bakımından karşılaştırıldı.

Kısmi yanıt bakımından sertralin (RR=1.28), paroksetin (RR=1.48), ve duloksetin (RR=1.62) plaseboya göre etkinlikleri daha yüksek bulundu. Diğer etken maddelerin RR değerleri 1,2'den daha düşüktü. Baş dönmesi yan etkisine yol açması bakımından duloksetin (RR=3.18) ve venlafaksin (RR=2.94) plaseboya göre istatistiksel olarak daha anlamlı olarak daha kötüydü. Bu yan etki sertralinde en düşük RR(1,14), fluoksetinde ise ikinci en düşük RR(1,31) değerine sahipti. Citalopram, escitalopram, ve paroksetin 1.4 ve 1.7 arası RR değerine sahipti.

Abstract: Citalopram, escitalopram, paroxetine, duloxetine, venlafaxine, fluoxetine, and sertraline were compared for their efficacy and safety. For partial response, sertraline (RR=1.28), paroxetine (RR=1.48), and duloxetine (RR=1.62) were significantly better than placebo. The remaining interventions yielded RRs lower than 1.20. For dizziness, duloxetine (RR=3.18) and venlafaxine (RR=2.94) were statistically significantly worse than placebo. Compared with placebo, sertraline had the lowest RR for dizziness (1.14) and fluoxetine the second lowest (1.31). Citalopram, escitalopram, and paroxetine all had RRs between 1.4 and 1.7.

Araştırma sorusu (hipotez): 60 yaş üstü hastalarda güvenli ve etkin antidepresanlar hangileridir?

Çalışma yöntemi: 60 yaş ve üstü hastalarda serotonin reuptake inhibitörleri ve serotonin-norepinefrin reuptake inhibitörleri konu eden 15 randomize kontrollü çalışma meta-analizle değerlendirildi.

Anahtar kelimeler: antidepressants; comparative efficacy; comparative safety; network meta-analysis; older adults

Araştırmada sunulan bilimsel kanıt: Sitalopram, essitalopram, paroksetin, duloksetin, venlafaksin, fluoksetin, ve sertralin ilaç etkinliği ve güvenliği bakımından karşılaştırıldı. Kısmi yanıt bakımından sertralin (RR=1.28), paroksetin (RR=1.48), ve duloksetin

(RR=1.62) plaseboya göre etkinlikleri daha yüksek bulundu. Diğer etken maddelerin RR değerleri 1,2'den daha düşüktü. Baş dönmesi yan etkisine yol açması bakımından duloksetin (RR=3.18) ve venlafaksin (RR=2.94) plaseboya göre istatistiksel olarak daha anlamlı olarak daha kötüydü. Bu yan etki sertralinde en düşük RR(1,14), fluoksetinde ise ikinci en düşük RR(1,31) değerine sahipti. Citalopram, escitalopram, ve paroksetin 1.4 ve 1.7 arası RR değerine sahipti. Makale sonucuna göre sertralin, paroksetin ve duloksetinin etkinliği diğerlerine göre daha iyidir.

Uzman görüşü: Yaşlılarda antidepresan seçimi, antidepresan ilaçların antikolinjik etkileri ve bu etkinin yol açtığı baş dönmesi, görme bozukluğu ve sonrasında olabilecek düşme ve buna bağlı morbidite ve mortalite açısından önemlidir. Makalenin sonucunda sertralin, paroksetin ve duloksetinin en iyi antidepresanlar olduğu söylenece de, duloksetinin anlamlı başdönmesi etkisi kanımca bu ilacı diğerlerinden daha farklı yere koymamıza, sertralin ve paroksetini daha çok kullanmamız gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmanın birinci basamak klinik pratiğine katkısı: Çoklu problemleri olan 60 yaş üstü ve hastalarda güncel ve yüksek kanıt düzeyi olan depresyon medikal tedavisinin uygulanması, hastanın savunuculuğu üstlenmesi bakımından aslında birinci basamağın görevidir. Bir çok ilacı birlikte kullanan yaşlı hastaların düşme ve bazı antikolinjik ilaçların kognitif fonksiyon bozukluğu olduğunu gösterilmesi gibi nedenlerle ilaç seçiminde oldukça dikkatli davranılmalıdır. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25511338>

Kanıtı dayalı tıp açısından makalenin kanıt düzeyi: Meta analiz düzeyi

Strength of recommendation: A

4. Practice Bulletin Summary No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy

Obstetrics & Gynecology. 2015; 126(3): 687–688
doi: 10.1097/01.AOG.0000471177.80067.19

http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2015/09000/Practice_Bulletin_Summary_No_153_Nausea_and.42.aspx

Özet: Bulantı kusmaların hafif formları hayat tarzı değişiklikleri ve diyet değişiklikleriyle tedavi edilebilir, daha ciddi vakalar için güvenli ve etkin tedavi mevcuttur. Kadının semptomları algılayış şiddeti gebelikte bulantı ve kusmanın nerede ne zaman ve nasıl tedavi edileceği seçiminde önemli rol oynar. Ayrıca hamileliğin bulantı ve kusması diğer sebeplerden ayırt edilmelidir. Amerikan Obstetrik ve Jinekolojistler Derneği gebelikte bulantı ve kusma tedavisi ile ilgili güncelleme yayınlamıştır

Abstract: Mild cases of nausea and vomiting of pregnancy may be resolved with lifestyle and dietary changes, and safe and effective treatments are available for more severe cases. The woman's perception of the severity of her symptoms plays a critical role in the decision of whether, when, and how to treat nausea and vomiting of pregnancy. In addition, nausea and vomiting of pregnancy should be distinguished from nausea and vomiting related to other causes. The American College of Obstetricians and Gynecologists published current review about the diagnosis and management of nausea and vomiting of pregnancy

Araştırma sorusu (hipotez): Gebelikte sabah bulantı ve kusmaları için güncel tedavi önerileri nelerdir?

Çalışma yöntemi: Amerikan Obstetrik ve Jinekolojistler Derneği (The American College of Obstetricians and Gynecologists) konsensus raporu.

Anahtar kelimeler: Nausea, vomiting, pregnancy

Araştırmada sunulan bilimsel kanıt: Sabah bulantıları erken gebelikte sık görülür. Kadın doğumcular ve diğer kadın doğum hizmet verenleri ve hamile kadınlar tarafından bu durum küçümsenebilir ve tedavi edilmeyebilir. Ayrıca bazı kadınlar ilaçların güvenliği hakkında endişeleri yüzünden tedavi almayabilirler. Bir kere bulantı ve kusma ilerlerse semptomları kontrol altına almak zorlaşabilir, erken dönemde tedavi hastaneye yatma dahil, ciddi komplikasyonları önleyebilir. Bulantı kusmaların hafif formları hayat tarzı değişiklikleri ve diyet değişiklikleriyle tedavi edilebilir, daha ciddi vakalar için güvenli ve etkin tedavi mevcuttur. Kadının semptomları algılayış şiddeti gebelikte bulantı ve kusmanın nerede, ne zaman ve nasıl tedavi edileceği seçiminde önemli rol

oynar. Ayrıca hamileliğin bulantı ve kusması diğer sebeplerden ayırt edilmelidir. Amerikan Obstetrik ve Jinekolojistler Derneği (The American College of Obstetricians and Gynecologists) gebelikte bulantı ve kusma tedavisi ile ilgili güncelleme yayınlamıştır. Kanıt düzeyine göre güncellemelerin özeti aşağıdadır.

A kanıt değerinde öneriler:

1-Gebelik öncesi 3 ay önerilen prenatal vitaminlerin kullanımı gebelikte bulantı ve kusmanın insidansını ve şiddetini azaltabilir

2-Hiperemesis Gravidorumu olan gebelerde, baskılanmış TSH değerleri varsa, guatr, otoantikörlerin varlığı ya da ikisi birden olmadan hipertiroidi tedavisine başlanmamalı B kanıt değerinde öneriler:

1-Zencefil non-farmakolojik tedavide kullanılabilir

2-Risk profili de gözönüne alındığında, son seçenek olarak dirençli vakalarda metilprednizolon kullanılabilir

Uzman görüşü: Hiperemesis gravidorumda ilk yaklaşım, nonfarmakojik olup, diyet ve hayat tarzı değişiklikleri, tetikleyici faktörlerden kaçınmaktır. Çalışma saatleri azaltılarak istirahat artırılmalı, diyetle az az ve sık sık, 1-2 saatte bir küçük lokmalar ve porsiyonlar halinde yemek yemeli, protein içeriği yüksek, yağsız, kuru, tuzlu gıdalar tüketmeli (tuzlu kraker, tost gibi), aşırı soğuk, sıcak, ekşi yiyecek ve içeceklerden kaçınmalı, sıvı gıdaları katı gıda aldıktan sonra en az 30 dakika sonra almalıdır. Yemek sonrası bulantıları önlemek için nane çayları önerilebilir. Havasız, aşırı sıcak, nemli ortamlarda kalınmaması, parfüm, sigara, yemek, kimyasal kokularından kaçınılması, mide boşalmasını geciktirdiği için hemen yemek sonrası uzanılmaması, yemek sonrası dişlerin fırçalanması, mümkünse ağızda biriken tükürüğün dışarı tükürülmesi önerilmelidir. Demir içeren ilaçlar gastrik irritasyon yaptığı için bu dönemde kullanılmamalıdır. http://www.yenitip.org/pdf/159_162.pdf

Çalışmanın birinci basamak klinik pratiğine katkısı:

Öneriler içinde yer alan gebelik öncesi vitaminlerin kullanımı, birinci basamak hekimleri longitudinal bakım kapsamında, hastayla iyi ilişkilerini kullanarak hastayı yönetebilmesi ve yeterli güven verebilmesi sayesinde hasta uyuncu diğer basamaklara göre daha yüksek olabilir.

Kanıt dayalı tıp açısından makalenin kanıt düzeyi:

Kanıt düzeyleri makale içinde belirtilmiştir.

Strength of recommendation: A

5. Effectiveness of screening for colorectal cancer with a faecal occult-blood test, in Finland

J Pitkaniemi, K Seppä, M Hakama, O Malminiemi, T Palva, M-S Vuoristo, H Järvinen, H Paimela, P Pikkarainen, A Anttila, L Elovainio, T Hakulinen, S Karjalainen, L Pylkkänen, M Rautalahti, T Sarkeala, H Vertio, N Malila

BMJ Open Gastro 2015;2:e000034 doi:10.1136/bmjgast-2015-000034

<http://bmjopengastro.bmj.com/doi/full/10.1136/bmjgast-2015-000034>

Özet: Finlandiya’da ülkenin %43’ünü 2004-2012 yılları arasında gaytada gizli kan testi ile taranan 60-69 yaş arası 180 210 kişilik çalışma ve 180 282 kişilik kontrol gruplu bir karşılaştırma çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada çalışma kolları arasında kolorektal kanser mortalitesi açısından fark bulunamamıştır.(RR=1,04)

Abstract: Among Finland's 43 % of population comparative survey between study group of 180 210 patients and 180 282 patients was screened for colorectal carcinoma(CRC) with faecal occult-blood test between 2004 and 2012 in 60 to 69 aged subjects. This study did not show any difference in CRC mortality between arms (RR=1.04)

Araştırma sorusu (hipotez): Guayak tabanlı gaytada gizli kan testi ile yapılan tarama mortalitede değişikliğe yol açıyor mu?

Çalışma yöntemi: Finlandiya’da ülkenin %43’ünü 2004-2012 yılları arasında gaytada gizli kan testi ile taranan 60-69 yaş arası 180 210 kişilik çalışma ve 180 282 kişilik kontrol gruplu bir karşılaştırma çalışması gerçekleştirilmiştir. Erkek ve kadınlar bire bir oranında seçilmiş ve çalışma gruplarına randomize olarak dahil edilmiştir. Takip süresi ortalama 4,5 yıldır.

Anahtar kelimeler: Colorectal cancer screening, cancer prevention ,screening

Araştırmada sunulan bilimsel kanıt: Kontrol ve tarama grubu arası kolorektal karsinom insidans oranı 1.11 (95% GA 1.01 - 1.23), mortalite oranı 1.04 (0.84 to 1.28) bulunmuştur. Erkek ve kadınlarda kolorektal karsinom mortalite oranı sırasıyla 0.88 (0.66 to 1.16) ve 1.33’tür (0.94 to 1.87). Bu çalışmada çalışma kolları arasında kolorektal kanser mortalitesi açısından fark bulunamamıştır.(RR=1,04)

Uzman görüşü: GGK (gaytada gizli kan) sonrası yapılacak kolonoskopi ile yanlış pozitif sonuçlar denetlenebilmektedir. Ancak GGK ile ilgili bu sonuç ve yakın zamanda Prostat Spesifik Antijenin (PSA) tarama etkinliği konusunda ortaya çıkan olumsuz sonuçlar gibi tarama testleri için ortaya çıkan olumsuz sonuçlar, tarama için kullandığımız araçları daha fazla sorgulayacağımız anlamına geliyor. Guayak kullanılan gaytada gizli kan testi The American College of Gastroenterology tarafından da, önerilmeyen bir testtir. Bunun yerine fekal immunokimyasal test önerilmektedir. (Rex, DK; Johnson, DA; Anderson, JC; Schoenfeld, PS; Burke, CA; Inadomi, JM; American College of, Gastroenterology (2009). "American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 .". The American journal of gastroenterology 104 (3): 739–50. doi:10.1038/ajg.2009.104. PMID 19240699.)

Çalışmanın birinci basamak klinik pratiğine katkısı: Gereksiz tarama testleriyle hastalarda yarattığı kaygı gereksiz komplikasyonlara ya da gereksiz medikal ya da cerrahi tedavilere maruz kalınması fiziksel ve psikolojik travmaya yol açmaktadır. Bunun gibi araştırmalar gereksiz taramaların kullanılmamasını sağlayacaktır. Aile hekimliğinde savunmanlık ve dördüncül korunma kavramları bu konuda aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarını tanımlamaktadır.

Kanıtı dayalı tıp açısından makalenin kanıt düzeyi:

Strength of recommendation: A