

GENEL **PRATİSYEN**  
Pratisyen Hekimlik Derneği Dergisi

MAYIS 2007

SAYI 10

**GÖREVE**  
**DEVAM...**

**5. GENEL KURUL**

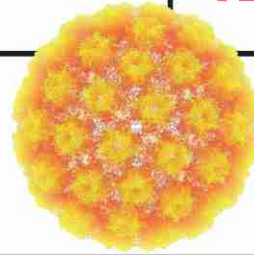
**GPE GEÇİŞ DÖNEMİ ALAN EĞİTİMİ**  
**SİLİVRİ**



**SERVİKS VE MEME KANSERİNE**  
**BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMI**

**TBC KONTROLÜNDE**  
**TEK SEÇENEK: DGT**

**GENEL PRATİSYENLİKTE**  
**HASTA HEKİM İLETİŞİMİ**



**HUMAN PAPİLLOMA**  
**VİRUS (HPV)**

**PRATİSYEN HEKİM EĞİTİCİLERİN EĞİTİMİ PROGRAMLARI**

# eşit ücretsiz nitelikli ulaşılabilir

## EŞİT ÜCRETSİZ NİTELİKLİ ULAŞILABİLİR

### BİR SAĞLIK HİZMETİ İÇİN



SAĞLIK  
OCAKLARIMIZA  
SAHİP  
ÇIKIYORUZ



www.phd.org.tr

editörden



#### GENEL PRATİSYEN

PHD ADINA İMTİYAZ SAHİBİ  
ERDOĞAN MAZMANOĞLU

YAYIN YÖNETMENİ  
ve  
EDİTÖR  
Dr. RIDVAN YILMAZ  
ridvangepr@yahoo.com

GRAFİK TASARIM  
MERYEM YILDIZ

YAPIM  
ve  
BASKI-RENK AYRIMI  
EGE BASIM  
0216 472 84 01 pbx  
www.egebasim.net

#### YAYIN KURULU

DİDEM GEDİZ GELEGEN  
ANKARA / 0505 6623268  
dgediz@yahoo.com

SEMA İLHAN  
İZMİR / 5553012004  
semailhanakalin@yahoo.com

ALİ DEMİRCAN  
İSTANBUL / 054 22373861  
ferrocana66@yahoo.com

REMZİ KARŞI  
SAMSUN / 0555 2264653  
remzikarsi65@yahoo.com

BÜLENT ÖNDER  
TEKİRDAĞ / 0532 4172396  
bulent.önder@veezy.com

RECAİ ALDEMİR  
DİYARBAKIR / 0533 6317304  
aldemirrecai@yahoo.com

KADİR KARAKAYA  
ADANA / 0532 3505217

www.phd.org.tr

Dergimizin 10. sayısını çıkarıyor olmak ayrı bir duygu oluşturuyor ister istemez. Geçen on sayıyı incelediğimizde gündeme göre yönelmiş bir dergi bulduk karşımızda. İlk sayıda "şimdi artık her şeyi paylaşacağız, sahip çıkıp geliştireceğimiz bir dergimiz var. Daha fazla katkıya ihtiyacımız olduğu bir gerçek. Bu katkıyı sağlayacak 45000 genel pratisyen olduğu da" diyerek başlamışız işe. İlk sayıda "şubeleşiyoruz" diyerek başlık atmışız. 2. sayıda tüm pratisyen hekimlere "bütünleşiyoruz, sende katıl" 3. sayımızda "geleceğimize sahip çıkıyoruz" derken 4. sayıda mesleğimizle birlikte sağlık ocaklarımız üzerindeki müdahalelere karşı "nereye?" diye sormuşuz. Sonra başlıklar farklılaşmış "reçeteme dokunma", "kuşkusuz sağlık ocağı", "terciğimizi yaptık; sağlık ocağı" ve 9. sayıda "sağlık ocağına dokunma" diyerek göstermişiz kararlılığımızı.

10 sayıyı alt alta koyduğumuzda önemli bir süreci de adım adım izleme imkanı buluyoruz. Bir anlamda geçmiş tarihi de, duygularımızı da, olan biten gerçekleri de içermekte dergimiz. Son sayılarda derginin mesleki alanımıza kaynak oluşturma çabalarını da görmek mümkün. Her dönemde derginin bilimsel içeriğinden ödün vermedik. Her defasında pratisyen hekim arkadaşların katkılarını istedik.

Derneğimiz 5. olağan genel kurulunu yapıyor. Tüm şubelerimiz genel kurullarını tamamladı. Bu sayıda şube genel kurullarını sizlerle paylaştık. Yayın kurulu üyemiz Dr. Ali DEMİRCAN'ın Pratisyen Hekimlik Derneği merkez yönetim kurulu başkanı Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU ile yaptığı söyleşiyi paylaşıyoruz... Genel Pratisyenlik Enstitüsü geçiş dönemi alan eğitimleri deneyim paylaşımına Silivri deneyimi ile devam ediyor bu özverili çalışma için bölge eğitim koordinatörü arkadaşları kutluyoruz.

12 Mayıs Hemşireler günü. Sağlığın dönüştürülmesine karşı duruşlarını net olarak gösteren hemşire meslektaşlarımızın günlerini kutlarken Türk Hemşireler Derneği Genel Başkanı Prof. Dr. Saadet ÜLKER'in "değişen hemşirelik kanunu ve halk sağlığı hemşireliği" konulu mektubunu paylaşıyoruz.

Pek çok gelişmeye rağmen her geçen gün kanserli hasta sayısında artışın önüne geçilmiyor. Hiç kuşkusuz koruyucu önlemler almak bu ciddi sorunun en kolay baş edilebilir yolu. Bu sayımızda serviks ve meme kanserlerinde birinci basamak yaklaşımını detaylarıyla bulabileceksiniz.

Hastalar için doktorlarıyla konuşabilmek, dertlerini eksiksiz anlatabilmek ve daha da önemlisi anlaşabilmek önemlidir. Hekimler için de durum farklı değildir. Günümüzde hasta hekim iletişiminde önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu konuyla ilgili "genel pratisyenlikte hasta hekim iletişimi" konulu makaleyi mutlaka okumalısınız.

Tüm Dünyada ve ülkemizde hekimlik en saygın meslek olmaya her şeye rağmen devam etmekte ise de paranın girdiği her alanda olduğu gibi saygınlık ve değer giderek azalmaktadır. İnsanların sağlığı en değerli varlıklarıysa onu koruma özeni içindeki biz pratisyen hekimlerin de toplumda hak ettiği saygınlığı görmesi gerekir. M. GANDİ'nin çok beğendiğim bir sözü ile bitirmek istiyorum; "Siz kendi ellerinizle teslim etmedikçe, kimse kendinize olan saygınızı elinizden alamaz"

Dr. Ridvan YILMAZ  
Genel Pratisyen Dergisi Editörü



## içindekiler

- 3-4 **PRATİSYEN HEKİMLİK DERNEĞİ**  
5. Genel Kurulu
- 5-10 **PHD İstanbul/Ankara / İzmir / Diyarbakır/  
Tekirdağ/Samsun/ Adana**  
**ŞUBE GENEL KURULU**
- 11 **PHD GENİŞLETİLMİŞ YÖNETİM KURULU**
- 12 **12. PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ**  
**KERVANSARAY LARA-ANTALYA**
- 13 **UEMO 2007 YILI İLK GENEL KURULU**  
**LİZBON'DA YAPILDI**
- 14-17 **Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU ile Röportaj**
- 18-20 **GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ**  
**GEÇİŞ DÖNEMİ ALAN EĞİTİMİ ( Silivri Deneyimi )**
- 21 **Geriatrı ve Birinci Basamak**
- 22-24 **Ülkemizdeki Yapılan Pratisyen Hekim**  
**Eğiticilerin Eğitimi Programları**
- 25 **DEĞİŞEN HEMŞİRELİK KANUNU VE**  
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**
- 26-36 **SERVİKS VE MEME KANSERİNE**  
**BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMI**
- 37-39 **HUMAN PAPİLLOMA VİRUS (HPV)**
- 40 **TBC KONTROLÜNDE TEK SEÇENEK: DGT**
- 41 **İSTANBUL'UN VEREMİ, NEREME SÜREYİM MERHEMİ?**
- 42-44 **GENEL PRATİSYENLİKTE HASTA HEKİM İLETİŞİMİ**
- 45-48 **VATANDAŞLARIN AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMINI**  
**ALGISI ve BEKLENTİLERİ**



3-4



18-20



26-36



40



42-44

# PRATİSYEN HEKİMLİK DERNEĞİ

## 5. Genel Kurulu

26.05.2007 İstanbul

**P**ratisyen Hekimlik Derneği olarak 2005-2007 dönemini geride bıraktığımız şu günlerde 5. Genel Kurulumuza hazırlanmanın heyecanı içerisindeyiz. Kuşkusuz hedef, "Pratisyen hekimliği ayrı bir tıp disiplini olarak var edebilmek" olarak koyulduğunda bir derneğin ne derece zorlu bir görevi olduğu ortaya çıkar. Üstelik, birinci basamak sağlık hizmetlerinin uzun yıllardır ihmal edildiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin, ikinci sınıf bir hizmet olarak görüldüğü, birinci basamakta çalışan hekimler için, ülkeyi yönetenler tarafından bir mesleki program yürütülmediği, bunun yerine "hastanelerdeki rotasyonlardan" ibaret bir programla, "gösteriş" yapılmaya çalışıldığı, pratisyen hekimliğin ayrı bir meslek grubu olarak görülme yerine, "açıkları kapatan" bir "kuvvet" olarak kullanıla geldiği bir ülkede, böyle bir hedefin peşinde koşuyorsanız işinizin daha da zor olduğu açıktır.

Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimler Kolu ve Türk Tabipleri Genel Pratisyenlik Enstitüsü ile birlikte sürdürdüğümüz bu mücadele neredeyse 20 yıl öncesine kadar uzanıyor.

Pratisyen Hekimlik Derneği olarak 1998 yılından bu yana içinde yer aldığımız bu mücadele de, büyük başarılar elde ettiğimiz açıktır. Bu mücadelenin ilmek, ilmek büyük bir sabırla dokunması sonucu gelinen nokta, bugün ülkemizin

sağlığını satılığa çıkarmaya, birinci basamak sağlık hizmetlerini, "aile hekimliği" adı altında piyasa koşullarına terk etmeye çalışanların önüne en büyük engel olarak çıkmayı başarmıştır.

Geçtiğimiz iki yıla baktığımızda, önümüze çıkan ilk fotoğraf, kuşkusuz kapatılan sağlık ocaklarımız olacaktır. Düzce'de başlayıp, ardından sonuçlarının alınması bile beklenmeden, telaşla 10 ile daha yaygınlaştırılan "aile hekimliği", sağlık ocaklarımızı kapatmaktadır.

Her tuğlasında halkımızın alın teri olan,

40 yılı aşan bir deneyim "satılmakta", sağlık ocaklarımız, aile hekimi ofislerine dönüştürülmektedir.

Mesleğimizin böylesine ayaklar altına alınmaya çalışıldığı, geleceğimizin belirsiz bir karanlığa itildiği bir süreçten geçmekteyiz. Çağdaş sağlık anlayışının toplumu önceleyen yaklaşımını terk ederek, "paran kadar sağlık" anlayışı ile alanımızı ticari bir meta haline getirmeye çalışanların, aynı anlayışı yakın bir gelecekte "ucuz emek gücü" bakışıyla, ücretlerimize de yansıtacakları açıktır, kendi deyişleri ile "toplumsal kabulü sağlamak ve anlamsız muhalefet



ESKİŞEHİR



İZMİR

ANKARA



oluşturmamak için başlangıçta bonkör davranmak" anlayışıyla hareket ettikleri bir "oyunu" yaşıyoruz.

İki yıl önce "bize rağmen yapamazlar" demistik, yapamıyorlar. Her türlü göz boyama, tehdit ve oldu bittiye rağmen, 2004 yılında tüm ülke geneline yayılacağı ilan edilen "aile hekimliği"nin 2009 yılında tamamlanabilme olasılığında söz ediliyor artık. Başta pilot illerde olmak üzere tüm ülkede "genel pratisyenliğin" gelişmesine gönül vermiş, sağlık ocakları ile iç içe geçmiş, toplumla bütünleşmiş, kendine, çalışma arkadaşlarına, yaşadığı topluma saygı duyan binlerce pratisyen hekim bu saldırıya karşı koymayı sürdürüyor.

Başlangıçta yaratılmak istenen "korku" ve "belirsizlik" ortamı giderek yerini öfke ve direnmeye bırakıyor.

Bu ülkenin pratisyen hekimleri 40 yıldır yaptıklarını yapmayı sürdürüyor; mesleğine, geleceğine, toplum sağlığına sahip çıkıyor.

Pratisyen Hekimlik Derneği olarak biz de

bu mücadelenin içinde üzerimize düşeni yapmaya çalıştık geçtiğimiz iki yıl boyunca. Her şeyden önce düzenlediğimiz sayısız panel ve toplantı ile meslektaşlarımıza iktidarın oynadığı oyunu anlatmayı sürdürdük.

Çıkardığımız kitap, broşür ve CD'lerle gelişmeleri tüm çıplaklığı ile paylaşmaya devam ettik.

Kongreler, seminerler, paneller, kurslar düzenleyerek meslektaşlarımıza ulaşmayı sürdürdük. Alanımızı zenginleştiren kurslar düzenlemeye devam ettik.

Çıkardığımız dergiyle en ücra köşede çalışan meslektaşımıza bile ulaşmaya çalıştık. Mesleki gelişimimizi artırmaya yönelik kitaplar yayınladık. Yaptığımız bilimsel araştırmaları yayınladık.

10. ve 11. Kongrelerimizde, Aile Hekimliği Sempozyumlarında, panellerde, alanın gerçek sahipleri olarak sorunlarımızı korkusuzca tartışmayı sürdürdük. Bu mücadelemiz de Türk Tabipleri Birliği ile birlikte hareket etmeyi sürdürdük.

Uzmanlık Dernekleri ile olan ilişkilerimizi daha da geliştirerek, ortak sempozyumlar, kurslar düzenledik. Birlikte yayınlar çıkarılacak bir yolu açtık.

Bugün gelinen nokta da, ülkeyi yönetenlerin gözlerini Dünya Bankası ve IMF'ye çevirdikleri bir ortamda, birinci basamak sağlık hizmeti akla geldiğinde, görmezden gelinemeyecek bir derneği hep birlikte yarattık. Yedi şubemizle tüm ülke genelinde ürettiklerimizle, dosta, düşmana haykırmayı sürdürdük.

Alanımıza, geleceğimize, mesleğimize sahip çıkıyoruz.

Toplum sağlığına sahip çıkıyoruz. Sağlık ocaklarımıza sahip çıkıyoruz. Ve artık tüm pratisyen hekimlerin bir zorluk olarak değil, bir yol türküsu olarak söylediği aynı dizeleri tekrar ediyoruz; Daha çok yolumuz var.

**Dr. Erkan Kapaklı**  
Pratisyen Hekimlik Derneği  
Genel Sekreteri

## PHD İSTANBUL ŞUBE GENEL KURULU

PHD İstanbul şubesi 3.olağan genel kurulu 31.03.2007 tarihinde İstanbul Tabip Odası Sevinç Özgen toplantı salonunda gerçekleştirildi. Şube sekreteri Dr.Yeliz Mutlu açılışı yaptıktan sonra divan seçimi yapıldı. Dr.Selma Okkaoğlu divan başkanı, Dr.Naciye Demirel ve Dr.Sevinç Özgen divan üyesi olarak görev aldılar. Yönetim kurulu faaliyet raporu şube başkanı Dr.İfakat Kutluğ, mali rapor şube saymanı Dr.Orhan Zeki Oğhan, denetleme kurulu raporu Dr.Sevinç Özgen tarafından genel kurula sunuldu ve oybirliğiyle ibra edildi. Daha sonra yönetim kurulu denetleme kurulu ve merkez delegelerin aday belirlenmesi yapıldı. Adayların belirlenmesi sonrası seçime geçildi. Seçim sonuçları aşağıdaki gibidir.

**Yönetim kurulu:** Dr. Ali DEMİRCAN, Dr. Yeliz MUTLU, Dr.Çiğdem KESİMER, Dr.Mustafa TAMYÜREK, Dr. İrfan ALEMDAR

**Denetleme kurulu:** Dr.Ferda EREREN, Dr.Cumhur ÖZCAN,Dr.Bahattin UCA

**Merkez delegasyon:** Dr.Sevinç ÖZGEN, Dr.Filiz Gülşen KURTOĞLU, Dr.Beyza ÇELENLİGİL KUTAY, Dr.Hüseyin DEMİRDİZEN, Dr. H.Selma Mutlu OKKAOĞLU, Dr.Güzide ELİTEZ, Dr.Mehmet Fethi BOZÇALI, Dr.Kübra SÜER, Dr.Naciye DEMİREL, Dr. Veli HEKİMOĞLU, Dr.Belda KERİMGİLLER, Dr.Gürcan BAHADIR, Dr.Mustafa SÜLKÜ, Dr. Turabi YERLİ, Dr.Hakan Erkan PEHLİVAN, Dr.Alper Tunga TÜRKBAZRAK, Dr.Şengül KILIÇ, Dr. Ahmet EKİNCİ

Ayrıca genel kurula katılan üyelerin önerileri göz önünde bulundurularak hazırlanan önerilerden aşağıdaki hususlarda ;

- 1- Pratisyen hekimleri iş güvencesinden kopararak sözleşmeli çalışmaya zorlayan ve birinci basamak sağlık hizmetlerini parçalayan aile hekimliği uygulamalarının derhal durdurulmasına ve sağlık ocaklarının geliştirilerek güçlendirilmesine,
- 2- Bugün İzmir'de aile hekimliği yer belir-

leme seçimi yapılmakta olması sebebiyle seçim yapmak için yönetilerince zorlanan, İzmir'deki tüm meslektaşlarımızla dayanışma içinde olduğumuz mesajının iletilmesine genel kurul kararı alınmıştır.

Daha sonrası genel kurula katılan tüm üyelerimizle birlikte yemek yemek ve sohbet etmek için alkışlarla genel kurulumuzu sonlandırdık...

### Eğitimde Ortak Çalışmalar;

PHD İstanbul Şubesi olarak 31.03.2007 tarihinde genel kurulumuzu başarı ile tamamlamış bulunuyoruz. Yönetim Kurulu olarak önümüze koyduğumuz işler arasında en önemli yeri ve zamanı STE / SMG eğitimleri yapmak almaktadır. Kuruluşumuzdan bu yana birçok konuda eğitim faaliyeti yapan derneğimiz, Birinci Basamakta çalışan tüm Pratisyen hekimlere ve bunların çalışma alanlarında eksikliğini duydukları ve ihtiyaç belirttikleri konularda bilimsel faaliyetler (seminerler ve kurslar) hazırlamaktadır.

Bu güne kadar birinci basamak alanına yönelik olarak bir çok bilimsel faaliyette bulunan PHD olarak, alanın diğer bileşenleri olan kurumsal yapılarla (TTB - PHK, TTB - GPE, Uzmanlık Dernekleri v.b.) ortak çalışmalar yürüttük ve yürütme kararlılığı içindeyiz. Önümüzdeki süreçte de birinci basamak alanının önemli bir bileşeni olan işyeri hekimliğine yönelik çalışmalar yapan İstanbul Tabip Odası İşyeri Hekimliği Komisyonu ile birlikte hareket ederek, birlikte yapıp - birlikte katılacağımız eğitim etkinlikleri planlıyoruz. Bu amaçla Pratisyen Hekimlerin ihtiyaçlarına uygun olarak çeşitli kurslar, seminerler ve sosyal organizasyonlar hazırlama çalışmalarına başlamış bulunuyoruz.

Son zamanlarda Sağlık Bakanlığının Pratisyen Hekimlik uygulama alanlarımıza yapmış olduğu saldırılarla (GSS, aile hekimliği uygulamaları, her hekime bir poliklinik odası v.b.) hedeflediği, pratisyen hekimliği parçalama ve pratisyen hekimleri poliklinik



odalarında yalnızlaştırma çabalarına da, STE / SMG gibi hekimlik pratiğinin vazgeçilmez bir unsuru olan eğitim alanında yapacağımız çalışmalarla anlamlı bir yanıt verebileceğiz.

Bütün bunların yanısıra, toplum sağlığının önemli bir bileşeni olan iş sağlığı ve güvenliği alanından gelen çalışmalarla, 1.Basamak Sağlık Hizmetleri alanına ayrı bir zenginlik katılacak ve alanımıza yönelik çalışmalara farklı bir bakış açısı da gelecektir.

Çalışma ortamları ayrı olsada, önceliklerinin bir kısmı farklı olsada toplum sağlığının iyileştirilmesi ve iyi hekimlik uygulamaları açısından ortaklaştığımız meslektaşlarımızla, mesleğimizin değerlerine uygun hizmet oluşturabilmek için sürekli eğitim kavramı içinde hareket edeceğiz.

Pratisyen Hekimler olarak bizler kendimizi mesleğimizin dinamiklerine uygun olarak sürekli geliştirmenin bilinci ile, yaptığımız bu ortak eğitim çalışmalarını sayesinde hem alanlarımızı ve burada yaşanan özgünlükleri (sorunlar, çözümler, ihtiyaçlar v.b.) tanıyacak hemde birlikte üretirek, Sağlık Bakanlığınca alınan kararlar ve uygulanan politikalarla yaşatılan ve her geçen gün biraz daha arttırılan baskılarla büyüyen yalnızlaşma duygusunun etkilerini de, bir nebze olsun azaltmış olacağız. Bilimsel ve dostça kalın,

Dr. Ali Demircan  
PHD İstanbul Şube Başkanı



EDİRNE



ANKARA



SAMSUN



DENİZLİ



## PHD ANKARA ŞUBESİ GENEL KURULU

Şubemiz 29 Mart 2007 de Genel Kurulu'nu yaptı. Genel kurulda sunulan şubenin faaliyet raporunda yer alan faaliyetler şu şekilde özetlenmiştir; PHD Ankara Şubesi olarak iki yıllık dönemde eğitim çalışmalarına ve üye kaydına ağırlık vermeye çalıştık. Bir önceki yönetimden 191 olarak aldığımız üye sayısını 298'ye çıkardık.

Toraks Derneği ile birlikte Birinci Basamakta Akciğer Sağlığı Günlerine katıldık ve düzenleme kurulunda yer aldık.

TTB ile birlikte 18-19 Mart 2006 tarihinde "Çocuk İstismarı ve İhmal" kursu düzenledik.

10 Mart 2006 tarihinde "Birinci Basamakta Hipertansiyonlu Hastaya Yaklaşım Eğitimi" düzenledik.

6-7 Ekim 2006 tarihleri arasında Ankara'da 21-22 Aralık 2006'da Tokat'ta CPR kursu düzenledik.

10 Şubat 2007 tarihinde "Birinci Basamakta Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarına Yaklaşım Eğitimi" düzenledik.

2-3 Mart 2007 tarihlerinde düzenlenen "Gazi İç Hastalıkları Eğitim Günleri"ne 100 üyemiz ile katıldık.

Düzenleme Kurulunda yer aldığımız ve 19-22 Nisan tarihinde yapılan "5. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi" ne aktif katılım sağladık. Dr.Figen ŞAHPAZ, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Üreme Sağlığı Örgütlenmesi Nasıl Olmalıdır" konulu bir sunum yaptı.

Biyoetik Derneğince düzenlenen "Sağlıkta Dönüşümün Etik Boyutu" konulu sempozyuma aktif katılım sağladık. Dr.Figen ŞAHPAZ "Tıp

etiği-sağlık politikaları ilişkisi bağlamında Sağlıkta Dönüşüm" çalışma grubunun moderatörlüğünü yaptı. 10.Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde; Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü Alan Sağlık Ocaklarımız, Gen-Etik'te Son Gelişmeler, Birinci Basamakta Döner Sermaye ve Performans, Anksiyete Bozuklukları oturumları 11. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde; Halk Müziği Koro Çalışmasını organize ettik. Birinci Basamakta Çocuk İhmal ve İstismarına Yaklaşım, Birinci Basamakta Terminal Hastaya Yaklaşım, Yaşlılarda Ruh Sağlığı Sorunlarına Yaklaşım, Yani Ne Doktorusun? Ve Çocukluk Çağı Aşılı ve Sık Karşılaşılan Sorunlar oturumlarında aktif görev üstlenilmiş, bu etkinlikler Ankara Şube tarafından gerçekleştirilmiştir.

Örgütlenme ve Üyelerle Buluşma:

- Ankara Tabip Odası ile birlikte, Bütçe uygulama talimatı ile ilgili olarak "SAĞLIK OCAKLARINDA YAZILAMAYAN İLAÇLARININ SORUMLUSU HEKİM DEĞİLDİR. ALO 184'Ü ARAYINIZ." broşürünün dağıttık.
- TTB ile birlikte "Aile Hekimliği Paneli" düzenledik.
- Şubemize bağlı ilgili sağlık müdürlüklerine yazı yazılarak üye güncelleştirilme çalışmaları yaptık.
- Üyelik kampanyası için afiş ve broşür bastırılması
- Üyelerimizin bilimsel etkinliklere katılımında anlayış gösterdikleri ve onları idari izinli saydıkları için İl Sağlık Müdürlüğü'ne teşekkür ziyaretinde bulunduk.

**Diğer Etkinlikler:**

- TRT-2 kanalında yayınlanan "Sağlıklı Yaşam" programına katılım (Dr.Ekrem Kutbay "Birinci Basamakta Çocukluk Çağı Nefrolojik Hastalıklarına Yaklaşım")



- TRT Ankara Radyosu'nda "Kadına Yönelik Şiddet ve Birinci Basamak Hekimleri Olarak Bizim Sorumluluklarımız" konulu söyleşiye katılım (Dr.Hülya Biriken)
- Urfa'da düzenlenen Uluslararası Etik Kongresi'ne katılım
- Çankaya Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde çalışan hekimlerin PHD'ne ve STE'ne yaklaşımı konusunda bir anket çalışması yaptık ve bu çalışmayı 10.Pratisyen Hekimlik Kongresi'ne bildiri olarak sunduk.

Yeni yönetimi tanıtmak ve devir teslimi yapmak amacıyla tüm seçili kurullarımızın davetli olduğu bir kokteyl düzenledik. Yeni dönem seçili kurullarına başarılar diliyoruz

**Yönetim Kurulu;** Dr. Figen ŞAHPAZ (BAŞKAN), Dr. Mehmet ÇAKMAK(Bşk. Yrd.), Dr. Fatma AYTUĞ BALCIOĞLU(Genel Sekreter), Dr. Mustafa DEVECİ(sayman), Dr. Özlem COŞKUN

**Denetleme Kurulu;** Dr. Enver IŞILAK, Dr. Didem Gediz GELEGEN TÜRKMEN, Dr. Sıtkı KESEDER

**Merkez Delegeleri:**Dr. Figen ŞAHPAZ , Dr. Hülya BİRİKEN , Dr. Şamil DEMLİ, Dr. Nesrin ERBÖRÜ, Dr. Sultan GEMALMAZ, Dr. Havva ÖZDEN, Dr. Fatih Şua TAPAR, Dr. Mehmet ÇAKMAK, Dr. Nur CANOĞLU, Dr. Aliye IŞILAK, Dr. Ekrem KUTBAY, Dr. Ufuk ÖZDEMİR, Dr. Selma GÜNGÖR, Dr. Cavit KUTANİŞ, Dr. Selçuk ATALAY, Dr. Aytuğ BALCIOĞLU

## PHD İZMİR ŞUBESİ GENEL KURULU

Pratisyen Hekimlik Derneği İzmir Şubemizin 2007 – 2009 dönemi 3. Olağan Seçimli Genel Kurulu 07.04.2007 tarihinde İzmir Tabip Odası Orhan Süren Salonu'nda gerçekleştirilmiştir. 2005-2007 yılları arasında şubemizce gerçekleştirilen etkinlikler;

**2005 yılı:**

- 2 Nisan 2.Olağan Genel Kuruldan sonra Yönetim kurulu göreve başladı. 30 Nisan PHD İstanbul Koordinasyon Toplantısı.
- 16 Mayıs İzmir Şubesi Genişletilmiş PHD Toplantısı. Birinci Basamakta Diyabet ve Güncel Gelişmeler Yaklaşım Sempozyumu.
- 28 Mayıs PHD Genel Kurulu'na katılım
- 7-8 Haziran Adolesan Sağlığı Kursu
- 7 Temmuz Foça tekne gezisi. 14 Temmuz "Sağlıkta Dönüşüm ve TCK" toplantısına katılım.19.Temmuz Sky Tv Hasan Değirmenci "Yaz ishalleri" konulu programa katılım
- 20 Ağustos Diş Hekimleri Odası'nda "Yeni TCK ve Meslek Örgütleri ile Sağlığa Etkileri" toplantısına katılım
- 3 Eylül Aile Hekimliği ile ilgili Ankara'da Sağlık Bakanlığı önünde basın açıklaması
- 1 Ekim PHD Kızılcahamam Koordinasyon toplantısına katılım.21 Ekim Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu. Birinci Basamakta Ortopedik Acillere Yaklaşım Kursu
- 19 Kasım Düzce'deki Aile Hekimliği Sempozyumu'na katılım.23 Kasım Yeni TCK ile Değişen Uygulamalar ve Birinci Basamaktaki Etkileri Konferansı
- 23 Aralık Referandum. Denizli Aile Hekimliği toplantısına katılım

**2006 yılı:**

- 9 Şubat Diyabet, Osteoporoz ve Obezite Kursu düzenlendi.17 Şubat Avrupa' da Sağlık Reformlarının Sağlık Çalışanlarına Etkisi Sempozyumuna katılım.26 Şubat Adana Koordinasyon toplantısı. 28 Şubat Aile Hekimliği-GSS Forumu
- 7 Mart Sağlık Müdürlüğü'ne yürüyüş 1200 – 1500 kişilik katılım. 8 Mart Hasan Değirmenci Sky Tv' de Sağlıkta Dönüşümü

anlattı.13 Mart Buca SGB toplantısı. 14 Mart AKM ve 17 Mart Karşıyaka toplantısı. 25 Mart Bergama Eğitim-Sen üyelerine GSS ve Aile Hekimliği anlatıldı. 27 Mart Referandum

- 1 - 2 Nisan Çocuk İstismarını Önleme Kursu. 3 Nisan Balçova toplantısı. 13 Nisan Balçova Termal Sabahattin Aydın'ın katıldığı toplantıyı protesto. 19 - 20 Nisan 5.Ege Dahili Tıp Günleri Sağlıkta Dönüşüm. 24 Nisan Konak SGB Aile Hekimliği'nin Hukuki Boyutu toplantısı . 26 - 30 Nisan 2.Ulusal Romatizmal Hastalıklar Kongresi. 28 Nisan Hasta Hakları Derneği Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği Toplantısı
- 27 Mayıs TTB - GPE Genel Kuruluna katılım.
- 14 Haziran Aile hekimliği konusunda Halk Sağlığı Komisyonu ve Pratisyen Hekim Komisyonu ile ortak toplantı .19 Haziran Aile Hekimliği toplantısı.24 Haziran TTB Genel Kurulu'na katılım
- 6 Temmuz basın açıklaması. 8 Temmuz Eskişehir Mitingi 17 kişi katıldık.29 Temmuz Eskişehir'de pilot iller koordinasyon toplantısı
- 12 Ağustos Sağlık Bakanı ile görüşme.
- 30 Ağustos Ankara PHD koordinasyon toplantısına katılım. Ağustos ayında 3 Sağlık Platformu toplantısı yapıldı.
- 16 Eylül Edirne Mitingine katılım. 23 Eylül Samsun Mitingine katılım.
- 18 Eylül Sağlık Müdürlüğü'nü Sağlık Platformu olarak ziyaret.29 Eylül Sağlık Müdürlüğü önünde basın açıklaması
- 4 Ekim İzmir Tabip Odası'nın ziyareti yapıldı. 18 Ekim ve 31 Ekim'de Sağlık Platformu toplantılarına katılım.
- 2 Kasım Düzce ve Eskişehir'de Yaşananlar Işığında Aile Hekimliği Paneli
- Aydın ve Denizli'de EKG kursları düzenlendi.
- 9-13 Kasım Pratisyen Hekimlik Kongresi
- 22 Kasım Foça Tükoder toplantısı. 23 Kasım İzmir Tabip Odası'nda Sağlık Platformu basın açıklaması
- 23 Kasım Ege Üniversitesi 'nde Kadın Dernekleri basın açıklaması

- 26 Kasım Sağlık Haktır Mitingi
  - 1-3 Aralık UDEK katılım. 2 Aralık Denizli dayanışma yemeğine katılım
  - 15 Aralık Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu
  - 20 Aralık DEÜ Çarşamba etkinliklerinde Sağlıkta Dönüşüm anlatıldı
- 2007 yılı:**
- 6 -11-13-20 Şubat, Sağlık Platformu Toplantıları.
  - 14-17 Şubat Birinci Basamakta Akciğer Sağlığı Sempozyumuna aktif katılım sağlandı.
  - 22 Şubat dayanışma yemeği
  - 1 Mart 5 sağlık ocağında basın açıklaması: Atatürk,Yüzbaşı Şerafettin,Çiğli Aydınlikevler, Çimentepe, Barış Sağlık Ocakları
  - 3 Mart Güzel İzmir Sağlık Ocağı açılışı, Sağlık Platformu bileşenleri ile televizyon haber kanallarını ziyaret
  - Denizli'de EKG kursu düzenlendi.
  - 11 Mart Ankara Mitingi
  - 14 Mart etkinlikleri kapsamında; 31 Mart Balçova Termal Tesisleri Aile Hekimleri yerleştirme töreni protesto eylemi ve 5 Nisan Bergama Vapur gezisi.

2007-2009 döneminin seçili kurulları şu şekilde oluşmuştur;

**Yönetim kurulu:** Dr. Hasan DEĞİRMENCI (Başkan) , Dr. Serhat Sami ÇENGEL (II. Başkan) ,Dr. Aylin Sena BELİNER (Genel Sekreter), Dr. Habibe GÜNEŞ (Sayman), Dr. Cüneyt ÖZBOYACI (Üye), **Denetleme Kurulu:** Dr. İbrahim GENÇÖR, Dr. Gülden AYKANAT, Dr. Yusuf ÇİMEN **Merkez Delegeleri:** Dr. Yavuz TURHAN, Dr. Muharrem ÇETİN, Dr. Lale TUNA, Dr. Ümit Kağan ARPACI, Dr. Oytun ÇALIŞKAN, Dr. Yasemin ÖZ, Dr. Nilüfer ÇAM, Dr. Melek KARADEMİR, Dr. İbrahim PADIR, Dr. Hakan ALTUĞLU, Dr. Ülkü GÜNDOĞDU, Dr. Salih SARICA, Dr. Zafer ŞİŞLİ, Dr. Remzi Özgü CEYLAN, Dr. Mustafa VATANSEVER, Dr. Hüseyin Aydın TURAN, Dr. Sema İlhan



## PHD DİYARBAKIR ŞUBESİ GENEL KURULU

1 0.09.2003 tarihinde kurulan şubenin kurucu üyeleri; Dr. Cengiz DOĞAN, Dr. Nevzat AYTEKİN ve Dr. Şeyhmus GÖKALP. İlk genel kurulunu 08.05.2004 tarihinde gerçekleştiren şubenin 2. genel kurulu 17.03.2007 günü yapıldı. Şubenin yeni dönem seçili kurulları şu şekilde oluştu;

**Yönetim Kurulu:** Dr. Cengiz DOĞAN, Dr. Recai ALDEMİR, Dr. Rifat YÜKSEKKAYA, Dr. Kamiran YILDIRIM, Dr. Şeyhmus GÖKALP

**Denetleme Kurulu:** Dr. Emin YÜKSEL, Dr. Dorşin YALÇIN GÜZEL, Dr. Zeynel KATIRCI

### Merkez delegeleri:

Dr. Cengiz DOĞAN, Dr. Adem AVCIKIRAN, Dr. Rifat YÜKSEKKAYA, Dr. Recai ALDEMİR, Dr. Ercan TANRIKULU, Dr. Fesih AZBOY, Dr. Necdet İPEKYÜZ, Dr. İlhan DİKEN, Dr. Nevzat AYTEKİN

Diyarbakır şubesine bağlı iller; Tunceli, Muş, Bingöl, Bitlis, Batman, Siirt, Şırnak, Van, Mardin, Elazığ ve Malatya. Mimar Sinan Cad. İnka 4 Apt. Kat:2 No:6 adresinde faaliyette bulunan PHD Diyarbakır şubesi faaliyetlerini genel praisyen dergisi için özetledi;

"08.05.2004 tarihinde derneğimizin ilk Genel Kurulunu yaparak göreve geldik. 25.05.2004 tarihinde Genel Kurul sonrası yapılan ilk toplantıda alınan kararlar; görev dağılımı, bütün illerde örgütlenme, üye güncelleme, eğitim çalışmaları idi. Bugüne kadar ilk kuruluşta Adana şubesinde devir aldığımız 72 üye'den diğer illere 3 nakil, 1 vefat oldu. Şuanki üye sayımız 84 olup, bu sayının hedeflerimizin altında olduğunu düşünmekteyiz.

Önümüzdeki dönemde il gezileri ile ve illerde oluşturacağımız temsilciliklerle bu sayının arttırılabileceğini düşünmekteyiz.

Geçmiş 10 ayda 14 kez Yönetim Kurulu toplantısı düzenledik. Yaklaşık 10 aylık süreç içerisinde İstanbul ilinde Dernek Genel Merkezinin düzenlediği genişletilmiş şubeler toplantısına Dr. Ercan TANRIKULU ve Dr. Nevzat AYTEKİN katılım sağlamış ve derneğimizin önümüzdeki dönem yapacağı faaliyetler hakkında kurulu bilgilendirmişti.

Toraks Derneğinin sigarayı bırakma kampanyasına destek verdik.

9. Pratisyen Hekimlik kongresine katılımı arttırmak için ilimizde bulunan

ilaç sektörü yöneticileri ile toplantı yapıldı. 9. Pratisyen Hekimlik Kongresinde şubemiz olarak "gastroenteritler" konulu oturumun organizasyonu, planlama ve katılımı yapıldı.

11 Haziran 2004 tarihinde ilimiz Class otelde, "Genel Pratisyen Hekimlik nedir? Bakanlığın öngördüğü Pratisyen Hekimlik Uygulamaları nelerdir? Sürece müdahale hangi aşamalarda olabilir?" konulu toplantı yapıldı.

Dernek Genel Merkezi'nin Tekirdağ ilinde düzenlendiği Akılcı ilaç kullanım kursuna Dr. Nevruz GÜRCEĞİZ, Dr. Ercan TANRIKULU ve Dr. Mustafa DAĞCI şubemiz adına katıldı.

8-12 Aralık 2004 tarihinde Antalya ilinde düzenlenen 9. Pratisyen Hekimlik kongresine bölgemizden katılımların arttırılması için hekim arkadaşlarımızla görüşmeler yapıldı ve katılım sağlandı.

19 Şubat 2005 tarihinde Diyarbakır ilimizde Pratisyen Hekimliğin Geleceği, Sağlıkta Nereye Gidiyoruz? konulu toplantıyla TTB GP Enstitüsü, PHD Merkez Yönetimi ve TTB Merkez Konseyinin de katılımıyla geniş bir Pratisyen Hekim kitlesiyle tartışma imkanı sağladık.

## PHD TEKİRDAĞ ŞUBESİ GENEL KURULU

Dr. Nihat ŞAHBAZ, Dr. İbrahim OKTAY ve Dr. Hakan SEVGİ'nin kurucu üyelikleri ile 13.06.2003 tarihinde kurulan şubeye bağlı iller ise Tekirdağ, Edirne, Kırklareli ve Çanakkale.



3. Genel Kurulunu 31.03.2007 günü yapan Tekirdağ şubesinin yeni dönem için seçilmiş kurulları şu şekilde oluştu;

**Yönetim Kurulu:** Dr. Mahmut AKDAĞ (Başkan), Dr. Ufuk ÇINAR (Başkan Yard.), Dr. Hamit İŞIKALP (Genel Sekreter), Dr. İbrahim OKTAY (Veznedar Üye), Dr. Hakan SEVGİ (Üye)

**Delegasyon:** Dr. Nihat ŞAHBAZ, Dr. Serdar ÖZDEMİR, Dr. Bülent ÖNDER, Dr. Semih ALTINTAŞ, Dr. Hasan ALGAN, Dr. Aytac ARAS, Dr. Cumhuri ÇETİN, Dr. Faruk GÖKGÖZ, Dr. Ömer GÜVEN, Dr. Memet AKBAL

3. Seçimli Genel Kurulda; şubenin daha aktif çalışabilmesi ve bağlı tüm illerle iletişimin daha kolay sağlanabilmesi ve etkinliklerin yaygınlaştırılabilmesi amacıyla il temsilciliklerin oluşturulması kararı alınmıştır. Temsilcilikler Dernek Tüzüğünde belirtilen yetki ve sorumluluklar çerçevesinde çalışacaklardır. Bu kapsamda önümüz dönemde Edirne, Kırklareli, Çanakkale illerinde temsilcilik oluşturulmasına karar verilmiştir. Bu temsilcilikler, ildeki üyelerin birlikte belirleyecekleri temsilci adayının şube yönetim kurulu onayını takiben aktif olacaklardır.

### 2005-2006 yılı Faaliyetleri:

- 18.05.2005 tarihinde Kırklareli'nde PHD Tanıtım toplantısı yapıldı. 11 yeni üye kaydı yapıldı.
- 23-25 Haziran 2005 tarihlerinde Edirne'de düzenlenen "Birinci Basamakta Laboratuvar Kullanımı Kursuna" destek verildi.
- Dernek Şubemiz part-time sekreter (stajyer öğrenci) çalıştırılmaya başlandı.

- Profesyonel muhasebeci ile çalışmaya başlandı.
- Sağlık Ocağı ziyaretleri ve yeni üye kayıtları yapıldı.
- Birinci Basamakta Laboratuvar Kurslarının şubemize bağlı illerde yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlükleri ile görüşmelere başlandı.
- Farmakoloji Derneği ve PHD'nin ortaklaşa düzenleyeceği "Akılcı İlaç Kullanımı Kursu Eğitici Eğitimini" 8 gün olarak İstanbul'da da Tekirdağ'da Haziran 2007'de yapılması için Merkeze öneri götürme kararı alındı.
- 11. Pratisyen Hekimlik Kongresinde "Birinci Basamakta Terminal Dönem Hastaya Yaklaşım" oturumunun başkanlığı dernek şubemizce üstlenildi.
- Çanakkale Tabip Odası ile birlikte "Yeni Türk Ceza Kanunu (TCK)'n da Yaralanmalarla İlgili Değişiklikler ve Rapor Yazımı" konulu eğitim 31.08.2006 tarihinde Çanakkale'de Devlet Hastanesi Eğitim Salonunda yapıldı. 12 hekimin katıldığı bu eğitimde; yeni TCK'nun adli travmatoloji ile ilgili maddeleri ve Adli Tıbbi boyutu, yeni TCK'nun tanımlanan yaralama suçları, yaşamı tehlikeye sokan yaralanmalar, kemik kırılmasının ve zehirlenmelerin değerlendirilmesi konuları konuşuldu. TCK'ya göre Rapor yazımı konusunda küçük grup çalışması yapıldı. Katılımcılar kendilerine verilen ikişer vakayı kendi aralarında tartıştıktan sonra yeni TCK'ya uygun olarak düzenledikleri adli raporları sundular. Eğitimin sonunda tüm katılımcılara "Katılım Belgesi" verildi.
- 20-21 Eylül 2006 tarihleri arasında; Kırklareli Sağlık Müdürlüğü ve Lüleburgaz Sağlık Grup Başkanlığının Pratisyen Hekimlik Derneği Tekirdağ Şubesi ile

ortak çalışması sonucu Lüleburgaz Sağlık Grup Başkanlığı Eğitim Salonlarında "CPR Kursu" yapıldı. Bu kurs 4 eğitimci ile yapıldı (Dr. Hayati ÇAKIR, Dr. Deniz NALBANTOĞLU, Dr. İbrahim OKTAY, Dr. Hamit İŞIKALP). 14'ü sağlık ocaklarında, 3'ü acil serviste, 2'si 112'de çalışan toplam; 17 kursiyer bu kursa katıldı. Kursun ikinci günü dernek başkanımız Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU, Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Rıdvan YILMAZ ve Tekirdağ Şube Başkanı Dr. Nihat ŞAHBAZ' da aramızda bulunarak kursun değerlendirmesine ve sertifika törenine katıldılar. Ayrıca bu kursun sonunda 13 yeni üye kaydı yapıldı.

- "Yeni TCK Çerçevesinde Adli Raporlar İçin Kılavuz Notlarının" kitapçık halinde Dernek Merkezimizce bastırılarak tüm şubelere dağıtılması için merkeze öneri götürüldü.
- "Diyabet Modülünün" Aralık ayında Çorlu'da, Tekirdağ'da devamında da diğer illerde yapılması kararlaştırıldı.
- "Aile Hekimliği Uygulamaları" konusunda 2007 Tıp Haftası etkinlikleri çerçevesinde; Edirne, Tekirdağ Tabip Odaları ile Merkez Konseyden katılım ile Tekirdağ'da bilgilendirme toplantısı düzenlendi.
- Yeni üye kayıt Formları tüm üyelere dağıtıldı, bilgiler güncellendi.

PHD Tekirdağ Şubesinin bugün toplam 158 (Kırklareli:36, Edirne:14, Çanakkale:27, Tekirdağ:81) üyesi bulunmaktadır.





## PHD Samsun Şubesi Genel Kurulu

Pratisyen Hekimlik Derneği Samsun Şubesinin 13/02/2007 gün ve 23 sıra nolu yönetim kurulu kararı gereğince 2.olağan genel kurulu 31/04/2007 tarihinde saat 13,00 da yapılmıştır.

Yapılan divan başkanlığı seçiminde divan başkanlığına Dr.Remzi Karşı, divan başkan yardımcılığına Dr.Tuğrul Gökçe, divan sekreterliğine Dr.Özlem Demir Çakır seçilmiştir.

Yönetim kurulu faaliyet raporu Dr.Murat Erkan tarafından, Şube mali raporu Dr. Gürol Özoral tarafından okundu. Yönetim kurulu faaliyet raporu ve mali rapor oy birliği ile ibra edildi. Şube denetim kurulu raporu Dr.Eray Kara tarafından genel kurul bilgilerine sunuldu.

Yapılan seçim sonrası yeni dönem için seçilen isimler ise şöyle oluştu;

**Yönetim Kurulu:** Dr.Mustafa AYVAZ, Dr.Murat ERKAN, Dr.Gürol ÖZORAL, Dr.Canan ÇAKIR, Dr.Faik Cem SÜMBÜLOĞLU

**Denetleme Kurulu:** Dr.Eray KARA, Dr.Mustafa SALTOĞLU, Dr.Ahmet Muhlis KORUR

**Merkez Delegatesi:** Dr.Gürol ÖZORAL, Dr.Süreyya AYVAZ, Dr.Faik Cem SÜMBÜLOĞLU, Dr.Alper BÜYÜKAKKUŞ, Dr.Hülya DOĞAN, Dr.Murat ERKAN, Dr.Mustafa AYVAZ, Dr.Nedim ECEVİT, Dr.Özlem DEMİR ÇAKIR, Dr.Remzi KARŞI, Dr.Canan ÇAKIR, Dr.Ahmet Muhlis KORUR, Dr.Murat ARIKAN, Dr.Meltem KOPUZ KORUR

Oylama işleminin tamamlanmasından sonra dilek ve temenniler bölümüne geçilmiştir. Dilek ve temenniler bölümünde söz



alan konuşmacılar: Önümüzdeki dönemde hekimlik ve pratisyen hekimlik alanındaki tüm gelişmelerde taraf olmak gerektiği belirtildi.

Pratisyen hekimlik alanına özgü mesleki sorunların ve özlük haklarımız için çalışma yürütülmesi, bölgesel eğitim etkinliği düzenlenmesi şeklinde dilek ve temennilerde bulunuldu. Dilek ve temennilerin ardından genel kurul kapanışı yapılmıştır.

## PHD Adana Şubesi Genel Kurulu

PHD Adana Şubesinin genel kurulu 31 Mart 2007 günü gerçekleştirildi. Divan Ö.Özkan Özdemir, Mahmut Erdoğan ve İsmail Bulca tarafından oluşturuldu.

Yönetim Kurulu faaliyet raporu Fatma Koçak tarafından okundu ve 2 yılda yapılanlar özetlendi. Söz alan Dr. Mehmet Ali Alkan'ca; hekimlerin sağlık sisteminin yerleştirilmesinde önümüzdeki dönemde önemli bir rol alacağı, bu nedenle sağlık ocağı bazından uzaklaşmakta olunmasının kapitalist sistemin bir gelişimi olduğu, kültürümüze uymayan şu anda getirilmek istenen bu maddeye getirmeye çalışanların da inandırdığı, pratisyen hekimlerin halkın sağlığı ile ilgili olduğu ve Pratisyen Hekimlik Derneğine gelecekte çok büyük görevler düşeceği ifade edildi.

Her pratisyen hekime ulaşmak ve derneğe üye olmalarının sağlanması, PHD haberi olmayan çok fazla hekimin olduğu, tanıtım faaliyetlerinin artırılması gerektiği, Genişletilmiş eğitim ve uyum toplantılarının yapılması gerektiği,

Mersin'de mutlaka aktivasyon yapılması gerektiği konuşuldu ve iletişim önemi vurgulandı.

Gelecekte Sağlık Sistemine damgasını Pratisyen Hekimler vuracaktır. Dr. Utku Ersözülü söz alarak Geçmiş dönem ve şimdiki Adana Tabip Odası Yönetim Kuruluna dernek çalışmalarına gösterdiği hassasiyetten dolayı teşekkür etti. Genel görüşler sonrası Yönetim Kurulu ibra edildi. Dr. Özden Nar tarafından okunan denetim kurulu raporu ile tahmini bütçe oybirliği ile kabul edildi.

Yapılan seçim sonunda oluşan kurullar;

**Yönetim Kurulu;** Dr. Ahmet BATU, Dr. Gülten ERBAŞ, Dr. Özden NAR, Derya KARAKAYA, Dr. Cumali F. COŞANOĞLU

**Denetleme Kurulu;** Dr. Fatma KOÇAK, Mahmut ERDOĞAN, Dr. Mustafa BULUT

**Merkez Delegatesi;** Dr.Ahmet BATU, Dr. Hisar ALTUNOL, Dr. Metin UZABACI, Dr. Özkan ÖZDEMİR, Dr. Mehmet Ali ALKAN, Dr. Hakan ŞEN, Dr. Utku B. ERSÖZLÜ, Dr.İsmail BULCA, Dr. Ömer EKŞİ, Dr.

Mithat TEPER, Dr. Kamil SEKMEN, Dr. İbrahim TARTICI, Dr. Abdullah DAĞLIOĞLU, Dr. Hamza AĞCA, Dr. İ.Murat KURU

**Dilek ve temenniler:** Mehmet Ali Alkan söz alarak Aktivasyon ve iletişimi arttıracak eylemler desteklenmeli, Her arkadaşına ulaşmalı. Aidatlar muntazam alınmalı, Abdullah Dağlıoğlu; Her ilin temsilcisi ile iki ayda bir Yönetim Kurulunun toplantı yapması. Ahmet Batu; Bunun planlandığını ve bunu başarabilecek altyapının var olduğunu ifade etti. Riyat Kırmızıoğlu; Elektronik adreslerin paylaşılması ve üye listelerinin web sitesinde yayınlanmasının doğru olacağı söylendi.

Hakan Şen'e bu konuda bir mail grubu oluşturması ifade edildi. Utku Ersözülü ;Adana PHD sitesinin bulunduğu, Dernek üyelerinin listesinin bu sitede yayınlanmasının iyi olacağını söyledi, Ahmet Batu; Sitede yayınlanabileceği ifade edildi.

## PRATİSYEN HEKİMLİK DERNEĞİ GENİŞLETİLMİŞ YÖNETİM KURULU

05.05.2007 / İstanbul

### Pratisyen Hekimlik Derneği 2005-2007 dönemi son Genişletilmiş Yönetim Kurulu Toplantısı yapıldı.

Merkez Yönetim Kurulu ve Pratisyen Hekimlik Derneği Şube Yönetim Kurulu üyelerinin katılımı ile yapılan toplantıya, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Başkanı Dr. Mustafa Sülkü de katıldı.

Genişletilmiş Yönetim Kurulu şube sunumlarının yapılmasıyla başladı, Genel Kurullarını yaparak görev devralan yeni yönetimlerin yeni döneme yönelik programları paylaşıldı.

26 Mayıs günü yapılacak PHD Merkez Genel Kurulu hazırlıkları gözden geçirilerek, genel kurul öncesi tartışma başlıkları üzerinde görüşler paylaşıldı; Şube faaliyetlerinden merkezin haberdar edilmesi, şube merkez koordinasyonu, CPR ve EKG kursları gibi kurslarda kurumsal yapılaşma, akılcı ilaç kullanımı kursu ve diğer kursların yapılmasında şube-merkez rolü, Sürekli Tıp Eğitimi etkinliklerinde kriterler, Bölgesel Eğitim Günleri, Uzmanlık Dernekleri ile ilişkilerde merkez-şube düzlemi (Yayın ve kongrelerde PHD temsil yeti), Merkez Kurullarda yer alma ve temsil yeti, İl temsilcilikleri

Aile doktoru / hekimi olan üyelerimizin durumu, Örgütlenme Sorunları, Şubelere bağlı illerle iletişim, GP Dergisi- yayınlar, GPE ve PHK ile koordinasyon, son sınıf öğrencileri ile iletişim ve Sosyal Çalışmalar

Aile hekimliği pilot uygulama başlatılan ve hazırlık yapılan illerin değerlendirilmesi yapıldı. Sürecin geldiği nokta ve bu noktada PHD'nin rolü üzerinde tartışıldı. Pilot uygulama kapsamındaki illere ilişkin bilgi paylaşımı gerçekleştirildi.

Pratisyen Hekimlik Derneği'nin halen aktif çalışan "Çalışma Grupları"nın faaliyetlerine ilişkin görüşler paylaşıldı;

STE Çalışma Grubu (STE SEMPOZYUMU, yayın danışmanlığı), Yayın Kurulu, CPR, EKG Kursları, TUEK, Uluslar Arası İlişkiler PHD Merkez Genel Kurulu'na yönelik ortak görüşler oluşturuldu. Genel Kurula yönelik önerilerin bazıları şunlar;

- Genel Pratisyenliği ve PHD'ni tanıttak bir program oluşturulmalıdır.
- Ulaşamadığımız pratisyen hekimlere ulaşabilecek yöntemler geliştirmeliyiz. (Kongreler, Bölgesel Eğitim Günleri, çalışma alanlarında alana yönelik eğitimler)
- Merkezi kurslarda merkez şube iletişimi ile kurslar planlanmalıdır. Şubelerimiz kendi inisiyatifleri ile başka kurslar düzenleyebilirler.
- Sürekli Tıp Eğitimi (STE) çalışma grubu geliştirilmeli, grup düzenli toplanmalıdır ve yayın ve kursların PHD STE kriterlerine uygunluğunu sağlamalıdır.
- STE kriterleri tüm şubelere ulaştırılmalıdır.
- PHD Bilimsel Danışma Kurulu ve Etik Kurulu olmalıdır.
- Temsilci, Kurul ve çalışma grupları merkeze düzenli raporlar sunmalıdır. Sunulacak raporlar üzerinden kitap, yayın, broşürler oluşturulmalıdır.
- Tıp Fakültesi öğrencilerini genel pratisyenlikle tanıştıracak kanallar açılmalı, Halk sağlığı kursüleri ile iletişime geçilmeli, materyaller geliştirilmelidir.



• Dernek kuruluş günü görünür kılınmalıdır. [GP 10. Yıl özel sayısı, 10 Yıl Kutlaması]

#### UEMO

2007 yılının ilk toplantısı 20-21 Nisan'da Lizbon'da yapıldı. "Birinci Basamak'ta Şiddet" konulu çalışma grubu raporunun yazımını Melek Karademir gerçekleştirdi. Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu'nun raporunda Türkiye'de pratisyen hekimlerin 5-10 günlük kurslara zorlandığı ibaresi yer aldı. Bu konu ile ilgili UEMO'nun resmi bir yazı oluşturarak Türkiye'ye yollaması konuşuldu. Gözlemci üyelik statüsünün tam üyeliğe dönüştürülmesi için UEMO tavsiye kararı alındı.

#### 12. Pratisyen Hekimlik Kongresi

Kongre hazırlıklarına ilişkin sosyal komite ve bilimsel komite hazırlıkları hakkında bilgilendirme yapıldı. Kongrenin bilimsel içeriğini geliştirmek için, şube STE çalışmalarının kongrede serbest bildiri olarak yer alabileceği tartışıldı.

#### Önümüzdeki GYK'ya Gündem Önerileri

1. Örgütlenme ve üye sayısının artırılmasına ilişkin deneyim paylaşımı ve yöntem geliştirme
2. Bilimsel danışma kurulu oluşturulması ve kongre yönergesinin gözden geçirilmesi,
3. Bilimsel programa PHD katkısı



# 12. PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ KERVANSARAY LARA-ANTALYA

17 - 21 Ekim 2007

17 - 21 Ekim tarihinde Antalya Kervansaray Lara otelde 12.'si yapılacak olan Pratisyen Hekimlik Kongresini; Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimlik Kolu, TTB Genel Pratisyen Enstitüsü ve Pratisyen Hekimlik Derneği birlikte düzenleyecekler.

17 - 21 Ekim tarihinde Antalya Kervansaray Lara otelde 12.'si yapılacak olan Pratisyen Hekimlik Kongresini; Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimlik Kolu, TTB Genel Pratisyen Enstitüsü ve Pratisyen Hekimlik Derneği birlikte düzenleyecekler.

Bu Kongremizde "Toplum Sağlığı için, İyi Hekimlik için, Sağlık hakkı için, Sağlık ocağıma dokunma" diyecek hekimlerimiz.

Her biri farklı illerden oluşmuş Kongre Düzenleme kurulumuz bu sene de hem bilimsel açıdan hem de sosyal açıdan geniş bir yelpazede sizlere doyurucu bir kongre sunmayı hedefledi.

Hekimlerimizin beklentilerini en iyi düzeyde karşılamaya çalışacak olan düzenleme kurulumuz sağlıkta dönüşüm adı altında sağlığımızı elimizden almak isteyenlere karşı "Sağlığımıza sonuna kadar sahip çıkacağız" diyorlar. Gelin sizde bu kongremiz aracılığıyla bizimle birlikte Türkiye Sağlığına ve Sağlık Ocaklarına sahip çıkın.

İlk gün kursların yer alacağı kongremizde; Birinci Basamakta Radyoloji Kullanımı; Göğüs Radyolojisi Kursu, EKG kursuleş zamanlı 2 kurs şeklinde), Görme ve Gözdibi Muayenesi kursu ve Küçük Cerrahi Girişimler Kursu düzenlenecek.

27 eş zamanlı ve 5 tek zamanlı olmak üzere 32 bilimsel oturum gerçekleştirilecektir.

#### Tek zamanlı oturumlar ;

- İyi hekimlik, sağlık hakkı ve toplum sağlığı için; sağlık ocağıma dokunma
- Aile hekimliği pilot uygulamaları ve mücadele süreci
- Dünya'da birinci basamağın dünü, bugünü ve geleceği
- Genel pratisyenlik mesleki eğitimi
- Forum

#### Eş zamanlı oturumlar ;

- Birinci basamakta performans
- Pilot iller konuşuyor; yaşananların paylaşımı

- Birinci basamak finansmanı ve ücretlendirme
- Sağlıkta dönüşümün 1. basamak sağlık hizmetlerine etkisi
- Ulusal aşı programı değişiklikleri ve bağışıklama politikaları
- Dönüşen sağlıkta tbc kontrolü
- Adelosan sağlığı
- İnfluenza ve kuş gribi
- Spor yapacak çocuğa yaklaşım
- Ateşli çocuğa yaklaşım
- Cinsel sorunlara yaklaşım
- Jinekolojik kanserler ve birincil koruma
- Yaşlılık ve hareket sorunları
- Küresel ısınma; iklim değişikliği ve insan sağlığına etkisi
- Çalışanlarda kas iskelet sistemi hastalıkları ve büro ergonomisi
- Acil sağlık hizmetleri ve Pratisyen Hekimler
- Alkol madde bağımlılığında birinci basamağın rolü
- Tırnak hastalıkları
- İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
- Şiddet ve sağlık
- Mesleki bağımsızlık
- Önlenebilir kardiyovasküler risk; hipertansiyon
- Diabetes Mellitus'a birinci basamak yaklaşımı
- Vertigo
- Troid hastalıkları
- İnhalasyon yoluyla zehirlenmelerde acil yaklaşımlar
- Birinci basamakta üst solunum yolu enfeksiyonuna yaklaşım

# UEMO 2007 YILI İLK GENEL KURULU LİZBON'DA YAPILDI

20 - 21 Nisan 2007

**Her yıl iki kez düzenlenen UEMO (Avrupa Genel Pratisyenler Birliği) Genel Kurulu 2007 yılının ilk toplantısını, 20-21 Nisan 2007 tarihlerinde Lizbon'da gerçekleştirdi.**

Derneğimiz adına , UEMO Türkiye Delegasyon Başkanı Dr. Erkan Kapaklı katıldığı toplantının açılışı, aynı tarihte Lizbon'da toplanan Avrupa Tabipler Birliği Federasyonu (EFMA) ile birlikte ortak toplantı olarak gerçekleştirildi.

Toplantının açılışını Portekiz Sağlık Bakanı J. Socrates yaptı. Konuşmasında başta Afrika ülkeleri olmak üzere, Avrupa'ya yaşanan yoğun göçten ülkesinin de etkilendiğini belirten J. Socrates, göçmenlerin sağlığı ile özel olarak ilgilenmek gerektiğini ve oluşan eşitsizliklerin sağlık sistemini olumsuz etkilediğini söyledi.

Avrupa Birliği Komisyonu Başkanı J.M. Barosso, Dünya Sağlık Örgütü Bölge Direktörü Marc Danzon, Portekiz Tabipler Birliği Başkanı Pedro Nunes ve UEMO Başkanı Isabel Caixerio'nun konuşmalarını yaptığı açılışın ardından programına devam eden UEMO çalışma grupları ile sürdü.

Sürekli Tıp Eğitimi/ Sürekli Profesyonel Gelişim, Koruyucu Sağlık Hizmetleri,

Uzmanlık Eğitimi, Gelecekte Genel Pratisyen İşgücü, Sağlıkta Eşit Fırsatlar olmak üzere beş çalışma grubunda tartışılan başlıklar, ertesi gün yapılan ortak toplantıda değerlendirildi.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu adına, TTB Pratisyen Hekimler Kolu'nu temsilen delegasyonumuzda yer alan Dr. Melek Karademir'in kaleme aldığı "Birinci Basamakta Şiddet" başlıklı rapor oybirliği ile kabul edildi. (UEMO 2006 / 069)

Benzer şekilde Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu'n da yer alan Dr. Erkan Kapaklı Türkiye'de ki pratisyen hekimlerin 5-10 günlük eğitimlere zorlandıklarını, bu eğitimlere katılmayanların çalıştıkları yerlerden alınarak, aynı il içinde ya da farklı ilçelerde çalışmaya zorlandıklarını aktardı. Grup bu zorlama ile ilgili olarak Türkiye'ye resmi bir yazı yazılması konusunda tavsiye kararı aldı.



(UEMO 2007 / 031)

Uzun bir süredir gözlemci üye statüsü ile yer aldığımız UEMO'da ülkemizin artık tam üye olması gerektiğini paylaşan UEMO Başkanı Isabel Caixerio ve değişik ülke delegasyonları, UEMO'nun ülkemizin, Türk Tabipleri Birliği ve Pratisyen Hekimlik Derneği olarak temsil edildiği tam üyelik için hazır olduğunu bildirdiler.

“ UEMO Başkanı Isabel Caixerio ve değişik ülke delegasyonları, UEMO'nun ülkemizin, Türk Tabipleri Birliği ve Pratisyen Hekimlik Derneği olarak temsil edildiği tam üyelik için hazır olduğunu bildirdiler. ”







Pratisyen Hekimlik Derneği Merkez Yönetim Kurulu Başkanı

# “ASLI GÖREVLERİMİZ ANGARYA HALİNİ ALDI”

**Eşitsizlikler ve hizmete ulaşmada zorluklar artmaya başladı. 5 sene önceye kadar sağlık ocaklarında para almak suç iken bugünlerde ücretsiz hasta bakmak suç halini aldı.**

**Genel Pratisyen:** Türkiye Sağlık ortamında son yıllarda yaşananlarla başlayalım isterseniz. Sizce neler oluyor? Ne yapılmak isteniyor?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Türkiye sağlık ortamında aslında son 25-30 yılda yapılmak istenenlerin sadece hızlı bir şekilde dönüştürülmesi yapılıyor. Açıkça söylenirse devlet sağlıktan elini çekip tamamı ile özel sektöre havale ediyor. Sağlıkta ön görülen kar özel sektörün iştahını kabartıyor. Sağlık hak olmaktan çıkarılıp kar edilen meta haline getirilmek isteniyor.

**Genel Pratisyen:** Eşitsizlikler dün de vardı bugün de devam ediyor. Önce sağlık ve eşitsizlik desek ve sonra bu eşitsizliklerden pratisyen hekimlerin nasibine ne düşüyor desek?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Eşitsizlikler eskidende vardı yani yatırımlar yetersizdi, personel eksikti, araç gereç yoktu, ancak yine de bir şekilde hizmet ücretsiz olarak özveri ile verilmeye çalışılıyordu. Aşırı yapmak, çevre sağlığı hizmetleri vermek, ana çocuk sağlığı izlemleri ve takibi angarya değil pratisyenlerin asli göreviydi. Eşitsizliklerin en az olduğu alan 1.basamak hizmetleri idi. Bu alanda verilen hizmetler henüz ticarileşmemişti. Performans ve ticarileşme, yani artık pri-

mini yatırmayana ve parası olmayana hizmet verilmemeye başlandı. Asli görevlerimiz angarya halini aldı. Eşitsizlikler ve hizmete ulaşmada zorluklar artmaya başladı. 5 sene önceye kadar sağlık ocaklarında para almak suç iken bugünlerde ücretsiz hasta bakmak suç halini aldı.

**Genel Pratisyen:** Sizde bahsettiğiniz gibi Pratisyen Hekimlerin bu günlerde en çok sordukları soru “geleceğimiz ne olacak” Sizce ne olacak? , ne olmalı? Pratisyen Hekimler neye, kime, nasıl güvenceler?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Tüm dünya genel pratisyenliği yani koruyucu hekimliği önceleyen hekimliği öne çıkarırken, yani bugünlerde biz gelecek kaygısı yaşamamız çelişkidir. Ülkemizde tedavi edici hekimliği

“ Sonuç olarak gelecek, pratisyen hekimlik kimliğini benimseyenlerindir. Yeter ki arkadaşlarımız alanlarına ve sağlık ocaklarına sahip çıkarak tüm engellemelere rağmen görevlerini aksatmasınlar...”

önceleyen modeli hayata geçirmeye çalışanlar sağlıktan para kazanmayı hedeflemiş kişilerdir. Halk sağlığını öncelemeyen sistemi savunanlar ticari düşünmektedirler. Ancak bilinmektedir ki bu sistem gelişmiş kapitalist ülkeleri bile endişeye sokacak kadar pahalıdır. Bizim gibi ülkelerde bu sistem (aile hekimliği sistemi) yaşama şansı yoktur. Zora ki olarak (dünya bankası, IMF baskısı ile) bu sistem uygulanırsa neler olacağını çevremizdeki ülkelere (Bulgaristan, SLOVENYA,VS) inceleyerek anlayabiliriz. Almanya gibi ülkeler de aile hekimliği sistemi sorgulanıp kaldırılmaya çalışırken bizim ülkemiz de bunu bize yeni bir model gibi sunulması anlamsızdır. Sonuç olarak gelecek, pratisyen hekimlik kimliğini benimseyenlerindir. Yeter ki arkadaşlarımız alanlarına ve sağlık ocaklarına sahip çıkarak tüm engellemelere rağmen görevlerini aksatmasınlar...

**Genel Pratisyen:** Geçtiğimiz yıl Sayın Füsün SAYEK’i kaybettik. Pratisyen Hekimler her zaman yanlarında olan çok sevdikleri Füsün ablaalarını kaybettiler. Duygu ve düşünceleriniz nelerdir?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Füsün abla bir uzman olmasına rağmen pratisyen hekimliğe inanmış pratisyen hekimlere güvenmiş bir kişiydi. Her ortam da ülkemiz sağlık sorunları çözümünde 1.basamağın önemini vurgulamış ve sağlık ocaklarına sahip çıkmıştı. Tüm pratisyenlerin koruyucusu ve ablasıydı.

“Sağlık hak olmaktan çıkarılıp kar edilen meta haline getirilmek isteniyor”

**Genel Pratisyen:** Füsün SAYEK Türkiye sağlık ortamının bir lidere ihtiyacı olduğunu ancak bu liderin “kişi” olmayacağı, liderin hekim meslek örgütünün kendisinin yani Türk Tabipleri Birliği’nin olduğunu söyledi. Buradan yola çıkarak PHD’nin de sizin başkanlığınızda, sağlık alanında yaşadığımız bu kritik dönemdeki rolü ne olacak? Buna yönelik PHD olarak yaptıklarınız ve yapacaklarınıza yönelik bilgi verirmisiniz?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** PHD yıllarca TTB çatısı altında çalışmalar yürüten TTB Pratisyen hekimler Kolu içinden çıkmıştır. PHD öncelikle 1. basamakta çalışan tüm pratisyenlerin mesleki gelişmelerine katkı olabilmesi amacıyla sürekli tıp eğitimini incelemiştir. Kongrelerle sempozyumlarla kurslarla araştırmalarla sürekli eğitim ihtiyacını karşılamaya çalışırken bu alanın sahibi olmuştur. Bilimsellik ölçütlerini ve kalitesini yükselterek diğer uzmanlık derneklerine de örnek olmuştur. Tüm uzmanlık dernekleri ile ve uluslararası bilimsel kuruluşlarla ilişkide olmuştur. Pratisyen arkadaşlarımızın bilimsel çalışmalarına ve araştırmalarına destek vermiştir. Ayrıca genel pratisyenliğin tüm dünyada olduğu gibi ayrı bir uzmanlık alanı olduğunu savunmuş ve ülkemizde de birinci basamağın özelleştirilmesine karşı TTB GPE Projesine de katkı sağlamıştır. Özellikle son yıllarda sağlık ocaklarının kapatılarak pratisyen hekimleri iş güvencesinden yoksun özel muayenehanelere sokan aile hekimliği sistemine de karşı mücadele etmiştir. BUT ile pratisyen hekimlerin reçetelerine müdahale edilmesine karşı da hukuk mücadelesi vermiştir. Sağlık ortamında alanımızla ilgili her türlü uygulamalara karşı görüşlerini açıklamıştır.

Gelecekte de alanımıza müdahalelerin devam edeceğini, pratisyenliğin değersizleştirilerek ucuz emek gücü haline getirmeye çalışılacağını düşünerek tüm meslektaşlarımızla birlikte sağlık ocaklarımıza mesleğimize dolayısıyla

“ PHD ülkemiz için ulaşılabilirliği yaygınlığı koruyucu hekimliği önceleyen ve hala ucuz olması nedeni ile en iyi sistemin sağlık ocağı sistemi olduğunu savunur. Sağlık ocaklarının geliştirilmesi yaygınlaştırılması ve bu alanların diğer ülkelerde olduğu gibi tercih edilmesi için günümüz koşullarına uygun hale getirilmesi için mücadele eder.”

geleceğimize sahip çıkacağız. Bilimsel çalışmalarımız, sürekli eğitim etkinliklerimizde meslektaşlarımızın daha kaliteli hizmet vermelerine katkı sağlayacağız..

**Genel Pratisyen:** 1960’lı yıllardan bugüne Sağlık Ocakları hekimiyile ve ekibiyle hizmette, 7 bin kadar Sağlık Ocağının Türkiye sağlık sistemi içindeki yeri sizce nedir? Ne olmalıdır? PHD nasıl olmalıdır? Tariflerken, kendisine nasıl bir görev tanımlayacak ve nasıl bir rol oynayacaktır?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** 40 yıllık sağlık ocakları ve ekip hizmetlerini bu ülkede kaldırabilmenin kolay olmadığını düşünüyoruz. Sistemin olumsuzluklarını öne çıkararak (ki bunların çoğu yöneticiler tarafından bilinçle yapılmıştır) verilen hizmetleri yok saymak olası değildir. Yılların deneyimi birikimleri çok önemlidir. Ekip hizmeti yıllardır kabul edilmiştir. Sağlık ocakları halkımızın en kolay ulaştıkları çoğu dertlerine çare buldukları yerlerdir.

PHD ülkemiz için ulaşılabilirliği yaygınlığı koruyucu hekimliği önceleyen ve hala ucuz olması nedeni ile en iyi sistemin sağlık ocağı sistemi olduğunu savunur. Sağlık ocaklarının geliştirilmesi yaygınlaştırılması ve bu alanların diğer ülkelerde olduğu gibi tercih edilmesi için günümüz koşullarına uygun hale getirilmesi için mücadele eder.



**Genel Pratisyen:** Pratisyen Hekimler mesleklerine ve sağlık ocaklarına sahip çıkmakta kararlılar ve bunu çok sıkta dile getiriyorlar. Ancak bu görüntünün karşısında "gelecek kaygısı" bir tehdit olarak sürekli karşılarında duruyor ve güvence istiyorlar, bu açıdan bakıldığında PHD olarak Pratisyen hekimlerin özlük haklarına nasıl bir katkıda bulunabilirsiniz?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Ülkemizde diğer sektörlerde de olduğu gibi sağlık alanı da özelleştirilmek istenmektedir. Bilindiği gibi özelleştirmeler işsizliği de beraberinde getirmektedir. Böyle büyük bir saldırı küreselleşme ile açıklanmak istenmekte sanki karşı durulamazmış gibi tanımlanmaktadır. Gelecek kaygısı insanları yeni bir pozisyonda olmaya zorlamaktadır. Bireysel ve günlük kazanımlarla bu saldırıların atlatılacağı sanılmaktadır. Sonuçta bir iki ufak kazanım yığınların toplu kaybetmelerini örtemez. Dolayısıyla tüm bu saldırılara topluca direnemezsek kaybetme kaçınılmazdır. Pratisyen hekimlerin özlük hakları toplumun diğer çalışanlarının özlük haklarından farklı değildir. PHD özlük hakları mücadelesi verir ancak yeterli olmayabilir. Özlük hakları mücadelesi veren tüm oluşumlarla ortak hareket eder...

**Genel Pratisyen:** Aile Hekimliğine geçmek isteyen Sağlık Bakanlığı Pratisyen Hekimlere "statü" kazandıracığından bahsediyor. Sizce pratisyen hekimlerin statüsü nedir? Pratisyen hekimlerin Bakanlığın vermek istediği böyle bir statüye ihtiyacı var mıdır?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Yıllardır alanlarında hizmet veren pratisyen hekimler emekleri ile bilimsel çalışmaları ile statülere sahiptirler. Statüler bilimsel kuruluşlarda bilim adamları tarafından verilir. Dünyanın hiçbir yerinde 1 haftalık eğitimle statü kazanılmaz. 2000 YTL kazanırken 3500 YTL kazanmak da statüyü arttırmaz. Ancak bilimselliğiniz ve hizmetlerinizle saygın olabilirsiniz. Siyasal bir kararla ne uzman olunur ne de statü kazanılır.

**Genel Pratisyen:** Sağlık sistemlerini düşündüğümüzde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin çağdaş uygulama modelini tariflersiniz? Bu modele uygun olan sistemi ve uygulamasını tanımlarmısınız?

Gelecek kaygısı insanları yeni bir pozisyonda olmaya zorlamaktadır. Bireysel ve günlük kazanımlarla bu saldırıların atlatılacağı sanılmaktadır. Sonuçta bir iki ufak kazanım yığınların toplu kaybetmelerini örtemez. Dolayısıyla tüm bu saldırılara topluca direnemezsek kaybetme kaçınılmazdır.

Ancak bilimselliğiniz ve hizmetlerinizle saygın olabilirsiniz. Siyasal bir kararla ne uzman olunur ne de statü kazanılır.

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** "1978 de Alma Ata da yayınlanan bildirgeye bakılırsa ülkemizin sosyalizasyon yasasında ki benzerlikleri görürüz. Çağdaş sağlık hizmetlerinde ki 1.basamak sağlık hizmeti ulaşılabilir, ücretsiz, eşit ve koruyucu hekimliği benimseyen bir hizmettir. Ayrıca ülke özelliklerini ve farklılıklarını (kentsel-kırsal) göz önüne alarak re-organize edilecek sağlık ocağı sistemi sektörler arası işbirliği ile birinci basamak geliştirilebilir.

**Genel Pratisyen:** GPE'nin Genel Pratisyenlik eğitimi ile SB'nın verdiği Aile Hekimliği eğitimini ve bunların çağdaşlığını bilimselliğini değerlendirir misiniz? Buna yönelik PHD'nin görüşlerini açıklar mısınız?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** TTB GPE Ülkemiz için çok özgün bir modeldir. Uygulanması, birikimleri ve deneyimleri yok saymaması yaygınlığı ve saha da uygulanması nedeni ile değerlidir. Gönüllülük esasına dayanır. Diğer uzmanlık alanlarında olduğu gibi mesleki eğitim ve hizmet bir aradadır ve interaktiftir.

SB hekimliği eğitimi bilimsellikten uzaktır, sistemi ve uygulamaları anlatan bir haftalık zorunlu yapılan bir eğitimdir. Türkiye ve uluslararası bilimsel çevrelerde kabul edilmemektedir. Mesleki eğitim değildir.

**Genel Pratisyen:** Tasarruf adı altında son yıllarda uygulanan ilaç sınırlamaları en çok pratisyen hekimlerin reçetelerine yansıyor. Böylece pratisyen hekimlerin hastalarını tedavi etmeleri ya da hastaların ilaca ulaşmaları engelleniyor. Bu konuya yaklaşımınız nedir?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Önce her SSK lı eczanelerden serbestçe ilaçlarını alabilecek dediler, SSK ilaç fabrikalarını kapattılar, toplu alımla ucuz ilaç alımının önünü kestiler. Sonuç tasarruf derken ilaç harcamaları 4-5 kat arttı Yeşil kartlılar ilaçlarını ücretsiz alacaklar dediler çok kısa zamanda katkı payları kondu. Katkı payları yüzünden ilaçlarını alamayan emekliler. Yeşil kartlı hastalarımız var.

Daha sonra sağlık harcamalarını azaltın diyen IMF yüzünden ilaç kısıtlamalarına gittiler, BUT ile bazı ilaçlar hiç ödenmezken bazı ilaçların da sadece uzman alanlarındaki hekimlerin reçetelenmesi ile verilmesini sağladılar. İlaçları ödenme kriteri getirirken hiçbir bilimsel uzmanlık derneklerinden görüş almadılar. Bazen

aynı gruptan pahalı ilaç ödenirken bazende ucuz ilaçlar ödenmedi. Hayati öneme sahip ilaçlar listeden çıkarıldı. Neredeyse her ay talimat çıkarıp sonra da düzeltme yoluna gittiler. Bu durumdan hastalar kadar onlarla daha fazla bir arada olan pratisyen hekimler de mağdur oldular. Yazdıkları ilaçlar ödenmedi. Haksız uygulamalara



karşı defalarca eylemler yapıp hukuk davaları açtık. Ancak mücadelemiz hala sürmektedir.

**Genel Pratisyen:** Pratisyen Hekimler bugün halkla en geniş ve en yakın temas içinde olan hekim grubu. Bu durumu, Pratisyen Hekimler gerek kendilerine ve gerekse halka yönelik sorun ve sıkıntıların çözümünde nasıl avantaja çevirebilirler?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Halkın yaşadıkları sorunlara sahip çıkarak ve çözüm önerileri sunarak hastalarımızla birlikte örgütlü mücadele ile bu sorunları aşarız. Unutulmamalıdır ki pratisyen hekimlerin alanların da liderlik görevi de vardır.

Ancak toplumsal mücadelelerde bilinir ki kazananlar daima direnenlerdir. Bir arada durmayı becerenler daima umudu tazelerler. Mücadeleniz inandığınız ölçüde var olur. Hiç bir şeyi bize rağmen yapamazlar. Mesleğimize, sağlık ocaklarımıza sahip çıkarak geleceğimize de sahip çıkarız...

**Genel Pratisyen:** Pratisyen Hekimler mesleki alanlarına yönelik bilimsel çalışmalar yapmak konusunda diğer uzmanlık alanlarına göre geri durumdadır. 1.Basamak alanına yönelik bilimsel çalışmaların artırılması için ne yapılabilir? PHD olarak bu konuda çalışmalarınız mevcut mu? Mevcutsa nelerdir?



**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Birinci basamakta sürekli eğitim ihtiyacı önemlidir. Ancak arkadaşlarımız yoğun işgücü ile karşı karşıyalar. Performans uygulamaları da sürekli eğitim etkinliklerine katılımı olumsuz etkilemektedir. Eğitim lüks haline getirilmiş, neredeyse katılmak isteyenler cezalandırılmıştır.

PHD olarak yıllardır olumsuz koşullara rağmen 2000-3000 leri bulan katılımlarla kongreler yapılmaktadır. Bölgesel eğitim günleri kurslar ve günlük eğitimler de şubelerimiz tarafından yaygın olarak yapılmaktadır. Pratisyen hekimlerin yaptıkları araştırmalara hem bilimsel danışmanlık hem de maddi destek vermekteyiz.

İletişimimizi arttırmak arkadaşlarımızla daha fazla bir araya gelebilmek amacıyla tüm şubelerimizle etkinlikler düzenlemekteyiz. Çeşitli kitaplar yayımlar çıkartıp sahadaki arkadaşlarımıza ulaştırmaktayız.

Her 3 ayda çıkardığımız dergimizi tüm sağlık ocaklarına ve diğer birinci

basamak hizmet yerlerine göndermekteyiz.

**Genel Pratisyen:** Pratisyen hekimlere söyleşimizi bitirmeden önce neler iletmek istersiniz?

**Dr. Erdoğan MAZMANOĞLU;** Sağlıkta özellikle birinci basamakta son 3 -4 yılda çok



büyük yıkım yapılmaktadır. Yıllardır hizmet verdiğimiz sağlık ocakları kapatılmakta, çalışanlar iş güvencesinden yoksun hale getirilmektedir. Hakkımız olan ücretimiz performans ile çok yoğun iş yükü ile verilmektedir. Verilen bu paraların her an kesilmesi söz konusudur ve emekliliğimize yansımamaktadır. Zorla aile hekimi olan arkadaşlarımız kaygı içinde çalışmakta ve gelecekte umutsuzlardır. Aile hekimi olmayı reddeden arkadaşlarımız da sürgüne gönderilmektedir. Hukuk kurallarına uyulmamakta liyakat kıdem ve etik değerlere dikkat edilmemektedir.

Böyle olumsuz koşullarda sağlıklı hizmet vermek de hizmet almak da çok zordur. Özellikle yaratılan bu kaotik ortam bir arada durmayı zorlaştırmakta mücadeleyi zayıflatmaktadır. Umutsuzluk ve yılgınlık çoğu arkadaşımızda mevcuttur.

Ancak toplumsal mücadelelerde bilinir ki kazananlar daima direnenlerdir. Bir arada durmayı becerenler daima umudu tazelerler. Mücadeleniz inandığınız ölçüde var olur. Hiç bir şeyi bize rağmen yapamazlar. Mesleğimize, sağlık ocaklarımıza sahip çıkarak geleceğimize de sahip çıkarız...

Teşekkür ederim...



# GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ GEÇİŞ DÖNEMİ ALAN EĞİTİMİ

## Silivri Sahası 'Temel Modül Eğitim Süreci'

**B**u yazı, saha deneyimlerimizi paylaşmak, edinilen deneyimlerimizden sonuçlar çıkarmak böylece eğitim sürecinin dinamik yapısına katkı sunmak, yeni saha deneyimlerin gelişmesine yardımcı olmak için kaleme (klavyeye) alınmıştır.

Süreç nasıl başlamıştır?

Zorlukları, avantajları?

Sonuçta ne olmuştur?

Tüm bunları birlikte tartışmak, bazı önemli ayrıntıları aktarmak her ne kadar her

Şimdi Silivri sahasında yapılan eğitimlerde yaşananları sürecin önemli özelliklerini tartışacağız:

İstanbul-Silivri (110 bin nüfus / 70 km İstanbul / Sahil kasabası / 13 Sağlık Ocağı), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültelerinin Halk Sağlığı Stajlarının yapıldığı, İlçe Sağlık Yönetiminin Halk Sağlığı Kursülerinin etkinliğinde yürütülmüş, bir çok Toplum Sağlığı araştırmaların yapılmış olduğu ancak son yıllarda bu uygulamalardan pek eser kalmadığı bir süreci yaşamaktadır. Anlaşılan önceki yaşanan süreç yıllarca bu bölgede çalışan sağlık emekçilerini olumlu etkilemiş, koruyucu sağlık hizmet-

Tabip Odası Silivri Temsilcilik (İTOST) bürosu bulunmakta olup hatırı sayılı derecede etkinliğini sürdürmektedir. İlçede Grup Başkanlığında çalışıyor olmam hasebiyle tüm sağlık ocaklarında çalışan arkadaşları yakından tanımam iyi ilişkilerin gelişmesi bu bölge eğitimlerinin yapılabilmesinde olumlu katkı sağlamıştır. Silivri bölgesi birinci basamak hekimlerine yönelik İstanbul Silivri bölgesinde gönüllü pratisyen hekimlerden bir eğitim grubu oluşturularak TTB/GPE Genel Pratisyenlik geçiş dönemi mesleki eğitimi başlatılmıştır.

İlk başta tüm Sağlık Ocağı Hekimlerine TTB/GPE eğitimleri anlatılmış, ilgili olan-

Müdürlüğü) engellemelerine; sonuçta oluşabilecek moral bozukluğuna karşın eğitimlerimizi mesai dışında İTOST bürosunda yapılması uygun olacağı düşünülmüş; yine mesai dışında ve ayrı bir eğitim alanında yapılması Enstitünün amaçladığı kurs düzeneği içinde tam katılımlı, ciddi, engelsiz; kısaca belirlenen eğitim kriterlerine büyük ölçüde uyulmasında eğitim kalitesinin artırımında büyük fayda sağlamıştır.

### Tanım:

İstanbul ili Silivri Bölgesi saha eğitimlerinin birincisini 2005 yılı sonunda başlatmıştır. İstanbul Bölge Eğitim Koordinatörleri toplantısında, Temel Modüllerden, Bilgisayar Kursunun Sağlık Müdürlüğü tarafından birinci basamak hekimlerine 2005 yılında verilmesi nedeniyle Bilgisayar Kursunu sadece bir günlük tam gün beceri değerlendirme kursu ile birlikte yapılması, böylece önceden yapılandırılmış toplam 6 kurs programının uygulanması kararlaştırılmıştır. Felsefe, Eğitim Becerileri, İletişim Becerileri, Sağlık Yönetimi, Epidemiyoloji ve en son olarak Bilgisayar Değerlendirme kurslarıyla birlikte birinci grubun 'Temel Modüller Eğitim Programı' 2005 Kasım/2007 Ocak arasında tamamlanmıştır.

### Amaç:

Bu eğitim programıyla Silivri bölgesinde Genel Pratisyen Hekim (GPH) olarak çalışan ve çalışmak isteyen hekimlere; GP olarak yetkinleşmesine katkı sağlayacak birinci basamak sağlık hizmet ve eğitim etkinliklerinde kullanabileceği 'Geçiş Dönemi Mesleki Eğitim Programlarından', Temel Eğitim Modüllerinin (Genel Pratisyen Hekimliğinin Felsefesi, Eğitim Becerileri, İletişim Becerileri, Sağlık Yönetimi ve Epidemiyoloji, Bilgisayar), bir yıl içerisinde sunularak gerekli bilgi, beceri ve davranış değişikliği kazandırmak, böylece 6 'Temel Modül Eğitim Programı'nı tamamlamak amaçlanmıştır.

### Öğrenim Hedefleri:

Bu eğitim programlarıyla, Silivri Bölgesinde çalışan GPH'ler, 'Genel

Pratisyenliğin' tanımını, tarihsel gelişimini, ülkemizdeki sürecini daha yakın öğrenecek, GP'lerde olması gereken davranış değişikliğini yaratmak, Mesleki etkinliklerinde kullanacakları iletişim yöntemlerini, eğitim süreçlerine katkı oluşturacak eğitim teknik (interaktif eğitim teknikleri gibi) yöntemleri öğrenecek, Sahada yapacakları Araştırma ve Toplum Sağlığı çalışmalarında kullanabilecekleri Epidemiyolojik bilgi ve teknik yöntemlerini öğrenecek, uygulayabilecek; Ayrıca birinci basamakta Sağlık Yönetiminde başlıca önemli öğelerini Ülkemizdeki ve Dünyadaki sağlık yönetimlerinin özelliklerini tartışacak bilgi, deneyim ve becerilerini geliştireceklerdir.

### Kurs Başlangıcı:

GPE, İstanbul Bölge Eğitim Koordinatörleri tarafından bir toplantı gerçekleştirilmiş, Silivri bölgesinde saha eğitimlerinin başlatılması kararlaştırılmış, Silivri Bölgesi Eğitim Koordinatörü bölgedeki hekimlere sözlü çağrıda bulunarak bu eğitime katılmaları önerilmiş,

Bölgede önceden GPE ile ilgili seminer düzenlendiği için Enstitünün tanıtımı kolay olmuştur. Bölgede bulunan tüm pratisyen hekimlerden (Yaklaşık 40 kişi) 12 kişi hazırlık toplantısına katılmış, 9 hekimle Felsefe (Şubat 2006) kursuna başlanılmış, Eğitim Becerileri (Nisan 2006) kursuna bir kursiyer eksilerek 8 hekimle devam edilmiş; İletişim Becerileri (Ekim 2006) 7 kişiyle; Sağlık Yönetimi (Kasım 2006) 9 kişiyle; Epidemiyoloji (Aralık 2006) 7 kişiyle, Bilgisayar (Ocak 2007) 7 katılımcıyla İTO da yapılarak tamamlanmıştır. Kurslar Sağlık Müdürlüğünün herhangi olası engellemelerine karşı eğitim sürecini sekteye uğratmamak için mesai saatleri dışında akşam saatlerinde saat: 19.00 ile 22.00 saatleri arasında bazen tam gün ve hafta sonları İstanbul Tabip Odası (İTO) Silivri Temsilciliği Salonunda yapılmıştır.

### Eğitim Yöntemleri:

GİA destekli sınıf dersi, Olgu çalışması, deneyim paylaşımı, oyun (Rol play / simülasyon), grup çalışması, tartışma

### Eğitim Gereçleri:

Tepegöz ve saydamlar, Powerpoint sunum projeksiyon, Kağıt tahtası / büyük boy yazı kağıtları, Yazı tahtası / kalemler

### Değerlendirme Yöntemleri:

Kurs öncesi soru formu, Kurs ortası soru formu, Değerlendirme rehberi, Oturum değerlendirme formu, Günün değerlendirilmesi, Kursun değerlendirilmesi

### Katılımcı Seçim Kriterleri:

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü katılımcı kriterlerine uyan; Özellikle başta farklı sağlık ocaklarında uzun süredir çalışan (en az 5 yıl) ve farklı uzmanlık eğitimi düşünmeyen, pratisyen hekimlik bilgi beceri ve deneyimlerine sıcak bakan ve pratisyen hekimlik değerlerini savunan tüm bölgede çalışan pratisyen hekimlere çağrıda bulunulmuştur.

### Katılımcı Sayısı ve Niteliği:

Felsefe 9, Eğitim Becerileri 8 kişi, İletişim Becerilerine 7 kişi, Sağlık Yönetimine 9 kişi, Epidemiyolojiye 7 kişi, Bilgisayar eğitimine 7 kişi katılmış olup, Bölgede bulunan 13 sağlık ocağından 9 sağlık ocağı, 1 AÇSAP ve 1 kurum hekimi toplam 11 hekim katılmıştır. Katılımcıların, 3'ü bayan 8'i erkek hekimdir. Bir kişi ortalama 5 yıl; diğer katılımcılar yaklaşık 10-20 yıllık hekimlik deneyimlerine sahip bir çok yönetsel görevlerde bulunmuş, toplum hekimliği alanlarında sorumluluk almış ve halen aktif olarak çalışmaktadırlar.

### Eğitici Sayısı:

Eğitimlerde, hepsinde bölge eğitim koordinatörü, Felsefe kursunda 2 eğitici, yine Eğitim Becerilerinde 1 eğitici, İletişim Becerilerinde 2, Epidemiyolojide 2, Bilgisayarda 1 eğitici olmak üzere toplam 9 eğitici görev almış, Bu arada ikinci kursta bir oturumu, katılımcılardan biri hazırlayıp sunmuştur. Eğitici, kurs öncesi bütün kurs içeriğini ve okuma materyallerini tekrar gözden geçirmiş, kurs materyalini ayrıntılı olarak incelemiş ve programı sahada uygulamaya olanaklı kılacak toplantılar düzenlemiştir.



yerin özgün farklılıkları olsa da temel konularda bir fikir edinmede yardımcı olabilir diye düşünüyorum.

Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü (TTB-GPE) eğitici eğitimlerinin tamamlanmasının ardından, sahada Temel Modül Eğitimlerine (TME) başlanması kararı alınmıştı. Böylece İstanbul'da saha eğitim için uygun koşula sahip Maltepe ve Silivri de bu eğitimleri başlatmış oldu. Her iki bölgede de TME başarıyla tamamlanmıştır.

leri konusunda duyarlı, toplumcu düşünen bir sağlıkçı kitlesi oluşturmuştur. Sistemin sistematik olarak oluşturmaya çalıştığı, yeni gelişen ve sürece denk düşen bireyci sağlıkçı tipleri ile mücadele etmeye çalışan eski tüfekler, maalesef bu savaşın baskın olanı, sistemin bireysel kapitalist politika savunucularıdır. Ancak yinede TTBGPE'nin yapmış olduğu eğitimler eskileri umutlandırmış, yeni nesil katılımcıları oldukça şaşırtarak olumlu etkilemiştir.

Bir de Silivri de yaklaşık 2 yıldır İstanbul

lar toplantıya çağırılmıştır. Toplantıya katılanlarla amaç ve hedefler anlatılmış birlikte bir program çıkarılmış, Felsefe Modül Eğitimi için zamanlama programı yapılmış, önceden sahaya uygun hale getirilen eğitim materyal ve sunumları ışığında ilk modül eğitimi başlatılmıştır. Eğitici kimler olacağı ve aynı zamana uydurmak için görüşmeler yapılmış, sürecin oluşturulmasında en çok katılımcıların inisiyatif almasını, yine eğitimin zamanı ve yapılacak yeri belirlerken olası yönetimin (İl Sağlık



**Eğiticiler:**

Dr.Fethi Bozçalı: Bölge Eğitim Koordinatörü, Dr.Mustafa Sülkü: Felsefe Modülü, Dr. Hüseyin Demirdizen: Felsefe ve İletişim Becerileri Modülü, Dr.Nihat Şahbaz: Eğitim Becerileri Modülü, Dr. Erkan Kapaklı: İletişim Becerileri Modülü, DR. Sevinç ÖZGEN: EPİDEMİYOLOJİ modülü, Dr. Naciye DEMİREL: SAĞLIK YÖNETİMİ modülü, DR.Turabi YERLİ: EPİDEMİYOLOJİ modülü

**Kurs Süresi ve Takvimi:**

Kurslar tam katılımlı, belirlenen süre ve tarihlere tam uyularak gerçekleştirilmiştir.

Her yeni kurs öncesi katılımcılarla ön toplantılar yapılarak kurs günleri ve saatleri birlikte oluşturulmuş bu yöntem katılımı oldukça olumlu etkilemiştir.

Felsefe kursu birbiri ardında olmayacak şekilde hafta içi 3 günle bir hafta sonu tam gün toplam: 6+3x3 saat olarak yapılmıştır.

**Eğitim Becerileri Kursu:** Hafta içi 5 gün 3x5:15 saatte tamamlanmıştır.

**İletişim Becerileri kursu:** Hafta içi 5 gün akşam saatlerinde bir ay içinde 3x5:15 saatte yapılmıştır.

**Sağlık Yönetimi Kursu:**Hafta içi 5 gün akşam saatlerinde bir ay içinde 3x5:15 saatte yapılmıştır.

**Epidemiyoloji Kursu:** Hafta içi 5 gün akşam saatlerinde bir ay içinde 3x5:15 saatte yapılmıştır.

**Bilgisayar Kursu:**1 tam gün tamamlama kursu şekline düzenlenmiştir.

Kurs araları 10 dk şeklinde düzenlenmiş, program sunumları, oturumu değerlendirme, günün değerlendirilmesi ve ısınmalara yeterli zaman ayrılmıştır.

**Program:**

Her altı modül için uygulanan program GPE hazırlamış olduğu genel program çerçevesinde ve ödünsüz bir şekilde Sahaya uygun hale getirilerek gerçekleştirildi. Programda küçük grup dinamiği, karşılıklı iletişim temelinde

GPE'nin benimsediği ve kullandığı eğitim araç-gereçleri, eğitim teknikleri kullanıldı.

**Tartışma:**

Yapılan eğitimler, başlangıçta çeşitli kaygılarla başlamış ancak yerini hoş ve eğlenceli bir eğitime; çoğunlukla beklentilerle örtüşen bir eğitim ortamına dönüşmüştür. Katılımcıların çoğu GP'nin tarihsel sürecini dikkatle izlemiş, aslında genel pratisyenliğin geliştiği ülke örneklerine benzer hekimlik etkinliklerini zaten yaptıklarını; ancak mesleki ve sürekli eğitim süreci için gerekli düzenlemelerin yapılmasını zorlamak gerektiğini dile getirmişlerdir katılımcılar, Felsefe ve Eğitim Becerileri Kurslarının kendilerine sunduğu katkıyı oldukça özgün sözlerle: 'Keşke biz bunları okulda veya mesleğe başlamadan alabilseydik' sözleriyle ifade etmişlerdir. GPH'in, insanın, bedensel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçları için kişinin bütünsel varlığını toplumsal doku içerisinde sırtladığını, bu sürecin daha iyi sürdürülmesi için, mesleki ve sürekli eğitime ihtiyaç olduğunu; bu eğitim sürecinde sorumluluk üstlenen GPE'nin bunu layığı ile yerine getirdiğini belirtmişlerdir.

Bu eğitimlerin vakit geçirmeden her yerde başlatıp devam ettirmek ve bunu her platformda savunmak yürekten bir istenc olmuştur. Katılımcıların bilgi ve deneyim olarak oldukça iyi düzeyde olması her şeyden önce kurslarda tam katılımlı ve istekli davranmaları nihayetinde eğitimcilerin ilk günkü heyecanları ve fedakarlığı eğitim sürecini kolaylaştırmış, kalitesini artırmıştır. 2007 yılı başında başarıyla tamamlanması, olanak varsa klinik eğitimlerinin başlatılması; bence en önemlisi artık kurs katılımcılarının arasında eğitimcilerin oluştuğunu görmek oldukça sevindiricidir.

Temel Modülünün geçiş dönemi eğitim programını hazırlayan TTB/GPE modül eğitimcilerine, eğitim CD'nin hazırlanmasında emeği geçen herkese, İstanbul Tabip Odası'na, temel modüllerin uygulanması tartışmalarını birlikte yürüt-

tüğümüz İstanbul Eğitim koordinatörlerine, kursa her türlü özveriyle katılan meslektaşlarıma, İstanbul Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu'na, TTB/GPE yaratıcıları tüm dostlara teşekkürler.

**Son Sözler:**

"Katılımcıların Değerlendirmeleri" Değerlendirmeler çoğunlukla olumlu geliştirici ve yapıcı tarzdaydı, kısaca demek istediklerini oturum sonları ve kurs sonrası değerlendirme bölümünde söylenen cümlecikler:

- Örnekler Avrupa ağırlıklı...
- Politikacıların kabul etmesi zor bu sistemi...
- Arzu edilen yerin çok uzağındayız....
- Azınlıktayız...
- Daha uzun olmalıydı...
- Kavramları anlamamı sağladı...
- Farklı eğitim tekniklerini gördük.
- GPE kısa zamanda iyi bir noktaya geldi.
- UMUTLANDIM...
- Burada kendimi iyi hissediyorum.
- GP uygulanması ideal bir sistem.
- Geleceğe güvenim arttı.
- Yalnız değiliz...
- Katılım tatmin ediciydi.
- Eğitimciler özveriliydi.
- Birbirimizden öğrendik.
- Sonraki modüllerde verim artacak
- Bu eğitimi almak daha iyi...
- Zevkli ve doyurucu olacağını beklemiyordum
- Çok şey öğrendim...
- Her şey güzeldi...
- DEĞDİ...
- UFUK AÇILDI...
- Bir arada olduk / izole olmadım
- Eğitim yöntemi farklı ve öğretici
- Girişte sorularımız daha azdı...
- Keyifliyiz.
- Asla vazgeçme!
- Başaracaksınız...

Sağlıcakla.

**Dr.Fethi Bozçalı**

TTB/GPE Silivri Bölgesi Eğitim Koordinatörü

# Geriatri ve Birinci Basamak

Dr. Ridvan YILMAZ

**Doğumla ölüm arasında geçen süredir "yaşam" ve sadece bu yaşamın bir bölümüdür "yaşlılık". Sağlık ise her yaşta korunması ve geliştirilmesi gereken bir kavramdır.**

**Y**aşamın temel sonucu olan yaşlılığa da yaşamın diğer tüm evreleri gibi bu gözle bakmak gerekir. Pratisyen Hekim ve birinci basamak gözüyle "geriatri"ye yaklaşım da bu temel üzerine kuruludur.

Çağdaş hizmet anlayışı içinde Pratisyen Hekimlik, tüm iç dinamiğiyle, kendi özgün mesleki eğitimi olan ayrı bir tıp disiplini ve ayrı bir uzmanlık alanıdır.

Pratisyen hekim, insan yaşamının bütünlüğü içinde, bireyleri ve toplumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri ile bir bütün olarak değerlendirerek, sağlık hizmetlerinin hastaların yanı sıra sağlıklı bireylere de gerektiğini bilen hekimdir. Yine pratisyen hekim; koruyucu, geliştirici, tedavi edici sağlık hizmetlerini bütünlük içinde sunabilen, hizmet sunduğu toplumun sağlık sorunlarının saptanması, çözüm üretilmesi ve elde edilen sonuçların yaşama geçirilmesi için ekibiyle birlikte çalışan hekimdir. Çağdaş sağlık örgütlenmesi içinde sektörler arası işbirliğinin ve ekip çalışmasının gerekliliğini bilen, bireye ve topluma yaşadıkları çevreden ve kültürden soyutlamadan doğal ortamları içinde hizmet sunabilen, sürekli bakımını üstlendiği bireyler ve topluma sevk zinciri içinde yaş, cinsiyet, organ, sistem ve hastalık ayrımı yapmadan bir-

inci basamak sağlık hizmeti verebilen ve diğer basamaklardaki hizmetleri de yönlendirip izleyebilen pratisyen hekim, geriatri konusuna da bu temel prensiplerle yaklaşır.

Hızla gelişen tıp bilimi bugün onlarca uzmanlık dallarını ve alt dalları ortaya çıkarmıştır. Bu kaçınılmaz durumda sağlık hizmetini alan insanların, ortaya çıkan sağlık sorunları karşısında hangi uzmanlık alanından yararlanması gerektiğini belirlemesi bile olanaksız duruma gelmiştir. Parçalara ayrılmış bir işin parçaları arasında eşgüdümü sağlamak bütünleştirme faaliyetini oluşturur ve bu bir zorunluluktur. Uzmanlık alanlarına ayrılan tıp biliminde insanların sağlık bakımını "bütünleştirici" işleviyle ayrı ve temel bir uygulama ve uzmanlık alanı olan pratisyen hekimlikte, toplumun risk gruplarına yaklaşım konusu da pratisyen hekimin bütüncül yaklaşımı ve sağlığı bütünleştirici işlevine uygun olacaktır.

Yaşlı hasta birçok karmaşık ve pek çok uzmanlık alanını aynı anda ilgilendiren bir patoloji ile kliniklere başvurabilir. Bu nedenle yaşlı bireyin değerlendirilmesi yapılırken hastalık,

organ ya da sistem bazında yaklaşmak yerine fiziksel, psikososyal, fizyolojik ve fonksiyonellik açısından tam bir bütünlük içinde yaklaşmak gerekir. Asıl olan ise bireyin sağlıklı yaşlanması ve topluma yük olan değil fayda sağlayan aktif bir birey olarak kalabilmesi gerekliliğidir. Geriatri biliminin asıl amacı ve gerekliliği de bu olmalıdır.

Bu yüzden yaşlı sağlığının korunması ve sağlıklı yaşlanma; bilinçli birinci basamak yaklaşımı olmadan tek başına ikinci basamağın üstesinden gelebileceği konular değildir. Bu pek çok diğer yönleriyle multidisipliner bir konudur ve mutlaka bir ekibin işidir.

Sonuç olarak, insan yaşamı her döneminde değerlidir. Yaşlanmanın doğum öncesinden başlayan bir süreç olduğu bilinciyle yaşamın her döneminde sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlıklı yaşlanma için en temel gereksinimdir. Topluma bu gözle bakmak, insanı çevresiyle bir bütün olarak değerlendirmek ve sağlık hizmetini sağlıklılığı geliştirmek hedefiyle sunmak pratisyen hekimin ve birinci basamak sağlık ekibinin en temel işi ve görevidir.





# PRATİSYEN HEKİM EĞİTİCİLERİN EĞİTİMİ PROGRAMLARI

Bu yazı TTB GPE Eğitici Eğitimi Modülü eğiticilerinden Dr. Hüseyin Darıcı'nın anısına atfedilmiştir. **Dr. Sema İlhan**

Ülkemizde pratisyen hekimliğin ayrı bir tıp disiplini olduğu tezinden hareket eden ve bu alanı çalışma alanı olarak benimseyen pratisyen hekimler, Türk Tabipleri Birliği örgütlülüğü içinde Pratisyen Hekimler Kolu olarak başlayan çalışmaları sürecinde bir mesleki eğitimi örgütlemiş ve Genel Pratisyenlik Enstitüsünü kurmuşlardır. Bu süreçte önce kendilerinin eğitimini ardından ülkemizin her bir bölgesindeki hekimlerin eğitimini tamamen dinamik ve bilimsel bir şekilde organize etmişlerdir. Bu süreç oldukça özgün, heyecanlı ve geliştirici olmuştur. Bu yönüyle dergide oluşturduğumuz bu köşeye başlarken bu süreci hatırlamanın, tanık olmayanlara anlatmanın ve şu anda geldiğimiz noktanın ne tür çabalarla oluştuğuna dair yazılı iz bırakmanın önemli olduğunu düşündüm.

Başlangıçta sürekli eğitim sempozyumları ile bu deneyimlerimizi paylaştıktan sonra bilimsel olarak eğitim yapabilmek amacı ile eğitici eğitimi programlarına gereksinim duyulmuştu. O yıllarda henüz ülkemizde Tıp Eğitimi ana bilim dalları kurulmamıştı. Bu nedenle Eğitim Fakülteleri ile görüşülerek kendi amaçlarımızı anlatmış bu amaçlara uyan eğitim programları oluşturulma sürecine katılmış ve mesleki anlamda eğitici olabilmek için eğitimler organize etmiştik. Bu eğitimler aşağıdaki tabloda özet olarak görülebilmektedir. İlk iki eğitimin ardından Tıp fakültelerindeki

eğiticilerin katkılarıyla yürütülen eğitimlere başlanmıştır.

Bu yıllarda ülkemizde JHPIEGO eğiticileri olan hekim meslektaşlarımız klinik becerilerin eğitilmesi amacıyla da kapsayan eğitimler yürütmekte idi. Onlarla birlikte yapılan 1997 İstanbul, 1998 Bursa, 1998 İzmir Eğitimleri hekim eğiticilerle yapılan ilk eğitimler olarak Genel Pratisyen adaylarına yönelik ilk eğitimlerdir. Eğitim programlarının Eğitim Fakülteleri ile ve hekim eğiticileri ile yürütülen iki farklı yöntem ve içerikte yapıldığı, eğitim fakültelerinin programlarının daha uzun süreli olduğu, hekim eğiticilerin programlarının eğitim becerilerine ek olarak klinik beceri eğitimlerini de kazandırmak amaçlı olduğu görülmektedir.

Eğitim fakülteleri tarafından yürütülen eğitimlerde; Eğitimde temel kavramlar, hizmet içi eğitim yönetimi ve düzeni, yetişkinlerin psikolojisi, öğrenme ve öğretme ilkeleri, eğitim programı hazırlama, öğretim yöntemleri ve teknikleri, mikro öğretim, ölçme teknikleri, değerlendirme teknikleri, konularında bilgi ve beceri kazandırılmıştır. Eğitim becerileri programları klinik eğitime yaklaşım, gösterim ve yetiştiricilik ilkeleri, olumlu eğitim ortamı yaratma, görsel işitsel araçlar, interaktif eğitim yöntemleri, demonstrasyon ilkeleri, sunum planı ve eğitici notlarının hazırlanması konularını içermektedir.

1998 yılı Kasımında Türk Tabipleri Birliği içinde Genel Pratisyenlik Enstitüsü kurulduktan sonra ilk kez eğitim becerileri

çalışma grubu kurulmuş ve eğitim almış pratisyen hekimler ve Tıp Fakültelerinden eğitici meslektaşlarımızın da katılımı ile eğitici GP'den beklenenler, eğitimin içeriği nasıl olmalı?, kimler olabilir, eğitim nasıl bir yerde yapılmalı? eğitim sağlık ocağı kriterleri nelerdir?, eğiticiler için eşdeğerlik kriterleri neler olmalı? sorularına yanıt aranmıştır. Diğer ülke deneyimleri ve ülkemiz gerçekleri göz önünde bulundurularak hazırlanan bu programlarda eğitilen hekimlerin mesleki ve sürekli eğitim çalışmalarında görev almaları hedeflenmiştir. Daha sonra grup önerilerini oluşturup tüm diğer katılımcıların görüşüne sunmuş ve oradan da katkı ve sorularla tartışarak kararlara varılmıştır. Henüz o zamanlarda tüm ülkede yapılacak eğitimler için söz konusu edilenler hala büyük bir hayal düzeyinde idi ve hepimiz ne denli güç bir işe kalkıştığımızın bilincindeydik. Ancak işin güçlüğü asla kriter ve beklentilerimizden ödün vermemize yol açmıyordu.

Enstitü kurulduktan sonra her biri bir yerde olan hekimler bölgelerine dağıldılar ve bölgelerde güçlü bir eğitici kadrosu oluşturmak için çalışmalara devam ettiler. Artık söz konusu eğitici sadece sürekli eğitim ya da halkın sağlık eğitiminde görev almayacak; mesleki anlamda pratisyen hekimlerin eğitimlerini üstlenecek, bir bölgede eğitim koordinatörü olacak ve diğer konularda da eğitim verecekti. Bu ilk dönemde JHPIEGO\* eğiticileri ile 1999 İstanbul, 2000 Ankara, ve Tekirdağ, 2001 Adana kursları gerçekleştirildi.

Enstitü kurulduktan sonra Eğitim

Tarih ve yer	Sayı (gün)	Sayı (katılımcı)	Eğitici sayısı	Veren Kurum	Destekleyenler	Eğiticiler	Eğitim Yöntemleri	Değerlendirme	Eğitim sonrası işbirliği
03-14 Ocak 1995 Ankara	10	35	7	H.Ü Eğitim Fakültesi	Sağlık Bakanlığı ve TTB	Eğitim Fakültesi Öğretim Üyeleri	Küçük grup eğitimi, seminer	Eğiticilerle tartışma ve TTB-PHK olarak	Yapılmadı
19-30 Eylül 1995 İstanbul	10	30	6	M.Ü. Eğitim Fakültesi	Sağlık Bakanlığı ve TTB	Eğitim Fakültesi Öğretim Üyeleri	Seminer, mikröğretim, küçük grup eğitimi	Eğiticilerle tartışma ve TTB-PHK olarak	Kısa bir süre yapıldı
09-20 Haziran 1997 İstanbul	10	13	8	İ.Ü Tıp Fakültesi	İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Avrupa	Eğitici eğitimi almış hekim ve yetişkin eğiticileri	Yetişkin eğitimi ilkeleri ile katılımcı eğitim	Eğiticilerin kendi aralarındaki ve katılımcılarla olan değerlendirmesi	Bazı katılımcı ve eğiticiler ortak eğitim
23-27 Şubat 1998 Bursa	5	12	3	U. Ü. Tıp Fakültesi	U. Ü. Tıp Fakültesi ve TTB	Eğitici eğitimi almış hekimler	Yetişkin eğitimi ilkeleri ile katılımcı eğitim	Eğiticilerin kendi aralarındaki ve katılımcılarla olan değerlendirmesi	Danışmanlık
14-16 Temmuz 1998 İzmir	3	18	3	DEÜ. Tıp Fakültesi	U. Ü. Tıp Fakültesi ve TTB	Eğitici eğitimi almış hekimler	Yetişkin eğitimi ilkeleri ile katılımcı eğitim	Eğiticilerin kendi aralarındaki ve katılımcılarla olan değerlendirmesi	Danışmanlık

Becerileri modülü pratisyen hekim eğiticilerinin yardımcı eğitici olarak katıldığı eğitimlerine ilk kez Diyarbakır'da başladı. Bu kursta Marmara, Diyarbakır ve İstanbul Üniversitesi eğiticilerinin yanında 2 pratisyen hekim de eğitici olarak görev almıştı. Daha sonra yardımcı eğitici olarak katılanların sayısı giderek arttı ve ilk altı kurstan sonra tamamen pratisyen hekimlerin eğitici olduğu kurslar düzenlenmeye başlandı.

Başlangıçta eğiticiler eğitim becerileri eğitimi verme yanında Enstitünün diğer temel modül eğitimlerinde de görev alıyor ve bir yandan da klinik modüllerin hazırlanması çalışmalarına katılıyordu. Bu süreçte bir eğitim Programının Geliştirilmesi sürecinin de öğrenilmesi gerekmekte idi. 6-9 Kasım 2002 tarihlerinde İstanbul'da Program geliştirme ve Grup Dinamikleri kursu yapıldı. Daha sonra Mayıs 2003'te uzman eğiticiler tarafından Temel ve Klinik modüllerinden 27 kişiye Program Geliştirme eğitimi verilmiştir. Bu süreçte klinik modülleri eğitim programları kursun ana eğitim olgusu olarak sürekli irdelenmiş ve geliştirilmiştir.

Enstitü tarafından düzenlenen eğitim becerileri eğitimleri gerçek anlamda süreç içerisinde tıp fakültelerinden eğiticiler ve pratisyen hekimlerin alandaki pratisyen

hekimlerin de katkıları ile giderek gelişen bir modül haline almıştır. Tüm değerlendirmeler dikkate alınmakta, her bir oturum, eğitici, eğitim günü ve kurs bir çok yönden tartışılmaktadır. Bunun için yapılandırılmış ve nesnel eğitim değerlendirmeleri de vardır. Her eğiticinin kendi sunumlarını kendinin hazırlaması gerekmekte, sunum planlarında özgür olan eğiticinin programın amaç ve öğrenim hedeflerine dikkatle uyması beklenmektedir.

Bu eğitimlerde katılımcıların bir grup çalışması ile eğitim yaparak son gün tüm öğrendiklerini uygulamaları beklenmekte, sunum becerileri ile değerlendirilmekte katılımcılar ve eğiticilerden geri bildirim alabilmektedir. Bu süreçte son derece yaratıcı, etkin ve bilimsel sunumlar oluşmuştur. Enstitü eğitici olan arkadaşlarımız onlarca yılın deneyimi, bilimsel birikimi ve Genel Pratisyenlik ruhunu tüm grupla paylaşırken eğiticiler de aynı heyecanı paylaşmakta, tabii programa dair, kendi eğiticilik rollerine dair pek çok şey öğrenmektedirler.

**Genel Pratisyenlik Enstitüsü Eğitim Becerileri Eğitimleri Kursları**  
22-26 Kasım 1999/ İstanbul  
26 Şubat – 1 Mart 2000/ Ankara  
24-27 Temmuz 2000/ Tekirdağ

1-4 Şubat 2001 / Adana  
20-24 Mayıs 2001 / Diyarbakır  
28 Kasım – 2 Aralık 2001/ Samsun  
23-27 Ocak 2002/ Ankara  
6-10 Şubat 2002 / İstanbul  
20-24 Mart 2002 / İzmir  
22-26 Mayıs 2002 / Diyarbakır  
23-27 Ekim 2002 / Çorlu  
26-30 Mart 2003 / Muğla  
23-27 Nisan 2003 / Adana  
14-18 Ocak 2004/ İstanbul  
13-17 Nisan 2005 / İstanbul (Tamamlama Kursu)

Bu süreçte yapılan kurslara 194 kişi katılmıştır. Enstitünün eğitimlerinde diğer modülleri de alan 319 kişi eğitim koordinatörü olarak eğitilmiştir. Bu eğiticiler bölgelerinde Geçiş Dönemi alan eğitimlerine başlamışlardır.

Bu güne dek yapılan Eğitim Becerileri Modülünde görev alan eğiticilerimiz; Prof. Dr. Şanda Çalı, Doç. Dr. Dilşad Cebeci, Doç. Dr. Nadi Bakırcı, Doç. Dr. Nuray Yolsal, Yard. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya, Dr. Nihat Şahbaz, Dr. Alper Büyükakkuş, Dr. Sema İlhan, Dr. Gülden Aykanat, Dr. Hayati Çakır, Dr. A. Sena Beliner, Dr. Havva Özden, Dr. Ercan Tanrıku, Dr. İsfendiyar Eyyüboğlu, Dr. Ahmet Batu, Dr. Hüseyin Darıcı, Dr. Erkan Kapaklı'yı sevgi ve saygıyla selamlıyorum. Enstitü kurulmadan önce ve sonra bizleri



destekleyen Eğitim Fakültesi Eğiticileri ve diğer Üniversite Tıp Fakültesi öğretim üyelerimizin katkıları unutulmazdır, onlara da teşekkür ediyorum.

Bir pratisyen hekim olarak eğitici olmanın sürekli mesleki gelişim için ciddi bir olanak

ve birinci basamakta nitelikli hizmet sunumuna katkı fırsatı olarak değerlendiriyorum. Böyle bir süreci yaşamış olmak mutluluk verici bir deneyim ve kabul edersiniz ki her bir bileşeni ayrı bir yazı konusu. Dolayısı ile 12 yıllık bu sürece dair veya bölgelerde sürmekte olan

eğitilmeye dair her tür yazı ve olguyu bu köşemize göndermenizi bekliyoruz.

JHPJEGO projesi : T.C. Sağlık Bakanlığı, Johns Hopkins Üniversitesi ve Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın işbirliği ile 1992'den bu yana sürdürülmektedir.

## ENSTİTÜ EĞİTİCİLERİ DUYGULARINI PAYLAŞIYOR

### Dr. Sevinç Özgen

İstanbul

15 yıllık sağlık ocağı hekimi iken 2000 yılında TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü ile tanıştım. Genel Pratisyenlik eğitici eğitimlerinde, deneyimli 1.basamak hekimleriyle çok güzel bir eğitim ortamını paylaşmanın mutluluğunu yaşadım. Birlikte öğrenmek, mesleki deneyimlerimizi paylaşmak, kendimizi geliştirmek ve sağlık ortamının kirletildiği bu zamanda hala özverili, mesleğini seven meslektaşlarımla bir arada olmak bana kendimi iyi hissettirdi. 6 temel modülü tamamlayıp eğitim koordinatörü olduktan sonra sıra kendi bölgemde gönüllü bir eğitim grubu oluşturmaya gelmişti. Küçük de olsa (4 katılımcı pratisyen) grubumu oluşturduktan sonra TTB GPE Genel Pratisyenlik mesleki eğitimine alanda başlamanın heyecanıyla doluydum. Önceleri eğitici olarak yetersiz kalabilme kaygısı taşıyordum. Fakat eğitim koordinatörünün gruptaki katılımcıların da katkılarıyla, birlikte öğrenme ve kendini geliştirme işlevi olduğunu yaşayarak gördüm, gördükçe de kaygılarım azaldı. Her haftanın bir yarım gününü eğitimlerimize ayırmak, oldukça yoğun geçen 4 günün ardından birlikte olmak, sorunlarımızı paylaşmak hepimize çok iyi geliyordu. Her modülde oldukça katılımlı, aynı zamanda eğlenceli eğitim saatleri paylaştık. Arkadaşlar öyle istekle çalışıyorlardı ki bazen grup çalışmalarında sunum hazırlıkları için zaman yetmiyordu, daha güzel sunumlar yapabilmek için. Yaklaşık 1,5 yılda 6 temel modülü tamamladık. Klinik modüllere başlama aşamasına geldik. Katılımcı arkadaşlarımla birlikte bilimsel bir araştırma planladık ve yürütmeye

başladık. Eğitimlerin etkilerinin gündelik mesleki yaşantımıza yansımaları da görmek hepimizin motivasyonunu arttırdı. Örneğe, hasta-hekim iletişimindeki olumlu değişiklikler, sağlık ocağı ekibiyle işlerin planlanması, etkili liderlik, okul ve halk eğitimlerinde kullanılan eğitim teknikleri ilk aklıma gelen yansımalar. Katılımcı arkadaşlarımdan eğitimlerimizle ilgili olumlu geri bildirimler almak, öğrenilen bilgilerin çalışma ortamlarında kullanıldığını duymak eğitici olarak beni çok mutlu etti. TTB GPE eğiticiliği ve eğitim koordinatörlüğü, birinci basamak hekimliğine gönül vermiş hekimlerin yaşamasını dilediğim geliştirici ve güzel bir deneyim. Dilerim Genel Pratisyenlik halkası ülkemizde giderek yaygınlaşsın ve sağlık ocağı hekimliğini daha da donanımlı olarak ekibimizle birlikte sürdürebiliriz ve "Sağlıkta dönüşüm ve Aile hekimliği" uygulamalarını da hep birlikte örgütlü mücadelelerimizle durdurabiliriz.

### Dr. A. Nur Canoğlu

Ankara

Genel pratisyenlik enstitüsü eğitimlerine çağırıldığım zaman, ne olduğunu anlamasam da, eğitim eğitimidir diyerek gitmiştim. Ama bunun herhangi bir eğitimden daha anlamlı olduğunu kısa sürede anladım. Ülkemiz için çok gerekli olan, bence üniversitelerin görevi olan ama yapmadıkları sürekli eğitim işine bir ucundan el atmamız çok doğru ve güzeldi. Üstelik bu son derece sistemli, bilinçli bir şekilde başlamıştı. Sahanın sorunlarını iyi bilen insanların birbirini eğitecek olması da ayrıca anlamlıydı. Zorunlu hizmetteyken, ülkemiz koşullarında ihtisas yapmayıp

pratisyen kalarak insanlara daha çok faydalı olabileceğime karar vermiş, sınavlarla ilişkimi kesmişim ama yıllar sonra, yaşadığımız koşullar, pratisyenlerin ilaç yazamaz hale getirilmesi pişman olmama sebep olmaya başlamıştı. Gerek bu eğitimler, gerekse pratisyen hekim kongreleri sayesinde yaptığımız işin ne kadar anlamlı olduğunu, Nusret Fişek dönemi ruhunu tekrar hatırladım ve uzaklaştığım mesleğime tekrar bağlandım. Sürekli değişen ve kötüleşen koşullar yüzünden henüz uygulamada çok yol almamış olsak ta bu eğitimleri düşünen ve emek sarf eden herkese teşekkür ederim. Sağlıklı bir Türkiye dileğiyle...

### Dr. Riyat Kırmızıoğlu

Hatay

GPE Temel modül eğitimlerini özellikle eğitim becerileri modülünü aldıktan sonra sağlık ocağımızda hizmet içi eğitimlere ve halkın sağlık eğitimine bakımın değişti. Eğitici eğitimimden öncelerine göre daha verimli ve etkili eğitim programları uygulayabilmek yanı sıra özel yaşantımda diğer insanlara daha hoşgörülü davranabilmek beni geliştirdi. Temel modül eğitimlerini tamamladıktan sonra, geçiş dönemi alan eğitimlerini verirken aldığım tepkilerden de, insanların daha önce bu tip eğitim ortamları ile karşılaşmamış olduklarını ve mutlu olduklarını, yeni eğitim programını heyecanla beklediklerini gözlemledim. Eğitim sırasında bile davranış değişiklikleriyle karşılaşmak ne kadar doğru bir iş yaptığımızı ispatlamaktadır.

# DEĞİŞEN HEMŞİRELİK KANUNU VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Prof. Dr. Saadet Ülker Türk Hemşireler Derneği Genel Başkanı (14 Mayıs 2007)

12 Mayıs 2007 Dünya Hemşireler Günü'ne bu yıl büyük bir sevinçle giriyoruz. Çünkü, değişmesi için 15 yıldan bu yana kesintisiz mücadele verdiğimiz 53 yıllık Hemşirelik Kanunu'nda istediğimiz yönde değişiklikler oldu. Hemşire unvanı artık yalnızca lisans eğitimi sonrası alınacak. Erkekler de hemşire olabilecek. Meslekleriyle ilgili alanlarda yüksek lisans ve doktora çalışmasını tamamlayarak uzmanlaşanların, çalışma alanlarında uzmanlıkları tanınacak ve görevlendirilmeleri ona göre yapılacak Hemşireler için bir çok özel alanda sertifika programı hazırlanması, kredilendirilmesi, iptali gibi hususlar denetim altına alınacak...

Kanunun ana hükümleri genel olarak böyle. Ancak, ana hükümler bölümüne "hemşireler aile hekimliğinde çalışsın" hükmü sonradan ilave oldu. Bu hükmün ilave edildiğini 09 Ocak 2007 günü, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda tasarı tartışılırken öğrendik. O sırada tasarıda Türk Vatandaşı olma şartının kaldırılmaması için uğraşıyorduk. Tam bunu başarmışken aile hekimliği geçti. Yasa, hemşire her ortamda hizmet verir, diyor. Hastane, okul, fabrika gibi açıklamalarla ayrıntıya girmiyor. Birakınız başlı başına bir tartışma konusu olan aile hekimliğini, aile hekimliği diye bir çalışma alanı belirtmek, bu bağlamda bir ayrıntıdır. Bu nedenle yasa formatına da uymamıştır. Ancak, içinde bulunduğumuz koşullarda müdahale imkanımız kalmamıştı. Tasarı Genel Kurula indiği zaman sorunu değişiklik önergesi ile çözebileceğimizi ummuştuk.

25 Nisan 2007 günü yasa tam Genel Kurul'a girecekken bu defa değişiklik tasarısını kökten yok eden bir başka tehlike ile karşı karşıya geldik. Son dakikalarda, hemşire unvanı alma ile ilgili hükme akıl almaz bir müdahale söz konusu oldu. Onunla mücadele ederken, önerenin sunulması unutuldu. Müdahale şansımız da olmadı. Kısaca değiştiğim bu süreç, müthiş bir kriz özetlemektedir. Ya tasarıdan tümünden vazgeçecek,

ki geçsek bile istedikleri biçimde yine geçecekti, ya da hiç olmazsa istemediğimiz hükümleri ileride daha baş edilebilir hale getirmen yolunu arayacaktık. Son yolu seçtik. Kısmen kırgın olmakla birlikte yeni yaşamızı bu haliyle seviyoruz. Çünkü çok önemli bir değişimdir mesleğimiz için bu yasa. Bu nedenle başta 59. Hükümet olmak üzere, değişime sahip çıkan CHP ve ANAP'a müteşekkirimiz.

Derginiz aracılığı ile çok önemli bir konuyu sizlerle ayrıca paylaşma gereği duyuyorum. Çünkü Halk Sağlığı Hekimlerinin pek azı ile yasanın değişim çalışmaları sırasında bizleri hayretler içerisinde bırakan bir tartışma oldu ve çok üzüldük. Tek tesellimiz halk sağlığı hekimlerinden önemli bir kesiminin bizi anlaması ve desteklemesi oldu. Konu şu idi: Bildiğiniz gibi, sağlık meslek liselerinin hemşirelik, ebelik programları olduğu gibi, çevre sağlığı, röntgen, laboratuvar ve sağlık memurluğu bölümleri de vardır. Hemşire ve ebeler dışında hepsi, maliyenin verdiği Sağlık Memuru kadrosuna atanır. Kadro cetvellerinde kadro unvanları sağlık memuru olarak bildirilir, ancak, parantez içerisinde mezun oldukları bölüm yazılır. Sağlık Memurluğu bölümünde okuyan erkeklerin içinden geçtiği program, hemşirelik programına eşdeğerdir, bir farkla, erkek oldukları için programlarında sünnet dersi de vardır. Bu programlar cumhuriyetimizin erken dönemlerinde hemşirelerin kadın olmaları nedeniyle kırsal alanda hizmet vermelerinin zamanın koşullarında zor olabileceği düşüncesiyle açılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın resmi raporunda da (1992) bu insan gücü erkek hemşire olarak nitelendirilmektedir. Açıkladığım nedenlerle, bu insan gücü yasa kapsamına alınmıştır. Ancak şimdiye kadar sağlık memuru unvanı almış olan erkek meslektaşlarımız ile almak üzere okullarda okuyanların unvan hakları korunmuştur. Diğer bir deyişle sağlık memuru olarak bilineceklerdir. Ancak, yasa gereği YÖK bünyesinde olan Sağlık Memurluğu

Programları ile Hemşirelik Programları birleştirilecek ve programın adı "Hemşirelik" olacaktır. Erkekler de isterlerse programa gireceklerdir. İsteklilerin çok fazla olduğunu biliyoruz. Hemşirelik mesleği böylece bir anlamda sosyalizasyonunu tamamlayarak güçlenecektir. Gelecekte Türk Hemşireler Derneğinin yönetim kurulunda erkek meslektaşlarımızı göreceğimizin sabırsızlığını şimdiden yaşıyoruz.

Bir önemli husus daha var. 1954 tarihli olup 25.05.2007 günü değişime uğramış olan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda Halk Sağlığı Hemşireliği, tüm görev, yetki ve sorumluluklarıyla açıklanmıştır. Ancak hemşireler, 224 sayılı yasanın öngördüğü sistem kurulduktan sonra bu görevlerini 1970'li yılların sonlarına doğru yasada tanımlandığı haliyle Sağlık Ocaklarında yapmışlar, bilinen nedenlerle ocakların çalışamaz duruma gelmesiyle birlikte ocak'ta bir poliklinik hemşiresi gibi çalışmaya başlamışlardır. Türkiye'de ve dünyada halkın sağlığının korunması ve yükseltilmesinde hemşirelere çok önemli görevler verildiği, dahası, hemşireliğin en etkin olacağı alanın bu alan olması gerektiği durmaksızın vurgulandığı halde, bazı halk sağlığı hekimleri ile huzursuz ettikleri bazı sağlık memurlarının "hemşireler hastanede, sağlık memurları birinci basamak hizmetlerde çalışsın ve sağlık memuru hemşire değildir" gibi bir anlayışla sağlık memurlarının bir kısmını ayaklandırmaya kalkışması bizi çok şaşırtmış ve çok üzmüştür. Hemşireyi halkın sağlığının korunması ve yükseltilmesi görevinde kabul edemeyen bir anlayış içi sindirmek mümkün değildir. Hele de bu anlayışın sahibi halk sağlığı hekimleri olursa...

Halkımızın sağlığının korunması ve yükseltilmesi yönünde tüm engellere rağmen hizmet vermeye çalışan tüm sağlık personeli ni şahsım ve yönetim kurulu adına saygıyla selamlarım.



# SERVİKS VE MEME KANSERİNE BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMI

DR. Lale Tuna (I No'lu AÇS/AP –ÜSBEM Eğitim Merkezi Konak-İZMİR)

TTB-GPE Üreme Sağlığı Modülü Bilim Kurulu Üyesi

**T**üm kadın kanserleri içinde üreme organları ve meme ile ilgili kanserler kadınlarda en çok ölüme neden olan hastalıklardır. Aynı zamanda kadınların en ürkütücü sağlık sorunlarının da başında yer almaktadır.

Dünyanın değişik bölgelerinde jinekolojik kanserlerin görülme sıklıkları farklılıklar göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda serviks kanseri meme kanserinden daha sık görülmektedir.

Bölgeler arası duruma bakıldığında meme-serviks kanserleri oranlarında en büyük farkın genellikle en yoksul bölgelerde olduğu görülür. Bölge zenginleştikçe her iki kanser arasındaki fark giderek azalır. Gelişmiş bölgelerde ise oran tersine döner. Yani meme kanseri daha sık görülür.

Kadın kanserleri ile ilgili çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar kanser ortaya çıkmadan veya erken evrede tespit edilmesinin mümkün

olduğunu vurgulamaktadır. Gerçekten de kanser ortaya çıkmadan tespit etmek hem daha insancıl hem daha ekonomiktir.

Bugün dünyada serviks ve meme ile ilgili tarama programları tartışmasız uygulanmaktadır. Ülkeler kendi programlarına göre hedefler belirlemektedirler.

Ülkemizde, üreme sağlığı programları çalışmalarımızla, kadın sağlığı programlarında üreme organları kanserleri ve meme kanseri ile ilgili projelerde açığımıza kapatmayı hedeflemekteyiz. Aile planlaması, güvenli annelik, gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili ülke programlarında eğitim-

lerle sağlık personeline, çeşitli nedenlerle başvuranlara verilen danışmanlık hizmetleri ve eğitimlerle halka birincil korunma ve kendi vücudunun sorumluluğunu alma bilincini kazandırmayı hedefliyoruz. Ayrıca aile planlaması hizmetleri, çeşitli yakınmalarla ürogenital muayeneler için başvuranlar, menopoz dönemi başvurular, gebelik izlemleri ve diğer durumları yakalanmış fırsatlar olarak görüp servikal smear alma, kendi kendine meme muayenesi öğrenme, meme muayenesi yapılması için değerlendirilmekteyiz. Belli aralıklarla yapılması gereken kanser tarama testleri üreme sağlığı hizmet birimlerinde çok fazla ek maliyet de oluşturmamaktadır.

Kanserden korunmayı amaçlayan pro-

“ İnsan vücudunda 100 den fazla kanser tipi bilinmekle birlikte sadece 5 tanesine tarama testi önerilmektedir. Bunlardan en önemlileri de meme ve serviks kanserleridir. Bu nedenle meme ve serviks kanserlerinde tarama testleri tartışmasız yerini almaktadır. ”

gramların amaçları üç basamakta ele alınmaktadır.

**Birincil Korunma:** Kansere neden olan çevresel tüm karsinojenlerin (kimyasal, fiziksel, biyolojik) etkilerinden kaçınmayı gerektirir.

**İkincil Korunma:** Erken tanı amaçlı asemptomatik hastaların ortaya

çıkartılmasını sağlar. Tarama testleri bu amaçla kullanılır.

**Üçüncül Korunma:** Kanser oluştuğundan sonra rehabilitasyon ile gelişen sakatlıkların azaltılmasıdır.

Kanser tarama programlarında amaç, kanser nedeniyle oluşan mortalite ve mor-

biditeyi azaltmaktır. İnsan vücudunda 100 den fazla kanser tipi bilinmekle birlikte sadece 5 tanesine tarama testi önerilmektedir. Bunlardan en önemlileri de meme ve serviks kanserleridir. Bu nedenle meme ve serviks kanserlerinde tarama testleri tartışmasız yerini almaktadır.

## SERVİKAL VE VAGİNAL SİTOLOJİDE RAPORLAMA ÖLÇÜTLERİ (BETHESTA SİSTEMİ)

<b>MATERYALİN YETERLİLİĞİ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Değerlendirme için yeterli</li> <li>Yeterli ancak aşağıdaki nedenlerle kısıtlı</li> <li>Aşağıdaki nedenlerle yetersiz <ul style="list-style-type: none"> <li>Yetersiz hücre sayısı</li> <li>Yetersiz fiksasyon ya da saklama</li> <li>Yabancı materyal varlığı</li> <li>Enflamasyon ya da kanın yorumu güçleştirilmesi</li> <li>Aşırı sitoliz ya da otoliz</li> <li>Endoservikal materyalin bulunmaması</li> <li>Örneğin anatomik yeri yansıtmaması</li> <li>Hasta ile ilgili klinik bilgi yokluğu</li> <li>Diğer nedenler (*)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktinomikoz, klamidy, gardenella ile uyumlu bakteriler</li> <li>Herpes simpleks, sitomegalo virus ile ilişkili hücresel değişiklikler</li> <li>Diğer nedenler (*)</li> </ul>
<b>GENEL SINIFLAMA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal sınırlar içinde</li> <li>Benign hücresel değişiklikler (Bkz.Açıklayıcı tanı)</li> <li>Epitelial hücre anormalliği (Bkz.Açıklayıcı tanı)</li> </ul>	<b>REAKTİF DEĞİŞİKLİKLER</b> <p>Enflamasyon (tipik onarım dahil) Enflamasyonla birlikte atrofi Radyasyon Rahim içi araç Diğer nedenler</p>
<b>HORMONAL DEĞERLENDİRME</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yaş ve klinik öykü ile uyumlu</li> <li>Yaş ve klinik öykü ile uyumsuz (*)</li> <li>Hormonal değerlendirme yapılamamakta. Nedenler, <ul style="list-style-type: none"> <li>Servikal materyal</li> <li>Enflamasyon</li> <li>Yetersiz klinik bilgi</li> </ul> </li> </ul>	<b>EPİTELİAL HÜCRE ANORMALLİKLERİ SKUAMÖZ HÜCRE ANORMALLİKLERİ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler (ASC US) <ul style="list-style-type: none"> <li>olası reaktif değişiklik</li> <li>olası premalign değişiklik</li> </ul> </li> <li>Skuamöz intraepitelial lezyon (SIL) <ul style="list-style-type: none"> <li>Human papilloma virusu</li> <li>Düşük evreli (hafif displazi,CIN I)</li> <li>Yüksek evreli (orta-şiddetli displazi,CIN II,CIN III, karsinoma insitu)</li> </ul> </li> <li>Skuamöz hücreli karsinom</li> </ul>
<b>AÇIKLAYICI TANI ENFEKSİYON</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trikomanas vaginalis</li> <li>Kandida ile uyumlu fungal organizmalar</li> <li>Vajinal flora değişikliği ile uyumlu kokobasiller</li> </ul>	<b>GLANDÜLER HÜCRE ANORMALLİKLERİ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Post menopozal bir kadında sitolojik olarak benign endometrial hücreler</li> <li>Önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücreler <ul style="list-style-type: none"> <li>olası reaktif değişiklik-olası premalign değişiklik</li> </ul> </li> <li>Endoservikal Endometrial</li> <li>Endoservikal adeno karsinom</li> <li>Endometrial adenokarsinom</li> <li>Ekstra uterin adenokarsinom</li> <li>Kaynağı belli olmayan adenokarsinom</li> </ul>
<b>YORUM VE ÖNERİLER (*).....</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Smearin tekrarı</li> <li>Enfeksiyon tedavisinden sonra smearin tekrarı (Hemen -1 ay sonra - 3 ay sonra - 6 ay sonra)</li> <li>Servikal biyopsi</li> <li>Endoservikal küretaj / Endometrial biyopsi</li> </ul>	



# SERVİKS KANSERİ

Serviks erişkin kadında uterus alt 1/3 kısmını oluşturan, vajinayı uterus boşluğuna bağlayan 2-4 cm lık yapıdır.

## GÖRÜLME SIKLIĞI

Serviks kanseri, kadınlarda görülen 2-3. en sık kanserdir. Ülkemiz gibi hala gelişmekte olan ülkeler de yaşayan kadınlar da en sık karşımıza çıkan durumdur. Dünyada her yıl 500 000 in üzerinde yeni serviks kanseri olgusu bildirilmektedir. Çoğu da gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Her yıl 300 000 kadın serviks kanseri nedeni ile yaşamını yitirmektedir. 1995'de ABD de 15 800 serviks kanseri olgusu, 4 800 kişi nin serviks kanseri nedeniyle öldüğü rapor edilmiştir. Ayrıca 600 000 anormal pap testi sonucu ve 50 000 kanser öncüsü hastalık tespit edilmiştir. Yine ABD de 20 yılda serviks kanserinden ölüm oranlarının % 90 azalması pap smear testi taramalarına bağlanmaktadır.

## TARİHÇE

1886'da Sir John Williams kanser öncülü lezyonların tanımlanması ile tanı yöntemi geliştirmede başlangıç noktasıdır. 1924'de Hinselman kolposkopu kullanıma sunarak bir adım daha atmıştır. 1928'de Babes ve George Papanicolaou sitolojik taramalarda ilgili önemli bir başlangıç yapmıştır. Rahim ağzı sürüntüsü ile henüz kanser gelişmeden ortalama 10-15 yıl önce kansere dönüşme olasılığı olan öncü hücreleri tanıyabileceğini (pap smear) ortaya koymuştur. 1942'de Papanicolaou ve Traut tarafından oluşturulan smear tarama sistemi serviks kanseri tanısı amacıyla tasarlanmıştır.

Papanicolaou sınıflandırması klinik ve

**Pap smear testi; ucuz, kolay uygulanabilen, hastalar tarafından kabul edilebilir, serviks kanserinden ölümleri %90 azaltabilen önemli bir tarama testidir. Uygun yapılandırma ve alınan materyallerin patolojiye gönderilebileceği kullanılabilir bir sevk sistemi ile tüm birinci basamak sağlık kurumlarında uygulanabilir.**

sitolojik tanımlamalarda yetersiz kalınca, servikal lezyonlara ilgili tüm güncel bilgileri karşılayacak uluslararası bir sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur. Bethesda sınıflama sistemi ile ilgili 1988 de servikal sitopatoloji standardı oluşturulmuştur. 1991 ve 2001 de Bethesda sistemi yeniden gözden geçirilmiştir. Bethesda sınıflama sistemi daha sık tercih edilse de günümüzde her iki sınıflama sistemi de kullanılmaktadır.

Papanicolaou ve Bethesda sistemleri arasında bazı temel farklılıklar vardır. Burada, tanı için sınıflamaya yönelik bir yaklaşım yerine betimleyici bir yaklaşıma sahip olması, HPV enfeksiyonu gibi premalign genital lezyonların tanımlamalara katılıp atipi teriminin kullanımının sınırlandırılması, servikal intra epitelial lezyon (SIL) teriminin kullanıma girmesi, servikal sitolojiyi laboratuvarın sunduğu basit bir tetkik olmaktan çıkarması, sitolog ile klinisyenin konsültasyonu ile değerlendirmenin önemini ortaya koyması sayılabilir.

Taramalarda anormal hücre tespit edilmesi kesin olarak hastalık varlığını göstermez. Kesin tanı için dokulardan biyopsi ile patolojik inceleme yapılmaktadır. En doğru yerden biyopsi almak için mikroskopla büyütürken gözle uygun yerden doku örnekleri alınması için kolposkop denen aletin kullanılması tüm dünyada kesin tanı için altın standart olarak kabul görmektedir. Kolposkopi işlemi özel eğitim gerektirmesi, alet

gerektirmesi dışında kolay, çabuk sonuç alınan güvenilir bir uygulamadır. Pap testi ve kolposkopik biyopsi ile %99.5 oranında doğru tanı koymak mümkündür.

Kanser taramasında asıl önemli olan; kanser öncesi dönemde asemptomatik bireylerine uygulanmasıdır. Erken dönemde yakalanıp gerekli tanı ve tedavinin planının yapılması için bu uygulamalar önemlidir. Aslında erken tanı tanımı serviks kanseri için pek uygun olmasa da kanseri değil kanser öncüllerini tespit ettiği düşünüldürse erken evrelerde yakalanan olgular için ikincil bir kazanç olarak görülmektedir.

Serviks kanserine neden olan hücresel değişiklikleri ve süreci anlamak için önce serviks yapısı ve fizyolojik değişiklikleri gözden geçirmek gerekir. Serviks iki tip epitel yapıdan oluşmaktadır. Bunlar skuamöz ve glandüler epitel yapılarıdır. Ektoserviks ve vageni kaplayan skuamöz epitel, endoservikal kanalı kaplayan kolumnar epitel yapılar ve bunların arasındaki sınır skuamokolumnar birleşim yeri bireysel farklılıklar ve dönemsel değişiklikler göstermektedir.

Menarş ile artan östrojen düzeyleri vagende laktobasillerin varlığı ile vagen pH sı asitleşir. Bu olay servikal os etrafındaki kolay zedelenen kolumnar epitelin skuamöz epitele dönüşmesini sağlar. Bu duruma skuamöz metaplazi denir. Skuamöz epitelin sınırı endoservikal kanala doğru ilerler.

Ergenlik ve gebelik dönemlerinde skuamöz metaplazi ile ilgili süreç en hızlı ilerler. Skuamöz metaplazi alanına geçiş kuşağı ( transformasyon zonu), iç sınırına aktif skuamö-kolumnar birleşim denir.

Bethesda sistemi ne göre; serviksin prekanseröz lezyonları bu bölgeden geliştiği için sitolojik değerlendirmeler bu alana yoğunlaşmaktadır. Skuamöz lezyonlar atipik skuamöz hücreler (ASC), düşük dereceli intra epitelial lezyon (LSIL), yüksek dereceli intra epitelial lezyon (HSIL) olmak üzere başlıca üç bölüme ayrılmaktadır. Sitolojik sonuçlar lezyon terimi ile tanımlanırken, biyopsi ile kesin tanı konan olgular için servikal intra epitelial neoplazi (CIN) terimi kullanılmaktadır.

Olgunlaşmamış metaplazik hücreler, nükleustaki DNA değişmesi ile premalign lezyonların oluşması söz konusudur. Servikal displazi nedeni insan papilloma virusu enfeksiyonu sonucu oluşan metaplazik hücre mutasyonu ve diğer karsinogenik faktörler günümüzde en sık neden olarak görülmektedir.

## SERVİKS KANSERİ

### RİSK FAKTÖRLERİ:

Seksüel yaşamı olmayan kadınlarda hemen hemen serviks kanserinin hiç görülmemesi, serviks kanserinin seksüel geçişli bir hastalık olduğunu göstermesi ve araştırma sonuçlarıyla bağlantılı seksüel geçişli bir hastalık gibi davrandığını düşündürmektedir. Çok eşli, erken yaşta ilişkiye başlamış kadınlar, hayat kadınları ve bazı gruplardaki kadınlar da serviks kanserinin sık görülmesi bu sonuçları desteklemektedir.

Servikal kanser olgularının büyük kısmında nedenin HPV virusu (%90) olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir araştırmada invaziv kanserli kadınların %93'ünde HPV varlığı pozitif bulunmuştur.

HPV tip 16-18-45-56 ve yardımcı faktörlerle birlikte servikste oluşan normal metaplazi olayını anormal mitotik gelişmelere

neden olarak bozmakta ve skuamöz intraepitelial lezyonların (SIL) oluşmasına neden olmaktadır. Mevcut verilerin tümü invaziv serviks kanserlerinin tamamının skuamöz intra epitelial lezyon (SIL) den geliştiğini göstermektedir. HPV; skuamöz intra epitelial lezyon (SIL) ve skuamöz hücreli kanserle ilişkili tipleri yüksek riskli (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 ve 82), yüksek risk olasılığı olan (26,53,66), düşük riskli tipler (6,11,40,42,43,44,54,61,70,72,81, CP 6108) olarak üç tipte sınıflanmıştır.

Araştırmalar düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ve siyah ırktaki kadınlarda servikal kansere sık rastlandığını gösteriyorsa da bunun servikal smear yaptırma olanakları ile ilişkili olup olmadığı kesin bilinmemektedir.

- Viral enfeksiyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar

- Genital Human Papilloma Virus virus enfeksiyonu (HPV)
- Genital herpes enfeksiyonu (HSV Tip II)
- Kondiloma akümülatö öyküsü
- Diğer seksüel geçişli hastalıklar HIV / AIDS

- Sigara aktif/pasif içicilik

- Seksüel reproduktif öykü

- Erken yaşta koitus başlangıcı
- Kadınlar(menarştan sonraki 1 yıl içinde cinsel ilişkiye başlama)
- Küçük yaşta evlilik ve gebelik
- Çok eş değiştiren kadınlar (yaşam boyu 3 ve üzerinde eş değişikliği)
- Eşleri çok eşli kadınlar
- Kötü hijyen koşulları
- Hayat kadınları
- Kadının partnerinin alışkanlıkları
- Evlilik dışı ilişki
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü
- Erken seksüel deneyim

- Irk; Zenciler ve İspanyol kökenli Amerikalılar için risk Amerikalı beyazların iki katıdır. Asyalı gruplar için bu oran eşit veya Asyalılarda daha düşüktür.

- Vitamin C, beta karoten, folat eksikliği

- A vitamini ve diyet

- Kontraseptif kullanımı (oral kontraseptifler)

- İmmüsupresyon

- Düzenli kontrol alışkanlığı

- Son 5 yıl içinde servikal smear taramasında orta derece displazi
- Daha önce hiç servikal smear taraması yapılmamış kadınlar
- Düşük sosyo ekonomik düzey
- Sünnet

## KORURUCU FAKTÖRLER

Bekaret, geç yaşta evlenme, yaşam boyu tek eşlilik, uzun süreli kondom kullanımı (bariyer yöntem), sigaranın bırakılması, HPV için aşı Aşı çalışmaları sonuçlanmıştır. 2006 yılı ekim ayı itibarı ile aşı piyasaya vermiştir. Aşı çalışmaları, ömür boyu serviks kanseri vakalarının %61.8 azalacağını göstermektedir.

Aşı virüsü önlemede %91.6, persistan enfeksiyonu önlemede %100 etkili bulunmuştur. Tedavi analizinde ise aşı persistan servikal enfeksiyona karşı %95.1, HPV ile ilgili servikal sitolojik değişikliklere karşı %92.9 etkili bulunmuştur. Aşı yan etkisi olarak yorgunluk, baş ağrısı dışında bir etki gözlenmemiştir. Aşı etkinliği için daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç olduğu da ifade edilmektedir

## SERVİKS KANSERİNDE

### ERKEN TANI

Serviks kanserinin erken tanısı amacı ile yapılan sitolojik inceleme, üreme sağlığı hizmetleri içinde çok önemli bir sağlık hizmetidir. Üreme sağlığı hizmet sunumunda yöntem kullanımı başvurusu sırasında yapılan pelvik muayeneler kanser taraması için ideal bir fırsattır. Uygun aralıklarla yapılan sitolojik inceleminin yaygınlaştırılması ile servikal kanser erken ve tedavi edilebilir evrede yakalanabilmektedir.

Pap smear testi; ucuz, kolay uygulanabilen, hastalar tarafından kabul edilebilir, serviks kanserinden ölümleri %90 azaltabilen önemli bir tarama testidir. Uygun yapılandırma ve alınan materyallerin





patolojiye gönderilebileceği kullanılabilir bir sevk sistemi ile tüm birinci basamak sağlık kurumlarında uygulanabilir.

Araştırmalar servikal kanserlerin %50 den fazlasının daha önce hiç tarama yaptırmamış ve %60 dan fazlasının son 5 yıl içinde tarama yapılmamış kadınlarda saptandığını göstermektedir. Bu bize kadın üreme sağlığı açısından çok önemli bir hizmet yapan birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama hizmetinin rutin uygulamalar içinde olması ve serviks kanserine bağlı ölümleri önlenabilir kılmak için önemli bir fırsat vermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde danışmanlık hizmetleri sırasında kadınların %96'sının test yaptırmayı kabul ettiği görülmüştür.

Ülkemiz için sorun olan kısım teknik olanakların yetersizliği gibi görünse de uygun ve basit düzenlemelerle bu aşılabılır. Kanser öncesi hastalık dönemi 25-35 yaş arasında olması sebebiyle kadınların bu testten haberdar edilmesi, uygun koşulların oluşturulup test yapılması sağlık hizmeti sunan bizlerin önemli görevlerinden biri olmalıdır.

### KESİN TANI

Serviks kanseri kesin tanısı servikal biyopsi ile konur. Vajinal sitoloji ve kolposkopi servikal patolojileri değerlendirme de tarama yöntemi olarak kullanılır. Asemptomatik olgularda biyopsi yapılacak olguları belirler. Erken evrede lezyonlar genelde semptomsuzdur. Bu lezyonlarda tanı taramalar sırasında tesadüfen konur. Semptomatik lezyonlarda ise doku örnekleri incelenir.

Servikal Biyopsi Yöntemleri: Punch Biyopsi (Ektoservikal lezyondan 2-3 mm örnek alınır) loop eksizyon (LEEP,LETZ yöntemi-elektrokoter sistemi ile ekto ve endo servikal kanaldan dokuyu bütün olarak

alma işlemidir.Günümüzde en sık tercih edilen yöntemdir) ve servikal konizasyon dur.

### SİTOLOJİK İNCELEME ARALIKLARI

18 yaşından önce aktif cinsel etkinliği olan olan, 18 yaşını aşmış aktif cinsel yaşamı olan tüm kadınlara her yıl servikal smear testi ve pelvik muayene yapılması gereklidir. Kadının üç ya da daha fazla muayenesinde normal sonuçlar alınırsa tarama aralıkları açılabilir.

Muayene aralıkları saptanırken yalnızca negatif sonuç riski göz önünde bulundurulmalıdır. Bir araştırmada yalnızca negatif sonuç oranı ortalama %20 bildirilmektedir. Ayrıca epidemiyolojik risk faktörleri de inceleme aralıkları saptanırken göz önüne alınmalıdır. Institute Clinical Systems Improvement (ICSI) önleyici hizmetler kolu kılavuzunda tüm hastalara en az üç yılda bir Pap smear testi yapılmasını önermektedir.

Taramaların sonlandırılması için değişik görüşler mevcuttur. Amerikan Kanser Derneği (2002) 70 yaş ya da üzeri kadınlarda üç ya da daha fazla normal pap smear sonucu varsa, 10 yıl içinde anormal test sonucu yoksa servikal incelemelere son verilebileceğini bildirmiştir. ABD Önleyici hizmetler kolu daha önceki smear testleri normal bulgu veren 65 yaşın üzerindeki kadınlarda taramaya devam edilmemesini önermektedir.

Kanada Servikal Kanser Tarama Programları Çalışma Kolu da en az iki yeterli Pap smear sonucu normal olan ve son dokuz yılda anlamlı hiç biyopsi ile doğrulanmış displazi ya da insitu karsinom olmayan 69 yaş üzerindeki kadınların sitolojik tarama programlarından çıkarılabileceğini belirtmektedir.

Total histerektomi sonrası taramaya gerek görülmemektedir. Serviks olmaksızın histerektomi yapılan kadınlarda en az 70 yaşına kadar servikal kanser görülmesine devam edilmesi gerekliliği bildirilmektedir. İn situ ya da invaziv

kanser nedeniyle histerektomi olan kadınların yılda en az bir defa olmak kaydıyla pelvik muayene ve vaginal apeksden pap smear ile izlenmesinin şart olduğu belirtilmektedir.

Displazinin düşük dereceden yüksek dereceye ilerlemesi ortalama 9 yıl iken, yüksek dereceli displazinin invaziv kansere dönüşümü 3 ay-2 yıl almaktadır.

### MATERYAL ALMA

**Sitolojik Materyal Alma:** Vagen ön -arkayan fornikle, ekto serviks, squamo kolumnar bileşke yeri, endoservikal kanal, endoservikal kavite (Vagen1/3 üst lateral bölgesi) dir. Servikal lezyonlar için en sık kullanılan; ekto serviks ve squamo-kolumnar bileşkedan alınan sürüntünün patolojik incelenmesi ile tarama testi için kolaylıkla örnek alınır.

### Materyal almadan önce son 24 saat ;

Vajinal tuşe vs... girişim, ovul kullanımı, cinsel temas, hazneyi yıkama veya menstrüasyon kanaması olmamalıdır.

**Örneğin Hazırlaması:** Örnek lam üzerine fırça çevrilerek yayılır. Lam üzerinde kabarık alan kalmamasına dikkat edilmelidir. Havada kurumaya bırakılmadan hemen fixe edilmelidir. Saç spreyi veya %95 etil alkol kullanılabilir. Fixe edici sıvıda 5-10 dk. tutulan lam üzerine hasta ismi yazılır.

**Alınan materyali gönderme:** Adı soyadı, yaşı, yaymanın alındığı tarih, toplam gebelik sayısı, son adet tarihi, adet düzeni, gebelik olup olmadığı, jinekolojik operasyon geçirip geçirmediği, antibiyotik, hormon kullanımı öyküsü (kullandığı AP yöntemi), yaymanın alındığı bölge, jinekolojik ve klinik bulgular, radyoterapi-HRT, koterizasyon öyküsü, ön tanı mutlaka belirtilmelidir.

**İzlem:** Hasta ile ilgili bilgilerin yazıldığı bilgilendirme formu ile lam patoloji-sitoloji laboratuvarına gönderilir. Sonucu gönderen klinik tarafından değerlendirilip, başvuran bilgilendirilmelidir.

### KLİNİK BULGULAR

Serviks kanseri sıklıkla 45-55 yaş arasında görülmektedir. Görülme yaşı ortalama 52 olmakla beraber yapılan araştırmalar son yıllarda daha ileri yaşlara kaydığına dikkati çekmektedir. Olguların %20'si asemptomatiktir.

Serviks kanserine bağlı bulgu ve semptomlar iki grupta incelenir:

**Erken dönem de ortaya çıkan bulgular;** postkoital travmatik kanama, asiklik kanama, kanlı akıntı, kötü kokulu sarı akıntıdır.

**Geç dönemde ortaya çıkan bulgular ;** bacak ve kasık ağrısı, alt karın ağrısı, fistüller (serviko-vesikal, vesiko-vajinal, serviko-rektal, rekto-vajinal), ureter obstrüksiyonu sonucu hidronefroz, böbrek fonksiyon bozukluğu, alt ekstremitte ödemi, anemi, hematüri, rektal kanamadır.

### HASTALARIN YÖNLENDİRİLMESİ

### SİTOLOJİK İNCELEME ARALIKLARI

(Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Temel Bilgiler Kitabı1997 den alınmıştır)

Risk düzeyi	Özellikler	Smear Aralığı
Çok düşük risk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bakire</li> <li>Hiç anormal smear sonucu olmaması</li> </ul> <p>Selim bir hastalık sonucu histerektomi geçirme ve en az 5 normal smear sonucu bulunması 65 yaş üzerinde olma ve biri 60 yaşından sonra olan en az on normal smear bulunması</p>	Smear alınması gerekli değil
Düşük risk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cinsel ilişkiye 20 yaşından sonra başlama</li> <li>Herhangi bir dönemde en fazla iki cinsel eş olması</li> <li>Bariyer yöntem kullanımı</li> <li>HPV ve Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulunmaması</li> <li>Siğara kullanmama</li> <li>Önceki smear sonuçlarının normal olması</li> </ul>	3 yıl süre ile her yıl, sonra her 2-3 yılda bir
Yüksek risk	<p>Cinsel ilişkiye 20 yaşından önce başlama 3 den fazla cinsel eş HPV ve Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü Önceden anormal smear sonucu Siğara kullanma</p>	Her yıl
Histerektomi sonrası	<p>Ameliyat materyalinde; Malign servikal ve uterin lezyon Premalign servikal lezyon Benign servikal yada uterin lezyon</p>	Vajinal kubbeden smear ilk yıl üç ayda bir,sonraki 3 yıl 6 ay da bir, sonra yılda bir İlk 2-3 yıl 6 ay da bir, sonra yılda bir 3-5 yılda bir

**ASC:** ASC US (önemi belli olmayan atipik skuamöz hücreler) ve ASC-H (atipik skuamöz hücreler-yüksek dereceli SIL) olmak üzere iki alt tipe ayrılır.

ASC US de CIN II ve CIN III olma olasılığı %5-17 arasındadır. İnvazyon %0.1-0.2'dir. Tedavi de üç seçenek vardır. Pap testinin 4-6 ay ara ile yinelenmesi, kolposkopi, yüksek HPV riski olanları test etmek.

ASC-H de HPV taraması yapmadan kolposkopiye gönderilir. %24-94'de CIN II ve CIN III tanımlanmaktadır.

**LSIL:** (düşük derecede servikal intraepitelial lezyon) Kolposkopi ve biyopsiye gönderilmelidir. Smear testi ile LSIL tanısı alan hastalara kolposkopik biyopsi uygulandığında %9-16 sının HISL olduğu görülmektedir. Yapılan biyopside CIN I saptanırsa sadece izlem yeterlidir. CIN I olan hastaların % 47- 57 sinde gerileme,

% 11-21 CIN II-III, % 0.15 -0.3'ünde kanser geliştiği görülmüştür. CIN I saptanan hastalarda 6 ayda bir smear testi veya 1 yıl sonra HPV virus tiplemesi yapılması yeterlidir. Üst üste iki smear testi normal olan veya 1 yıl sonra HPV testinde virus görülmeyen kadınlarda yıllık rutin izlemelere geçilebilir. İzlemlerde bozukluk görülürse kolposkopik muayene tekrarlanmalıdır. İki yıldan sonra smear anomalisi devam ediyorsa gerileme şansı düşük olduğu için tedaviye geçilmesi planlanmalıdır.

**HISL:** Kolposkopi ve biyopsiye gönderilmelidir. Yeterli bir muayene ve biyopside CIN I görülmesi halinde LSIL için izlenen yol kullanılır. Kolposkopik muayene yeterli değilse, mikroinvazyon şüphesi varsa, rahim ağzı kanalının içine uzanan anomali varsa, endoserviksten alınan biyopsi pozitif ise kanser şüphesi varsa konizasyon tercih edilmelidir. Biyopside CIN II-III saptanırsa



“ Meme muayenesi, her başvuru için ilk ziyarette ve genel fizik muayenenin bir parçası olarak yılda bir kez yapılmalıdır. ”

elektrokoter, kriyoterapi, konizasyon işlemlerinden biri tercih edilebilir. Konizasyon tercih edildiğinde gözden kaçan mikroinvazyon için daha güvenli sonuçlar elde edilebilmektedir. HİSL de %70-75 CIN II veya CIN III, %1-2 serviks kanseri olma olasılığı vardır.

**Yassı epitel hücreli karsinom:** Pap smear testi sonucu olan hastalar acil kolposkopiye sevk edilmelidir.

**Atipik glandüler hücre (AGC):** Varlığı çok önemlidir. Bu hücreler serviks veya uterus iç tabakasından gelebilir. Glandüler hücrelerde displazi saptanmasında smear testinin duyarlılığı %52-72'dir. Yani tanıda yeri sınırlıdır. Kolposkopisinde yeri tanıda burada sınırlı olabilmektedir. Biyopsi sonuçlarında %9-54 CIN I, %8 serviks iç tabakasından kanser, %1-9 kanser görülmektedir. Küretaj, gerekirse serviks biyopsisi, bazen endometrium biyopsisi gerekir. Atipik glandüler hücre tanısı, atipik skuamöz hücre tanısına göre daha yüksek oranda saptanmış neoplazi ile sonuçlanmaktadır. Atipik glandüler hücre görülen, kolposkopi ve biyopsi normal olan hastalar 4-6 ay da bir smear testi ile 4 normal smear testi görülüne kadar izlenmelidir. Tekrar anormal hücre saptanırsa kolposkopi ve biyopsi tekrarlanmalıdır. Biyopsi anormal sonuçlanırsa konizasyon uygulanır. Hastanın çocuk sorunu yoksa histerektomi tercih edilebilir. Çünkü biyopsilerde sınırlar temiz olsa da histerektomi yapılan hastaların % 8-44 ünde rezidü hücrelere rastlanabilmektedir.

## MEME KANSERİ

Meme hastalıklarına bütüncül yaklaşım içinde bakıldığında meme kanseri ayrı bir önem kazanmaktadır. Her yıl dünyada 1 milyon meme kanseri olgusu ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de ölüm sebepleri arasında kanserler 2. sırayı almaktadır. Bunlar içinde kadın kanserleri içinde bulunan meme kanseri en sık görülen ve ikinci sıklıkta öldüren kanser tipidir. Erken tanı ile hastanın yaşam süresi ve kalitesi arttırılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 yılında yaptığı bir çalışmada, 796 000 yeni meme kanserli olgu ve 314 000 ölüm saptanırken; Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı International Agency on Cancer for Research'ün (IARC) 2002 yılındaki değerlendirilmesinde, 1 152 000 yeni meme kanserli olgu ve 411 000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. On iki yıllık süre içinde, meme kanseri sıklığı ve mortalite oranlarında %25'lik artış görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerde meme kanseri daha sık görülürken ve başta gelen ölüm nedenleri arasında yer alırken, gelişmemiş ülkelere daha az görülmektedir. Meme kanseri tanısı konan hastalara bakıldığında, tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde % 73 iken, gelişmekte olan ülkelere % 53 olarak bildirilmektedir. Bu önemli fark, gelişmiş ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanmaktadır. Amerika da görülme sıklığı yüz binde 70-100, Avrupa da yüz binde 50-75, Asya da 25-50 gibi kıtalar arasında farklılıklar gözlenmektedir. Aynı coğrafi bölgelerde görülme sıklığı

değişiklikler gösterebilmektedir.

İzmir Kanser İzleme ve Denetleme Merkezi verilerine göre İzmir'deki kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı yüz binde 24.4'dür. Buna göre İzmir'de her yıl 400 yeni olgu beklenmektedir. Türkiye için insidans yüz binde 22.54'dür. Mevcut verilere göre doğu bölgelerinde yüz binde 20, batı bölgelerinde yüz binde 40 oranda bir sıklık tahmin edilmektedir.

Meme kanseri görülme sıklığı zaman içinde değişim göstermektedir. Sık ve ölümcül bir hastalık olması nedeniyle, sağlıklı kadınlarda bile ciddi endişelere neden olmaktadır. Yeterli bilgi sahibi olmamak ve bu konudaki yanlış kanılar bu gereksiz endişelere neden olmaktadır.

Kadın sağlığı / üreme sağlığı hizmetleri, kadınlar için yaşamsal önemi olan meme kanserinin erken dönemde saptanması yönünden ideal bir fırsat oluşturmaktadır. Burada birinci basamak çalışanlarına ve hekimlere büyük görev düşmektedir. Meme kitlelerinin çoğunlukla iyi huylu olduğu, her kitlenin ölüme yol açmadığı, radikal cerrahi gerektiren girişimlerin her meme kitlesine uygulanmasına gerek olmadığı bilgisi başvuran kadınlarla paylaşılmalıdır. Çünkü kadınların % 30 unda yaşamlarının herhangi bir döneminde tedavi gerektirmeyen iyi huylu meme hastalığı saptandığı bilinmektedir.

Birinci basamakta önemli olan genel yaklaşım; toplumda davranış değişikliği yaratmak (kendi kendine meme muayenesi), klinik meme muayenesi ve düzenli meme izlemleri konusunda planlamaları yapmaktır.

Birinci basamak hekiminden beklentiler; toplumu bilgilendirmek, başvuranın muayenesi ve izlemlerini planlamak, kuşkulu yada hasta olguları uygun kliniklere sevk etmek, gerektiğinde hastalara sosyal destek bulmak, hasta ve ailesini bilgilendirmek, hastaları hastanedeki kontrollerine gitmeleri için teşvik etmek, kişilerin erken tanı programlarına

katılmalarını sağlamaktır.

Başvuranın beklentisi; yakınmalı veya yakınmasız her kadına meme muayenesi yapılmasıdır. Bununla birlikte kadınlar danışmanlık, bilgilendirme, yönlendirme, farklı kaynaklardan gelen mesajları birleştirmesi konularında desteklemektir.

Diğer tıp dallarının beklentisi ise; memede kitle ile başvuran hastaların kanser kuşkusu ile zaman geçirmeden uygun uzmanlık dalına (genel cerrahi, meme cerrahisi) yönlendirilmesidir.

### MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

Risk faktörleri bizim için başvuranın öyküsü alınırken önem taşımaktadır. Meme kanserinden korunmak ve risk gruplarını belirlemek için dünyada birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre kabul edilen risk faktörleri şunlardır: Yaş, ailesel yatkınlık, endokrin (hormonal) etkenler, çevresel etkenler ve coğrafi özellikler, selim meme lezyonları

**YAŞ / CİNSİYET;** Yaş ilerledikçe meme kanseri sıklığı artmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre 50-100 kat daha sık görülmektedir. Menapozda her 10 yılda bir kat artış göstermektedir.

40-49 yaş arasında her 66 kadından birinde, 50-59 yaş arası her 40 kadından birinde meme kanseri riski mevcuttur. 70-79 yaşa kadar risk artışı devam etmektedir.

**AİLESEL YATKINLIK;** Batı ülkelerinde meme kanserinin %10 unda aile öyküsü mevcuttur. Burada BRCA 1- BRCA 2 geçişle ilgili bilinmektedir. BRCA 1 otozomal dominant geçişten sınırlı olarak sorumlu olabilmektedir. 200 kadından birinde BRCA 1 geni mutasyona uğramıştır. Meme ve over kanseri ile ilgili olan gendir. BRCA 2 geni hastalığın erken ortaya çıkması ve bilateral olmasında rol oynamaktadır. Bu geni taşıyanlarda hayat-

ları boyunca meme kanserine yakalanma riski % 87 dir.

Birinci dereceden akrabada (anne, kardeş, ikiz) her iki memede kanser varlığı ve premenapozal dönemde meme kanseri olması durumunda ailesel yatkınlıktan söz edilmektedir. Bunun yanında herhangi bir yaşta erkek meme kanseri tanısı almış akrabasının varlığı, herhangi bir yaşta over kanseri tanısı almış iki birinci ve ikinci derece akrabasının varlığı da ailesel yatkınlık olabileceğini göstermektedir. Ailenin iki tarafında birinci ve ikinci dereceden üç akraba da meme ve over kanseri birlikteliği bulunması araştırmalara göre yüksek riskli durumlardan biridir.

**ENDOKRİN ETMENLER;** Bunları üç ana başlık altında toplamak öykü alma basamağındaki becerilerimizin gelişmesi açısından yararlıdır.

- 1.Reprodüktif etmenler
2. Hormonal etmenler
3. Eksojen hormonlar

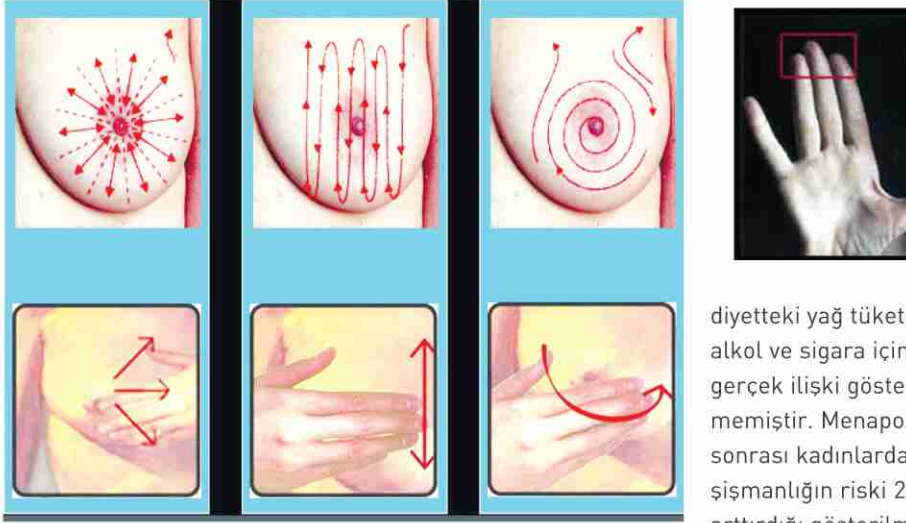
1.Reprodüktif (üreme ile ilgili) etmenler içinde ilk adet yaşı (menarş), menapoz yaşı, ilk hamilelik yaşı ve ilk doğum yaşı, laktasyon öyküsü önem taşımaktadır. Araştırmalara göre ilk adet yaşı küçük olanlar (menarş 12 yaşından önce), geç başlayanlara (menarş 13 yaşından sonra) göre risk 4 kat fazladır. Geç menapoz girenlerde (55 yaşından sonra adet kesilen), erken menapoz olanlara (45 yaşından önce) göre risk 2 kat fazladır. Burada aktif mensturasyon dönemi kavramı belki bize daha iyi fikir verir. Aktif mensturasyon dönemini kadının menapoz yaşından ilk adet yaşını çıkararak bulabiliriz. Aktif mensturasyon dönemi yani kadının adet gördüğü süredir. Bu süre ortalama 40 yıl olanlarda, 30 yıl olanlara göre risk 2 kat fazladır (Aktif mensturasyon dönemi ortalama 35 yıldır).

İlk hamilelik ve doğum yaşı da risk açısından öyküde sorguladığımız para-

“ Birinci basamakta önemli olan genel yaklaşım; toplumda davranış değişikliği yaratmak (kendi kendine meme muayenesi), klinik meme muayenesi ve düzenli meme izlemleri konusunda planlamaları yapmaktır. ”







diyetteki yağ tüketimi, alkol ve sigara için gerçek ilişki gösterilememiştir. Menapoz sonrası kadınlarda şişmanlığın riski 2 kat arttırdığı gösterilmiştir.

metrelerden biridir. 20 yaşın altında doğum yapanlarda risk yok denebilirken (relatif risk 1), erişkin grup 30-35 yaş üzerin relatif risk 4 olup, hiç doğum yapmayanlarda relatif risk 2 bulunmuştur.

Laktasyon; ovuluar dönem sayısı azalması bakımından koruyucu etkisi olan bir süreçtir. Laktasyon süresi 2 yıldan fazla ise riskin azaldığı gösterilmiştir (riskte %25 azalma).

Eksojen hormonların meme kanseri ile ilişkisi hala tartışma konusudur. Araştırmalara göre oral kontraseptif kullananlarda 8 yıllık kullanımdan sonra relatif risk 1.7 (düşük risk), 10 yıl üzeri kullanımda relatif risk 4.1 bulunmuştur. Menapoz döneminde estrogen replasman tedavisi alan grupta yapılan çalışmalarda ise durum şöyledir. Estrogen replasman tedavisi 5 yıl olduğunda relatif risk 1.1, 5 yıl üzerinde relatif risk 1.3, bununla birlikte aile öyküsü varlığında relatif risk 3.4 bulunmuştur.

Çevresel etmenler arasında iyonize radyasyona özellikle hızlı meme gelişimi döneminde maruz kalındığında risk artmaktadır. İkinci dünya savaşında radyasyona maruz kalan kızlarda meme kanseri sıklığı 2 kat artmıştır.

Yaşam şekli ile ilişkili araştırmalar

Selim meme hastalıklarının meme kanseri ile ilişkisi olup olmadığı konusundaki bilgileri, en çok hastaların kaygısı olarak karşımıza çıktığı için, genel bir sınıflama içinde gözden geçirmemiz yararlı olacaktır. Daha önce geçirilmiş meme hastalıkları içinde Adenozis, sklerozis, apokrin metaplazi, kistler, duktal genişleme, fibrozis, hafif hiperplazi, mastit gibi patoloji materyali incelemesi sonucu alınan sonuçlar risk taşımamaktadır.

Orta dereceli hiperplazi (solid/papiller) fibrovasküler nüveli papilloma tanılarını daha önce alan kişilerde 1,5-2 kat risk artışı olmaktadır. Atipik duktal ve lobuler hiperplazi tanısını, daha önce patoloji raporlarıyla selim meme lezyonu izlemi sırasında, almış kişilerde risk artışı daha belirgin izlenmiştir.

Özetle; risk faktörlerinde yüksek riskli kabul edilen grup içerisinde ileri yaş, geçirilmiş meme kanseri, genetik yatkınlık ve biyopsi ile saptanan atipi ve proliferatif lezyonlar bulunmaktadır. Orta dereceli riskli grupta yüksek sosyo-ekonomik durum, obezite, birinci dereceden akrabada meme kanseri olması, memenin genç yaşta radyasyona maruz kalması, ilk gebelik yaşının 30 un üzerinde olması ve hiç doğum yapmama yer almaktadır. Düşük dereceli riskli grupta erken adet gören ve geç menapoz girenler bulunmaktadır. Oral

kontraseptif ve hormon replasmanı tartışmalı risk faktörleri grubundadır.

Bu durumda; olguların %70 inde belirlenen risk etmeninin olmaması ve olan risklerinde kontrol edilemiyor olması birincil korunma yönünden bizleri zor duruma düşürmektedir. Burada klinik bulgular öncesi erken tanı(kendi kendine meme muayenesi, riskli grupların izlemi, mamografi) mortaliteyi azaltmak için ve ikincil korunma yönünden önem taşımaktadır.

Memede kitle birinci basamakta sık karşılaşılan bir sorundur. Memede kitle olan her olgu kanser değildir. Ancak kanser olmadığı kanıtlanana kadar incelenmelidir. Meme de kitle değerlendirmesi öykü, fizik muayene, radyoloji ve gerektiğinde patoloji basamaklarının tümünü içermelidir.

Öyküde, kitlenin süresi, özelliği (düzgün sınırlı mı?), menstürasyon ile değişim gösterip göstermediği, daha önce geçirilmiş meme hastalığı olup olmadığı, ailede birinci ve ikinci dereceden akrabada meme kanseri olup olmadığı, meme ucu akıntısı sorgulanmalıdır.

Fizik muayene için meme yapısı ve memedeki dönemsel değişikliklere göre ve yaşa göre gelişim ile ilgili bilgilerimiz yol gösterici olacaktır. Meme önde klavikula ve 7. kot alt sınırı arası, yanlarda sternum ile ön aksiller hat arasında kalan kaburgaların üzerine oturmuş, pektoral kas dokusu üzerinde yağ ve salgı bezlerinden oluşan içinde



süt kanallarının yer aldığı bir yapıdır. Meme yapısı her ay adet öncesi gergin ve ağrılı olabilir. Adet sonrası memede gözenekli yapılar ve şişlikler azalır. Adet dönemine yakın salgı bezlerinin büyüklüğü ve sayısı artar ve nodüller yapıda izlenir.

Gebelikte memeler büyür. Damarlanmalar artar, meme ucu ve areola da renk koyulaşması izlenir. Salgı bezleri genişler. Yeni bezler oluşur, oluşan bezler gelişim gösterir. Yavaş yavaş süt yağı sentezi başlar. Doğuma kadar hormonların etkisiyle süt oluşumu için hazırlıklar tamamlanır. Doğumdan sonra yine prolaktin ve oksitosin hormonlarının etkisiyle süt yapımı ve salgılanması ve sürekliliği sağlanır. Menapoz döneminde salgı bezleri azalır. Meme dokusu esnekliğini yitirir. Salgı bezlerinin yerini yağ dokusuna bırakır. Memeler esnekliğini ve dolgunluğunu kaybeder, yumuşar.

Meme muayenesi, her başvuran için ilk ziyarette ve genel fizik muayenenin bir parçası olarak yılda bir kez yapılmalıdır. Muayene odası iyi aydınlatılmış içerisi dışardan görülmeyecek şekilde hazırlanıp baş kısmı düz bir muayene masası içermelidir. Odaya muayene süresince giriş çıkışların olmamasına dikkat edilmelidir. Kadının yüzü muayene edecek kişiye dönük ve belden üzeri tüm giysiler çıkarıp soyunuk halde durmalıdır (oturabilir) Eller vücudun her iki yanında serbest halde dururken her iki meme simetri, boyutları, aksiller dolgunluk, retraksiyon (çekilme), ekimoz, deri değişiklikleri (ödem, ülserasyon, kızarıklık, portakal kabuğu görünümü...), meme ucunda çökme, meme ucu akıntısı, aksesuar meme başları değerlendirilir. Sonra her iki kol baş seviyesi üzerine kaldırılması sırasında ve her iki el bele konup bel ortaya doğru sıkıştırılarak pektoral kasların kasılması sağlanır. Bu sırada gözle değerlendirme sürdürülür. Bu hareketlerin amacı pektoral kasa kadar infiltrate olan lezyonların varlığında oluşan gamzeleşmeleri ve çekilmeleri belirginleştirmektir. Meme alt sınırında

“ Burada kendimize uygun gelen bir veya daha fazla teknikle tüm memenin alan atlanmadan palpe edilmesi önemlidir. ”

olan değişiklikleri de görmek diğer bir amacımızdır.

Bu işlem bittikten sonra kadına her iki kolu serbest şekilde yanlara bırakması ve koltuk altı bölgesinin muayene edileceği söylenmelidir. Pektoral kas gevşek olmalıdır. Bunun için sağ koltuk altını muayene ederken bizde sağ elimizle kadının direğinden tutarak kolu hafifçe kaldırırız. Kolumuzun üzerinde gevşekçe durması aksilla muayenesini derin olarak yapabilmemizi kolaylaştırır. Sol elimizle kadının direğinden tutarak kolu hafifçe kaldırırız. Kolumuzun üzerinde gevşekçe durması aksilla muayenesini derin olarak yapabilmemizi kolaylaştırır. Sol elimizle kadının direğinden tutarak kolu hafifçe kaldırırız. Kolumuzun üzerinde gevşekçe durması aksilla muayenesini derin olarak yapabilmemizi kolaylaştırır. Sol elimizle kadının direğinden tutarak kolu hafifçe kaldırırız. Kolumuzun üzerinde gevşekçe durması aksilla muayenesini derin olarak yapabilmemizi kolaylaştırır.

Meme palpasyonu için kadın sırt üstü, muayene masasına yatırılır. Hangi taraf meme muayene edilecekse o taraf sırta küçük bir yastık veya katlanmış havlu koymak muayeneyi kolaylaştırır. Kadına muayene edilecek taraftaki kolu başının altına yerleştirmesi söylenir. Kadının rahat olması için muayene edilmeyen taraf ve meme altındaki bölge örtü ile örtülebilir. Meme muayenesi için alanı dört kadrana bölmek muayeneyi kolaylaştırır (Üst dış, üst iç, alt dış, alt iç kadrana). Meme ucu da ayrı bir alan olarak değerlendirilir. Elimizin işaret, orta ve yüzük parmakları birleştirilip iç yüz ile, birinci falanks seviyesi kullanılarak muayene edilecek alan saat yönünde dairesel hareketlerle hafifçe bastırılarak palpe edilir.

Muayene sirküler olabildiği gibi çevreden merkeze doğru ışınal tarzda tüm meme dokusu taranarak da uygulanabilir. Ayrıca üst dış kadrandan başlanıp yukarıdan aşağıya ve oradan devam edip aşağıdan yukarı eli kaldırmadan, alan atlanmadan memeyi muayene edebiliriz.

Burada kendimize uygun gelen bir veya daha fazla teknikle tüm memenin alan atlanmadan palpe edilmesi önemlidir. Her iki meme için muayene işlemi tekrarlanmalıdır. Meme üst dış kadrana ve meme ucu, patolojilerin yerleşim sıklığı açısından ve doku yoğunluğu açısından önemlidir. Bu bölgeler mümkünse iki kez palpe edilmelidir. Meme ucu akıntı kontrolü ise çok fazla sıkmadan bakılmalıdır.

Memede kuşkulu kitle saptandığında yaşa göre değerlendirme yöntemleri değişmekle birlikte 35 yaş üzerinde mamografi, ultrasonografi, meme biyopsisi planlanmaktadır.

Muayene zamanı, adet gören kadınlar için adet bitiminden sonraki beş gün içinde planlanmalıdır.

Kitle tespit edildiğinde sert, ağrısız, sınırları belirsiz ve hareket etmiyorsa kötü huylu olma olasılığı yüksek olacağı için meme ile ilgili merkezlere hemen başvuran sevk edilmelidir.

Erken evrede yakalanan hastalar için ölüm bir kader olmaktan çıkmıştır. Kitle kuskusu olan vakalar için uygun merkezlere en kısa sürede yapılan sevkler büyük önem taşımaktadır.



### Meme sağlığı için izlem aralıkları; Risk grubu değilse:

- 20-35 yaş arası iki yılda bir kez hekim muayenesi, gerekirse ultrasonografi
- 35-40 yaşa kadar iki yılda bir kez hekim muayenesi, gerekirse ultrasonografi, mamografi
- 40-50 yaş arası her yıl bir kez hekim muayenesi, gerekirse ultrasonografi, bir kez bu yaş diliminde baz mamografi
- 50 yaş üzeri yıllık hekim muayenesi ve mamografi izlemleri planlanmalıdır.

Ülkemizde meme kanserinin erken tanısına yönelik bir izlem protokolü bulunmamaktadır. İzlem protokolleri sadece asemptomatik kadınlara yöneliktir

Sınırlı ekonomik yapıları olan ülkelerde meme sağlığı klavuzları oluşturmak için, The Breast Health Global Initiative(BHGI) 2 nd Global Summit 4-9 ocak 2005 de Washington'da toplanmıştır. Kuruluşun görev tanımı: Gelişmekte olan ülkelerde meme sağlığını iyileştirmek için kanıta dayalı, ekonomik, kültürel ve yapıya uygun kuralları belirlemeye çalışmaktır. Bu toplantıya Türkiye ve 16 ülke katılmıştır. Erken tanı ve yaklaşım, tanı ve patoloji, tedavi ve kaynakların ekonomik kullanımı, halk sağlığı sistemleri ve halk sağlığı politikaları ile ilgili dört başlıkta paneller düzenlenmiştir. Amaçlanan, düşük gelirli ülkelerde pratik uygulamaların belirlenmesi ve sektörler arası işbirliğinin organizasyonudur. Klinikler- Devlet sağlık birimleri, Hasta dernekleri-Özel organizasyonlar ve bilimsel dernekler, Halk Sağlığı Araştırmacılarının çalışmalarının ortaklaştırılması planlanmıştır. Sonuçta; kaynakların ve kullanıcıların belirlenmesi, kurallara bağlı kesin stratejilerin uygulamaya girmesi, erken tanının mortaliteyi azaltmada önemi, halkın ve sağlık elemanlarının eğitiminin ülke programlarına katkısı ve uluslararası sağlık organizasyonlarının yardım için daha fazla olması benimsenmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı ve Ulusal Kanser Danışma

Kurulu ve bunlara bağlı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Kurulu ülkemizde meme kanserinin erken tanısı, kaydedilmesi ve etkin tedavisi için çalışmalar yapmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı 01.07.2005 tarihli bir yönetmelikle 41 ilde merkezlerin kurulması için çalışma başlatmıştır. 2005 yılında ayrıca bir kanunla 50 yaşın üzerinde, ekonomik durumu kötü, sosyal güvencesi olmayan kadınlara ücretsiz mamografi çekilmektedir. Bu merkezlerde, bilimsel verilere dayalı, ekonomik, kültürel, sosyal yapıya uygun bir tarama programı uygulanması hedeflenmektedir. Bu tarama programı, Türkiye'de meme kanserinin erken tanısı ve 50 yaş üzeri meme kanseri mortalitesini %30 azaltmayı hedeflemektedir.



### REFERANSLAR

Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü  
(Yayın Tarihi: 20.11.1997 )

John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı bölüm 34-35-36 Atlas kitapçılık 2000

STED 2005 cilt14 sayı1 Servikal Kanserlerin Erken Tanısında Pap Testinin Önemi Dr. Ebru Zemheri, Dr. Ali Koyuncuer

STED 2000 Mart Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tedavi Dr. Aykut Barut Meme Sağlığı Dergisi cilt2-sayı2

Anormal Smear Testlerine Yaklaşım Dr. Ramazan Mercan  
www.jinart.com12.09.2006 erişim tarihi

GLOBOCAN Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide 2000 estimates[http: www.dep.iarcif/ globocan.html

WHO. Adressing reproductive tract infections and sexually transmitted infections.www.who.int/reproductive-health/hrp/plan\_of\_work/RTIs\_STIS.en.html; erişim tarihi 7 haziran 2006

www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.html erişim 2006

Global cancer istatistics,2002, Parkim DM,Bray F, Ferlay J, Pisani P.CA Cancer J Clin 2005  
www.thehealthnews.org/tr/special/cinsel\_saglik/bulasici\_hastaliklar/hpv.html 5.10.2006 erişim tarihi

\*Al V. Taria et al.Evaluating Human Papillomavirus Vaccination Programs.Emering Infectious Disease.2004

\*\*Aylık Epidemiyoloji Raporu TC.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md.Cilt 4 sayı 2 Mart-nisan2005 Dr.Hasan Bayrak

# HUMAN PAPİLLOMA VİRUS (HPV)

**HPV, erkek ve kadında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar içinde en yaygın görülen hastalıklardan biridir. Tüm dünyada HPV görülme oranı yüksektir. HPV nin önemi, yapılan araştırmalar sonucu serviks kanserinin oluşumundaki ana etkenlerden biri olarak görülmesindedir. Serviks kanseri dünyada ikinci önemli kadın kanseridir.**

Erkek veya kadın olsun % 50 si yaşamlarının bir döneminde HPV ye yakalanırlar. 2002 yılı verilerine göre dünyada 493.000 kadına serviks kanseri tanısı konduğu ve serviks kanserinden 274 000 ölüm gerçekleştiği tahmin edilmektedir.

Her gün 685 kadın HPV kaynaklı serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Yeni olguların %83 ünün gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü tahmin edilmektedir. Tarama programlarının olmadığı serviks kanseri geç saptanır ve hemen hemen tüm olgularda ölümle yol açmaktadır.

ABD de 15-.25 yaş arası kadın ve erkeklerin %10-20 kadarının (12-24 milyon insan) HPV geçirdiği rapor edilmiştir. İstatistiklere göre; 50 yaşına kadar, kadınların en az %80 i dinsel genital HPV enfeksiyonuna yakalanmaktadır. ABD de HPV ile enfekte olduğu tahmin edilen kişi sayısı yaklaşık 20 milyon dur. HPV özellikle kadınların üretken olduğu dönemde sorunlara yol açmaktadır.

HPV, serviks te ve mukozalarda(ağız içi ve vagina dokusu) enfeksiyon yapan, kondilom denilen kitle şeklinde lezyonların

oluşumuna neden olan virustur. Serviks kanseri dışında vulva, vajen, penis, anüs, orofarinks kanseri oluşumunda da rol oynamaktadır. Cinsel ilişki ile bulaşır. Çok sayıda cinsel partneri olan kişiler ve bu kişilerin eşlerinde yaygındır. Çok bulaşıcıdır,erkekten kadına daha kolay bulaşmaktadır. Cinsel yönden aktif olan herkese bulaşabilir. Vücuda girince hücre içine yerleşir. Mukoza düzenliliğini bozar, doku içine girer. Enfekte epitel hücreleri dönüşüme uğrar. Yeterli sayıda hücre bir araya geldiğinde siğiller ortaya çıkar. Perineden başlayıp tüm vulva, vajen, serviks tutulumu olur. Siğiller bu enfeksiyonun görülebilir belirtisidir. Ancak %30 vaka da ortaya çıkar. %70 lik kalan kısımda virus deri altında kalmakta ve bir klinik belirti vermemektedir. Virus HPV enfeksiyonu bulaşmış kişi ile ilişkiden 4-6 hafta sonra etkisini gösterir. Siğiller enfeksiyon olduktan 6-9 ay sonra gelişebilir Virusun çoğalması genellikle 6-9 aydır. Sonra latent döneme geçilir. Vücut direnci düştüğünde alevlenerek serviks kanserinin gelişiminde rol alabilmektedir.

HPV ile kondiloma akümünata, subklinik papilloma virus enfeksiyonu, vulvanın Bowen hastalığı, servikal vulvar vaginal intra epitelial neoplazileri kapsayan

durumlar ilişkilidir. Serviksten alınan sitolojik örneklerde HPV-DNA varlığı gösterilmiştir. Aynı kişilerde pap smear sitolojik olarak pozitif bulunmuştur. HPV ye maruz kalanların % 1 - 3 ünde hastalık gözle görünür şekildedir.Diğerlerinde latent seyirlidir. Hastaların büyük çoğunluğunda klinik belirti hiç olmayabilir. Ancak farklı klinik görünümünün tekrar tekrar olabileceği konusunda hastalara bilgi verilmelidir. Ortalama başlangıç yaşı 16-25 dir. HPV nin asıl geçiş yolu cinsel ilişkidir. Diğer geçiş yolları da genital bölgeye temas eden enfekte meteryal veya parmaklardır.

HPV genital bölgede oluşan malignitelerde önemli bir etkidir. Araştırmacılar tarafından kokarsinojen olarak kabul edilmektedir. Skuamöz hücreli karsinomlu hastaların %90' ında HPV-DNA sının bulunması ile bu durum açıklanmaktadır. HPV Tip 6-11 kondiloma akuminata dan sorumludur. Bu tiplerde malignite olasılığı düşüktür. HPV Tip 16-18-31 ise vajen 1/3 üst bölümü ve servikste oluşan hastalıktan sorumludur ve maligniteden de sorumludur.

### Tanı:

Hastaların %30 unda çok sayıda ağrısız, pembe, karnabahar görünümünde siğiller, vulva, vajen, serviks ve perine tutulumu izlenmektedir. İnkübasyon peiyodu 1 - 20 ay (ortalama 4 aydır). Klinik olarak; Kondiloma akuminata vulvada tutulum yapar. Mukoza olmayan alanlarda kondilom keratotiktir. Vulvada 3-7 cm düzyassı papüller oluşturur, pigmentasyon gösterebilir. Lezyonlar birleşerek geniş alan kaplayabilir.



Her gün 685 kadın HPV kaynaklı serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Yeni olguların %83 ünün gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü tahmin edilmektedir. Tarama programlarının olmadığı serviks kanseri geç saptanır ve hemen hemen tüm olgularda ölümlü yol açmaktadır.

Vulvaya % 5 asetik asit uygulaması sonrası kolposkop ile incelendiğinde beyazlaşan epitelden şüpheli alanlardan biyopsi alınması yararlıdır. Bu lezyon sıklıkla HPV enfeksiyonu ile beraberdir. % 5-10 unda vulvar intraepitelial neoplazi Evre 2 - 3 ortaya çıkar.

Vajinada hastalık asemptomatiktir. Çoğunlukla tanı konulamaz. Vulvada görülen hastalık serviks ve vajen de görülene göre daha az malignite riski taşısa da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından önem taşımaktadır. Vulva da kondilom olan kadınların 1/3 ünde, servikste kondilom olan kadınların % 20 sinde vajende lezyon vardır. HPV servikste sitolojik yönden değişikliklere neden olur. Özellikle koilositik atipi, diskeratoz, multi-nükleasyon görülebilir. Rutin servikal smearların % 2-3 ünde ortaya çıkar. Subklinik HPV enfeksiyonu olan kişilerde 12 - 24 ay içinde ileri evre servikal intraepitelial neoplazi gelişebilir. Bu nedenle alt genital sistemde HPV ile ilgili bir lezyon saptanmışsa serviks mutlaka kolposkopik muayeneden geçirilmelidir. Şüpheli lezyon varsa biyopsi alınmalıdır. 6 aylık ara ile servikal smear ve pelvik muayene tekrarlanmalıdır.

#### Komplikasyonları:

Lezyonlar genişleyerek doku hasarına neden olabilmektedir. Gebelikte lezyonlarda damarlanma artışı nedeniyle sezeryan yapılması gerekir. Servikal kanserle ilişkisinde önemlidir.

#### Korunma:

Kondon kullanılması kısmen koruyucu

olabilmektedir. Çok eşlilikten kaçınılmalıdır. Spermatitlerin etkili olduğu kanıtlanmamıştır. Virus girişini engellemek için ciltte oluşabilecek küçük aşınmalardan kaçınılmalıdır. Kadınların periyodik olarak pap smear yaptırması şüpheli durumlarda HPV için ileri tetkiklerin uygulanması önerilmektedir.

Bazı çalışmalar yeşil lifli sebzelerle alınan folik asitin (400 mg) HPV den korunmada faydalı olabileceğini göstermiştir.

Şimdiler de iki tip aşı üzerimde çalışmalar yapılmaktadır. Birinci tip siğiller ve prekanseröz doku değişikliklerini önlemek için, ikinci tip serviks kanseri tedavisinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır.

Aşı HPV Tip 6 - 11 - 16 - 18' e bağlı vulva /vajinal prekanseröz lezyonlar, serviks kanseri, servikal displazi lezyonları, genital siğiller gibi önemli sağlık sorunlarına karşı korumada geliştirilmiştir.

Tip 16 - 18 serviks kanseri ve servikal intra epitelial neoplazi 2-3 olgularının % 70 'inden, servikal intra epitelial neoplazi 1 'inde % 25 inden sorumludur. Tip 6 - 11 genital siğil olgularının yaklaşık % 90 'ı, servikal intra epitelial neoplazi 1 'inde % 9 - 12 sinden sorumludur.

HPV DNA sı vulvar ve vajinal intra epitelial neoplazi olguların %80 'inden fazlasında bulunmuştur.

Geliştirilen aşının, immünite de azalma yapmaksızın 5 yıl süreyle etkisinin sürdüğü gösterilmiştir. Aşı 9 -26 arasındaki kız çocukları ve kadınlar için önerilmektedir.

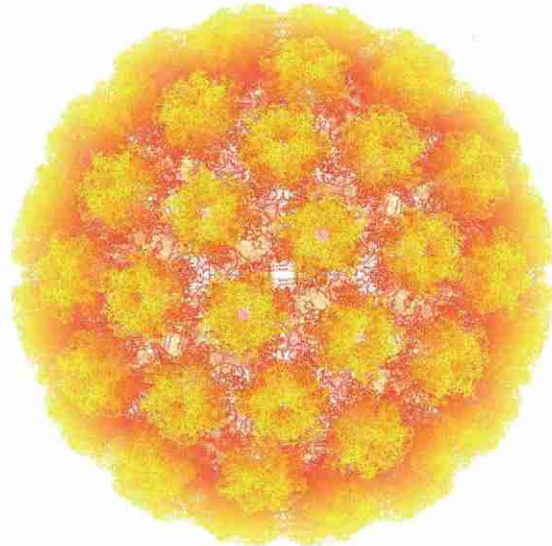
Aşı 3 doz halinde intramusküler (deltoid kasa ve uyluğun üst yarısına) uygulanmaktadır. Birinci doz belirlenen tarihte, ikinci doz birinci dozdan 2 ay sonra, üçüncü doz birinci dozdan 6 ay sonra önerilmektedir. Kişilerin 0, 2, 6. aydaki aşılama takvimine bağlı kalmaları önerilmektedir. Etkinlik bir yıl içinde üç dozu da almış bireylerde gösterilmiştir.

Alternatif aşılama ikinci doz birinci dozdan en az 1 ay sonra, üçüncü doz ikinci dozdan en az 4 ay sonra önerilmektedir. Koruma süresi güncel olarak bilinmemekte olup 3 dozun uygulanmasından sonraki 4,5 yıl koruyucu etkinlik çalışmalarında gösterilmiştir.

Gebelik döneminde kullanılması ile ilgili yeterli araştırma olmamasına karşın laktasyon döneminde kullanılabilir.

Enjeksiyon yerinde ağrı, şişlik, kızarıklık yanında pireksi de aşının gözlenen yan etkileridir.

Aşı Amerikan Kadın Doğumcular Birliği(ACOD), Amerikan Aşı Tavsiye



Dairesi(ACIP), Adölesan Sağlığı Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmektedir.

Bazı ülkelerin aşı takvimlerinde yer bulmuştur, Burada dikkat edilmesi gereken nokta aşı ile sadece HPV bazı tiplerine karşı koruyuculuk olması, tüm cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı sağlayacak bir şeyin henüz bulunmadığıdır.

Korunma önerileri ile ilgili bilgiler risk grupları öncelikli olmak üzere, bireylere verilen danışmanlık hizmetleriyle birinci basamak hizmetleri desteklenmelidir. Aşı da bulunan HPV tipleri dışında faktörlerde anormal pap testi ve serviks kanserine neden olabilir. Pap testi ve servikal kanser tarama programlarına aşılama sonrası devam edilmelidir.

#### Önlenmesi:

Gençlik döneminden başlayarak, kişilere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili eğitimlerin yapılması, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, üreme sağlığı hizmetlerinin verildiği birinci basamak hizmetler de yapılan muayeneler ve laboratuvar hizmetlerinin yaygınlaştırılması önemlidir.

Fizik muayene sırasında görünür lezyonu olan kişilere bulaş olasılığı fazla olduğundan tedavi süresince cinsel ilişkiden kaçınması önerilir. Cinsel eşlerin değerlendirilmesi de önemlidir. Bariyer yöntemlerden kondom kullanımının yaygınlaşması da hastalığın yayılımını azaltır.

#### Tedavi

HPV tedavisi daha çok estetik amaçlıdır. Çünkü virüsü tedavi edebilecek bir tedavi henüz yoktur. Tedavi yöntemine bağlı olmaksızın siğiller 1/4 oranında 3 ay içinde yineleyebilmektedir. Tedavi verilmeyebilir, kendiliğinden geçmesi beklenebilir. Non servikal siğillerin % 20 - 30'u 3 ay içinde kendiliğinden kaybolabilir.

-Podofilin; Şiddetli vazospazma neden olur.

%85 lik Triklor asetik asit; Yüze proteinlerini çökeltir. Dış genitalde lezyon varsa uygulanır. Haftada bir 6 hafta uygulanır.

-% 5 5-Flurourasil ; Primidin antimetabolitidir. Nekroz ve kabuklanmaya neden olur.7-10 gün her gün, 10-12hafta haftada bir, Vajinal lezyonda 7 gece uygulanır.

-Kriyoterapi ; Fizik ajanlardandır. 1-2 dakika lezyonu dondurur.CO veya sıvı nitrojen uygulaması ile yapılır. Çalışmalar kriyoterapinin podofilinden daha iyi ve en az lazer uygulaması kadar etkili olduğunu göstermektedir.Başarı şansı %62-79 bulunmuştur. 3-6 kür yapılabilir.

-Lazer uygulaması; Lokal anestezi altında yapılmalıdır. Genital bölge ve ses tellerindeki büyük siğillerde yararlı bulunmuştur. Ağrı olabilir. Pahalı bir yöntemdir. -Elektrokoter; kullanımı da küçük lezyonlar da tercih edilebilir.

-Diğer

• Aşı çalışmaları sonuçlanmıştır. 2006 yılı ekim ayı itibarı ile MSD ve GLAKSO firmaları aşığı piyasaya vermiştir. Aşı çalışmaları, ömür boyu serviks kanseri vakalarının %61.8 azalacağını göstermektedir.\*

Kuzey Amerika ve Brezilya da 1113 kadın üzerinde randomize çift-kör, çok merkezli ve plasebo kontrollü çalışmada servikal kansere en sık neden olan iki HPV tipine karşı aşılamanın, viral enfeksiyonlardan ve enfeksiyon sonrası oluşabilecek prekanseröz değişikliklerden korunmada etkili olduğu gösterilmiştir. En sık tip HPV 16 ve HPV 18 nin sırası ile servikal kanserlerin %16 ve %10 undan sorumlu olduğu gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 15-25 yaş grubu kadınlara 0,1,6 aylarda plasebo uygulanmış ve 27 ay takip edilmiştir.ABD, Kanada; Brezilyada aşı ve plasebo grubu benzer özellik gösteren kadınlardan seçilmiştir. Çoklu partner olması, 15-19 arası cinsel aktiviteye başlanma sigara içiciliği yönünden gruplar benzerlik göstermektedir. HPV 16 veya 18 yönünden seropozitif olan veya HPV DNA pozitifliği için yüksek risk taşıyan kadınlar analiz dışı

Geliştirilen aşının, immünite de azalma yapmaksızın 5 yıl süreyle etkisinin sürdüğü gösterilmiştir. Aşı 9 -26 arasındaki kız çocukları ve kadınlar için önerilmektedir.

bırakıldığında aşı virüsü önlemede %91.6, persistan enfeksiyonu önlemede %100 etkili bulunmuştur. Tedavi analizinde ise aşı persistan servikal enfeksiyona karşı %95.1, HPV ile ilgili servikal sitolojik değişikliklere karşı %92.9 etkili bulunmuştur. Aşı yan etkisi olarak yorgunluk, baş ağrısı dışında bir etki gözlenmemiştir. Aşı etkinliği için daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç olduğuda ifade edilmektedir.\*\*

• İmmünoterapi  
• Dinitroklorobenzen  
• İnterferon tedavisi; siğilin içine anti viral bu ajan enjekte edilir.Pahalı ve yan etkileri fazla bir tedavi yöntemidir. Diğer tedavi yöntemlerine üstünlüğü gösterilmemiştir.

#### Referanslar:

Aile Planlamasında Temel Bilgiler Kitabı John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı bölüm 34-35-36 Atlas kitapçılık 2000 WHO. Adressing reproductive tract infections and sexually transmitted infections.www.who.int/reproductive-health/hrp/plan\_of\_work/RTIs\_STIS.en.html; erişim7 haziran 2006 www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.html erişim 2006 Global cancer istatistics,2002, Parkim DM,Bray F, Ferlay J, Pisani P.CA Cancer J Clin 2005 www.thehealthnews.org/tr/special/cinsel\_saglik/bulasici\_hastaliklar/hpv.html 5.10.2006 www.gardasil.com Merck Sharp Dohme ilaçları Ltd. Şti. \*Al V. Taria et al.Evaluating Human Papillomavirus Vaccination Programs.Emering Infectious Disease.2004 \*\*Aylık Epidemiyoloji Raporu TC.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfızısızhha Merkezi Başkanlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md.Cilt 4 sayı 2 Mart-nisan 2005 Dr.Hasan Bayrak



# TBC KONTROLÜNDE TEK SEÇENEK: DGT

Dr. Fatih Şua TAPAR

Samsun'da katıldığım bir Tüberküloz konulu toplantıda Ankara'dan bir Göğüs Hastalıkları Uzmanı meslektaşımın söylediği cümle hiç aklımdan gitmiyor. Tbc ilaçlarının 6 ay süreyle düzenli kullanılmasının önemini vurguladıktan sonra aynen şöyle demişti; "Aksi taktirde hastalar ilaca dirençli hale geliyor. Bunları bize gönderiyorsunuz ama aslında bizim de yapacak fazla seçeneğimiz yok. Esasen çoğunda hiçbirşey yapamıyoruz, oturuyoruz başlarına ağlıyoruz."

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ)'nün Küresel Tüberküloz Kontrolü 2005 raporuna göre 2003 yılında 8,8 milyon yeni olgu olduğunu (100.000 nüfusta 140), bunlardan 3,9 milyonun (yüzbin nüfusta 62) yayma pozitif olduğunu ve 674.000'i (yüzbin nüfusta 11) insan immünyetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olduğunu tahmin edilmektedir. Olguların prevalans rakamları ise, 15,4 milyon (245/100.000), bunlardan 6,9 milyon yayma pozitif (109/100.000). 2003 yılında 1,7 milyon insan (28/100.000) tüberkülozdan ölmüştür, bunların içinde HIV ve TB birlikte enfekte olanlar da vardır (229.000).

Dünya nüfusunun üçte biri Tüberküloz basili ile enfektedir. Her yıl da nüfusun yüzde biri enfekte olmaktadır. Tüm dünyada hastalığın %80'i 22 ülkeden kaynaklanmaktadır. Bu ülkeler; Hindistan, Çin, Endonezya, Nijerya, Güney Afrika, Bangladeş, Pakistan, Etopya, Filipinler, Kenya, Demokratik Kongo, Rusya, Vietnam, Tanzanya, Uganda, Brezilya, Afganistan, Tayland, Mozambik, Zimbabve, Myanmar ve Kamboçya'dır.

Tüberküloz hastalarının %80'i 15-49 yaş

arasındadır ve her yıl 2 milyon insan tüberküloz nedeniyle ölür. Tüberküloz tanı konan her dört hastadan birinin ölümüne neden olmaktadır.

Ülkemize kısaca bakarsak ; yüzyılın başında birinci sıradaki ölüm nedenidir. Hatta filmlere, şarkılara konu olur. İnce hastalık diye isim takılır.

Tüberküloz insidansı 1945 yılında yüzbinde 246'dır. Başarılı bir kontrol programı hayata geçirilir. 2000 yılında insidans yüzbinde 27'ye düşer[ gelişmiş ülkelerdeki oran yüzbinde 20'nin altındadır]. Türkiye yukarıda sözü edilen 22 ülke arasında yoktur ama DSÖ'nün en çok uyarı gönderdiği ülkelerden biridir. Nedeni ne olabilir dersiniz? Elbette ki her zamanki hastalığımız; düzensiz kayıtlar ve DSÖ'ne veri göndermede gösterilen özensizlik.

Nihayet Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığınca Mart 2007 de yayımlanan Türkiye'de "Verem Savaşı 2007 raporu" ile 2005 yılı verileri üzerinden bir baz oluşturmak hedeflenmiştir. Çünkü 2005 öncesi yayma verileri vardır. Bu haliyle rapor ülke genelinde DGTS öncesi dönemin TB verilerini kapsamaktadır. 2005 yılında tanı konulan 20.535 hastadan 18.753'ü (%91,3) yeni olgudur. Akciğer tüberkülozu oranı %73'dür.

Yapılan tüm çalışmalara rağmen Tüberkülozu hayatımızdan çıkarmak mümkün olmamıştır ve tüm dünyada hasta sayıları artmaya devam etmektedir. Toplumun kendisini korumak için, bulaştırıcı olguların tedavisinin garantilenmesi ve böylece bulaştırıcı kaynakların

bulaştırmaz hale getirilmesi gereklidir. İşte bu nedenle tek çare olarak Doğrudan Gözetimli

Tedavi(DGT/ingilizcesi DOTS) görülmeye başlamıştır. DSÖ tarafından 1991'de tanımlanan DGT ilk defa Hong Kong'da denendikten sonra Hindistan'da gerçekleştirilen uygulamalarda büyük başarı görülmüş tüm dünyada şu andaki tek strateji olarak kabul edilmiştir.

Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulamasında hastanın ilaçları her gün bir gözetmen tarafından içirilir ve ilacı içtiği imza altına alınır. Böylece tüberküloz kontrolündeki en önemli handicap; hastaların ilaçları düzenli içmemeleri sonucu çok ilaca dirençli tüberküloz vakaları ortadan kaldırılmış olur. Tüberküloz tedavisiyle yakından uğraşmamış olanlar DGT'nin neden gerekli olduğunu kavramakta zorlanırlar.

Tüberküloz tedavisinde 6 ay boyunca başlangıçta 4 sonrasında iki ilaç düzenli olarak kullanılmak zorundadır. Bu ilaçlar neredeyse bir avucu doldurur ve hepsi bir seferde içilir. Tadları acıdır. İlaçlar 15 gün içerisinde hastanın neredeyse tüm şikayetlerini ortadan kaldırır. İşte bu noktadan sonra o ilaçları içmeye devam etmesi için hastayı ikna etmek çok zordur.

Sonuçta tüberküloz kontrolünde şimdilik DGT dışında bir seçeneğimiz görünmüyor. Verem'le yapılan savaşın bir an önce kazanılması dileğiyle...



# İSTANBUL'UN VEREMİ, NEREMÉ SÜREYİM MERHEMİ?

Dr. Remzi KARŞI

roniye devam, Heybeliada Sanatoryumu kapatıldı... Yok aslında kapatılmadı. Ya ne oldu? Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları hastanesiyle birleştirildi. Oh ne ala!!!

Neden ola ki bu birleşme? Kurumlar birleşti de ondan.

Yani SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devir oldu.

Çok şükür! Ne adına? Tüberküloz Kontrolü adına...

Yıllarca sayıkladık şu SSK'lı hastalar kayıt dışı kalıyor diye ve nihayet artık kayıt altına alınma fırsatı doğdu...

Soru bu birleşmeden doğan tüberküloz yatağı sayısında bir artış olacak mı? Yok olmayacak.

Eh beklenen sonuç budur. Her hastane kendi kapasitesinde çalışmaya devam eder. Her birinde birbirinden değerli onlarca bilim insanı tüberkülozu sağaltmak için tüm gayretiyle çaba sarf etmeye devam eder.

Eder mi? Edemez!

Neden?

Çünkü birleşme bazı hastanelerin yatak kapasitelerini azaltıyor. Nasıl olur? E olur, biz yapınca olur.

Ne yaptınız peki?

Süreyyapaşa hastanesinin verem yatağı sayısını 100 ila 150 yatak sayısı arasında azalttık.

Be birader, bu hastanelerin asıl amacı verem hastasını tedavi etmek değil mi?

El cevap: Memlekette verem mi kaldı!

Kalmadı mı?

Yoo, biz aslında dispanserleri de kapatacağız hele şu aile hekimliğine bir geçelim.

Komik olmayalım beyler.

İstanbul tüberküloz için endemik bir bölgedir. Bunu sayın hocalarımızın yaptığı bir çok epidemiyolojik çalışmada görebilirsiniz yeter ki kendi rakamlarınıza takılıp kalmayın.

Bilim insanlarının her birini kendi yetkinlikleri içinde değerlendirerek servislerinden yatak sayısı azaltmayın. Tamam anladık, yatarak tedavi gerekmiyor verem için. Ama o gözetimli tedavinin ülke sathında başarılı uygulanması durumunda

söz konusudur. Şu an sadece 3 ildeki toplam 4 dispanserde bakanlık nezrinde gözetimli tedavi uygulanmaktadır. Velev ki öyle olsun. yatarak tedavi görecektür tüberkülozlu hasta endikasyonlarını ve sosyal endikasyonları nasıl göz ardı edeceksiniz. Edemeyecek kadar zengin bir toplum yapısına ulaştık mı?

Hele Dr. Cenk Deliküçük meslektaşımızın başından geçen çok ilaca dirençli tüberküloz olgularını kim tedavi edecek. İşte bunu yatak değil yetkin eller tedavi eder. Bu hastanelerin her birinin çok kıymetli yetkin elleri o yataklara sahip olmadan ustalıklarını gösteremez. Tıp Kurumu Sekreteri Dr. Ali Rıza Üçer kaç kez bu konuda basına demeç verdi ama her halde ne dinleyen ne anlayan var.

Lütfen!

Ama lütfen. Performansı, fakir hastalığı tüberküloza yeğlemeyin. Sizin yakınlarınız, akrabalarınız, dostlarınız ve tüm diğer sevdiğinizde performansla yeğlediğiniz verem hastasından enfekte olursa yüreğiniz sızlar.

Vallahi bilmiyorum. İstanbul'da verem olmak istemem. İstanbul'da verem olan kendi sürer merhemini.





# GENEL PRATİSYENLİKTE HASTA HEKİM İLETİŞİMİ

**Dr. Alper BÜYÜKAKKUŞ**

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Genel Sekreteri

Hastalar için doktorlarıyla konuşabilmek, dertlerini eksiksiz anlatabilmek ve daha da önemlisi anlaşabilmek önemlidir.

Hekimlerin de hastalarını rahatlatmak, onları tedaviye katmak, anladığını göstermek iyi bir hasta hekim işbirliğini sağlar. Ayrıca iyi bir hasta hekim işbirliği, hastaların kendilerini ifadeye yaşadıkları güçlükleri ortadan kaldırarak, sağlık hizmetinin başarıya ulaşmasında önemli bir rol oynar. Bu yazıda Genel Pratisyenlikte hasta-hekim iletişimi üzerinde durmaya çalışacağız.

Genel pratisyenlik, sağlık hizmeti gereksinimi olan hasta ya da sağlam bireyin ve onun yakınlarının hekimle ilk karşılaştığı noktadır. Genel pratisyenlik bir anlamda, hekimliğin merkezini oluşturmaktadır. Çünkü pratisyen hekim hastayı tüm yönleri ile bir bütün olarak ele alacak, kişiyle ilgili ilk önemli kararları verecek, onu yönlendirecek, gerekirse bir üst basamağa gönderecektir.

Bu nedenle, ilk karşılaşmada hastanın ya da sağlık hizmeti arayan bireyin izlenimi büyük önem taşımaktadır. Bireyle başarılı iletişim kurabilen hekim, sonuçta onun hastalığı ya da sorunuyla ilgili doğru kararı verme yönünde amaca yönelik bir ilerleme sağlamış olacaktır. Öte yandan, bireyle doğru iletişim, hizmet verilen topluma yaklaşımın da ipuçlarını verecektir.

Genel pratisyenlikte hekimin kendisine başvuran kişinin güvenini kazanması önemli bir başlangıçtır. Hekim hasta ile karşılaşmada olumlu bir izlenim yarata-

bilirse, yararlı bir sonuca ulaşma açısından önemli bir adım atılmış olacaktır. Ancak güven sağlamanın sihirli bir formülü yoktur. Her hasta ve her hekim ayrı bir kişilik olduğundan, iletişim kurma ve güven sağlamanın da sayısız yol ve yöntemi olduğu söylenebilir. Eğitim süreçlerinde, yalnızca bilimin ve deneyimlerin gösterdiği kimi doğrulardan, ıskı tutucu olgu ve durumlardan yararlanmak söz konusu olabilir. Çağcıl bir pratisyen hekim, insan ilişkilerinde dinleme duyarlılık ve becerisini gösterebilmeli, dinleyip gözlem yaparken aynı zamanda biyomedikal bilimin sağladığı tüm bilgi ve becerilerden de yararlanmayı da başarmalıdır. Hasta hekim görüşmesinde; hekimin duruşu, hareketleri, hastaya yakınlığı, göz teması, jest ve mimikleri, duyu durumu, ses özellikleri, yüz ifadesi, fiziksel görünümü, odanın yerleşimi, aydınlanması ve sıcaklığı gibi çevresel özellikler hasta ile iyi bir ilişki kurulmasını ve hasta üzerinde olumlu bir izlenim bırakılmasını kolaylaştırabilir.

Hekim-hasta ilişkisinin, hekim merkezli konumdan hasta merkezli konuma doğru bir değişim gösterdiği gözlenmektedir. Hasta merkezli bir tıbbi görüşmede hekim hastaya kendini tümüyle ortaya koyma olanağı tanımakta; hastalık belirtileri kadar, kişinin korkularını, beklentilerini de kavrayabilmektedir. Bunu yaparken hekim, dünyayı ve hastalığı hastanın gözüyle görmeye çalışmaktadır. Hasta merkezli bu yaklaşım, hekimin hastanın sorununa yetkin bir biçimde egemen olmasını ve çözüm bulmasını sağlamaktadır.

Hekim hastadan öykü alırken, öncelikle bireyin geldiği ortamı, aile, iş, okul, toplumsal çevresini değerlendirmelidir. Kısa ve özet biçimde bu bilgilere ulaşmaya çalışılmalıdır. Hastalığı dışında konuşmak istemeyenlere, yeterli öykü almanın gerekçelerini açıklamak uygun olabilir. Hekim hastanın kendi düşünce ve değerlendirmelerini ortaya koyabilmesi için olanak tanımalı, onun görüşlerine saygı göstermelidir. Ayrıca, kendisi bilgi verirken hastanın özelliklerine uygun biçimde, yalın ve anlaşılır bir dille konuşmalıdır. Hastaya uygulanacak tedavi aşamasına gelindiğinde, hastanın tedaviyi tam olarak kavradığından emin olunmalıdır.

Günümüzde hasta hekim iletişiminde oldukça fazla sorun yaşanmaktadır. Doğaldır ki bu sorunlar en çok hastaları etkilemekte hastalar için oldukça fazla sorun yaratmaktadır. Yapılan araştırmalar hastaların kaygılarının %45'nin, yakınmalarının da %54'ünün dikkate alınmadığını, hekimlerin hastalarını yeteri kadar dinlemeyip kapalı uçlu soruları kullandığı hastaların sözlerini kestiklerini, görüşmelerin hekim merkezli olduğunu, yapılan görüşmelerden sonra hekimlerin hastalarına yeteri kadar açıklama yapmayıp tedavileri hakkında bilgi vermediklerini ve tedaviyi tek başlarına planladıklarını, tüm bunların da önemli malpractice sorunlarına yol açtığını göstermektedir. Böylesine önemli bir alan olmasına karşın hasta hekim iletişimi yeteri kadar ilgiyi yakın zamana kadar görmemiş ve tıp eğiti-

minde yerini alamamıştır. Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsünün bütün tıp fakülteleri ve halk sağlığı anabilim dallarına (42 tıp fakültesi ve 34 halk sağlığı anabilim dalı) müfredatlarında iletişim becerileri eğitimine ne kadar yer verdikleri sorusuna 22 tıp fakültesi ve/veya halk sağlığı bölümünden yanıt alınmıştır. Alınan yanıtlara göre iletişim becerileri konusunun tıp fakülteleri müfredatındaki yeri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Tıp fakülteleri müfredatı'nda iletişim becerileri eğitimi (Türkiye, 2003)

\* Bir fakültede hem danışmanlık eğitiminde 6 saat, hem de diğer derslerde 5 saat eğitim verilmektedir. Bu nedenle tablodaki sayıların toplamı fakülte sayısından bir fazladır.

Görüldüğü gibi çok sayıda tıp fakültesi müfredatlarında iletişim becerileri konusuna yer vermeye başlamışlardır. Bazı fakülteler bu konuda kapsamlı ders programları uygulamaktadır. Bunların bir kısmı müfredatlarında kapsamlı değişiklikler yapmakta olan tıp fakültelerimizdir. Diğer yandan, birçok tıp fakültesinde ise konunun hiç ele alınmadığı da görülmektedir. Gönderilen yazıya fakültelerin yaklaşık yarısının hiç yanıt vermediği ve yanıt alınamayan fakülteler arasında iletişim dersi bulunmama oranının daha da yüksek olabileceği düşünülmüşse, bu konudaki gereksinimin son derece fazla olduğu görülecektir.

Tıp eğitimi müfredatında yeteri kadar yer almayan iletişim becerilerinin mezuniyet sonrasında eğitim açığı çok daha büyüktür. Pratisyen hekimlerin hastalarını konuşmaları için desteklemeleri ve kendi-

lerini dinlediklerini, anladıklarını göstermek konusundaki çabalarını belirlemek ve iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla Samsun ve Ankara il merkezinde çalışan ve çalışmayı kabul eden 63 hekime uyguladığımız bir ankette (Dr. A. Büyükakkuş, Dr. Ö. Coşkun, Dr. Ö. Mıdık) hekimlerin %69, 8'i iletişim konusunda tıp eğitimleri sırasında iletişim eğitimi almadıklarını, %65,9'u bu konuda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Anket soruları önermeler şeklinde hazırlanmış ve hekimlerin bu önermeleri "her zaman", "sıklıkla", "bazen", "hiçbir zaman" şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Hekimlerin önermeler için yaptıkları değerlendirmeler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Pratisyen Hekimlerin Hasta-Hekim İletişimi Önermelerini Değerlendirmeleri

Hekimler hastalarını anlamak için olduğu kadar hastaların da kendilerini anlayabilmeleri için çaba göstermektedirler. Hekimler hekim-hasta iletişimi konusundaki zayıflıklarını ifade etmekle birlikte bu konuda eğitime katılma konusunda pek istekli değildirler. İletişim konusundaki eksikliklerini gidermek için eğitim almaları desteklenmelidirler. Ülkemizde genel olarak mezuniyet sonrası tıp eğitiminin yetersizliği ve var olan eğitimlerin de yalnızca birkaç konu başlığı ile sınırlı olduğu bilinen bir olgudur. Aile planlaması danışmanlığı eğitimleri dışında iletişim becerileri konusu neredeyse hiç ele alınmamaktadır. Oysa iletişim becerileri hekimlerin meslek yaşantılarında en çok gereksinim duydukları beceriler arasında yer almaktadır.

Bu gelişmeleri değerlendirerek iletişimin

ve özellikle de genel pratisyenlikte iletişimin önemini saptayan Türk Tabipleri Birliği -Genel Pratisyenlik Enstitüsü,(TTB GPE) genel pratisyenlerin iletişim becerileri eğitimini TTB GPE genel pratisyenlik meslek eğitiminin temel alanlarından birisi olarak belirleyerek "iletişim becerileri eğitimi modülü"ne GPE'nin altı temel modülü arasında yer vermiştir.

Hekim-hasta iletişiminde sorunları ortadan kaldırmak mümkün mü? Bir başka deyişle bu sorunları nasıl ortadan kaldırmalıyız? Başarılı bir hekim-hasta ilişkisi kurabilmek, hekim merkezli değil hasta merkezli bir hekim hasta ilişkisi kurabilmek, bireyle doğru iletişim kurabilmek için ne yapmalıyız? Dilerseniz kısaca gözden geçirelim.

Hasta ile hekimin uzun süre devam edecek olan ilişkisinin temelleri ilk görüşmede atılır. Gerek hastanın hekim hakkındaki ilk izlenimleri, gerekse hekimin hasta hakkındaki ilk izlenimleri ilk görüşmede hayat bulur. Hasta hekim iletişimindeki birçok sorun bu ilk görüşmenin gereği gibi yapılması ile aşılabacaktır.

Hasta hekim görüşmesinde açık uçlu soruların kullanılmasıyla etkin dinlemenin ön planda tutulması; hastaların dertlerini eksiksiz anlatabilmelerini, daha çok soru sormalarının desteklenmesi daha fazla bilgi edinilmesini böylece hastaların hekimlerine güvenmelerini sağlayacağı açıktır. Hekimin kullandığı iletişim becerileri; göz teması, uygun mesafenin ayarlanması, ses tonu ve beden dili hasta memnuniyetini artıracaktır. Hastaların kaygılarını, rahatsızlıklarıyla ilgili bilgi ve tutumlarını sorarak öğrenme, hastaların

Tablo 1. Tıp fakülteleri müfredatı'nda iletişim becerileri eğitimi (Türkiye, 2003)

Müfredatta iletişim becerileri eğitiminin yeri	Tıp Fakültesi Sayısı
İletişim konusunu ayrı bir ders programıyla ele alan (toplam eğitim süresi minimum 24 saattir)	6
Halk sağlığı, aile hekimliği ve diğer derslerin kapsamında bir konu olarak ele alan (toplam eğitim süresi 2 - 8 saat)	6
Eğitim becerileri ya da danışmanlık eğitimi kurs programı kapsamında (toplam 6-8 saat)	3
Programında hiç yer almayan	8
Toplam*	22



Tablo 2. Pratisyen Hekimlerin Hasta-Hekim İletişimi Önermelerini Değerlendirmeleri

	Yüzde			
	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Hiçbir Zaman
Her hastaya kendimi tanıtırım ve ekip içindeki görevimi tanımlarım	1,6	16,1	67,7	14,5
Görüşme esnasında hastaların adını kullanırım	17,5	36,5	41,3	4,8
Hastaların şikayetlerini dinlerken onlara rahatça bütün şikayetlerini söylemeleri için zaman tanırım	15,9	57,1	25,4	1,6
Görüşme esnasında hastaların sözünü kestiğim olur	3,2	17,5	69,8	9,5
Hastalara "hımm, alıyorum, evet, dinliyorum" gibi sözlü cesaretlendirmeler veririm	19,0	46,0	25,4	9,5
Her hastayla göz teması kurarım	41,9	35,5	17,7	4,8
Hastalarla görüşmemde beden dilimi kullanırım	16,1	43,5	33,9	6,5
Hastaların, rahatsızlıklarına ilişkin kaygı ve korkularını öğrenirim	19,0	54,0	27,0	0,0
Hastanın rahatsızlığına ilişkin kendi düşüncesini kesinlikle alırım	20,6	57,1	19,0	3,2
Tüm hastalara bu problemlerle ilgili daha önce atmış olduğu adımları sorarım	19,0	54,0	27,0	0,0
Görüşme esnasında arada bir hastanın söylediklerini tekrar ederek doğru anlayıp anlamadığımı hastadan öğrenmeye çalışırım	17,5	58,7	20,6	3,2
Görüşme esnasında arada bir hastanın beni anlayıp anlamadığını görebilmek için hastaya doğrulattırım	17,5	57,1	23,8	1,6
Görüşme esnasında ara ara özetlemeler yaparım	22,2	55,6	20,6	1,6
Hastaların anlayacağı dilden konuşurum	41,3	54,0	4,8	0,0
Genelde hastalar ne konuştuğumu anlarlar	38,1	54,0	7,9	0,0
Hastalığı ile ilgili bilgileri anlayacağı dilden mutlaka veririm	42,9	47,6	6,3	3,2

tedaviye uyumu artırdığı görülmüştür.

Hasta ile yapacağımız ilk görüşmenin hazırlığı da oldukça önem taşımaktadır. Hastayı odamıza aldığımızda kafamızda hala bir önceki hastanın veya başka sorunları olmamalıdır. Bir önceki hasta ile ilgili tüm çalışmalar sonlanmış olmalıdır. Hem kendimizin hem de oda ve masamızın görünümü düzenli ve tertipli olmalıdır. Tüm bu hazırlıklar tamamlandıktan sonra hastamızı içeriye alarak tanışma gerçekleştirilmelidir. Tanışmada çalıştığımız sağlık ocağındaki ekip içindeki yerimiz, adımız, hastanın adı, oturduğu yer, işi, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumu önem taşımaktadır. Yine hastanın elini sıkma, hasta ile yapılan göz teması hastayı rahatlatır ve hekime güven duygusunu artıracaktır. Hekimin görüşmenin başındaki tutum ve davranışları ile hastanın kendisine değer verildiğini ve saygı duyulduğunu göstermesi hastayı yüreklendirecek güvenli bir ilişki kurulmasını sağlayacaktır.

Tanışmadan sonra hastanın başvuru nedenini öğrenmek için açık uçlu soruyla başlanmalıdır. "Geçmiş olsun sizi buraya getiren sebep nedir" gibi bir soruyla giriş yapılabilir. Bu tür bir soru hastayı dinlemeye hazır olduğumuzu gösterdiği gibi hastayı da konuşmaya teşvik eder. Daha sonra da etkin dinleme yöntemlerini kullanarak görüşmeyi sürdürmek gerekir. Etkin dinleme; hastayla ilgilendiğinizi, çıkması olası sorunların engellenmesini, öykünün tam alınmasını, hastanın sözlü ve sözsüz iletişimlerini yakalanmasını sağlar. Hekimin hastanın söylediklerini sakin ve dikkatli bir şekilde dinlemesi hastayı etkin duruma getirdiği için hastanın hekime söylemeyi düşündüğü her şeyi anlatmasını sağlayacaktır. Hasta ile görüşmelerde hastaya sordumuz soruların cevabını almak için hastaya zaman tanınmalıdır.

Hastayla görüşme sırasında beklemesini öğrenmek, hem hastanın düşünmesini ve hekime katkıda bulunmasını sağlayacak hem de hekime düşünme zamanı sağlayacaktır. Görüşme sırasında hekimin has-

tanın sözünü kesmeden dinlemesi ve dinlediğini beden dili, göz teması vb. ile göstermesi, hastayı daha çok şey anlatması için cesaretlendirecektir. Görüşmenin sonunda hastanın söylediklerini tekrar etmek hastayı etkin dinlediğimiz göstermek ve yanlış anlaşılmalara ortadan kaldırmak açısından önemlidir. Ayrıca hem hastanın hem de hekimin soru ve cevaplarını birlikte gözden geçirilmesi sağlanmış olur. Görüşmede hastanın bakış açısını, korkularını kaygılarını da öğrenmek hastanın sorununa yaklaşımı ve çözümünü kolaylaştıracaktır.

Kısaca belirtmek gerekirse, genel pratisyenin hasta-hekim iletişiminde başarılı olması hem bireysel düzeyde, hem de toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle, her genel pratisyenin iletişim becerilerini geliştirmesi, birinci basamak sağlık hizmetinin etkili ve verimli olmasının önkoşullarından.

# VATANDAŞLARIN AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMINI ALGISI ve BEKLENTİLERİ

Dr. Turabi Yerli, Yard.Doç.Dr. Ahmet Topuzoğlu

## ÖZET

Bu araştırma, vatandaşların Hekimliği (AH) kavramını nasıl algıladığını ve aslında nasıl bir hizmet beklediğini, ortaya koymak amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma niteliksel olarak planlandı ve veriler on iki odak grup görüşmesi sonucunda elde edildi. Verilerin ışığında yapılan değerlendirmelerde AH konusuna çok büyük oranda olumlu bakıldığı ancak kafalardaki modellerle yasada önerilenler arasında fark olduğu tespit edildi. Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, odak grup

**Giriş ve Amaç:** Mevcut hükümet, 2002'den sonra yürürlüğe koymaya çalıştığı "Sağlık Dönüşüm Projesi"nin bir bileşeni olan Aile Hekimliği pilot yasası ve ilk uygulamaları ile de birinci basamak hizmet sunum modelinin ilk adımını atmış bulunmaktadır (1,2). Bu süreçte araştırmanın amacı uygulamanın henüz başlamadığı bir yerden bireylerin AH sistemi hakkında neler bildiği ve nasıl algılandığı, sistemin beklentilerle ne kadar örtüşebileceğinin ve de proje hedefleri ile ne kadar uyumluluk gösterebileceğinin anlaşılması olarak belirlendi.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma niteliksel ve tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırma için sağlık güvencesi durumlarına göre, altı ayrı tabaka oluşturuldu ve kadın, erkek karışık olarak davet edildi. Veriler İstanbul'da Beykoz ve Üsküdar ilçeleri dahilinde, her güvence kesimine ait iki

grup olmak üzere toplam 12 odak grup görüşmesi sonucu elde edilmiştir. Görüşmelere toplam 102 kişi katılmıştır, ses kayıt cihazı bulundurulmuş ve ayrıca not alınmıştır.

İçerik analizinde eklektik bir tarz benimsenmiştir. Davranışların analizinde psikoloji, sosyal psikoloji biliminden (3,4,5,6) yararlanıldığı gibi farklı sosyoekonomik sınıfların tutumlarını açıklamak ve bir bütün olarak süreci analizinde yer yer Marksçı (7) çözümlenmelerden yararlanılmıştır. İletişim çalışmaları kavramların oluşturulmasında ve yorumlanmasında kullanılmıştır (8).

## BULGULAR

**Katılımcı Profili:** Katılımcılar arasında % 43 oranında erkeğe karşılık % 57 oranında kadın yer alırken, sosyal güvence açısından en büyük grubu % 20 ile Yeşil Kart ve güvencesizler oluştururken en küçük grubu olarak %9 ile özel sigortalılar oluşturdu.

**Katılımcıların Aile Hekimliğine Bakışlarının Genel Değerlendirilmesi:** En çok öne çıkan kavramlar temel sağlık hizmetleri ile ilgili ifade edilen ulaşılabilirlik ve sürdürülebilirlik kavramları oldu. Sağlık takibi ve koruyucu hizmetler beklentisi yine katılımcılar tarafından ifade edildi. Ayrıca yakın olma, daha iyi iletişimde olma isteği canlandırılan modelde kendisini gösterdi. Aiteden biri olması, içli dışlı olması ve bir ya da az sayıda aileye bakan biri

olarak canlandırılması da bununla ilişkili olarak değerlendirildi ve bunun kişinin saygınlık görme isteğinin bir parçası olduğu sonucuna ulaşıldı. Sağlıkla ilgili yönlendirilme ihtiyacı ve güven arayışı da katılımcıların genelinde gözlenen bir eğilim olarak tespit edildi.

Katılımcılarda eşit olmak üzerinden bir algının da var olduğunu, ve mevcut sağlık hizmetinden eşit pay alma konusunda AH'den bir beklenti doğduğu da gözlemlendi. Bazı katılımcıların koruyucu sağlık hizmeti üzerine beklentili olduğu gözlemlendi. Ancak burada koruyuculuk, katılımcılar açısından, özellikle çekap olarak adlandırılan ve yüksek teknoloji kullanılarak yapılan bir takım ölçümler olarak algılanmakta ve parası olanın yararlanabildiği bir hizmet olarak görülen çekaptan kendilerinin de yararlanıyor olmasının eşitlik ve ulaşılabilirlik anlamında bir gelişkinlik değeri taşıdığı varsayılmakta idi. Aile hekimine bakışta temel istekler özet olarak daha iyi koşullarda hizmet almak, kendini sağlık açısından güvende hissetme, ihtiyaç duyduğu an hizmete ulaşılabilirlik, hızlı ve doğru değerlendirilme ve yönlendirilme, saygı görme, güvenli bir ilişki kurma olarak karşımıza çıktı. Kaygılar da hizmete ulaşma isteği ve eşitlik isteği ile ilişkilendirildi.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

**Tartışma:** Aile hekimliği ile ilgili bulgular yine aynı biçimde hükümetin bu alanda çizmeye çalıştığı görüntü ve basında çıkan



“...sevk konusunda yoğun bir eğilim olduğu gözlemlendi. Bu da aslında ikinci basamak ve özel hizmete bakış konusunda ülkemizde yerleşik bir eğilim ve tutum olduğu ve bu tutumun orta gelir düzeyi ve daha eğitilmiş kesimlerde daha yoğun olarak gözlemlendiği...”

haberlerle uyumlu olduğu görüldü. AH Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 2. maddesinde aile hekimini; “kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yas, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.” biçiminde tanımlamaktadır (2). Kanun taslağındaki gerekçeler bölümünde ise sağlık hizmetlerinin “en temel toplum birimi olan aileye kadar” yaygınlaştırılmasından söz etmektedir. Katılımcıların ifade ettikleri aile, kayıt tutulması, seçtikleri bir hekime kaydolma, memnuniyetin artacağı çalışanların özendirileceği gibi kavramların gerekçelerle örtüşmesinden gerekçelerin hemen hemen olduğu gibi toplumun kafasında resmedildiği sonucuna varıldı. Bu durum da ayrıca medyanın önemi üzerine katılımcıların ifadeleri ile de tutarlılık gösteriyor. Öte yandan kafalarda oluşan AH modeli ile yasadaki model arasında farklılık bulunduğu bu farklılıkların örneğin ailenin üyelerinin ayrı hekimler seçebileceği gerçeği tasarı gerekçesinde de ifade edilmediği gibi bilinmemektedir. Beklentilerle gerçekler arasındaki çelişkiye örnek olarak İngiltere verilebilir. Macara'nın yazısında NHS reformunun bürokrasiyi artırdığı, hasta seçimini azalttığı, temel hizmet kapsamını daralttığını ve tedavide eşitsizliğe yol açtığı ileri sürmesi yine beklentilerle gerçekler arasındaki uyumun tartışılabilirliğini göstermektedir (9). AH'den beklentilerle ilgili bölümde katılımcıların iletişim ile ilgili ifade ettikleri bu konuda İngiltere'de

yapılan bir çalışmadaki bulgularla benzerlik göstermektedir (10). Ayrıca aile hekimliğinden beklentiler konusunda katılımcıların söyledikleri ile yine İngiltere'de Coulter'ın (11) yaptığı ve 1966-1995 arasındaki 19 araştırmayı değerlendirdiği bir çalışmada ortaya çıkan beklentiler arasında da bir paralellik bulundu. İngiltere'deki araştırmada ifade edilen “Güvenilir sağlık önerilerine hızlı ulaşım, güvenilir profesyoneller tarafından etkili tedavi, emosyonel destek, empati, kullanım noktasında ücretsiz hizmet, güç yetirilebilir bakım ve tedavi, güvenlik ve kalite, sağlık korunumu ve hastalıktan korunma, ulaşılabilir yerel hizmet ve mükemmel ulusal merkezler, evrensel kapsama, coğrafi ve sosyal eşitlik, sorumluluk esneklik ve seçim hizmet gelişimine “katılım”, “şeffaflık” gibi kavramlar AH'den beklentilerde doğrudan ya da dolaylı olarak benzer biçimlerde ifade edilmiştir.

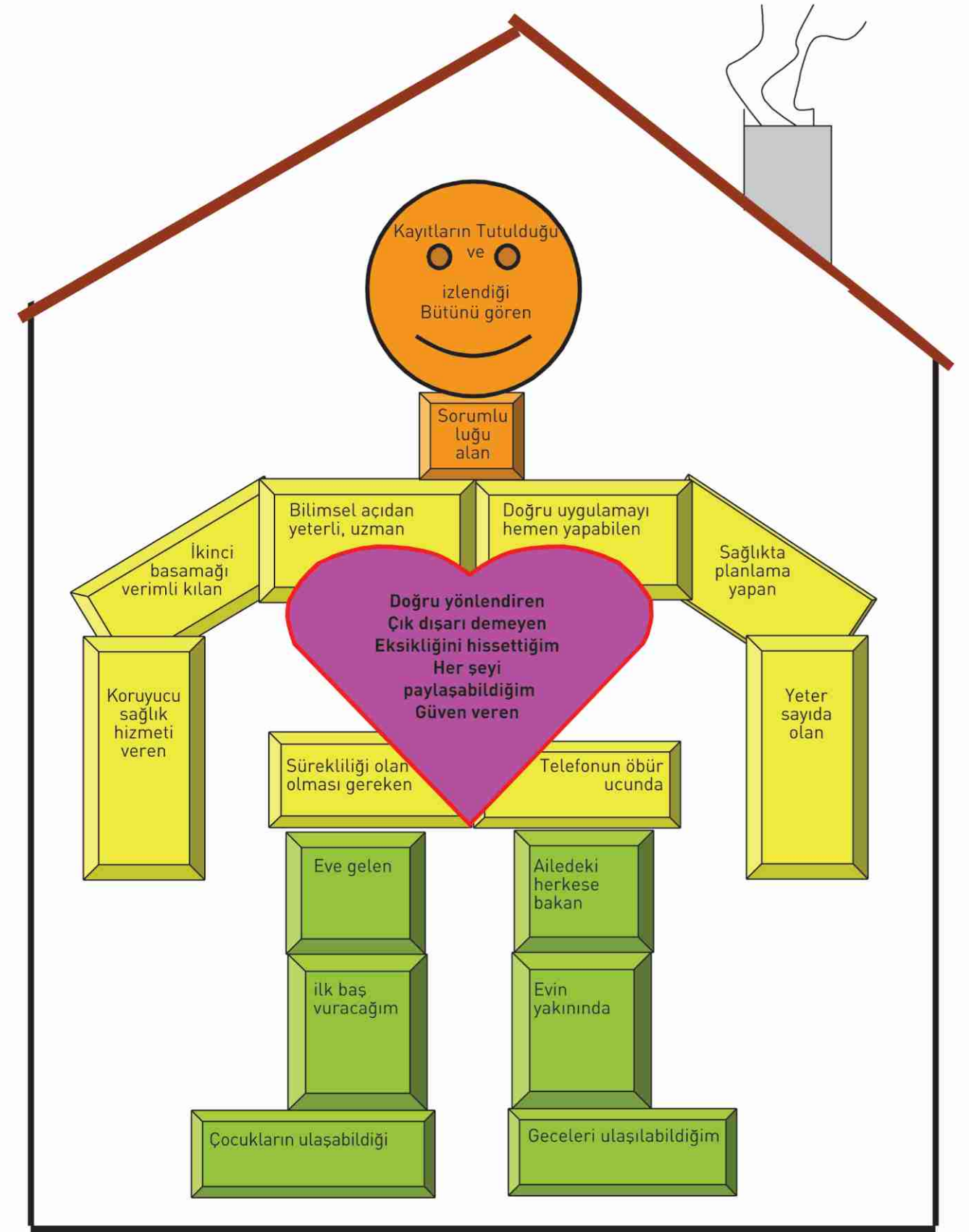
Beklentilerle ilgili bir nokta yine İngiltere'deki araştırmanın sonucu düşünüldüğünde bazı beklentilerin gerçekleşmesi konusunda sorunlar olabileceği yönünde değerlendirildi. Son zamanlardaki araştırmada hastalar memnuniyetsizlikleri konusunda %57 oranında telefonla doktora ulaşmak konusunda zorluk yaşadıklarını dile getirdiler. Bu da telefonun öbür ucunda olacak beklentisinin İngiltere'de de olduğunu, ancak beklentileri karşılamak konusunda sorunlar olduğunu göstermektedir.

Hırvatistan'daki bir başka çalışmada ise özelleştirme sonrasındaki sağlık hizmetine bakıldığında 6 ofis muayenesine karşılık 0,1 ev ziyareti gerçekleştirildiği, kişi başına 0,05 koruyucu muayene ve 1,4

sevk yapıldığı saptanmış bulunmakta (12). Bu durum evde muayene ve koruyucu muayeneler açısından beklentilerle örtüşen sonuçların ortaya çıkamaya-bileceğini düşündürmektedir. Çalışmanın verilerine göre her yüz kişiden yalnızca beşine koruyucu muayene yapılmış ve yüzde yirmiye yakın oranda bir sevk gerçekleşmiş durumda. Her on kişiden yalnızca birine yılda bir kez ev muayenesi yapılması da evde muayene konusundaki beklentilerin gerçekçiliğinin olmayabileceğini düşündürmüştür.

Aile hekimliği ve sevkle ilgili olarak yine Hırvatistan'da yapılan bir çalışmada hastaların %35'inin önce aile hekimine gitmeyi tercih ettiği saptanmış durumda (13). Aile hekiminin sevkıyla uzmana gitme tercihinde bulunanların çoğunu yaşlılar, köylüler, düşük eğitim ve gelir grubundan kişiler ve aile hekimlerinden memnun olmayanlar oluşturmaktadır. Tartışmaya katılan katılımcılardan özellikle benzer biçimde düşük gelir grubu olanlarda daha fazla sevk edilmekle ilgili geri bildirim alınmakla birlikte Hırvatistan'daki çalışmadan farklı olarak yüksek okul mezunu Emekli Sandığına tabi kişilerde de sevk konusunda yoğun bir eğilim olduğu gözlemlendi. Bu da aslında ikinci basamak ve özel hizmete bakış konusunda ülkemizde yerleşik bir eğilim ve tutum olduğu ve bu tutumun orta gelir düzeyi ve daha eğitilmiş kesimlerde daha yoğun olarak gözlemlendiği, bunun ait olunan sınıfla ilgili bir tutum olduğu düşünüldü. Bir üst sınıfla mesafesini daha az gören kesim için o sınıfa ait “istediğim hekime istediğim zaman giderim” davranış modelini benimsemek daha kolay iken en alttakiler için yalnızca basit bir sağlık kurumuna başvurmak bile başlı başına bir kazanım olarak algılanmaktaydı.

Yine Hırvatistan'daki aile hekiminden memnuniyetin yoğunlaştığı alanlar olan hekimlik becerilerinin gelişkinliği, hastanın sorununu anlaması, dakikliği ve merkezin yerleşimi gibi kimi kavramlar katılımcıların AH'den beklentileri ile örtüştüğü gözlemlenmiş ve hemen ulaşmak,



Resim 1. Vatandaşın Kafasındaki Aile Hekimi





Vatandaşın tarif ettiği hekim ve sistem modelinin mevcut sağlık ocağı sistemi ile çelişmediği ve fakat aslında vatandaşların, insan gücü nicelik ve niteliği ile fizik koşul ve donanım açısından daha olumlu bir sağlık ocağı işleyişini tarif ettiği sonucuna varıldı.”



yakın olmak, kendisini anlamak, konusunda uzman olmak gibi beklentilerin hastalar açısından temel olduğu düşünülürdü. Aile hekimi ile ilgili olarak vatandaşın hissettiği aileden biri olarak algılanması Svab ve Bulc'un "Akademik tıbbın bir sorunu halkın güncel sorunlarından uzak olmasıdır ve aile hekimliği halkın sorunları ile akademi arasında bir köprü olabilir." yaklaşımları ile uyumlu olarak değerlendirildi. Aile hekiminin ikinci basamaktaki süreci de izlemesi bu yaklaşımlarla paralellik taşıdığı düşünüldü (13).

Bir diğer konu da AH'nin bıçak parasını ortadan kaldıracağı yönünde. Balabanova ve McKee'nin Bulgaristan'da yaptıkları bir çalışma toplumsal değişim sonrasında bu tür yasa dışı para ödemelerinin giderek arttığını göstermektedir (14). Çekaplarla ilgili beklentiler ile Williamson ve arkadaşlarının çalışması (15) birlikte ele alındığında vatandaşların beklentilerinin gerçek çözümleri sağlamayabileceği düşüncesini doğurdu. İlgili çalışmalarda düşük gelir grubundakilerde yılda iki kez yapılan diş muayenelerinin diş çürüklerini azaltmadığı tespit edilmiştir. Vatandaşların güven ile ilgili beklentileri ve bizden biri olarak tariflemesi son derece anlamlı bulundu. Öteki olunmayan durumda daha iyi sağlık hizmeti alınabileceği görülmüştür (16).

Vatandaşın kafasındaki aile hekimi görünüşünün, AH sistemine, kimi olumsuz sonuçlardan dolayı karşı çıkanlar için bir engel oluşturacağı düşünülürdü. Vatandaş, "AH'ne hayır" sözünü doğrudan AH'ne yüklediği anlamlar çerçevesinde bakıp o çerçeveye karşı çıktığı biçiminde algılayacağından sistemin getireceği zararları açıklarken farklı eleştiri biçimlerinin bulunması gerektiği sonucuna varıldı. Sonuç: Vatandaşların güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti arzuladıkları aile hekimliği sisteminden beklentilerinden

anlaşılabilmektedir. Böyle bir sistem kurulsa bile ekonomik gücü fazla olanlar kendileri için daha iyi bakım alma arzusunu hayata geçirmek istemektedirler. Bu kurulan her sistemde sınıfsal bir ayrışma ve alınan hizmet kalitesinde bir farklılaşmaya baştan işaret etmektedir.

Vatandaşların sağlık hizmetlerine bakışlarının kendileri ve toplumla kurdukları ilişkiler tarafından yüksek düzeyde etkilendiği görüldü. Kişilerin yargı etkinliklerinin referans çerçeveleri dâhilinde gerçekleştirildiği önermesi bizi referans çerçevelerini tanıma ihtiyacına götürdü. Sınıflı toplumlarda alt sınıfın beklentilerinin kendilerini dahil etme isteğinde oldukları üst sınıf beklentileri tarafından belirlenmesi önermesi araştırmadaki bulgularla uyumlu olarak değerlendirildi (17). Ekonomik olarak alt sınıflarda yer alan kesimler üst sınıfa ait olarak gördükleri özel bir hekime sahip olma isteklerini oldukça yoğun olarak ifade ettiler. Ayrıca itilip kakılma ve buralarda olmaz gibi kavramlar sosyoekonomik durumun kendileri açısından ne kadar belirleyici olduğunu da ortaya koymuş oldu.

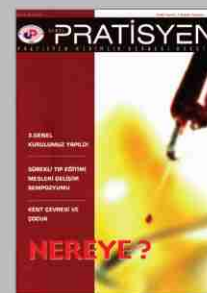
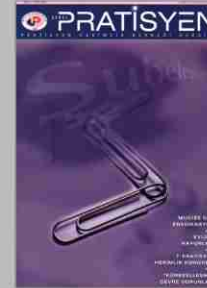
Vatandaşın tarif ettiği hekim ve sistem modelinin mevcut sağlık ocağı sistemi ile çelişmediği ve fakat aslında vatandaşların, insan gücü nicelik ve niteliği ile fizik koşul ve donanım açısından daha olumlu bir sağlık ocağı işleyişini tarif ettiği sonucuna varıldı. Bu gereksinimlerin yeni bir hizmet sunumu sisteminde de karşılanamaya bileceği kaygısı katılımcılar arasında saptandı.

Vatandaşlarda oluşan beklentilerin yüksekliğinin bir süre sonra beklentilerin karşılanmaması ve buna tepkisel davranışların doğabileceği, bu tepkiselliğin özellikle sağlık hizmeti verenlere yönelmesi durumunda sağlık sistemi üzerine daha da olumsuz etkilerde bulunma riski olduğu sonucu çıkarıldı.

#### Kaynaklar:

1. Dünya Bankası: Sağlıkta Dönüşüm Projesi <http://worldbank.org/Home/Countries/Turkey>. Erişim Nisan 2006
2. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Yasa no: 5258, kabul tarihi: 24.11.2004, yayın tarihi: 09.12.2004
3. Freedman J.L., Sears D.O., Carlsmith J.M.: Sosyal Psikoloji (çev: Dönmez A.) 3. Baskı, İmge kitabevi Ankara 1998
4. Barthes R.: Göstergibilimsel Serüven (çev: Rifat M., Rifat S.). Yapı Kredi Yayınları 2. Baskı İstanbul 1993
5. Gaillard O.: Metinde Gizli Olanın Bulunması (çev: Serdaroğlu L.). Berlin Devlet Oyunculuk Okulu Öğretim Üyeleri Oyunculuk El Kitabı 2. Baskı Mitos-Boyut Tiyatro Yayınları İstanbul 2003
6. Şerif M, Şerif C : Sosyal psikolojiye giriş.. Sosyal Yayınlar, İstanbul 1999
7. Marks K.: Grundrisse(Çev: Nişanyan S.) Birikim Yayınları İstanbul 1979
8. Fiske J.: İletişim çalışmalarına giriş.(Çev: İrvan S.) ARK, Ankara 1996
9. Macara AW.: reforming the NHS. BMJ 1994;308:848-849 [26 March]
10. Little P., Everitt H., Williamson I. Ve arkadaşları.: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001;322:468 [24 February]
11. Coulter A.: What do patients and the public want from primary care? BMJ 2005;331: 1199-1201 [19 November]
12. Katic M., Juresa V., Oreskovic S.: Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges. Croat Med. J. 2004 oct;45(5)543-9 PMID: 15495277
13. Svab I., Bulc M.: Academic medicine: what does an outsider have to offer? Croat Med. J. 2004 jun;45(3)254-5 PMID:15185411
14. Balabanova D., McKee M.: Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria Health Policy 62 (2002) 243-273
15. Williamson D.L., Miriam J., Stewart M.J., Hayward K., Letourneau N., Makwarimba E., Masuda J., Raine K., Reutter L., Rootman I., Wilson D., : Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. Health Policy(2005)
16. Elnekave E., Grossb. R.: The healthcare experiences of Arab Israeli women in a reformed healthcare system Health Policy 69 (2004) 101-116
17. Şerif M, Şerif C : Sosyal psikolojiye giriş.. Sosyal Yayınlar, İstanbul 1999

# MESLEĞİMİZE SAHİP ÇIKALIM



#### YAZARLARA BİLGİ

Genel Pratisyen Dergisi Pratisyen Hekimlik alanı ile ilgili denemeleri, makaleleri, bilimsel yazıları, klinik ve paramedikal haberleri, çevirileri, duyuruları ve araştırma özellerini yayımlar. Dergi 3 (üç) ayda bir yılda beklenen dört sayı olarak çıkar. Yazı dili Türkçe'dir. Bir yazının dergide yayınlanabilmesi için yazının dergi ilgili kurullarında değerlendirilip uygun bulunması gereklidir. Yazı kurulu, basit yazım hatalarını düzeltme cümlelerin anlamlarını bozmadan daha anlaşılır kılacak değişiklikleri yapabileceğine sahiptir.

Yazıların hazırlanma ve gönderilme kuralları şunlardır:

- Yazılar iki örnek halinde standart A4 boyutlarındaki kağıt üzerine, çift aralıklı olarak, 12 punto yazı boyutu ile, en fazla 8 sayfa yazılmalıdır. Sayfalar numaralandırılmış olmalıdır. Grafik ve şekiller ayrıca basılmalıdır. Yazıların fotoğraflarla desteklenmesi okuyucunun dikkatinin çekilmesi açısından yararlı olacaktır. Fotoğraflar tek nüsha ve katlanmadan gönderilmelidir.
- Her yazının bir tanıtım-başlık sayfası olmalıdır. Bu sayfada sadece yazının başlığı, yazarların açık adresleri, telefon numaraları, varsa elektronik posta adresleri olmalıdır. Yazıların tanıtım-başlık sayfası sıfır numaralı veya numaralı sayfa olmalıdır; değerlendirme kurallarına iletilmez.
- Yazıların birinci sayfalarında yazar isimleri bulunmamalıdır. Ancak yazının başlığı yazılmalıdır.
- Araştırma yazılarında; özet (en fazla 250 kelime), Giriş, Yöntem ve Gereçler; Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Kaynaklar bölümleri olmalıdır.
- Araştırma yazıları dışındaki diğer yazılarda; spot olarak öne çıkarılması istenen cümleler altı çizili karakterle yazılmalıdır. Bu tür yazıların içerisinde önemli olan noktaları vurgulayan, okuyucunun ilgisini yazıya çekebilecek 50-75 kelimelik spot özet yazılmalıdır.
- Kaynaklar kaynak yazım kurallarına uyularak, metinde geçtiği sırayla verilmelidir.
- MS Word Paket Programlarında, olabildiğince yeni sürümler kullanılmalı ve CD'ye çekilmiş kopya ile ya da e-posta ile gönderilmelidir.
- Yazının dergide yayınlanması durumunda yazarın üç dergi ulaştırılır.





# Tercihimizi yaptık!



“

”

**Sağlık Ocağı ve Genel Pratisyenlik**