

Türkiye

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Dergisi

Cilt **19** Sayı **1** Ocak-Mart **2015**
Volume Number January-March

İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri

Çağatay Şavaşan, Oktay Sarı, Ümit Aydoğan, Muhammed Erdal



Toplu taşıma araçlarını kullanan sürücülerde tükenmişlik durumu: Kesitsel bir çalışma

Sabah Tüzün, Arzu Uzuner, Ahmet Öztürk, Mehmet Akman

Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller

Nur Şeyda Şahin, Bayram Ali Üner, Mehmet Aydın, Ayşen Akçan,
Ayfer Gemalmaz, Güzel Dişçigil, Serpil Demirağ, Okay Başak

* **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Demegi'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Dergi üç ayda bir çıkar ve dön sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir, Yabancı yazarlardan yelen yazılar İngilizce yayınlanabilir.

* Derilinin içeriğini Aile Hekimliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konular oluşturmaktadır. Dergi, araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, derlemeleri (derlemeler, sadece davet ile kabul edilmektedir), sürekli tip eğitimine katkıda bulunacak yazılar, kısa raporları, başmakaleleri, editöre mektupları, önemli uluslararası belgelerin çevirilerini, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.

*Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha (önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayınlanabilir.

* Dergimiz ve demeginin yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiç bir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntı, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

* Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İncelenme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tip eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayın kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.

* Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlarda aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıt göre karar verilir.

* Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

* Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

Yazı Çeşitleri

Özgün araştırmalar: Özet, Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazım Kuralları: <http://www.turkailehekderg.org/yazarlara-bilgi>. **Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun niçin seçildiği, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri verilerek araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır. **Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçüklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarından kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

Kısa araştırma raporları: Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla başlıf kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda basıvrılması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'ye geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

Derlemeler: Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazısı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi zorunluluğu yoktur; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlanmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayınlanır.

Olgu sunumları: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirimi ve tartışmalarıdır. Aile hekimliği

uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Yorum yazıları ve editöre mektuplar: Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini gelişmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Siz olsaydınız ne yapardınız: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

Ulusal ve uluslararası raporlar: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

Dergilerden seçmeler: Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar Dergide yer alabilir. Bu yazılar 500 sözcüğü geçmemelidir.

Haberler: Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Tanıtmı yazılar: Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmalarını ve önemli projeleri tanıtmak amaçlı yazılardır. TAHUD çalışma gruplarının etkinliklerini tanıtmak amacıyla da yazılabilir. Bu yazılar gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Dergide yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konuları tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilirler.

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

Başlık: Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlarda en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıklar izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150 en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

Metin: Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni Dergi elektronik makale kabul sistemine yazılır ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

Kaynaklar: Kaynak numaraları metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara verilmeksizin köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir. Kaynaklar makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullandığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile HekDerg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler: Örneklerle ilgili tüm detaylara web sitemizdeki "Yazarlara Bilgi" bölümünden ulaşılabilir. <http://www.turkailehekderg.org/yazarlara-bilgi>

Yazıların Gönderilmesi: Değerlendirilmek üzere dergiye gönderilecek yazıların gönderim ve eş değerlendirme süreci (peer review) izlemi sadece derginin www.turkailehekderg.org adresinde yer alan çevrim içi (online) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.



Kapak Resmi: Çocukların Halayı – 1992

100X135 cm. Tuvale Yağlı Boya, Özel Koleksiyon
BALABAN (İbrahim Balaban 1921)
Türk Resim Sanatı'na lirik bir renk katmış
olan özgün bir sanat abidesi...

Başeditör | Editor-in-Chief

Prof. Dr. Okay Başak

Editörler | Editors

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural

Prof. Dr. Dilek Güldal

Doç. Dr. Pınar Topsever

Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Doç. Dr. Mehmet Akman

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Mehmet Akman

Doç. Dr. Işık Gönenç

Uz. Dr. Birgül Coşkun

Uz. Dr. Emrah Kırımlı

Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Sahibi | Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına

Merkez Yönetim Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Okay Başak

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

Doç. Dr. Mehmet Akman, makman4@gmail.com

Yönetim Yeri | Administration Office

TAHUD Genel Merkezi

Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

Yazışma Adresi | Business Correspondence

e-posta: tahud@tahud.org.tr

Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator

Hüseyin Kandemir, huseyin@medikalakademi.com.tr

Grafik Tasarım | Graphic Design

Perihan Demirbaş, info@medikalakademi.com.tr

Yayınevi | Publisher

Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Sti.

Halaskargazi Cad. No: 172, D: 134 - Şişli / İstanbul

Tel: (0537) - 309 29 55, Faks: (0212) 233 90 61

www.medikalakademi.com.tr

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk (Aile Hekimliği)

Atatürk Üniv. Tıp Fak. / Erzurum

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir (Aile Hekimliği)

Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana

Prof. Dr. Esra Saatçi (Aile Hekimliği)

Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana

Prof. Dr. Recep Erol Sezer (Halk Sağlığı)

Yeditepe Üniv. Tıp Fak. / İstanbul

Doç. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)

Yıldırım Beyazıt Üniv. Tıp Fak. / Ankara

Prof. Dr. Mehmet Ungan (Aile Hekimliği)

Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu (Aile Hekimliği)

Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

Prof. Dr. Thomas Freeman (Family Medicine)

The Schulich School of Medicine and Dentistry,

The University of Ontario / Ontario, Canada

Prof. Dr. Michael Kidd (Family Medicine)

Faculty of Health Sciences, Flinders University /

Adelaide, Australia

Prof. Dr. Jan De Maeseneer (Family Medicine)

Faculty of Medicine and Health Sciences,

University of Ghent / Ghent, Belgium

Prof. Dr. Waris Qidwai (Family Medicine)

Aga Khan University / Karachi, Pakistan

Prof. Dr. Richard G. Roberts (Family Medicine)

School of Medicine and Public Health,

University of Wisconsin / Madison, WI, USA

Prof. Dr. Moira Stewart (Epidemiology & Biostatistics)

The Schulich School of Medicine and Dentistry,

The University of Ontario / Ontario, Canada

Assoc. Prof. Nabil D. Sulaiman (Family Medicine)

College of Medicine, University of Sharjah / UEA

Prof. Dr. Chris van Weel (Family Medicine)

Nijmegen Medical Centre, Radboud University /

Nijmegen, The Netherlands

Başmakale | Editorial

Tükenmişlik | 1

Burnout

Okay Başak

Editöre Mektup | Letter to the Editor

Ebeveynlerin çocuklarının beslenme durumu hakkındaki görsel algıları ve iştah ile ilişkisi | 3

Parents' visual perceptions about their child's nutritional status and association with appetite

Resul Yılmaz, Samet Özer

Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme:

Tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz? | 4

Socio-economic status evaluation in medicine:

Are we doing the right thing in medical research?

Altuğ Kut, Funda Salgür

Araştırmalar | Research Articles

İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri | 14

Obesity frequency in school children and related risk factors

Çağatay Şavaşhan, Oktay Sarı, Ümit Aydoğan, Muhammed Erdal

Toplu taşıma araçlarını kullanan sürücülerde tükenmişlik durumu: Kesitsel bir çalışma | 22

Burnout of the public transportation vehicle drivers: A cross sectional study

Sabah Tüzün, Arzu Uzuner, Ahmet Öztürk, Mehmet Akman

Koroner arter hastalarında bir risk belirleyicisi olarak hesaplanan serum osmolalite değeri | 31

Estimated serum osmolality value as a risk predictor for coronary heart disease

Hakan Demirci, Ufuk Aydın, Yasemin Üstündağ Budak, Yıdırım Çınar

Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller | 37

Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central regiona

Nur Şeyda Şahin, Bayram Ali Üner, Mehmet Aydın, Ayşen Akçan, Ayfer Gemalmaz,

Güzel Dişçigil, Serpil Demirağ, Okay Başak

Olgu Sunumu | Case Report

Otoimmün poliglandüler sendromlu bir olgu sunumu | 49

Autoimmune polyglandular syndrome: a case report

Burcu Doğan, Ayşe Arzu Akalın, Eylem Karaalp, Alev Ergişi, Aytekin Oğuz

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i

Düzeltilme | Erratum | ix

Tükenmişlik

Burnout

Okay Başak¹

Tükenmişlik kavramı ilk kez Graham Greene'nin 1961 yılında yayınlanan "Bir tükenmişlik olayı" adlı eserinde geçer. Bir mimarın Avrupa'daki acınası yaşamını bırakıp Afrika ormanlarına kaçışını anlatır bu romanında Greene. Kahramanı aşırı bitkindir ve işi için hissettiği öfke duygusu ile birlikte idealizmini de kaybetmiştir. Afrika ormanlarının derinliklerinde cüzzamlıların yaşadığı bir kolonide bulur kendini. Parmaklarını yitirmiş, ancak sonrasında artık acı çekmeyen cüzzamlılar gibidir.^[1]

Tükenmişlik iş ile ilişkili strese psikolojik yanıt olarak tanımlanmaktadır. Temelinde genellikle insanlarla yoğun ilişki içinde olan meslek çalışanlarında gelişen duygusal yorgunluk vardır. Freudenberg'e göre tükenmişliği tetikleyen, çalışanın işiyle ilgili beklentilerinin yüksek olmasıdır. Buna bağlı olarak duygusal enerji ve güç kaynaklarından aşırı istekte bulunma sonucu başarısızlık, yıpranma ve bitkinlik duyguları gelişmektedir.^[2] Cerniss'in tükenmişlik modeline göre ise tükenmişlik, işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan, başa çıkma davranışlarını içeren ve iş ile psikolojik ilişkiyi kesme davranışlarıyla son bulan bir süreçtir.^[3] Sonuçta çalışanın beklentileri onlarla baş edebilme gücünü aşarsa bu durum strese neden olmaktadır. Maslach'ın tükenmişlik modeli üç boyutludur: İş ile ilişkili duygusal kaynakların tükenmesi, çalışanın ruhsal düzeyde işinden uzaklaşmasına ve sonuçta kişisel başarı algısının düşmesine ve işte bir za-

manlar olduğu kadar başarılı olmadığı inanışına yol açar. Tükenmişliğin çalışanlar için iki temel sonucu söz konusudur: Çalışanın sunduğu hizmetin kalitesinde bozulma ve uykusuzluk, alkol ve madde kullanımında artış, evlilik ve aile sorunları ile ilişkili fiziksel tükenme.^[4] Sağlık çalışanlarındaki tükenmişliğin olası sonuçlarından biri de hastaların memnuniyetindeki düşüştür.^[5]

Bu özellikleriyle tükenmişlik sendromu daha çok sağlık alanında araştırılmıştır. Ancak tükenmişliğin yol açtığı fiziksel tükenme belirtileri, ruhsal ve sosyal sonuçlarıyla her meslekte çalışanın sağlığını doğrudan etkilemekte ve dolayısıyla tıbbın ilgi alanına girmektedir. Bu sayıda yayınladığımız çalışmalarında Tüzün ve arkadaşlarının tükenmişlik durumlarını araştırdıkları meslek grubu, literatürde pek rastlamadığımız toplu taşıma aracı sürücüleridir.^[6] İlginçtir ki İstanbul'un yoğun trafiğinde yoğun insan ilişkileri bağlamında çalışan toplu taşıma aracı sürücülerinde belirgin bir tükenmişlik durumu saptamamışlardır. Çalışmanın bulguları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek ve kişisel başarı puanlarının düşük olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, bir sağlık sorunu olanlarda ve uykusuzluk çekenlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksektir; dahası sigara içme de duyarsızlaşmayı artırmaktadır. İstanbul'un bir bölgesinde çalışan toplu taşıma aracı sürücülerinde tükenmişliğin düşük olmasını yazarlar, sosyal

1) Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Baş Editörü; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın

güvencenin ve düzenli bir gelirin olması ve çalışılan kuruma güven gibi iş stresini azaltıcı etkenlere bağlamaktadırlar. İlgiyle okuyacağınızı umuyoruz.

Bu sayımızda yine ilgiyle okuyacağınızı umduğumuz yazılara yer verdik. Kut ve ark'nın tıbbi araştırmalarda sosyoekonomik düzey belirleme ölçütleri üzerine hazırladıkları editoryal yazı önemli bir tartışma başlatacağa benziyor.^[7] Bu alanda bir standardın olmaması araştırma sonuçlarını karşılaştırmada sıkıntılar oluşturmaktadır. Dergimizin önümüzdeki sayılarında bu konudaki katkılarınıza yer vermek istiyoruz.

Yeniden buluşmak dileğiyle...

Prof. Dr. Okay Başak
Başeditör

Kaynaklar

1. http://rose-elibrary.weebly.com/uploads/1/0/2/4/10248653/greene_-_a_burnt_out_case.pdf adresinden 13.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
2. Freudenberger HJ. The issues of staff burnout in the rapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 1986 Jul-Sep; 18(3): 247-51.
3. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *SocSciMed* 1995 May; 40(10):1357-63.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2(2):99-113.
5. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine* 2014; 89(3): 443-51.
6. Tüzün S, Uzuner A, Öztürk A, Akman M. Toplu taşıma araçlarını kullanan sürücülerde tükenmişlik durumu: Kesitsel bir çalışma. *Türk Aile HekDerg* 2015; 19(1): 22-30.
7. Kut A, Salgür F. Sağlık alanında sosyoekonomik seviye belirleme: Medikal araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz? *Türk Aile HekDerg* 2015; 19(1): 4-13.

Ebeveynlerin çocuklarının beslenme durumu hakkındaki görsel algıları ve iştah ile ilişkisi

Parents' visual perceptions about their child's nutritional status and association with appetite

Resul Yılmaz¹, Samet Özer¹

Sayın Editör,

Peker ve ark. Ağustos 2014 sayınızdaki araştırma makalesini ilgi ile okudum. Ebeveynlerin çocuklarının vücut ağırlığı hakkındaki görsel algıları ve iştah durumu değerlendirilmiş, beden kitle indeksleri (BKI) ile ilişkisi ayrıntısı ile incelenmiş.^[1] Ebeveynlerin görsel algıları çocukların güncel BKI ile karşılaştırıldığında %41,3 oranında yanlış algılama ortaya çıkmıştır.

2013 yılında yayınlanan bir araştırmamızda ebeveynlerin çocuklarının vücut ağırlıklarını %42,1 oranında yanlış algıladıklarını ortaya çıkmıştır.^[2] Peker ve ark. ile uyumlu sonuca rastlanmıştır. Bizim çalışmamız Peker ve ark. örneklemindeki geniş yaş aralığına zıt olarak 5-7 yaş gibi daha dar bir yaş grubunu kapsamıştır. Çocuğun yaşı ilerledikçe ebeveynin görsel algısı değiştiğinden yaşın gruplara ayrılarak karşılaştırma yapılması daha doğru değerlendirmeye olanak sağlayabilir.^[3]

Çocukların iştah durumunun değerlendirmesinde yalnızca ebeveyne sorulan “Çocuğunuzun iştahını nasıl değerlendirirsiniz?” yerine Çocuklarda Yeme davranışı Anketi'nin uygulanması iştah durumunun değerlendirmesini daha objektif ve karşılaştırılabilir kılacaktır.^[4]

Günümüzün, hatta geleceğin önemli bir toplum sağlığı problemi olan obezitenin erken tanınması ve önlenmesinde ebeveynin durumun farkına var-

ması anahtar rol oynamaktadır. Ebeveynin doğru algılamasının sağlanması ile uygun beslenme biçimleri seçilebilir ve normalden sapmalar erkenden saptanıp önlem alınabilir.

Saygılarımla

Dr. Resul Yılmaz

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat

drresul@gmail.com

Kaynaklar

1. Peker E, Topaloğlu N, Şahin EM ve ark. Çocukların vücut ağırlığı ve görünüşleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi? *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(3):142-8.
2. Yılmaz R, Erkorkmaz U, Özçetin M, Karaaslan E. How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style? *Nutricion hospitalaria* 2013;28(3):741-6.
3. Jackson J, Strauss CC, Lee AA, Hunter K. Parents' accuracy in estimating child weight status. *Addictive behaviors* 1990;15(1):65-8.
4. Yılmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz U. Adaptation study of the Turkish Children's Eating Behavior Questionnaire. *Anadolu Psikiyatı De* 2011;12(4):287-94.

1) Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Uzm. Dr., Tokat

Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme: Tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz?

Socio-economic status evaluation in medicine: Are we doing the right thing in medical research?

Altuğ Kut¹, Funda Salgür²

Özet

Tıp alanında toplum anlayışımız geliştikçe, sağlık değişkenlerinin sosyal ve ekonomik belirteçlerle olan ilişkisi de dikkatimizi çekmektedir. Bu nedenle, medikal araştırmalarda sağlığın bu belirteçlerden nasıl etkilendiğini inceleme isteğimiz de hızla artmaktadır. Ancak akademik kaygılarımız arasına görece yeni katılan bu bilimsel alandaki deneyimlerimiz halen oldukça sınırlıdır. Kompozit ölçekler her ne kadar gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılsalar da ülkemizin bölgelere göre heterojen yapısı nedeniyle bu ölçeklerin ülkemize uyarlanarak kullanılması zor görünmektedir. Proxy sorular ise çalışmalarda sıkça kullanılmalarına karşın araştırmacılar bu soruları sosyoekonomik seviye ile ilişkilendirirken zorlanmaktadır. Diğer taraftan değişen toplumsal yapının gereği olarak sosyoekonomik seviye belirlerken kullandığımız değer yargılarımız da hızla değişmektedir. Örneğin 10 yıl önce sadece gelir düzeyi ve eğitim seviyesi sorgulamak sosyoekonomik seviye hakkında yeterli bilgi verirken, bugün gelinen noktada ikamet bölgeleri ve hatta arkadaş çevresi dahi değer kazanmış görünmektedir. Bununla birlikte doğru sorulmuş örnek bazı soruların elde olması bu konudaki kaygıları belirgin olarak azaltacaktır. Bu yazının amacı, başta aile hekimliği uzmanlık alanında olmak üzere, tıp disiplinlerinde sağlık sorunlarını sosyoekonomik değişkenlerle ilişkilendirirken anlayışımıza bir boyut katmak, doğru yöntemler ve çıkarımların yapılmasına yardımcı olmaktır.

Anahtar sözcükler: Sosyoekonomik seviye, sosyal sınıf, medikal araştırmalar.

Summary

Since our understanding of the society in the field of medicine evolves, the relation of socioeconomic markers with parameters of health attracts our attention. Accordingly, our desire to investigate how health is affected by these markers is also increasing rapidly. However our experiences in this scientific field, which is recently added to our academic concerns, are still quite limited. While Composite scales are widely used in developed countries, the heterogeneous structure of the population living in different regions in our country makes it difficult to use this scales. On the other hand proxy questions are frequently used in the Turkish literature, but there are difficulties in associating these questions with the actual regarding socioeconomic status of the investigated population. Changes in the demands of the population are also forcing to changes in our value of judgement in evaluating the socioeconomic status. While ten years ago the assessment of monthly income and educational status was enough for the evaluation of socioeconomic status, today even the chosen residential areas and social circle became important. Additionally having correctly formatted proxy questions on hand will decrease researchers concerns regarding this issue. The aim of this article is to improve our understanding towards analyzing relations between health concerns and socioeconomic variables and to help in achieving correct interferences and results.

Key words: Socioeconomic status, social class, medical research.

Toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesi ya da sağlıkla ilgili yapılan çalışmalarda toplumun sosyoekonomik seviyesinin belirlenmesinin çok önemli olduğu bir gerçektir. Çoğu çalışmada araştırmacılar çalışma evrenini temsil eden rastgele ve tahmini yöntemlerle saptanan toplumsal belirteçleri kul-

lanarak sosyoekonomik düzeyi (SED) belirlemeye çalışmaktadır. Oysa yalnızca bireysel göstergelerin hasta üzerindeki etkileri değil, ilgili parametrelerin belirlenmiş bağlam içerisindeki topluma yansımaları hedeflenmelidir. Bu anlamda hastalıkların dağılımını SED'e göre saptamak, toplumdaki değişimi izle-

1) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Ankara,
2) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör., Ankara,

mek, sağlık alanındaki politikaların geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunmak için SED göstergelerinin kullanılması zorunludur.^[1] Ancak şimdiye kadar yapılan çalışmalarda sağlık alanında belirli standartlarda yapılmış temel SED belirleme kriterleri olmadığı gibi, bu konu üzerinde yapılan çalışmalar da yeterli düzeyde değildir. Buna rağmen ülkemizde sağlık alanında 1994-2009 yılları arasında yapılan ulusal çalışmaların %8,7'sinin verileri SED göstergeleri ile ilişkilendirilmeye çalışılmıştır (17 tıp fakültesi dergisinin 406 sayısında yapılan 2390 yayının 209 adedinde).^[1] Bu çalışmalara göre, kötü sağlık sonuçlarının düşük sosyoekonomik seviyede yoğunlaştığı konusunda görüş birliği mevcuttur.^[1,2] Şunu da biliyoruz ki sağlık alanında yapılan akademik çalışmaların pek çoğunun sonuçları o ülkenin sağlık politikasını yönlendirmektedir. Bununla birlikte farklı yönetim biçimleri olan ülkeler, kendi sınırları içerisinde yaşayan toplumların gereksinimleri ve eğilimleri doğrultusunda yaklaşımlarla yönetilirler. Değişen yönetim biçimleri ve ideolojik yaklaşımlar sosyolojik ve tıbbi açıdan toplumları belirli standartlar içerisinde değerlendirip anlamamızı zorlaştırmaktadır. Bu nedenle sosyal bilimler ile politik ideolojiler şimdiye dek ortak bir noktada buluşmakta güçlük çekmişlerdir. Bu bağlamda birçok çağdaş bilimsel araştırma bazı meritokratik* ve eşitlikçi ideallere karşı sosyal sistemin sağlık göstergesi olarak SED verilerini kullanırlar.^[1,3] Ayrıca toplumlar hangi siyasi rejim ile yönetilirse yönetilsinler bireysel platformda pek çok SED belirleyicileri vardır. Bu nedenle dünyada SED tanımı için kararlaştırılmış ortak bir görüş de bulunmamaktadır.

Canlılığın her seviyesinde insanlarda olduğu gibi sosyal bir hiyerarşiden bahsetmek mümkündür. Örneğin; özellikle sürüler veya gruplar halinde yaşayan hayvanlarda da sosyal statü ve bu statüye bağlı sosyal bir hiyerarşi bulunmaktadır. Bu hiyerarşi kimi zaman fiziksel üstünlüğe kimi zaman da cinsiyete bağlıdır. İnsanlardaki sosyal hiyerarşi kültür, teolojik eğilim, ırk gibi değişkenlere göre farklılıklar gösterir. Toplumlarda sosyal hiyerarşi göstergeleri giyim, saç, otomobil, konut adresleri, zeka, görünüm, yetenek, tecrübe, yaş, soy, dil aksanı,

iş ahlakı, para, arkadaşlık ağları, sağlık güvencesi, hobiler, eğitim olanakları gibi kavramlardır. Toplum içinde dinamik olarak değişen ve her toplumda farklılıklar gösteren bu kriterlerin topluma göre gerekliliği ve sayısı sınırlanamamaktadır. Bu nedenle SED araştırmalarının belirli bir çerçevesi de yoktur. SED'in bu değişken yapısı nedeniyle, aynı toplum örneğinde aynı SED ölçümü tekrarlanırsa bile zamansal değişiklikler ve toplumsal devinimler ölçülecek kriterleri etkileyip değiştirebilecektir. Böylelikle SED'i belirli bir toplum kesimi için bile sabit söylemler çerçevesinde kesinleştirebilmek olası değildir. Bu yazının amacı, içinde bulunduğumuz toplum ve zaman diliminde, sağlık alanında araştırmalar planlanırken sıklıkla gerek duyulan toplum yapısı sağlık ilişkisi kurduracak soruların ya da soru formlarının oluşturulmasında kullanılabilir belirlenmiş temel kavramları ortaya koyabilmektir.

Sosyoekonomik statü ile eş anlamlı kullanılan birkaç terim vardır. Bunlardan biri "Sosyal Sınıftır" (SS). SS da SED gibi bireyin sosyal hiyerarşideki yerini belirlemede kullanılır. SED ve SS genellikle aynı şeyleri sorgularlar. Avrupalı araştırmacılar sıklıkla SED yerine sosyokültürel ayrışmaları, toplumdaki farklılaşmaları da içene alan bir terim olan "Sosyoekonomik Pozisyon" (SEP) terimini kullanmayı tercih ederler. Yine bazı toplumlarda görülen "Kast Sistemi"***de toplumun sosyal yapılanmasının belirli üstünlük kurallarına göre gerçekleştiği özel bir uygulamadır. Kast Sistemi de bireyin sosyal sınıf, statü ya da pozisyonunu belirttiğinden SED ile yakından ilişkilidir.

Tarihsel gelişimine baktığımızda toplumların sosyoekonomik seviyelerinin devamlı bir devinim içerisinde olduğunu gözlemek mümkündür. Sosyolojik açıdan toplum ilk çağlardan bu yana sürekli olarak değişerek geliştiğinden o toplumu tanımlayan sosyal, kültürel ve ekonomik şartlar da farklılaşmaktadır. Bu anlamda 21.yüzyıldan önce bireyin sosyal statüsü fiziksel güç, zeka, soy gibi etmenlere bağlıyken, değişen dünya ile birlikte bu ölçekler de değişimini sürdürmüştür. Modern çağda artık bu statü; servet, gelir, eğitim düzeyi ve mesleki prestij gibi yükselen değerlere bağlıdır.

* **Meritokrasi:** Yönetim erkinin yeteneğe ve kişilerin bireysel üstünlüğüne yani liyakata dayandığı yönetim biçimidir. Bu yönetim şeklinde idare erki üstün özellikleri olduğu düşünülen kişiler arasında paylaşılmaktadır. Kayırmacılık, yandaşlık, ayrımcılık yoktur ve bunun yerine eşit olanaklar ve tatminkar erdemler ön plana çıkar

** **Kast Sistemi:** Latince castus saf, soy anlamına gelmektedir. Sınıf ayrıklarına dayanan bir sistemdir. Özellikle evlilik ve iş bölümü ile ilişkilidir ve maddi güç ya da olanaklara göre yapılmaz. Ritiyelik saflık ve meslek durumları diğer ölçütlerdir. Özellikle Hindistan'da uygulanan bir sistem olmakla beraber Hıristiyan ve Müslüman ülkelerde de bazı uygulamaları vardır. Örneğin; şeyhlik, aşiret reisliği gibi.

SED neden önemlidir?

SED ölçümlerine dayalı istatistikler toplumdaki tabakalaşma veya eşitsizliğin düzeyini anlamak değil ölçmek için gereklidir. SED'in yanlış ölçülmesi sosyal tabakaların ve sosyal eşitsizliğin yanlış yorumlanmasına neden olur ki, bu da toplum için yanlış kararlar alınmasına yol açar. Ancak toplumların dinamik yapıları nedeniyle SED ölçümleri olmadan toplum yapısındaki değişimleri anlamak da mümkün olmaz. Toplum yapısı tanımlanabilse bile, aynı dinamik yapı belirli bir süre içerisinde yapılan tanımlamayı geçersiz kılacaktır.

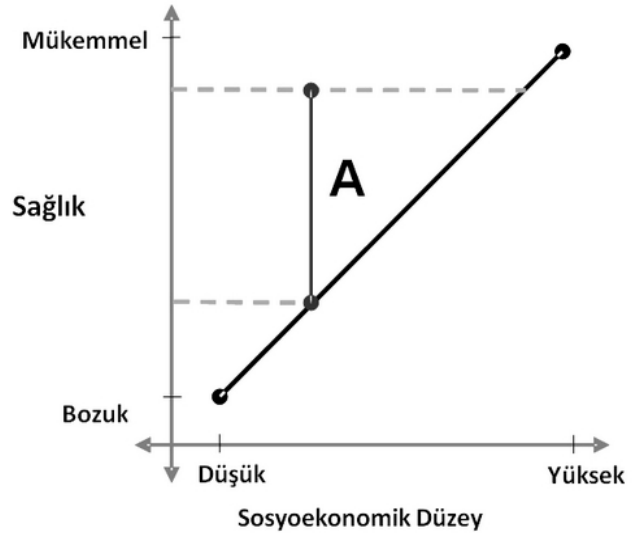
SED ölçmek sosyoloji, siyaset bilimleri, iletişim, iktisadi ve idari ilimler, hukuk gibi pek çok bilim dalı açısından önemli olmakla birlikte, sağlık alanında yapılan araştırmalarda özelde hekimler, genel olarak da sağlık sistemine ışık tutmaktadır.^[4] Hastalıkları, yapılan tedavilerin başarısını ve belki de en önemlisi koruyucu hekimlik için yapılan çalışmaların toplum sağlığı üzerine etkilerini, SED araştırması yapmadan güvenilir bir şekilde yorumlamak olası değildir.

SED'i yüksek toplumlarda hekimle hasta ilişkisinin, düşük SED'i olan toplumlara göre daha iyi olduğunu ve hastaların daha iyi öykü verdiklerini ortaya koyan araştırmalar mevcuttur.^[5,6] Bir insan ya da grubun SED'i ne kadar yüksekse o kadar uzun ve sağlıklı bir yaşam şansı olduğu bilinmektedir.^[7,8] Bu durumdan yola çıkarak bazı ekonomistler, kişilerin eğitim fırsatını artırarak iyi bir iş edinmelerini, dolayısıyla statülerini yükseltmelerini hedefler. Diğer bir grup ekonomist ise toplumun gelir düzeyini (refah) arttırarak SED'i yükseltmeyi hedefler. Ancak SED'i sabit tutarak da sağlık yönünden refahın sağlanabileceğini öngören bir grup daha vardır. Bu grup aşılama, ilaç ve ameliyat gibi sağlık hizmetlerini topluma sunarak da sağlık konusunda refahın sağlanabileceğini savunur. Sosyoekonomik seviyeyi yükseltmenin en önemli hedeflerinden biri, bireyin sağlık alanında sunulan hizmeti yeterli oranda alabilmesi ve sonucunda yaşam süresi ve kalitesinin artmasıdır. Bunun için, eğer kişilere ekonomik gelirden bağımsız olarak sağlık olanakları sunulursa kişinin sağlık alanında refahı ve hizmete ulaşabilmesi için prensipte SED'ini yükseltmesine gerek kalmaz. Oysa diğer modellerde SED'i yüksek kişinin gayri safi milli hasıladan aldığı pay da kuramsal olarak yüksektir ki, bunun sonucunda sağlık alanında aldığı hizmet de daha fazladır. **Şekil 1**'de bu durum siyah eğri ile belirtilmiştir. Bazı ülkelerde,

devlet politikası olarak sağlık hizmetinin SED'ten bağımsız herkese eşit verilmesi sonucunda, dikey olarak sağlık hizmetinden alınan payın artması ve sağlık yönünden refahın yükselmesi ise A harfi ile gösterilmiştir.

Sağlık alanında SED'in bu kadar önemli olmasından dolayı pek çok çalışma içinde SED seviyesini belirleyebilmek için sorular yöneltilir. Ancak yapılan çoğu çalışmada genellikle SED belirlemek için oturuş bölgesi, maaş ya da eğitimle ilişkili gidilen okul gibi, bir ya da iki kriterden yola çıkarak veri toplandığı görülmektedir. Oysa şunu da biliyoruz ki SED'i belirlemek için ne kadar çok veri kaynağı kullanılırsa elde edilen sonuçlar da o kadar güvenilir olur.

Şekil 1. Sağlık alanında SED



SED nasıl ölçülür?

Tasarım ve planlama

Daha önce de bahsedildiği gibi SED pek çok değişkene bağlı olduğundan doğrudan ölçülemez. Bu özelliği ile SED, fiziksel bir değer değil, karmaşık bir yapıdır. Yapılan ölçümler sonucunda elde edilen SED bulguları bireyin sosyal hiyerarşideki yükselmesini ve yerini özetler.

Modern sosyal bilimlerin amacı SED'i ölçmek ve bunun zaman içinde nasıl değiştiğini anlamaktır. Oysa sağlık bilimlerinde hedef, sağlığı etkileyen değişkenlerin SED'i ifade eden parametreler tarafından nasıl etkilendiğini anlamaktır. SED için pek çok ölçüm parametreleri vardır. "İnsanlar genellikle 25 yaşında ne yapıyorlarsa ileride de o işi yaparlar ve hayatları boyunca bir kariyer elde et-

mek için çalışırlar” anlayışı ile yakın zamana kadar SED’in en iyi ölçüm parametresi olarak mesleki prestij kullanıldı. Ancak bu genelleme, SED ölçümünde değişen yaşam şartları nedeniyle yanıltıcı sonuçlar verebileceğinden, veri toplamada daha fazla parametre kullanılmaya başlandı. Farklı bir açıdan bakacak olursak özellikle sanayi devrimi ile birlikte iş bulmak için göçler başlamış, insanın büyüdüğü toplumdaki içsel olarak belirlenen ve aileden gelen statüsü kaybolmuştur. Sosyal hiyerarşide eskiden kolay kolay değişmeyen SED, yeni iş imkanları ve bireylerin eğitim düzeylerinin artışı ile dikey olarak değişmeye başlamıştır. Bu yüzden SED belirlemede eskiden kullanılan ailesel statü yerine kişinin toplumdaki yeri, meslek, kazanılan para, eğitim düzeyi gibi daha farklı yöntemler yol gösterici olmaya başlamıştır.

Günümüzde SED ölçümleri için kullanılan yöntemleri ikiye ayırmak mümkündür.

1. Kompozit ölçümler: Birden çok veri kaynağının alınıp teker teker ölçülüp tek bir SED sonucunun çıkarılmasıdır.^[2] Yani bu ölçüm türünde SED yönünden sorulan soruların yanıtları kişi açısından bir katkı oluşturur.

2. Proksi ölçümler: Tek bir veriyi ele alıp bununla o kişinin SED seviyesini dolaylı yoldan ölçmeye çalışır.^[2] Örneğin, yıllık kazanılan gelir gibi tek bir etki alanı, ilgili konuyu SED verilerine yansıtır. Dolayısıyla SED’i belirleyen her etki alanının araştırılan konuyu yönlendirmedeki etkisi hesaplanır.

Kompozit Ölçümler

Bu ölçümler potansiyel olarak gelişmiş ölçüm sonuçları verir. Ancak bunun için güçlü ve doğru verilerin toplanması gerekir. Eğer doğru veri toplanmazsa sonuçlar da yanlış olur.^[2] Bu gruba giren birçok ölçüm yöntemleri bulunmaktadır.

Duncan Sosyoekonomik İndeksi (Duncan SEI & Nam-Powers OSS): Bu ölçümde ana mantık eğitim ve gelir düzeyi ilişkisidir. Eğitim meslek için ön şart, sonucu da gelirdir. Ölçülen gelir ve eğitim durumu tek bir sayısal veride birleştirilir. Yani çıktısı sosyoekonomik düzeyi gösteren tek bir değerdir. Mesleki statü nesnel bir belirteç olmasından dolayı burada daha fazla öne çıkar. Yani prestiji araştırmak yerine, mesleki statü araştırılarak SED belirlenmeye çalışılır. Ankette insanların meslekleri sorulur, ancak toplumdaki statüleri bilinemez.^[2]

Ev Halkı Prestij Ölçeği (Household Prestige Scale): Bu göstere çok yaygın olarak kullanılır. Bu ölçme sisteminde hane halkının toplam gelir, harcama ve kaynaklarından kişinin SED’ine ulaşılmaya çalışılır. Hane içindeki gelir ve harcama, dayanıklı mallar (TV, araç gibi) ve mülkiyetin özellikleri ele alınır.^[4,9,10]

CAPSED: 2003 yılında Oakes ve Rossi’nin yaptığı çalışmada Maddi Sermaye (Material Capital), İnsan Sermayesi (Human Capital) ve Sosyal Sermaye (Social Capital) terimlerindeki sermaye (capital) kelimesi ile ilişkilendirilerek adlandırılan bu ölçekte SED, bireyin kaynaklara ulaşma durumu olarak tanımlanmıştır.^[2,8] Kaynak ile kastedilen kişinin maddi varlığı, yeteneği ve sosyal ilişkileridir. Maddi sermaye ile kişinin var olan maddi varlığı ve bu varlığa daha sonra da kişinin erişebilirliği (faizdeki paralar, fonlar gibi); kişisel sermaye ile beceri, yetenek ve hekimlik bilgileri; sosyal sermaye ile kişinin sosyal çevresi ve arkadaşlıkları değerlendirilir. SED belirlemede kişinin maddi sermayesi ve kişisel sermayesi yanında sosyal sermayesi de önemlidir.

Çünkü yapacağımız çalışmalarda evrenden alacağımız gruplarda henüz belirli bir maddi sermayeye ulaşmamış ya da kişisel sermayesini ortaya koyamayacak gruplar da olacaktır. Örneğin mesleği ya da parası olmayan çocukların SED ölçümü ailelerinin SED’i ölçülerek gruplandırılır. İnsanlar sosyal gruplar arasında geçişler de yaşarlar. Örneğin yeni mezun bir kişinin parası yeterli değildir, fakat sosyal ilişkileri SED’teki yerinin belirlenmesinde yardımcı olur. Yine Oakes’e göre gelir ve eğitim düzeyi sosyal sermayeye göre daha baskındır.^[2] Örneğin gelir düzeyi düşük olan çok az sayıda insan, gerçek hayatta bir doktor ya da avukat gibi eğitim, gelir ve sosyal statü gerektiren mesleklerden gelen bir kişiyle arkadaş olma fırsatı yakalar.

Cambridge Ölçeği (Cambridge Scale) ya da CAMSIS-Cambridge Sosyal Etkileşim ve Tabakalandırma Ölçeği (Cambridge Social Interaction and Stratification Scale): Bu hiyerarşik sosyal bir mesafe ölçeğidir. Kişinin sosyal yapı ve niteliğini belirlemek için sosyal etkileşim örneklerini kullanır. Benzer meslek grubundaki insanların yaşam tarzları, dostlukları ve sosyal hiyerarşideki yerleri de benzerdir. Buradan yola çıkarak belirli bir sınıflama yapılmaya çalışılır.^[11]

Tablo 1. Mesleğe dayalı sosyoekonomik göstergeler: Teorik temeli ve gruplama^[11] (Orijinal metinden izin alınarak kullanılmıştır)

PRESTİJ, BECERİLER	Genel Sosyal Sınıf Şeması*	I- Profesyonel II- Orta III-N Vasıflı, bedensel çalışmayan III-M Vasıflı, bedensel çalışan IV- Kısmen vasıflı V- Vasıfsız VI- Silahlı kuvvetler (Bu kategori sağlık çalışmalarında genelde dışlanır.)
	Eğitim ve Gelire Dayalı Amerikan Nüfus Sayımı Sınıflaması	1. Yönetici ve profesyoneller 2. Teknik, satış ve idari destek alanında çalışanlar 3. Hizmet işleri 4. Tarım, ormancılık ve balıkçılık ile uğraşanlar 5. El sanatları ve onarım işi ile uğraşanlar
ÇALIŞMA İLİŞKİLERİ	Ericson ve Goldthorpe Sınıf Şeması	I- Yüksek dereceli profesyoneller, yöneticiler ve memurlar; büyük sanayi yöneticileri; büyük sermaye sahipleri II- Düşük dereceli profesyoneller; yöneticiler ve memurlar, yüksek dereceli teknisyen, küçük sanayi yöneticileri; bedensel olarak çalışmayan işçilerin denetçileri IIIa- Rutin bedensel olarak çalışmayanlar: Yüksek IIIb- Rutin bedensel olarak çalışanlar: Düşük IVa- Çalışanları olan küçük sermaye sahipleri IVb- Çalışanları olmayan serbest meslek sahipleri IVc- Çiftçiler / küçük çiftlik sahipleri V- Ustabaşı ve teknisyenler VI- Vasıflı işçi VIIa- Kısmen vasıflı ya da vasıfsız işçi VIIb- Tarım işçileri
	NS-SEC	1. Üst düzey yönetici ve profesyonel işverenler 2. Alt düzey yönetici ve profesyoneller 3. Orta sınıf çalışanlar 4. Küçük işverenler ve kendi hesabına çalışanlar 5. Ustabaşılar, el sanatları ile ilgili çalışanlar 6. Kısmen rutin işlerde çalışanlar 7. Rutin işlerde çalışanlar 8. Uzun zamandır işsiz veya hiç çalışmamış
SOSYAL MESAFE (Yaşam tarzı, sosyal etkileşimler ve kaynaklar bakımından)	Cambridge Ölçeği	I- En az avantajlı II III IV ... En avantajlı (Sürekli ölçek, isteğe bağlı olarak gruplandırılabilir)
MÜLKİYET VE SINIF İLİŞKİLERİ - SOSYAL SINIF	Wright'ın Sınıflaması	1. Sermaye sahibi 2. Küçük işveren 3. Küçük soylular 4. Uzman yönetici 5. Nitelikli yönetici 6. Nitelikli olmayan yönetici 7. Uzman denetçi 8. Vasıflı denetçi 9. Vasıfsız denetçi 10. Uzmanlar 11. Vasıflı işçiler 12. Vasıfsız işçiler
	Lombardi ve ark.	1. Proletarya altı (işsiz ya da mevsimlik işçiler) 2. Tipik proletarya (vasıfsız veya bedensel işlerde çalışan kısmi vasıflı işçiler) 3. Atipik proletarya (hizmet ve finans alanında çalışan vasıfsız veya kısmi vasıflı çalışanlar) 4. Geleneksel küçük burjuva (küçük işletme sahipleri ve serbest çalışanlar) 5. Yeni küçük burjuva (üniversite eğitilmiş profesyoneller) 6. Burjuva (büyük işletmeciler)

* Çeşitli gelişmiş ülkelerde toplumsal kayıtların tutulduğu resmi dairelerin kullandığı sınıflama şeması (Registrar General).

NS-SEC-Birleşik Krallık Ulusal İstatistik Sınıflaması (UK National Statistics Classification): İngiltere’de SED’in temel ölçüm birimidir. Ancak karmaşık bir yapıya sahiptir. Kişinin mesleğinin pek çok boyutu kullanılarak SED hesaplanır.^[2,12] Mesleksel olarak kişiler 8 sınıfta toplanır.^[11]

1. *Üst düzey yönetici ve profesyonel işverenler*
2. *Alt düzey yönetici ve profesyoneller*
3. *Orta sınıf çalışanlar*
4. *Küçük işverenler ve kendi hesabına çalışanlar*
5. *El sanatları ile ilgili çalışanlar*
6. *Yarı zamanlı rutin işlerde çalışanlar*
7. *Rutin işlerde çalışanlar*
8. *Uzun zamandır bir yerde çalışmamış olanlar*

Yukarıda bahsettiğimiz kompozit ölçümlerde doğru ve kesin sonuç için verilerin doğru biçimde toplanması gerekir. Yine SED ölçümlerinde kişilerin prestij, çalışma ilişkileri, yaşam tarzı ve sosyal sınıf gibi kavramları göz önüne alındığında pek çok farklı sınıflama olmakla beraber, **Tablo 1**’de yararlanılabilecek birkaç teorik ve temel gruplama verilmiştir.

Proksi (univariate) ölçümler

Proksi ölçeklerin (univariate ölçekler) avantajı potansiyel olarak kolayca toplanabilen basit sayısal değerler sunmasıdır. Dezavantajı ise SED ölçümlerinde istenen zenginlik ve detaylı sonuçların alınamamasıdır.

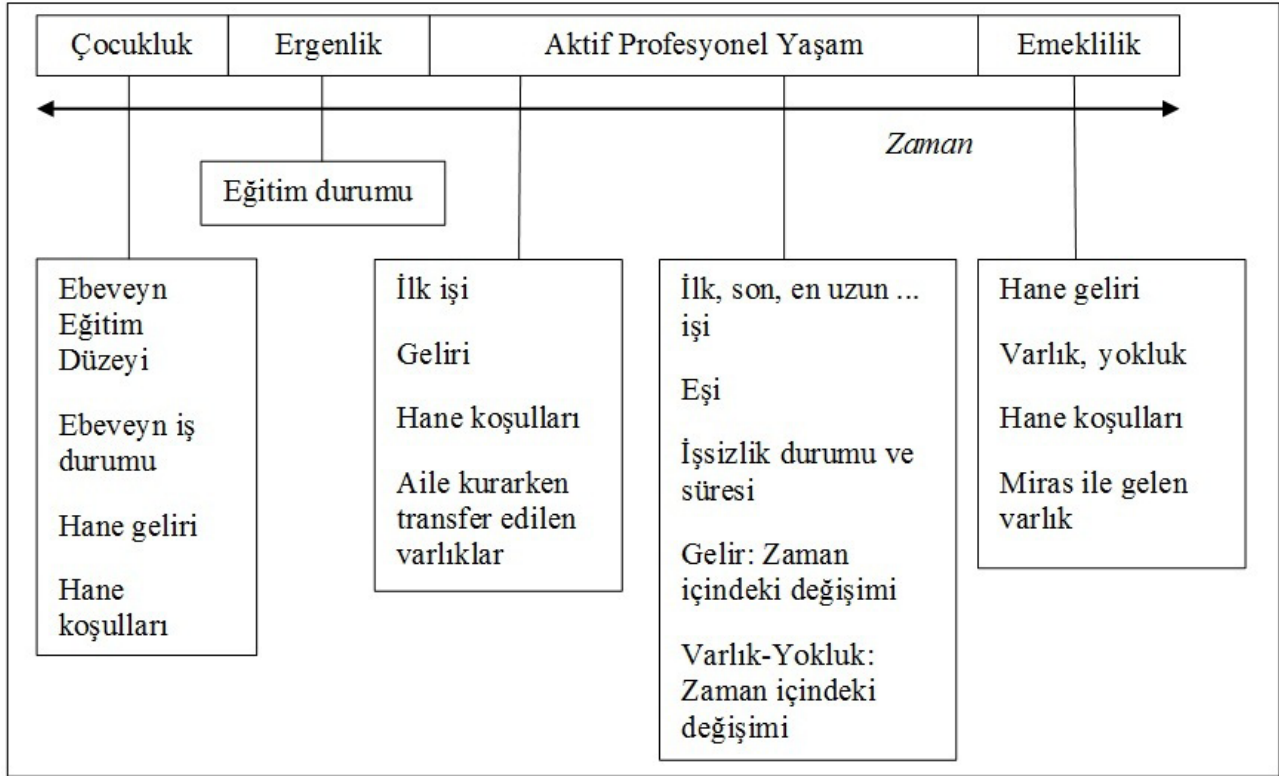
1. En çok kullanılan proksi ölçüm aracı kişilerin geliridir. Bu ölçümlere esas alınan gelire, yıllık toplam miktar üzerinden bakılır. Bu fikrin arkasında yatan temel neden, kişilerin yıllık gelirlerinin onların satın alabilme yeteneklerini ölçmesinden kaynaklanmaktadır. Bu ölçüm yapılırken araştırmacı, anket yapılan kişiye ya tam olarak yıllık gelir miktarını sorar ya da vergi gibi dolaylı verileri sorgulayarak veri toplar. Gelir ölçümü ile ilgili karşılaşılabilecek sorunlardan biri anketi cevaplayanların gelirini söylemek istememesi ya da doğru gelir beyanında bulunmamasıdır. Ayrıca kişinin gelirinde yıl içinde değişkenlik olması da, bu soruya verilen yanıt olumsuz etkileyen etmenlerdendir (işten ayrılma, yeni işe girme, terfi, çiftçilerde hasat zamanı gelir ile diğer aylardaki gelir gibi). Bunun yanı sıra, “gelir” ile kast edilen fi-

nansal girdinin, tüm kaynaklardan elde edilen paramı, yoksa çalışılarak elde edilen paramı olduğu tartışmalıdır. Yani herkesin geliri yalnızca yasal olarak çalıştığı işten aldığı para olmayabilir. Kira gelirleri, açıklanmak istenmeyen ek işler, miras gibi ek gelirler yapılan değerlendirmeyi etkiler. Sonuç olarak gelir düzeyi, pek çok etmen arasından kişinin varlık durumu ve yaşı gibi etmenlere göre de değiştiğinden, tek başına satın alma gücünü belirlemeyebilir.

2. Kişinin zenginliği, paranın bir seferlik akışı değil kaynağın sürekli bulunmasıdır. Bu nedenle banka hesapları, gayrimenkul değerler, işyeri sahipliği gibi diğer maddi gelir getiren şeylerle bağlantılıdır. Varlık, hayat boyu kazanılıp ileriki kuşaklara aktarılır. Varlık ölçümü güvenilirdir. Ancak bu ölçüm pratikte zordur. Çünkü her zaman doğru olarak cevaplanmaz.

3. Sosyoekonomik seviyenin yüksek olduğuna dair bir başka gösterge eğitim durumudur. Eğer bir insan 25 yaş ve üzerinde eğitimine halen devam ediyorsa, prensipte başarılı bir insan olarak kabul edilebilir. Bunun ölçümü kolay, cevabı da doğru olur. Eğitim ile ilgili soru iki şekilde sorulabilir; ya “Kaç yıl eğitim gördünüz?” ya da “En son hangi okuldan mezun oldunuz?” şeklinde sorular yönlendirilir. Bu sorular içinde en son bitirilen okul sorusu daha değerlidir. Ancak cevaplardaki eğitim seviyesi düşüklüğü zekanın (IQ) düşüklüğünü göstermez. Öte yandan toplumda iyi eğitim almış fakat düşük gelirli insanlar olduğu gibi eğitimi düşük olup geliri yüksek insanlar da bulunmaktadır. Ayrıca eğitimi ölçen çalışmalar konuya bireysel olarak yaklaşmakta ve evde yaşayan diğer insanların eğitim seviyesini ölçmemektedir. **Şekil 2**’de yaşam dönemlerine göre ağırlık verilecek proksi ölçüm soruları gösterilmiştir.

4. Son 5-10 yıldır araştırmacılar SED ölçümü sırasında bireyin yaşadığı çevreyi de ele almaktadırlar. Sosyal yapının insanları SED’e göre ayırdığı, dolayısıyla yoksulun yoksul ile zenginle zenginle yaşadığı düşünülmektedir. Yoksul, iş ve eğitim fırsatı için çabalarken, zengin daha iyi hizmete ulaşmak için sosyal ilişkilerini güçlendirmektedir.^[7] Ancak mahalle ölçümleri bireysel SED ile uyumlu olmayabilir. Fakat insanların yaşamak için seçtikleri yer tercihlerinin de sosyal statüyü gösterdiği bir gerçektir. Bu nedenle SED’in en iyi göstergelerinden biri de sahip olunan evin değeri ve büyüklüğüdür.



Şekil 1. Yaşam dönemlerine göre ağırlık verilecek SED proksi soru türleri^[13] (Orijinal metinden izin alınarak kullanılmıştır)

Sonuç

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de SED belirlemede birlik oluşturulamamıştır. Dolayısıyla çeşitli ölçümlerden hangisini kullanmak gerekir sorusuna verilecek yanıt, bu kararın yapılacak araştırmanın yapısına göre olması gerektiği yönünde olacaktır. Bu yüzden ulaşılabilen her soru ile SED ölçümü çok yönlü olarak yapılmalıdır.

Ülkemizde 1994-2009 yılları arasında SED göstergesi kullanılan 209 makale (%8,74) bulunmuş olup, bunlar içerisinde en sık eğitim durumu SED ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte hiçbir çalışmada SED göstergelerinden köken olarak sosyal sınıf belirlenip bir değişken olarak kullanılmamıştır.^[1] Bunun nedeni çoğunlukla kompozit anketler yerine proksi soruların tercih edilmesindedir.

Tıp alanındaki çalışmalarda SED bir konu için kullanılabilmeyle birlikte, SED ile ilişkili olan iki konuda karşılaştırma yapmak için de kullanılabilir.^[2] Örneğin, sigara içilmesinin akciğer kanseri ile ilişkisinde yeterli SED ölçümü yapılmadan yanlış hesaplamalar yapılabilir. Çünkü SED hem sigara içimi hem akciğer kanseri görülmesi üzerine etkilidir.^[1] Bu yüzden SED ölçümü yapılmadan bu konuda yapılan değerlendirmeler yanlış olacaktır.

Sosyal bir bilim olan tıbbın temsilcisi hekimler ve araştırmacıların, sağlık politikalarına yön vermesi beklenen çalışmalarında, sadece sağlığı değil,

onu belirleyen sosyoekonomik etkenleri de dikkate alması ve sağlık ile ilişkisini ortaya koyması gerekir. Sağlıkla ilgili konulara salt tıbbi yaklaşım, tıbbın sosyal yönünü göz ardı etmek anlamına gelecektir. Oysa sağlığı belirleyen çok sayıda sosyal ve ekonomik etmen vardır. Sağlıkla ilgili çalışmalarda sağlığa ve bireye bütüncül yaklaşılarak sosyal ve ekonomik çevrenin de değerlendirilmesi gereklidir.^[1] Tıp alanında yapılan çalışmalarda bize yön verebilecek SED belirleme soruları elbette çok geniş bir yelpazede ele alınabilir. **Tablo 2** bu alandaki sorulara örnek olabilecek bazı soru formlarını ve yanıt şıklarını içermektedir.

Bu sorular yapılandırılmamış soru formuna, yani proksi anketlere örnek olabilecek niteliktedir. Her sorunun SED’i belirleyen kendi başına bir değeri bulunmaktadır. İncelenen sağlık parametresiyle ilişkisi de bağımsızdır. Dolayısıyla bu tip sorular kullanıldığında genel olarak hastayı tanımlayan bir SED’den söz edilemez. Ancak SED’i belirleyen ilgili değişkenin, ölçülen sağlık parametresiyle ilişkiden bahsedilebilir. Örneğin, bu soruların analizi, “gelir düzeyi orta ve altında olan toplum kesimlerinde obezite prevalansı daha yüksek” tarzındaki yorumlara izin vermektedir. Tüm proksi sorularının sağlık değişkenleri ile ilişkileri tek tek tespit edilerek genel SED’in sağlık değişkeni ile ilişkisi üzerine tahmini bir yorum yapılabilir. Örneğin, “SED belirlemek için sorulan soruların %60’ında

obezite ile ilgili doğrusal bir ilişki bulunmuş olup, sosyal ve ekonomik olanaklar sınırlandıkça hastalık hızının arttığı gözlenmiştir” tarzında yorumlar yapılabilir. Kompozit bir ölçek kullanmış olsaydık, tüm SED sorularının yanıtları, SED üzerine etkileri bakımından derecelendirmiş ve yanıtların sınıflandırılması sonucunda bir katsayı elde etmiş olurduk. Bu katsayı bize hastanın SED bakımından düzeyini tespit eder ve kişinin temsiliyet bakımından içinde yaşadığı topluluktaki yerini gösterirdi. Hastalık parametreleri de bu katsayı ile ilişkilendirilerek değerlendirilir ve SED’in sağlık değişkenine etkileri saptanabilirdi. Ancak daha önce de belirtildiği gibi kompozit ölçeklerde temel sorun “kullanılan ölçek, incelenen toplumu yansıtmaya yeterliğine sahip midir?” sorusuna verilen yanıtın her zaman veya her toplum için “evet” olmamasıdır.

Ülkemizde özellikle tıp disiplininde araştırmaların sayısı ve niteliği hızla artmaktadır. Buna paralel olarak bu yayınların sonuçları doğrultusunda sağlık politikaları üreten, eğitim içeriği oluşturan, hizmet kapsamı geliştiren kişilerin sayısı ve gereksinimleri de artmaktadır. Özellikle epidemiyolojik saha çalışmaları ve birinci basamak sağlık hizmetleri kökenli bilgiler kanımızca daha etkili rol oynamaktadırlar. Bu bağlamda sağlık araştırmaları tasarlanırken sosyodemografik sorgulamalar rastgelelikten uzaklaşarak, bu soru bölümünü gerçekten çalışmanın uygulandığı toplum kesimi veya kesimlerini tanımlayacak nitelikte SED ölçek sorularından oluşturulmaya dikkat edilmelidir. Ölçülen sağlık parametrelerini doğru bir şekilde SED göstergeleri ile ilişkilendirebildiğimizde ürettiğimiz çalışmaların değerinin daha da artacağına şüphe yoktur.

Tablo 1. SED belirlemede proksi ölçek özelliklerine göre tasarlanmış bazı sorular ve yanıtları

Ailenizdeki birey sayısı (siz dahil)	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyorum <input type="checkbox"/> 2-3 kişi <input type="checkbox"/> 4-5 kişi <input type="checkbox"/> 6-7 kişi <input type="checkbox"/> 8 ve yukarı	Hane içinde kimler gelir getiren bir işte çalışmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)	<input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Erkek çocuk <input type="checkbox"/> Kız çocuk <input type="checkbox"/> Evdeki akraba
Eğitim durumunuz	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite / yüksekokul <input type="checkbox"/> Üniversite Lisansüstü	İş durumunuz	<input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Çiftçi <input type="checkbox"/> Vasıfsız (inşaat, tarım, mevsimlik, geçici işçi...) <input type="checkbox"/> Vasıflı işçi (usta, kalfa...) <input type="checkbox"/> Esnaf - Tüccar <input type="checkbox"/> Özel sektör <input type="checkbox"/> Kamu çalışanı <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Diğer...
Yaşadığınız Yer	<input type="checkbox"/> İl <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> Semt <input type="checkbox"/> Belde <input type="checkbox"/> Köy	Aşağıdaki ihtiyaçlardan hangisini karşılamakta güçlük çekiyorsunuz? (Öncelik sırasına göre 3 şık numaralandırınız)	<input type="checkbox"/> Güçlük çekmiyorum <input type="checkbox"/> Gıda <input type="checkbox"/> Giyim <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Sağlık <input type="checkbox"/> Yakacak <input type="checkbox"/> Eğitim <input type="checkbox"/> Ev eşyası
Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış veya ayrı <input type="checkbox"/> Dul	Günlük haberleri nereden takip edersiniz?	<input type="checkbox"/> Günlük gazete alırım <input type="checkbox"/> İnternette izlerim <input type="checkbox"/> Televizyondan <input type="checkbox"/> İzlemem
Yaşadığınız konut tipi	<input type="checkbox"/> Gecekondu <input type="checkbox"/> Köy evi <input type="checkbox"/> Müstakil ev <input type="checkbox"/> Apartman dairesi <input type="checkbox"/> Lojman <input type="checkbox"/> Yurt/Bakım evi	Aşağıdakilerden hangisine sahipsiniz? Lütfen boşluklara sayısını belirtin. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)	<input type="checkbox"/> Ev ... <input type="checkbox"/> Yazlık ev ... <input type="checkbox"/> Otomobil ... <input type="checkbox"/> Kamyon – Kamyonet ... <input type="checkbox"/> Ev arsası ... <input type="checkbox"/> Tarla/Arazi ... <input type="checkbox"/> Dükkan ...

Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu	<input type="checkbox"/> Kendi evi <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Kira ödemededen oturuyor	Arabanız varsa, kaç yılda bir yenileyebiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 2 yıldan daha kısa aralıklarla <input type="checkbox"/> 3-4 yıl arayla <input type="checkbox"/> 5-6 Yıl arayla <input type="checkbox"/> 7 yıl ve daha uzun aralarla
Yaşadığınız konutta bulunan	Oda sayısı: ... Banyo sayısı: ... Mutfak sayısı: ... Tuvalet sayısı: ...	Günde kaç gazete okursunuz?	<input type="checkbox"/> Gazete okumuyorum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ve üzeri
Oturduğunuz evin ısıtma düzeni nedir?	<input type="checkbox"/> Soba <input type="checkbox"/> Kalorifer <input type="checkbox"/> Diğer	Takip ettiğiniz kaç dergi var?	<input type="checkbox"/> Dergi almıyorum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ve üzeri
Oturduğunuz evi ısıtmakta kullandığınız yakıt nedir?	<input type="checkbox"/> Akaryakıt <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Kömür <input type="checkbox"/> Elektrik <input type="checkbox"/> Odun <input type="checkbox"/> Tezek / diğer	Yılda kaç kitap okuyabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Kitap okumuyorum <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7 ve üzeri
Ailenizin sahip olduğu eşyalar (birden fazla ise yanındaki kutucuğa sayısını yazınız lütfen)	<input type="checkbox"/> Bulaşık makinesi <input type="checkbox"/> Çamaşır makinesi <input type="checkbox"/> Masaüstü bilgisayar <input type="checkbox"/> Dizüstü PC/Tablet <input type="checkbox"/> Tüplü TV <input type="checkbox"/> Led ya da LCD TV <input type="checkbox"/> Klasik cep telefonu <input type="checkbox"/> Akıllı cep telefonu	Çocuklarınızın gittiği okul hangisine uygundur?	<input type="checkbox"/> Devlet okulu <input type="checkbox"/> Özel okul
Gelir durumunuz (ailenizin ortalama aylık geliri, evinize bir ayda giren para miktarı)	<input type="checkbox"/> 2000 TL altı <input type="checkbox"/> 2001-3000 TL <input type="checkbox"/> 3001-5000 TL <input type="checkbox"/> 5001-8000 TL <input type="checkbox"/> 8000 TL üzeri	Yakın görüştüğünüz arkadaş çevrenizde aşağıdaki eğitim seviyelerine sahip yaklaşık kaç kişi bulunmaktadır?	Üniversite mezunu... Yüksekokul mezunu... Lise ve dengi okullar... İlkokul mezunu... Eğitimsiz...
		Tatillerinizi genellikle nasıl geçiriyorsunuz? (Genelde yaptığınız tatile göre yanıtlayınız)	<input type="checkbox"/> Evde kalıyoruz <input type="checkbox"/> Akrabalara gidiyoruz <input type="checkbox"/> Pansiyon ve küçük oteller <input type="checkbox"/> Yüksek yıldızlı oteller <input type="checkbox"/> Tatil köylerine gidiyoruz <input type="checkbox"/> Yurt dışı tatillere gidiyoruz

Kaynaklar

1. Türkkan A. Sosyoekonomik durum göstergeleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;11(2):31-4.
2. Oakes M. e-source, Behavioral & Social Sciences Research; Measuring Socio-Economic Status. <http://www.esourceresearch.org/tabid/767/Default.aspx#> adresinden 18 Eylül 2014 tarihinde erişilmiştir.
3. Bowles S, Brighouse H, Gintis H, Wright EO. Recasting egalitarianism: New rules for communities, states and markets. 3rd ed. London-New York. VersoBooks: The Real UtopiasProjects (Book 3); 1999.
4. Globardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socio-economic position in health resarch. *Br Ned Bull* 2007;81-82:21-37.
5. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derease A, De Maese-neer J. Socio economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? *Patient Education and Counseling* 2005;56:139-46.
6. Power C, Matthews S. Origins of health in equalities in a national population sample. *Lancet* 1997;350:1584-9.
7. Duran M. pazarlama açısından sosyal sınıf kavramı. <http://mustafaduran.wordpress.com/2009/03/21/pazarlama-acisindan-sosyal-sinif-kavrami> adresinden 3Eylül 2014 tarihinde erişilmiştir.
8. Oakes JM, Rossi PH. The measurement of SED in health research: Current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine* 2003;56:769-84.
9. Vyans S, Kumaranayake L. Constructing socio-economic status indices: How to use principal components analysis. *Health policy and planning* 2006;21(6):459-68.
10. Wolff EN. Estimates of Household Wealth Inequality In The US. 1962-1983 *Review of Income and Wealth* 1987;33(3):231-56.
11. Galobardes B, Shaw M, Lawlor AD, Lynch WJ, Smith DG. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community-Health* 2006;60:95-101.
12. Chandola T, Jenkinson C. The new UK national statistics socio-economic classification (NS-SEC); investigating social class differences in self reported health status. *Journal of Public Health Medicine* 2000;22(2):182-90.
13. Galobardes B, Shaw M, Lawlor AD, Lynch WJ, Smith DG. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community-Health* 2006;60:95-101.

Geliş tarihi: 03.12.2014

Kabul tarihi: 25.12.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.03.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Altuğ Kut

e-posta: altugkut@gmail.com

İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri

Obesity frequency in school children and related risk factors

Çağatay Savaşhan¹, Oktay Sarı², Ümit Aydoğan³, Muhammed Erdal⁴

Özet

Amaç: Çocukluk çağı obezitesi ileride erişkin obezitesi olarak devam etmesi, komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalitede ciddi artışlar yaşanması ve en önemlisi de çoğunlukla önlenemez olması nedeniyle dikkat edilmesi gereken bir sağlık problemidir. Çalışmamızda, 6-11 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı ve gelişiminde rol oynayan faktörleri araştırdık.

Yöntem: Ankara'nın Yenimahalle ilçesinde bulunan 71 ilköğretim okulundan küme örnekleme ile rastgele seçilen 32'sinde 6-11 yaş arasındaki 3963 çocuk ve ebeveynleri çalışmaya alındı. Çocukların ve ebeveynlerinin yaş, boy, kilo ve cinsiyetleri, çocukların iştah durumu, hazır yiyecekleri (atıştırma) tüketme sıklıkları, ebeveynlerin eğitim ve gelir durumları ve çocukların televizyon ve bilgisayar başında geçirdikleri süre değerlendirildi. Katılımcıların beden kit-le indeksleri hesaplanarak sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çocukların %11,1'i (s=438) kilolu ve %7,5'i (s=299) obez olarak saptandı. Hem anne hem de babası obez olan çocuklarda obezite görülme sıklığı %15,7 (s=18) idi. Anne ve babaların beden kit-le indeksleri arttıkça çocuklardaki obezite sıklığının da arttığı saptandı (p<0,001). Obez çocukların %64,9'unun ebeveynleri, çocuklarının kilosundan memnundu. Hem anne hem de baba obez olanlarda ise çocuklarının kilosundan memnun olma sıklığı %72,2 olarak bulundu. Her üç çocuktan ikisinin yemek öğünlerinde sorunu vardı ve çocukların %48,2'sinin düzenli sabah kahvaltısı alışkanlığı yoktu. Tüm çocukların %69,6'sının öğün aralarında abur-cubur atıştırma alışkanlığı vardı. Televizyon veya bilgisayar karşısında daha fazla vakit geçiren çocuklarda obezite görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamızın temel sonuçları çocukluk obezitesinde beslenme alışkanlıkları ve sedanter yaşamın önemli rol oynadığı şeklindedir.

Anahtar sözcükler: Obezite, çocuk, beslenme alışkanlıkları.

Summary

Objective: Childhood obesity is a health problem that should be taken into account for the fact that it progresses as adult obesity; serious increases occur in morbidity and mortality due to complications; and most importantly, it can be generally prevented. In our study, we researched obesity frequency in children at 6-11 years of age, and the factors that play a role in its development.

Methods: 3963 children at 6-11 years of age from 32 of 71 elementary schools located in Yenimahalle district of Ankara along with their parents were selected to participate in the study. Age, height, weight, and gender of children and their parents; appetites of the children; their frequency of consuming fast food; their parents' level of education and income; and the time spent by the children on TV and computer were evaluated. BMI (body mass index) values of the participants were calculated and compared with their socio-demographic characteristics.

Results: It was found that 11.1% (n=438) of the children were overweight, and 7.5% (n=299) of them were obese. Frequency of obesity was 15.7% (n=18) in the children whose mothers and fathers were both obese. It was found that frequency of obesity increased as BMI averages of children's mothers and fathers increased (p<0.001). 64.9% of the parents of the obese children were pleased with their children's weight. It was found that the frequency of being pleased with children's weight was 72.2% in cases where both mothers and fathers were obese. Two out of every three children had problems in meals, and 48.2% of the children did not have a habit of regularly having breakfast. 69.6% of all children had a habit of eating junk food between meals. The frequency of obesity was found to be high at a significant level in the children who spent more time on TV and computer (p<0.05).

Conclusion: Result of this study shows that eating habits and sedentary life style play an important role in childhood obesity.

Key words: Obesity, children, eating habits.

1) TSK Sağlık Komutanlığı, Aile Hekimliği Uzmanı, Kocaeli
2) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Ankara
3) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Ankara
4) TSK Sağlık Komutanlığı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., İzmir

Obezite, vücutta aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan, fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olabilen bir enerji metabolizması bozukluğudur. Sadece ileri yaşlarda değil, çok küçük yaşlardan itibaren görülebilmektedir. Erişkinlerin büyük çoğunluğundaki obezite başlangıcının, çocukluk çağlarına uzandığı bilinmektedir.^[1,2] Özellikle intrauterin gelişme geriliği olan bebeklerde yağ dokusu, karaciğer, beta adacık hücreleri, böbrek ve vasküler sistemi etkileyen, erişkin başlangıçlı metabolik bozuklukların ortaya çıkması söz konusudur. Bu bozukluklar, obezite gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle ve çeşitli metabolik olmayan faktörlerin etkisiyle çocuklar yetişkinlik döneminde obez olmaya yatkındırlar.^[3]

Kalıtım, cinsiyet, etnik köken, sedanter yaşam biçimi ve fiziksel aktivitenin azlığı gibi gerek genetik, gerekse çevresel birçok faktör obeziteden sorumludur.^[4,7] Özellikle beslenme alışkanlığının hazır yiyecek türüne kaymasının, ayaküstü yenilen hamburger, patates kızartması gibi yiyeceklerin fazla tüketilmesinin obezite gelişiminde etkisi fazladır.^[8] Sonuçta obezitenin önemli bir risk faktörü olduğu hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, diyabet gibi birçok kronik hastalık açısından yetişkinler kadar, çocuklar da önemli risk altındadır.^[9,11]

Günümüzde endüstriyel gelişime paralel olarak şehir yaşamının artmış olması, çalışan ebeveyn sayısındaki artış; yaşam tarzımızın değişmesine ve besinlerde kullanılan ve obeziteye zemin hazırlayan endüstriyel maddelerin ve tüketime hazır ürünlerin öğünlerimizde daha fazla yer almasına yol açmıştır. Bu konudaki reklamların etkisi, hazır yiyecek ürünlerinin daha kolay ulaşılabilirliği ve daha ucuz olmasının da katkısı büyüktür. Ailelerin bu konuda yeterli bilince sahip olduğunu söylemek yanlış olur.^[12]

Çocukluk çağı obezitesi ileride erişkin obezitesi olarak devam etmesi, komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalitede ciddi artışlar yaşanması ve en önemlisi, çoğunlukla da önlenemez olması nedeniyle dikkat edilmesi gereken bir sağlık problemidir.^[13,14] Ebeveynlerin bu konuda bilinçlendirilmesi birinci basamakta koruyucu hekimlik açısından önem arz etmektedir.

Çocukluk çağında obezite prevalansı ülkeden ülkeye ve yıla göre önemli ölçüde değişmekle birlikte obezite oranları hala yüksek seviyede izlenmektedir ve alarm verici seviyededir. 2-19 yaş grubu ele alındığında 2003-2004 yıllarından beri değişiklik yoktur. 2011-2012 yıllarında bu yaş grubunda prevalans %17 civarında iken 6-11 yaş grubunda bu

oran %17,7'dir.^[15]

Ülkemizde okul çağındaki çocuklarda obezite prevalansını araştıran geniş tabanlı çalışmalar olmasa da bölgesel yapılan çalışmalarda obezite prevalansı %9 ile %27 arasında bildirilmiştir.^[16]

Gerek dünyada gerekse ülkemizde çocukluk çağı obezitesine yönelik yapılan çalışmalar, hastalığın ileriyeye dönük ciddiyeti açısından yeterli vurguyu sağlamadığı görüşündeyiz. Çalışmamız, ciddi bir halk sağlığı sorunu olan ve giderek boyutları artan obezitenin çocuklardaki tehlikesine yönelik tekrar vurgu yapmak, önlenemez risk faktörlerini ortaya koymak ve önlemini geç olmadan almak açısından önemli katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda, ilkökul çağındaki çocuklarda obezite sıklığı, ebeveynlerin obeziteye ve çocuklarının beslenme alışkanlıklarına yaklaşımları ve obezite gelişiminde rol oynayan risk faktörlerini araştırdık.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma için Ankara'nın Yenimahalle ilçesinde bulunan 71 ilköğretim okulu çalışmanın evrenini oluşturdu. Küme örneklem yöntemi ile 32 ilköğretim okulu rastgele seçilerek bu okullardaki 6-11 yaş arasındaki çocukların tamamı ve ebeveynleri araştırma kapsamına alındı. Çocuklara ait bilgilerin toplanabilmesi için resmi makamlardan yasal izinler alındı. Katılmak istemeyenler çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya her çocuğun ailelerine verilmek üzere, ailenin sosyodemografik özellikleri, çocuğun günlük aktivite durumu ve beslenme alışkanlıklarını içeren 12 soruluk bir form hazırlandı. Soru formunu değerlendirmek için, rastgele seçilen 10 ebeveynle yapılan ön uygulama sonrası form üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldı.

Soru formu ile çocukların ve ebeveynlerinin yaş, boy, kilo ve cinsiyetleri, çocukların iştah durumu, hazır yiyecek ve abur cubur türü yiyecekleri tüketme sıklıkları (hamburger, tost, patates kızartması, cips, simit, poğaça, bisküvi vb. yiyecekler, çikolata ve şekerlemeler, kola ve gazlı içecekler), ebeveynlerin eğitim ve gelir durumları ve çocukların televizyon ve bilgisayar başında geçirdikleri süre değerlendirildi. Ailenin toplam geliri; gelirim giderimi karşılamıyor, gelirim giderimle eşit ve gelirim giderimden daha fazla şeklinde gruplandırıldı.

Çocukların ağırlık ölçümleri elektronik tartı ile ayakta ve ceketleri çıkarılarak yapıldı. Boyları ise dik ve ağırlık iki ayağa eşit dağıtılmış pozisyonda, baş arkaya dik yaslanmış şekilde ve ayakta ölçüldü.^[17]

Obezite için her çocuğun yaşa ve cinsiyete göre beden kitle indeksi (BKİ) persentilleri, Neyzi standartlarına göre referans değerler esas alınarak belirlendi ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)–2007 referans değerleri esas alınarak sınıflandırıldı. BKİ 85-95 persentil arasında olanlar kilolu, 95 persentil üzerinde kalanlar ise obez olarak gruplandırıldı (**Tablo 1**).^[18]

karşılaştırmalarda Odd's ratio ve güven aralığı (GA) değerleri belirlendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 32 okulun tamamı devlet okulu olup, toplam 5001 öğrenci bulunmaktaydı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve soru formunda

Tablo 1. Çocuklarda Beden Kitle İndeksi persentil değerleri (kg/m²)

Yaş	Persentil Değerleri (%)			
	Erkek		Kız	
	85	95	85	95
6	17,2	18,5	17,5	19,1
7	17,6	19,1	17,8	19,7
8	18,2	19,9	18,4	20,4
9	19,0	21,0	19,2	21,5
10	20,1	22,5	20,2	22,6
11	21,7	24,5	21,3	23,8

Anne ve babaların BKİ değerleri 18,5–24,9 kg/m² arasında olanlar normal kiloda, 25,0-29,9 kg/m² arasında olanlar kilolu ve >30,0 kg/m² olanlar obez olarak gruplandırıldı.^[19]

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 11,5 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programından yararlanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile ölçüldü. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Numerik değişkenler için ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında nonparametrik testlerden Kruskal Wallis testi uygulandı. Bazı

eksik verileri olanlar çıktıktan sonra 3963 çocuk çalışmamıza dahil edildi. Çalışmamıza katılanların %51,1'i (s=2025) erkek, %48,9'u (s=1938) kızdı. Çocukların yaşlarına göre BKİ değerleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Yaş ve cinsiyetler açısından gruplandırılmış BKİ değerlerine göre çocukların %11,1'i (s=438) kilolu ve %7,5'i (s=299) obez olarak saptandı. Buna göre obezite sıklığı erkeklerde 6 yaşta (%14,8) kızlarda ise 8 yaşta (%11,9) en fazlaydı.

Anne ve babaların BKİ değerleri ise **Tablo 3**'de gösterilmiştir. Annelerinin BKİ ortalaması 25.05±4.1, babalarının ise 26.31±3.35 olarak bulundu. Hem anne hem de babası obez olan çocuklarda obezite görülme sıklığı %15,7 (s=18) idi; tüm çocuklardaki obezite

Tablo 2. Çocukların yaşlara göre BKİ değerleri

Parametreler	Yaş		BKİ			
	s	%	Ortalama±SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
6 yaş	66	1,7	16,08±2,76	15,31	10,59	26,47
7 yaş	652	16,5	16,33±2,83	15,97	9,47	36,73
8 yaş	866	21,9	16,83±2,85	16,32	9,33	35,08
9 yaş	922	23,3	17,19±2,82	16,76	8,96	32,00
10 yaş	917	23,1	17,55±2,90	17,15	10,97	37,30
11 yaş	540	13,6	17,83±2,70	17,54	10,96	30,61

sıklığına göre yaklaşık iki kat bir artış vardı. Anne ve babaların BKİ değerleri arttıkça çocuklardaki obezite sıklığının da arttığı saptandı (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$) (Tablo 4). Çocukların BKİ değerleri ile sadece anne veya sadece babalarının BKİ'leri

çocuklarının yemek öğünlerinde sorun olduğunu ve sorunu olan çocukların %48,2'sinin ($s=1910$) sabah kahvaltısı yapmadığını belirtti. Kahvaltıda sorunu olmayanlarda kilolu ve obez olma riski daha fazla idi [$p=0,001$; Odd's Ratio: 0,594 (GA: 0,492-0,717)].

Tablo 3. Anne ve babaların BKİ değerleri

BKİ		Çocuk					
		Normal		Kilolu		Obez	
		s	%	s	%	s	%
Anne	Zayıf	88	2,7	8	1,8	8	2,7
	Normal	1755	54,4	216	49,3	124	41,5
	Kilolu	1030	31,9	140	32,0	119	39,8
	Obez	353	10,9	74	16,9	48	16,1
Baba	Zayıf	14	0,4	4	0,9	2	0,7
	Normal	1239	38,4	118	26,9	81	27,1
	Kilolu	1605	49,8	236	53,9	153	51,2
	Obez	368	11,4	80	18,3	63	21,1

arasındaki ilişki incelendiğinde hem anne hem de baba açısından pozitif yönde anlamlı ancak zayıf bir korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0,137$; $p<0,001$ ve $r=0,160$; $p<0,001$). Yakın çevresinde obez bireylerin bulunması çocuklarda obezite görülme sıklığını artırmaktaydı [$p=0,009$; Odd's Ratio: 1,542 (GA: 1,264-1,882)].

Kilosu normal olan çocukların %70,1'inin, kilolu olanların %75,1'inin, obez çocukların ise %64,9'unun ebeveynleri, çocuklarının kilosundan memnun olduklarını ve çocuklarını kilolu olarak görmediklerini belirttiler. Hem anne hem de baba obez olanlarda, çocuklarının kilosundan memnun olma sıklığı %72,2 olarak bulundu (Tablo 4).

Evde sigara içilmesi, ebeveynlerin eğitimi ile obezite arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Anne ve babanın gelir düzeylerinin çocuk obezitesi ile ilişkili olduğu belirlendi, geliri fazla olan ailelerin çocuklarında kilolu ve obez olma riski daha fazlaydı [$p=0,001$, Odd's Ratio: 1,544 (GA: 1,244-1,917)]. Çalışmamızda yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında obezite kızlarda %15,7, erkeklerde %19,4 oranındaydı. Ailelerin gelir durumu arttıkça çocuklarda kilolu ve obez olma sıklığı artmaktaydı (Tablo 5). Annenin çalışıyor olması da obezite açısından bir risk faktörüydü [$p=0,006$, Odd's Ratio: 1,293 (GA: 1,078-1,549)].

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %74,0'ı ($s=2932$)

Tüm çocukların %69,6'sının öğün aralarında abur-cubur atıştırma alışkanlığı vardı. Bu oran obez çocuklarda %61 idi. Hamburger, tost vb. hazır yiyecek

Tablo 4. Anne ve babaların BKİ oranları ile çocuklardaki obez olma sıklığının karşılaştırılması

Çocuk BKİ grup	BKİ anne	p*
Normal	Ort± SD	24,9±4,0
	Min-maks	14,7-42,7
Kilolu	Ort± SD	25,7±4,4
	Min-maks	16,0-42,2
Obez	Ort± SD	26,0±4,1
	Min-maks	16,5-40,0
<0,001		
Çocuk BKİ grup	BKİ baba	p*
Normal	Ort± SD	26,1±3,3
	Min-maks	15,0-40,6
Kilolu	Ort± SD	27,1±3,6
	Min-maks	16,8-40,4
Obez	Ort± SD	27,3±3,5
	Min-maks	18,0-36,7
<0,001		

* Kruskal Wallis testi

Tablo 5. Ebeveynlerin çocuğun kilosundan memnuniyet durumları

Çocuğunuzun kilosundan memnunmusunuz?				
BKİ grup	Evet		Hayır	
	s	%	s	%
Normal	2261	70,1	965	29,9
Kilolu	329	75,1	109	24,9
Obez	194	64,9	105	35,1

alışkanlığı daha fazla olan çocuklarda obezite görülme sıklığı (%9,8), bu alışkanlığı az olan çocuklara (%7,1) göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p<0,03$).

Çocukların haftalık hazır yiyecek tüketim sıklıkları incelendiğinde haftada 2-3 kez ayaküstü (hazır yiyecek) beslenme en sık bulundu. Çocukların haftalık hazır yiyecek tüketim sıklıkları ile obezite görülme sıklığı arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Çocukların anne sütü alma süreleri ile obezite görülme sıklığı arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Çocukların tek başına anne sütü alma süresi ile BKİ arasında orta derecede bir korelasyon vardı ($r=0,032$, $p<0,046$).

Çocukların %59,7'si ($s=2367$), obez çocukların %64,9'u ($s=194$) günde iki saat üzerinde televizyon seyretmekteydi. Günde iki saatin üzerinde bilgisayar başında zaman geçiren çocukların oranı %14,3 ($s=566$) iken, obez olanlarda bu oran %14,4 ($s=43$) olarak tespit edildi. Katılımcılarda televizyon veya bilgisayar karşısında günde dört saat ve üzerinde vakit geçiren çocuklarda obezite görülme sıklığı daha az vakit geçirenlere göre [sırasıyla televizyon grubunda %7,8 ve %7,5, bilgisayar grubunda ise %9,5 ve %7,5] anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. Ebeveynlerin gelir durumlarına göre kız ve erkek çocuklarda obezite sıklığı

Çocuğun cinsiyeti	Gelir durumu	BKİ grup					
		Normal		Kilolu		Obez	
		s	%	s	%	s	%
Kız	Geliri giderinden az	923	84,1	99	9,0	76	6,9
	Geliri giderini karşılıyor	435	80,0	65	11,9	44	8,1
	Geliri giderinden fazla	223	75,3	44	14,9	29	9,8
Erkek	Geliri giderinden az	921	82,9	111	10,0	79	7,1
	Geliri giderini karşılıyor	466	80,1	71	12,2	45	7,7
	Geliri giderinden fazla	258	77,7	48	14,5	26	7,8

Tartışma

Çocukların beslenme alışkanlıklarının çok hızlı değişmesi, ülkelerin beslenme alışkanlıklarıyla yakından ilişkilidir. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklarda obezite giderek artan oranlarda görülmektedir. Ailesel yatkınlık, özellikle sabah kahvaltısı olmak üzere yemek öğünlerin atlanması ve öğün aralarında ayaküstü tarzı beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite azlığı gibi çeşitli faktörlerin, obezite oluşumunda önemli olduğu değerlendirilmektedir.^[20,21]

Literatürde, çocuklarda obezite prevalansı açısından ülkeler arasında farklılık bulunmaktadır. Ancak ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ve hazır yiyecek tarzı beslenme alışkanlıklarının artmasına paralel olarak obezite sıklığının artması tüm ülkeler için ortak bir bulgudur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1988-94 yılları arasında yapılan bir taramada 6-11 yaş arası çocuklarda, BKİ 95 persentilin üzerinde olanların oranı %13,7 (erkeklerde %14,7 ve kızlarda %12,5) olarak saptanmıştır. Bir önceki on yıllık döneme göre obezite prevalansı %54 oranında artış göstermiştir.^[14,22]

Çocuklar üzerinde obezite artış oranlarının gösterildiği çalışmalar yeterli değildir. Ancak yetişkinler üzerinde yapılan geniş kapsamlı TEKHARF çalışmalarında 1990 yılında obezite prevalansı %18,6 iken 2000 yılında %21,9 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar on yıl sonraki göreceli artış oranının %17,7 olduğunu belirtmişlerdir. Bu artışın çocuklarda da paralellik gösterdiği düşünülebilir.^[23]

Ülkemizde çocuklardaki obezite prevalansına yönelik yerel çalışmalar mevcuttur. Muğla'da yapılan bir çalışmada 6-15 yaş arasındaki toplam 4260 (2040 kız, 2220 erkek) çocuktan kız öğrencilerin %7,6'sının, erkek öğrencilerin ise %9,1'inin fazla kilolu

veya obez olduğu gösterilmiştir.^[21] 2003 yılında İstanbul Bakırköy’de sosyoekonomik seviyesi yüksek özel bir ilköğretim okulundaki 6-15 yaş arasındaki 299 çocukta obezite prevalansı %8,4 ve fazla kiloluluk prevalansı % 26,7 bulunmuştur.^[14] Ankara’da 1-11 yaş arası 180 çocukta yapılan çalışmada, 5 yaş üstü 56 çocukta erkek çocukların %44,4’ünün (12/27), kız çocuklarının ise %31’inin (9/29) normal kilonun üstünde olduğu görülmüştür.^[24] Yine İzmir’de 9-11 yaş arası 1024 çocuk üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada, sosyoekonomik durumu yüksek bölgelerde, az gelişmiş bölgelere göre obezite prevalansı daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla %1,7 ve %0,5).^[25] Görüldüğü gibi çalışma evrenleri ve örneklem büyüklükleri farklı olan bu çalışmalarda sonuçlar da oldukça değişken çıkmıştır. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, Muğla ve İzmir’de yapılmış olan geniş ölçekli çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Polonyada 6-13 yaş arası 1499 çocukta yapılan obezite prevalans çalışmasında; obezitenin en fazla olduğu yaş grubu; kentsel bölgede yaşayan erkek çocuklarda dokuz ve on, kız çocuklarda ise dokuz yaş idi. Kırsal kesimde ise erkeklerde 12, kızlarda yedi yaşında en fazla olduğu saptanmıştır.^[26] Çalışmamızda erkeklerde altı yaş, kızlarda ise sekiz yaşta obezite sıklığını en fazla bulduk. Bu farklılık obeziteye sebep olan sosyokültürel faktörlerin ülkeler arasında değişkenlik göstermesinden kaynaklanmış olabilir.

Genetik ve çevresel faktörlerin çocuklarda obezite ve kilo fazlalığı üzerine olan etkisi yadsınamaz. Ancak ebeveyn obezitesinin çocuklarda obezite gelişimine etkisi tartışmalıdır. Bu konuyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Almanya’da 5-7 yaş arası 3306 çocukta yapılan bir çalışmada çocukların BKİ değerleriyle ebeveynlerin BKİ değerleri ilişkili bulunmuştur ($r=0,272$; $p<0,01$). Çalışmada anne BKİ değerlerinin babalara göre daha yakından ilişkili olduğu saptanmıştır.^[27] Avustralya Ulusal Beslenme Araştırması analizinin, 7-15 yaş arası 1581 fazla kilolu veya obez çocukla ebeveyn beden kitle indeksi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında kilolu ve/veya obez anneye sahip çocuklarda obezite görülme sıklığı daha yüksek saptanmıştır.^[28] Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonuçları da buna paralellik göstermektedir. 10-12 yaş grubundaki 480 öğrencide yapılan çalışmada; ailesinde obez birey olanlarda, çikolata ve cips tüketenlerde, fiziksel aktivitesi az olanlarda, annesi tarafından yemek yemesi için baskı görenlerde obezite sıklığı daha fazla bu-

lunmuştur.^[29] Çalışmamızda da anne ve babaların BKİ ortalamaları arttıkça çocuklardaki obezite sıklığı artmaktadır.

Ülkemizdeki eskiden gelen inanişaya göre “gürbüz ve kilolu” çocukların sağlıklı olduğu inanişi günümüzde azalmış olmasına rağmen bu algıda olan ebeveyn sayısı çalışmamızda da görüldüğü üzere azımsanmayacak düzeydedir. Bu yaş grubundaki çocuklara sahip ebeveynlerin algılarının değiştirilmesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları konusunda eğitilmesi konusunda hekimlere önemli görevler düşmektedir. Anne ve babaların çocuklarının kilosundan memnuniyeti araştırılırken, memnun olmama nedenlerinin daha ayrıntılı araştırılmaması çalışmamızın eksik yönüdür.

Çocuklardaki obezite prevalansı, ebeveynlerin sosyoekonomik düzeylerinden de etkilenmektedir. Sosyokültürel düzeyleri daha yüksek toplumlarda yaşayan ebeveynlerin çocuklarında obezitenin daha fazla görüldüğü, ayrıca annenin çalışıyor olmasının da buna katkı sağladığı belirtilmiştir.^[30] Bu durum obezitenin beslenme alışkanlıklarıyla yakın ilişkisini de göstermektedir. Çalışmamızın verilerine göre hazır yiyecek tarzı beslenme alışkanlığının obezite gelişimine katkısı olduğu söylenebilir. Çocukların yarısının sabah kahvaltısı yapmaması, her üç çocukta ikisinin abur cubur atıştırma alışkanlığının olması, obezite gelişimine katkı yanında düzenli ve dengeli beslenme yetersizliği sonucunu da doğurmaktadır.

Obezite gelişiminde beslenme alışkanlıkları yanında küçük yaşta başlayan sedanter yaşam tarzının da etkili olduğu söylenebilir. Özellikle teknolojik ilerlemelere paralel televizyon ve bilgisayar başında geçirilen süre arttıkça obezite gelişiminde de artış yaşanmaktadır. Bu durum doğrudan sedanter yaşamla yakın ilişkilidir. Obezitenin önlenmesine yönelik olarak Metinoğlu ve arkadaşlarının^[29] çalışmasında belirttiği ve Amerikan Akademisinin önerisi doğrultusunda çocukların televizyon ve bilgisayar başında geçirecekleri sürenin günde 2 saatten fazla olmaması gerekliliği önemlidir. Çiftçili ve arkadaşlarının çalışmasında, günde iki saatten fazla televizyon izleyen 7-9 yaş arası çocuklarda BKİ ve tri-seps cilt kıvrım kalınlığı ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır.^[30] Öztora ve arkadaşlarının^[14] çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Süzek ve arkadaşlarının çalışmasında ise, günlük TV izleme süresinin obezite prevalansında istatistiksel olarak önemli olmadığı ancak televizyon izlerken bir şeyler yemenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.^[21]

Aslında obezite gelişimini etkileyen birçok faktör birbiriyle bağlantılıdır ve obeziteye katkı yapmaktadır. Ebeveynlerin obezite konusundaki yanlış algıları, endüstrileşmenin getirdiği bir sonuç olarak doğal yaşamdan uzaklaşılması, sedanter yaşam tarzı gibi nedenlerin obesiteye önemli katkıları olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Ebeveynlere ait BKİ değerlerinin hesaplanmasında, boy ve kiloları için ebeveynlerin beyanının esas alınması ve ölçüm yapılmaması, ebeveynler ile çocuklardaki obezite ilişkisinin değerlendirilmesinde daha nesnel sonuçlara ulaşmamızı engellemiş olabilir. Ayrıca anne ve babaların çocuklarının kilosundan memnuniyeti araştırılırken, memnun olmama nedenlerinin daha ayrıntılı araştırılmamış olması çalışmamızın eksik yönüdür. Ebeveynlere ait sosyoekonomik düzeyin irdelenmesinde, gelir düzeyleri için daha standart bir ölçüt kullanılması obezite ve gelir durumu ilişkisinin daha kesin olarak ortaya konulmasını sağlayabilirdi. Araştırmamızda bilgisayar ve televizyon karşısında geçirilen süre sorulmuş olmakla birlikte egzersiz konusunun araştırılmamış olması, araştırmanın diğer bir kısıtlılığıdır.

Sonuç

Çalışmamızın temel sonuçları çocukluk obezitesinde beslenme alışkanlıkları ve sedanter yaşamın

önemli rol oynadığı şeklindedir. 6-11 yaş arası çocukların %7,5'i obezdir. Anne ve babaların BKİ değerleri arttıkça çocuklardaki obezite sıklığı da artmaktadır. Çocukları fazla kilolu ve obez olan ebeveynlerin üçte ikisinden fazlası çocuklarının kilosundan memnun görünmektedir. Geliri giderinden fazla olan ailelerin çocuklarında obezite daha sık görülmektedir. Annenin çalışıyor olması obezite sıklığını artırmaktadır. Öğün aralarında atıştırma alışkanlığı olan çocuklarda obezite daha sıktır. Televizyon ve bilgisayar başında günde dört saatten daha fazla zaman geçiren çocuklarda obezite görülme sıklığı daha yüksektir.

Toplumda sıklığı giderek artan ve önemli bir sağlık problemi haline gelen obezitenin önlenmesine yönelik birinci basamakta yapılabilecek çok şey vardır. Tüm kronik hastalıkların tedavisinde ilk basamak yaklaşımı olan yaşam tarzı değişikliklerinin, birincil korumanın esası olarak hastalıklar oluşmadan ve çocuk yaştan itibaren benimsetilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Birinci basamağa başvuran tüm ailelerimizin yaşam tarzı değişikliği konusunda bilinçlendirilmesi, bu kapsamda düzenli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının çocuk yaştan itibaren kazandırılması, sedanter yaşamdan uzaklaşmaya yönelik fiziksel aktivitelerin yaşamın bir parçası haline getirilmesi obeziteyi önleme açısından yarar sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Gürel S, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. *DU Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;2(3):39-46.
- Zitsman JL, Inge TH, Reichard KW, et al. Pediatric and adolescent obesity: Management, options for surgery, and outcomes. *J Pediatr Surg.* 2014;49(3): 491-4.
- Günöz H. Obezite. *Pediatric İ'de.* Ed. Neyzi O, Ertuğrul T. Nobel Tıp Kitapevi, 2002;221-9.
- Taveras EM, Gillman MW, Kleinman KP, et al. Reducing racial/ethnic disparities in childhood obesity: the role of early life risk factors. *JAMA Pediatr.* 2013; 167(8): 731-8.
- Liu JH, Jones SJ, Sun H, et al. Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for childhood obesity: an urban and rural comparison. *Child Obes.* 2012;8(5):440-8.
- Güven A, Odacı H, Ozgen İT, Bek Y. Effects of individual factors on adolescent obesity: study in Turkey. *Pediatr Int.* 2008;50:356-62.
- Kelishadi R, Poursafa P. A Review on the Genetic, Environmental, and Lifestyle Aspects of the Early-Life Origins of Cardiovascular Disease. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2014;44(3):54-72.
- Larson N, Neumark-Sztainer D, Laska MN, Story M. Young adults and eating away from home: associations with dietary intake patterns and weight status differ by choice of restaurant. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(11):1696-703.
- Praveen PA, Roy A, Prabhakaran D. Cardiovascular disease risk factors: a childhood perspective. *Indian J Pediatr.* 2013;80(1): 3-12.
- Baker JL, Olsen LW, Sørensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med.* 2007;357:2329-37.
- Lobstein T, Baur L, Uauy R: International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev.* 2004;5(1):4-85.
- Hamşoğlu AB. Fastfood ürünleri satın alan tüketicilerin yaşam tarzlarını belirlemeye yönelik bir uygulama. *International Journal of Economic and Administrative Studies.* 2013;6(11):17-4
- Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gulnar S.B, Adıyaman P, Ocal G. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2005;58:163-6.
- Öztorun S, Hatipoğlu S, Barutçugil MB, Salihoğlu B, Yıldırım R, Şevketoğlu E. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2006;2:11-4.
- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2. *JAMA.* 2014;311(8):806-14.
- İnal S, Canbulat N. Çocukluk çağı obezitesine genel bakış. *Güncel Pediatri* 2013;11:27-30.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr* 2006;450:76-85.
- Neyzi O, Günöz H, Furman A ve ark. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51:1-14.
- Calculate Your BMI-Standard BMI Calculator. <https://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/BMI/bmicalc.htm> adresinden 13/04/2014 tarihinde indirilmiştir.
- Sebastian RS, Wilkinson Enns C, Goldman JD. US adolescents and MyPyramid: associations between fast-food consumption and lower likelihood of meeting recommendations. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(2):226-35.
- Weker H, Baranska M. Models of safe nutrition of children and adolescents as a basis for prevention of obesity. *Med Wieku Rozwoj.* 2011;15(3):288-97.
- McDowell MA, Fryar CD, Ogden CL. Anthropometric reference data for children and adults: United States, 1988-1994. *Vital Health Stat* 2009;249:1-68
- Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity.* 2005; 6: 9-10.
- Yabancı N, Şimşek İ, İstanbulluoğlu H, Bakır B. Ankara'da Bir anaokulunda şişmanlık prevalansı ve etkileyen etmenler. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(5):397-404.
- Soylu A, Kavukcu S, Turkmen M, Cabuk N, Duman M. Effect of socioeconomic status on the blood pressure in children living in a developing country. *Pediatr Int* 2000;42:37-42.
- Bac A, Wozniacka R, Matusik S, et al. Prevalence of overweight and obesity in children aged 6-13 years-alarming increase in obesity in Cracow, Poland. *Eur J Pediatr.* 2012;171(2):245-51.
- Danielzik S, Langnäse K, Mast M, et al. Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. *Eur J Nutr.* 2002;41:132-8.
- Wang Z, Patterson CM, Hills AP. Association between overweight or obesity and household income and parental body mass index in Australian youth: analysis of the Australian National Nutrition Survey, 1995. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2002;11(3):200-5.
- Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;3(2):117-23.
- Çiftçili S, Ünalın P, Kalaça Ç, Apaydın Ç, Uzuner A. Çocukluk, Obezite ve Televizyon. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2003;12(2): 67-71.

Geliş tarihi: 22.01.2014

Kabul tarihi: 11.07.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.03.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Çağatay Savaşhan

e-posta: cagataysavashan77@yahoo.com

Toplu taşıma araçlarını kullanan sürücülerde tükenmişlik durumu: Kesitsel bir çalışma*

Burnout of the public transportation vehicle drivers: A cross sectional study

Sabah Tüzün¹, Arzu Uzuner², Ahmet Öztürk³, Mehmet Akman²

Özet

Amaç: Tükenmişlik sendromu özellikle insanlarla yoğun ilişki kurmayı gerektiren mesleklerdeki, iş yüküne bağlı olarak duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Yoğun trafik içinde çalışan otobüs sürücülerinin her gün kalabalık insan topluluklarıyla karşılaştığı göz önüne alındığında, bu çalışma koşullarının tükenmişliğe neden olabileceği düşünülebilir. Bu çalışmanın amacı İstanbul'da çalışan otobüs sürücülerinde tükenmişlik düzeyini araştırmaktır.

Yöntem: İstanbul Anadolu Yakası Garajı'na bağlı bölgelerde çalışan otobüs sürücülerine yönelik Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanarak yapılan kesitsel bir araştırmadır. Toplam 1879 sürücüden 396'sı çalışmaya alınmıştır. Anket formları Mart-Nisan 2008 tarihlerinde belediyenin (IETT) Anadolu yakası merkez garajında altı ana hatta çalışan sürücülere, her bölgede çalışan sürücü sayısı üzerinden tabakalandırılarak dağıtılmıştır. Tükenmişlik durumu duygusal bitkinlik, duyarsızlık ve düşük kişisel başarı olmak üzere üç alanda değerlendirilmiştir.

Bulgular: Anket formu ve ölçeğini toplam 396 otobüs sürücüsü doldurdu. Sürücülerin tamamı erkekti. Yaş ortancası 40,0 (27-59) olup; %96,6'ı evliydi, tamamının sosyal güvencesi bulunmaktaydı. Çalışma yılı 10 (1-32), çalışma saati 8 (8-12)/gün idi. %53,1'i dinlenmek için zaman bulabildiğini, %99,5'i haftada bir gün tatil günü olduğunu ifade etti. Katılımcıların temel problemlerinin sağlık, ekonomik ve sosyal güvenlik alanlarında olduğu saptandı. Ortanca değerleri sırasıyla duygusal tükenmişlik için 16 (0-36); duyarsızlık için 7 (0-20); kişisel başarı için 20 (0-32) puan bulundu.

Sonuç: Araştırmanın sonuçları otobüs sürücülerinde tükenmişlik sendromunun olmadığını göstermiştir. Bu durum daha çok, sosyal güvencenin ve düzenli bir gelirin olmasına ve çalışılan kuruma duyulan güvenin iş stresini azaltmasına bağlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel memnuniyet.

Summary

Objective: Burnout syndrome is a psychological term for the experience of long-term exhaustion and diminished interest due to the workload especially for occupations that need close interaction with crowds. Bus drivers who work in heavy traffic and face too many people, are probably more prone to burnout. This study aims to investigate the presence of burnout syndrome in bus drivers working in Istanbul.

Methods: This is a cross sectional study, performed by using Maslach Inventory in bus drivers working in the Anatolian side of Istanbul. The questionnaires were distributed equally to drivers working on six main lines at the Anatolian central garage of the municipality (IETT). According to the inventory, burnout syndrome is defined in three areas, the scores for the subgroups were emotional exhaustion, desensitization and low personal accomplishment.

Results: A total of 396 bus drivers filled in the questionnaire. All of the drivers were male. Median age was 40.0 (27-59), 96.6% were married, and all had social insurance. Median working course was 10.0 (1-32) year; median daily working hour period were 8.0 (8-12) hours; 53.1% stated they could find time for resting, 99.5% had one day off in a week. The main problem areas were health, economy and social security. Emotional burnout median was 16 (0-36); desensitization median was 7 (0-20); low personal accomplishment median was 20 (0-32).

Conclusion: This study showed that burnout syndrome was not frequent among bus drivers working in Istanbul. This may be due to the presence of social security and a regular income. Low work related stress based on working in a secure and safe environment might also contribute to the low number of burnout cases.

Key words: Burnout, desensitization, personal satisfaction.

Son yıllarda araştırmacıların ilgi odağı olan tükenmişlik kavramı daha çok insanlarla doğrudan ve yoğun temas gerektiren, çalışma koşullarının kişiyi fiziksel ve ruhsal olarak baskı altına

aldığı, karşılığında yeterli kazanımı olmayan meslek çalışanlarının fiziksel, duygusal ve zihinsel sorunlarını ifade etmek için kullanılmaktadır. Tükenmişlik durumu yorgunluk, halsizlik, umutsuzluk

Bu araştırma "2nd Congress of Association of General Practice / Family Medicine of South-East Europe. 2010" kongresinde poster olarak sunulmuş ve "Best Poster Presentation, 3rd Award" ödülü almıştır.

1) Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., İstanbul.
2) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul.
3) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Doç. Dr., Kayseri.

ve isteksizlik, işine ve çevresine yönelik olumsuz davranışlar, olumsuz benlik kavramı ve kendine güvensizlik ile karakterizedir. Kişi mesleğinden ve hizmet verdiği insanlardan uzaklaşır.^[1-3] Bu durum sunulan hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkiler, iş kaybına, aile içi sorunlara, ruhsal hastalıklara, madde ve sigara kullanımına yol açar.

Tükenmişlik kavramı ilk olarak “sağlık çalışanlarında yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma durumlarını tanımlama” amaçlı ortaya çıkmış, daha sonra bu kavram başka yazarlar tarafından geliştirilmiştir. Kavramla birlikte tükenmişlik durumunu değerlendirme amaçlı ölçekler oluşturulmuştur.^[4] Tükenmişlik insanlarla doğrudan iletişim içinde olan mesleklerde daha sık karşılaşıldığından ölçeklerin çoğu sağlık çalışanlarına ve eğitimcilere yönelik olarak uygulanmıştır.^[1-6] Ülkemizde konuyla ilgili çalışmalar daha çok bu meslek gruplarına yönelik olarak yapılmış olup, diğer mesleklere ilişkin daha az sayıda araştırma bulunmaktadır.^[5-12]

Tükenmişlikle ilgili ölçekler içinde en sık kullanılanı Maslach Tükenmişlik Ölçeği’dir.^[2,5] Bu ölçeğin özelliği insanlarla yoğun ilişki içerisinde olmayı gerektiren meslek mensuplarında görülen tükenmişliği değerlendirmesidir. Tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarıya ilişkin üç boyutta ele alır. Yoğun trafik içinde gün boyu toplu taşıma aracı kullanmaları ve kalabalık insan gruplarıyla sürekli temas halinde olmaları nedeniyle sürücülerin tükenmişlik belirtilerinin sık görülebileceği bir meslek grubunu oluşturdukları düşünülebilir. Toplum sağlığının bir parçası olan meslek özelliklerine bağlı risklerin değerlendirilmesi aile hekimliği disiplininin ve pratiğinin bir parçası olup, koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanmasında göz önünde bulundurulması gerekir.

Bu çalışmanın amacı İstanbul’da çalışan otobüs sürücülerinde tükenmişlik düzeyini araştırmaktır.

Gereç ve yöntem

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Bu çalışma Mart-Nisan 2008 tarihlerinde İstanbul’un Anadolu yakasında yer alan Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı İstanbul Elektrik Tramvay ve Tünel İşletmeleri Genel Müdürlüğü (İETT) Merkez Anadolu Garajından altı temel bölgeye hizmet veren tüm otobüs sürücülerine yönelik yapılan kesitsel bir araştırmadır. İETT, İstanbul’da otobüsle toplu taşımacılığın bağlı olduğu Büyükşehir Belediyesi’ne ait resmi kurumdur. İstanbul’da toplam dokuz

merkez garajı bulunmaktadır ve Anadolu Garajı Anadolu yakasındaki dört merkez garajdan biridir.

Anadolu Garajına bağlı toplam altı bölgeye hizmet veren 1879 otobüs sürücüsü bulunmaktadır. Toplamda ulaşılması gereken ve temsil gücü olan sürücü sayısı, %15 olasılık oranı ve %3 kabul edilebilir hata payı ile %95 güven düzeyinde toplam 396 olarak öngörülmüştür. Her bölgede çalışan sürücü sayısı üzerinden tabakalandırılarak toplam 396 anket formu belirlenen sayılarda bölgelere dağıtılmıştır. Anket formları garaj yöneticisi tarafından her bölge için bir sürücüye teslim edilmiştir. Her bir bölgede araştırmaya katılmayı kabul eden sürücülerce doldurulan anketler, aydınlatılmış onam formları ve ölçekler toplu olarak teslim alınmıştır. Hedeflenen katılım oranına erişilmiştir (396 sürücü).

Araştırmada kullanılan ölçüm yöntemi

Tüm katılımcılara araştırmacılar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik özelliklere ve tükenmişliğin fiziksel bulgularına yönelik soruları içeren 22 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Ayrıca sürücülerde tükenmişlik durumunun değerlendirilmesi amacıyla Türkçe geçerlik güvenilirliği mevcut olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır.^[2,5] Bu ölçek katılımcıların işe bağlı tutumlarını değerlendiren sorulardan oluşmakta olup, duygusal tükenme (9 soru), duyarsızlaşma (5 soru) ve kişisel başarı (8 soru) temel alanlarında değerlendirme yapan bir ölçektir.^[3,5,13,14] Ölçeğin orijinal formunda 7’li Likert skala kullanılırken Türkçe geçerlik formunda beşli Likert tipi (0: hiçbir zaman, 1:çok nadir, 2: bazen, 3:çoğu zaman, 4:her zaman) skala kullanılmıştır. Buna göre duygusal tükenme 0-36, duyarsızlaşma 0-20, kişisel başarı 0-32 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda, tükenmişliği olan bireylerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek, kişisel başarı puanının ise düşük olması beklenmektedir. Tükenmişliğin varlığı veya yokluğu ile ilgili bir kestirim yapılmamaktadır. Bu nedenle, yapılan araştırmalarda elde edilen tükenmişlik puanları, farklı meslek gruplarında birbirine göre değerlendirilmektedir.^[9,13,14]

Araştırmanın değişkenleri

Genel tükenmişlik düzeyi ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri bağımlı değişkenleri oluşturmuştur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslekte çalışma süresi, maaş, başta sağlık sorunu olmak üzere yaşama dair sorun

lar ise bağımsız değişkenlerdir.

İstatistiksel analiz

Veriler SPSS 15.0 programında sıklık, ortanca (küçük-en büyük), yüzdelik hesapları ile sürekli değişkenler için karşılaştırmalı analizler (Mann-Whitney U, Spearman korelasyon analizi, Kruskal-Wallis, post-Hoc Dunn's testi) yapılarak değerlendirilmiş ve $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Tüm sosyodemografik veriler ve ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını (shapiro-wilk testi) sağlamamasından ve verilerimizin çarpık (skewed) dağılıma sahip olmasından dolayı araştırmanın istatistiksel analizinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır (Protokol No: Mar-YÇ-2008-0065).

Bulgular

Çalışmamıza toplam 396 otobüs sürücüsü katıldı. Yaş ortancası 40 olan katılımcıların tamamı erkek, %96,6'sı evli, %40,5'i lise mezunu idi ve tümünün sosyal güvencesi vardı. Çalışmamıza katılan sürücülerin sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, İstanbul, 2008

Sosyodemografik özellikler	Ortanca (düşük-en yüksek)	
Yaş (s=375)	40 (27-59)	
Çocuk sayısı (s=371)	2 (0-7)	
Gelir durumu TL (s=342)	1500 (800-5000)	
Çalışma süresi saat/gün (s=380)	8 (8-12)	
Çalışma yılı (s=390)	10 (1-32)	
Eğitim durumu (s=321)	sayı	%
İlkokul	120	37,4
Ortaokul	66	20,6
Lise	130	40,5
Üniversite	5	1,5
Medeni Durum (s=381)		
Bekar	13	3,4
Evli	368	96,6

Çalışmamızda sürücülerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortancası

ve en küçük - en büyük değerleri sırasıyla 16 (0-36), 7 (0-20) ve 20 (0-32) puan olarak saptandı. Araştırmamızda kullanılan Maslach Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı genel ölçekte 0,84, duygusal tükenmişlik alt grubunda 0,89, duyarsızlaşma alt grubunda 0,74 ve kişisel başarı alt grubunda 0,70 olarak tespit edildi.

Katılımcıların %53,1'inin (s=200) "çalışma saatleri içinde yeterli dinlenme süresi" bulunmaktaydı. Ayrıca katılımcıların %98,5'i (s=391) izin gününün olduğunu ifade ederken, izin sürelerinin ortancası 1 (0- 5) gün/hafta olarak saptandı.

Katılımcıların mesleki memnuniyetleri sorgulandığında %78,0'i (s=298) mesleklerinden memnun olduklarını ifade ederken, %5,2'si (s=20) memnuniyetsiz olduğunu belirtmişti. Katılımcıların meslekleri ile ilgili düşünceleri **Tablo 2**'de özetlenmiştir.

Çalışmamıza katılan sürücülerin %43,7'inin sigara, %9,5'inin ise alkol tükettiği saptandı. Ayrıca katılımcıların %65,9'unun uykusuzluk yakınması bulunmaktaydı. Katılımcıların sağlık risk etkenleri, yaşam ve sağlık sorunları **Tablo 3**'te özetlenmiştir.

Karşılaştırma ve korelasyon analizleri

Yaş, çocuk sayısı, gelir durumu, çalışma süreleri ile alt grup puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Spearman korelasyonu, $p > 0,05$).

Eğitim düzeyleri ile alt grup puanlarından sadece duyarsızlaşma arasında anlamlı fark ($p=0,020$) tespit edilirken diğer alt gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Eğitim düzeyleri ile duyarsızlaşma puanlarının çoklu karşılaştırma sonuçlarında ise ortaokul mezunları ile üniversite mezunları arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p=0,020$) diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$, Dunn's Testi, **Tablo 4**).

Medeni durum ile alt grupların karşılaştırılmasında bekarların duygusal tükenme ($p=0,030$) ve duyarsızlaşma ($p=0,015$) puanlarının evlilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanırken, kişisel başarı puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p > 0,05$).

Mesleğinden memnun olmayanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık puanları mesleğinden memnun olanlara göre daha yüksek bulundu (sıra-sıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,001$), ancak iki grup arasında kişisel başarı puanları açısından fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Mesleğini aile ve diğer etkilerle seçenlerle kıyaslandığında, kendi tercihi olarak seçen sürücüler

Tablo 2. Katılımcıların mesleklerine ilişkin görüşleri

	Ortanca (en düşük – en yüksek)	
Mesleğine devam etmeyi planladığı süre (yıl) (s=318)	8 (0-30)	
	sayı	%
Mesleğinizi nasıl seçtiniz? (s=389)		
Kendi isteğimle	261	67,1
Aile yönlendirmesi	20	5,1
Tesadüfen	65	16,7
Diğer	43	11,1
Mesleki memnuniyet (s=382)		
Memnun olanlar	298	78,0
Memnuniyetsiz olanlar	20	5,2
Kararsızlar	64	6,8

rin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Katılımcıların tükenmişliğe ilişkin özelliklerine göre alt grup puan ortancaları karşılaştırıldığında,

sağlık sorunu olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (sırası ile $p<0,001$ ve $p=0,001$). Aynı değerlendirmede, sigara tüketen katılımcıların duygusal tükenmişlik puanı tüket

Tablo 3. Yaşam/sağlık sorunları ve sağlık risk etkenleri

	Sayı	%
Yaşama dair sorun* (s=370)		
Sağlık	159	34,8
Geçim sıkıntısı	112	24,5
İş güvencesi	88	19,3
Aile sorunları	38	8,3
Diğer	59	12,9
Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? (s=387)		
Evet	91	23,5
Hayır	296	76,5
Sigara tüketiyor musunuz? (s=391)		
Evet	171	43,7
Hayır	220	56,3
Alkol tüketiyor musunuz? (s= 389)		
Evet	37	9,5
Hayır	352	90,5
Uykusuzluk sorununuz var mı? (s=387)		
Evet	255	65,9
Hayır	132	34,1

* Birden fazla seçenek işaretlemiştir.

meyen katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,027$). Ayrıca uykusuzluk yakınması olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanı uykusuzluk yakınması olmayanlara göre yüksek saptandı (sırası ile $p<0,001$ ve $p=0,002$).

Katılımcıların tükenmişliğe ilişkin özelliklerine göre alt grup puan ortanca değerlerinin karşılaştırılması **Tablo 4**'te özetlenmiştir.

Tartışma

Ülkemizde çeşitli meslek gruplarında tükenmişlik düzeyi ile ilgili pek çok araştırma yapılmış olmakla birlikte literatür değerlendirmesinde sürücülerde yapılmış olan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma yoğun trafik içinde çalışan ve insanlarla doğrudan teması bulunan otobüs sürücülerinde tükenmişlik durumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızda sürücülerde duygusal tükenme puanı ortancası 16 (0-36), duyarsızlaşma puanı ortancası 7 (0-20) ve kişisel başarı puanı ortancası 20

(0-32) olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için bir kesme değeri yoktur. O nedenle araştırmanın sonuçları, tükenme var ya da yok şeklinde değil, araştırmada ele alınan diğer değişkenlerle ve bu alanda yapılmış olan diğer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırma şeklinde yorumlanmaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmış olan araştırmalar, daha çok sağlık çalışanları ve eğitimciler gibi eğitim düzeyi yüksek gruplarla yapılmıştır.^[9,15] Sağlık çalışanları dışında sadece Devlet Demir Yolu çalışanlarında yapılan benzer bir araştırmada, duygusal tükenmişlik puan ortalamaları cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim değişkenlerine göre 17,3-20,5; duyarsızlaşma puan ortalamaları 7,5-8,7 ve kişisel başarı puan ortalamaları 25,0-27,0 arasında değişmektedir.^[16]

Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda hemşirelerde duygusal tükenme puan ortalaması 14,8-24,7, duyarsızlaşma 2,8-8,6 ve kişisel başarı 11,0-21,7 olarak saptanmıştır.^[17] Tıpta uzmanlık öğrencilerinde tükenmişlik puan ortalamaları, dahili bilimlerde çalışanlarda alt gruplara göre sırasıyla

Tablo 4. Katılımcıların tükenmişliğe ilişkin özelliklerine göre alt grup puan ortanca değerlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Grupları								
	Duygusal tükenmişlik			Duyarsızlaşma			Kişisel başarı		
	s	Ortanca (en düşük - en yüksek)	p	s	Ortanca (en düşük - en yüksek)	p	s	Ortanca (en düşük - en yüksek)	p
Eğitim durumu									
İlkokul	120	13 (0-36)	0,112	120	6 (0-20)	0,020	120	20 (0-32)	0,322
Ortaokul	66	16 (1-36)		66	5 (0-20)		66	19 (0-29)	
Lise	130	17 (0-36)		130	7 (0-20)		130	19 (8-32)	
Üniversite	5	22 (12-27)		5	10 (8-12)		5	15 (14-22)	
Medeni durumu									
Bekar	13	24 (1-36)	0,030	13	14 (0-20)	0,015	13	19 (14-32)	0,804
Evli	368	16 (0-36)		368	6,5 (0-20)		368	20 (0-32)	
Sağlık sorunu									
Var	91	20 (0-36)	<0,001	84	9 (0-20)	0,001	80	19 (3-32)	0,485
Yok	296	15 (0-36)		277	6 (0-20)		264	20 (0-32)	
Sigara tüketimi									
Var	171	17 (0-36)	0,027	155	7 (0-20)	0,157	151	20 (0-32)	0,184
Yok	220	15 (0-36)		209	6 (0-20)		197	19 (3-32)	
Alkol tüketimi									
Var	37	19 (1-36)	0,065	34	8 (0-19)	0,274	33	20 (3-30)	0,780
Yok	352	15,5 (0-36)		327	6 (0-20)		312	20 (0-32)	
Uykusuzluk									
Var	255	17 (0-36)	<0,001	240	7 (0-20)	0,002	222	19 (0-32)	0,419
Yok	132	11 (0-32)		121	5,5 (0-19)		124	20 (0-32)	

19,1, 6,6 ve 18,6; cerrahi bilimlerde çalışanlarda sırasıyla 21,0, 9,5 ve 19,7'dir.^[18] Cerrahi bilimlerde çalışan asistanlarda duyarsızlaşma oranları dahili bilimlerde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.^[18] Akademisyenlerde yapılan bir araştırmada duygusal tükenme puan ortalaması 2,9, duyarsızlaşma 1,9, kişisel başarı 4,6 olarak bildirilmiş olup, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından araştırma görevlileri en yüksek puan ortalamasına sahipken, profesör ve doçentler en düşük puan ortalamasına sahiptir. Kişisel başarı puanlarının da akademik kariyer yükseldikçe artmakta olduğu bildirilmiştir. Diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda pediatrik yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde duygusal tükenmişlik puan ortalaması 20,0±10,0, duyarsızlaşma puan ortalaması 5,7±4,8 ve kişisel başarı puan ortalaması 30,0±7,2 iken, fizyoterapistler arasında yapılan başka bir araştırmada; tükenmişlik puan ortalamaları sırası ile 16,6±9,0, 39,5±5,5 ve 5,2±4,6 olarak saptanmıştır.^[19,20] Yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinde yapılan bir araştırmada ise hekimlerde duygusal tükenme puan ortalaması 21,4±12,7, duyarsızlaşma puan ortalaması 11,5±8,0 ve kişisel başarı puan ortalaması 34,5±8,0 olup, aynı çalışmada hemşirelerde tükenmişlik puan ortalamaları sırasıyla 17,7±11,3, 7,2±5,2, 36,0±7,5 bulunmuştur.^[21] Bu araştırmalarda 7 Likert skalalı orijinal Maslach ölçeği kullanıldığından, verilen ortalama değerlerin, 5'li Likert ile uygulanan Türkçe versiyonda belirtilen üst sınırlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.^[2,5]

Bu araştırmaların sonuçlarıyla kendi araştırmamızın sonuçları karşılaştırıldığında otobüs sürücülerinin duygusal tükenme puanları Devlet Demir Yolları çalışanlarına ve asistan hekimlere göre düşük, akademisyenlere göre yüksek bulunmuştur. Sürücülerle demir yolu çalışanları ve dahili bilimlerde çalışan hekimlerde duyarsızlaşma açısından benzer puan ortalamaları gözlenirken, cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerde bu ortalamalar daha yüksektir. Kişisel başarı puan ortalamalarının sürücülerde demir yolu çalışanlarına göre daha düşük, hemşirelerle benzer olduğu söylenebilir.^[16,18]

Pediatrik yoğun bakım hemşirelerinin duygusal tükenmişlik puanları diğer gruplara göre hayli yüksekken; bu grubun duyarsızlaşma yaşamadığı ve kişisel başarı puanlarının ise yüksek olduğu gözlenmektedir.^[19] Hekimlerde kişisel başarı puanlarının genel olarak yüksek bulunduğu görülmektedir. Akademisyenlerin ise tüm gruplar içinde duygusal tü-

kenmişlik puanları en düşüktür, duyarsızlaşma neredeyse gözlenmemektedir. Ancak akademisyenler kişisel başarı puanlarının da düşük olduğu bir grup olarak farklı bir yerde durmaktadır.

İnsanlarla doğrudan temasta olup sık nöbetleri, uzun çalışma saatleri olan ve gelir durumu değişkenlik gösteren sağlık çalışanlarında yapılan yurt içi bir araştırmada tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuştur.^[22] Asistan hekimler arasında yapılan bir araştırmada günlük çalışma süresi uzadıkça ve aylık nöbet sayısı arttıkça duyarsızlaşma puanının arttığı, çalışma süresi 8 saat/gün ve üzeri olan asistan doktorlarda, Maslach ölçeğinin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının 8 saatin altında çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.^[18] Hekimler arasında yapılan başka bir araştırmada da günlük çalışma süresi 9 saat ve üzeri olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları yüksek saptanmıştır.^[23] Bazı araştırmalarda medeni durum ve çocuk sayısı ile tükenmişlik riski arasında ilişki saptanırken, bazılarında ilişki bulunamamıştır.^[14,17,18,24-26] Araştırmamıza katılan tüm sürücülerin sosyal güvencesi ve düzenli bir aylık geliri mevcut olup, günlük ortalama çalışma süreleri sekiz saattir ve haftanın bir günü izin hakları vardır. Çalışma koşulları göz önüne alındığında sürücülerin sosyal ve duygusal desteğe sahip oldukları, bunun da ölçeğe verilen yanıtları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Tükenmişlikle ilişkili nedenler:

Araştırmamızda sürücülerin mesleklerinden memnun olup olmadıkları sorulmuş, mesleğinden memnun olmayanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları memnun olanların puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca mesleğini kendi tercihi ile seçenlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının mesleğini diğer etkilerle seçenlere göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür.

Tükenmişlik yaşayan bireylerde sigara ve alkol tüketiminde artış ve uykusuzluk yakınması görülebilmektedir.^[1,22,27,28] Sigara ve alkol tüketimi ve uykusuzluk sorunlarıyla tükenmişlik arasındaki bu ilişki bizim çalışmamızda da gözlenmiştir. Sigara içenlerin duygusal tükenmişlik durumları içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Alkol tüketimi çok az sayıda bildirilmiştir; bu bulgu sürücülerin mesleki gereklilik nedeniyle alkol almadıklarını ya da alsalar da bildirmemiş olabileceklerini düşündürmüştür. Uykusuzluktan yanan katılımcıların duygusal tükenmişlik ve du-

yarsızlaşma puanları, yakınması olmayanlara göre daha yüksektir. Bu bulgu, uykusuzluğun sürücülerin davranışlarında duyarsızlaşmaya ilişkin değişikliklere yol açabileceğini düşündürmüştür. Aynı sigara kullanımında olduğu gibi, uyku bozukluklarının da tanınması halinde tedavi edilebilirliği nedeniyle araştırmamızın dikkat çekmesi gereken sonuçlarındandır. Çalışmamızda ayrıca bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıklarına göre sürücülerin tükenmişlik puanları karşılaştırılmıştır. Sağlık sorunu olduğunu ifade edenlerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları sağlık sorunu olmadığını belirtenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Maslach tükenmişlik ölçeği daha çok sağlık çalışanları ve eğitimcilerle yönelik araştırmalarda kullanılmıştır, sağlık sorunu ile ilişkisi araştırılmamıştır.

Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Ergin ve arkadaşları tarafından yapılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği, daha çok sağlık ve eğitim alanında çalışan, eğitim düzeyi yüksek gruplarda uygulanan bir ölçektir.^[5,6] Bu ölçeğin bizim araştırmamızda eğitim düzeyi göreceli olarak daha düşük olan bir meslek grubunda uygulanması çalışmanın bir kısıtlılığı olarak düşünülebilir. Eğitim düzeyi göreceli olarak daha düşük olan bireylerde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çapri tarafından yapılmış olan “Tükenmişlik Ölçeği”nin (Pines ve Aronson, 1988) ya da Maslach Burnout Inventory General Survey’in kullanılması daha uygun olabilir.^[29,30]

Bir diğer kısıtlılık ise, ulaşılmaması hedeflenen sürücülerin randomize edilmemiş ve formların sadece çalışmaya katılmayı kabul eden sürücüler tarafından doldurulmuş olmasıdır.

İstanbul, şehir olarak, kalabalık nüfusu ve buna

bağlı yoğun ve yorucu trafiği ile burada yaşayan bireylerde ruhsal ve bedensel yıpranmaya yol açar. Toplu taşıma aracı kullanan sürücülerin bu riskle daha fazla karşı karşıya oldukları ön görülebilir. Tükenmişlik, sağlık sorunları açısından risk oluşturan bir durumdur^[1,20] ve araştırmamızda da tükenmişlik, bireyin sağlık sorunu olmasıyla, sigara tüketimi ile ve uykusuzluk yakınmasıyla ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmamız toplum sağlığına ilişkin bölgesel bir veri sunmaktadır. Tükenmişliği gösteren duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanlarının yüksek, kişisel başarı puanlarının düşük olması durumunda sürücülere yönelik bireysel koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması, böylece bireyin olası hastalık risklerinin azaltılması mümkün olabilir. Bu bölgede çalışan ve sürücülük yapan bireylere hizmet veren aile hekimleri bu riskin farkında olarak koruyucu sağlık hizmetini planlayabilir. Aile hekimi bu bölgede görev yapan bir sürücüyü, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma açısından değerlendirmeli, başka sağlık sorunlarının varlığını araştırmalıdır.

Sonuç

Bu araştırmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği ülkemizde, sağlık çalışanları ve eğitimciler gibi grupların dışında farklı bir grupta, otobüs sürücülerinde uygulanmıştır. Bulgular, tükenmişlik puanlarının toplu taşıma aracı sürücülerinde yüksek olmadığını, kişisel başarı puanlarının ise düşük olmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının bir sağlık sorunu olanlarda ve uykusuzluk çekenlerde daha yüksek, sigara içenlerde ise duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Burnout syndrome with drivers of the mass transit system: A cross-sectional study

Objective: Burnout syndrome is a term to define emotional exhaustion dependent on work load, desensitization and a feeling of low personal accomplishment especially with jobs that require a lot of contact with other people. Considering bus drivers, who work in dense traffic and who come in contact with many people every day, it is viable to say that burnout syndrome is a high possibility for them. The purpose of this study is to determine the burnout syndrome levels of the bus drivers who work in İstanbul.

Methods: This study is a cross-sectional study done with bus drivers who work at districts from İstanbul Anatolian Side Garage using the Maslach burnout-syndrome scale. The survey form was distributed among drivers who were working between March and April of 2008 at the six main routes of the Anatolian Side Central Garage of the municipality (IETT), stratified on the number of drivers per district. Burnout syndrome was evaluated in three areas: emotional exhaustion, desensitization and feeling of low personal accomplishment.

Results: A total of 396 bus drivers have filled forms for both the survey and the scale. All of the drivers were male. The mean age was 40.0 (27-59) and 96.6% of them were married; all of them had social security. Their work year was 10 (1-32); work hours were 8 per day (8-12); 53.1% of them stated that they find time to rest and 99.5% of them claimed that they had one day of holiday every week. It was determined that main problems of the participants were about health, economics and social security. The mean value for the burnout syndrome was found to be 16 (0-36); for desensitization 7 (0-20); and for personal achievement 20 (0-32) points. There was no significant relationship between the sub-groups of the Maslach scale and the age, number of children, income level and working times of the participants; however it was found out that single drivers had significantly higher points in emotional exhaustion and desensitization than married ones ($p=0.03$ and $p=0.015$, respectively).

Emotional exhaustion and desensitization points of the drivers who chose their professions on their own were lower than the points of those who were influenced by family or other external factors ($p<0.001$ and $p<0.001$, respectively). Additionally when the sub-groups of the Maslach scale and occupational contentedness were compared, the result was that drivers who were not content with their job had higher points in emotional exhaustion and desensitization than drivers who were content with their professions ($p<0.001$ and $p<0.001$, respectively). Drivers with health problems had higher points with for emotional exhaustion and desensitization than drivers that don't ($p<0.001$ and $p=0.001$, respectively). In addition to that, drivers who smoke had significantly higher points in emotional exhaustion than ones who don't ($p=0.027$). Also drivers with sleeping problems had higher points in emotional exhaustion and desensitization than drivers who do not ($p<0.001$ and $p=0.002$, respectively).

Conclusion: The results of our study have shown that bus drivers do not suffer from burnout syndrome. It was determined that, this is a result of having social security and a regular income as well as low work stress due to trust towards the establishment.

Kaynaklar

1. Kaçmaz N. Burnout Syndrome. *İst Tıp Fak Derg* 2005;68(1):29-32.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981;2(2):99-113.
3. G Günseli. Bir Grup İlköğretim Öğretmeninde Tükenmişlik Sendromu. *Türkiye Klinikleri J MedSci* 2011;31(3):602-8.
4. Dabak R, Özçınar M, Sargin M, Tamer İ, Orbay E. Asistan Doktorlarda Tükenme (Burnout) Sendromu. *Türk Aile Hek Derg* 2007;11(2):67-71.
5. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları'nda. Eds. Bayraktar R, Dağ İ. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1992;143-54.
6. Tümkaya S. Akademik Tükenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2000;19:128-33.
7. Ebrinç S, Açıklık C, Başoğlu C, Çetin M, Çeliköz B. Yanık Merkezi Hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doyumunu, tükenme ve stresle başa çıkma: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3(3):162-8.
8. Kurçer MA. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;2(3):10-5.
9. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumunu Düzeylerinin Yaşam Doyumunu Düzeyleri ile İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2001;4(2):113-8.
10. Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A, Çan G, Özgün F. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumunu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 2006;23(1):17-24.
11. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde İş Doyumunu ve Tükenmişlik Düzeyi. *Psikiyatri Dergisi* 2000;11(1):153-60.
12. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Derg* 2006;16(1):9-14.
13. Öztürk A, Tolga Y, Şenol V, Günay O. Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık İdarecilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Erciyes Medical Journal* 2008;30(2):92-9.
14. Kavlu İ, Pınar R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(6):1543-55.
15. Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9(3):132-8.
16. Budakoğlu İİ, Özcan C, Atlı K, Erdal R. TC. Devlet Demiryolları Ankara Fabrikaları Ve 2. Bölge Müdürlüğü'nde Çalışanların Tükenmişlik Durumları. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni* 2006;5(5):317-25.
17. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7(2):100-8.
18. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumunu ve Depresyonla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8(4):241-7.
19. Galvan ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, et al. Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2012;110(6):466-73.
20. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv Res* 2010;10:63.
21. Raggio B, Malacarne P. Burnout in Intensive Care Unit. *Minerva Anestesiol* 2007;73(4):195-200.
22. Cihan YB. Onkoloji Bölümünde Çalışan Sağlık Personelinde Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Yeni Tıp Dergisi* 2011;28(1):17-22.
23. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde İş Doyumunu ve Tükenmişlik Düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11(1):49-57.
24. Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, et al. Burnout in the general population- Results from the Finnish Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(1):11-7.
25. Norlund S, Reuterwall C, Höög J, Lindahl B, Janlert U, Birgander L.S. Burnout, working conditions and gender- results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health* 2010;10:326.
26. Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretimde Çalışan bir Öğretmen Grubunda Tükenmişlik Durumu Araştırması. *İlköğretim-Online* 2003;2(1):2-9.
27. Sağlam AÇ. Akademik Personelin Sosyodemografik Özelliklerinin Tükenmişlik Düzeyleri ile İlişkisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2011;8(15):407-10.
28. Kayabaşı Y. Bazı Değişkenler Açısından Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2008;20:191-212.
29. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006;2(1):62-77.
30. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. Maslach burnout inventory. <http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm> adresinden 01/12/2014 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 26.02.2014

Kabul tarihi: 01.02.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.03.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Sabah Tüzün

e-posta: sabahtuzun@gmail.com

Koroner arter hastalarında bir risk belirleyicisi olarak hesaplanan serum osmolalite değeri

Estimated serum osmolality value as a risk predictor for coronary heart disease

Hakan Demirci¹, Ufuk Aydın², Yasemin Üstündağ Budak³, Yıdırım Çınar⁴

Özet

Amaç: Serum osmolalitesi koroner arter hastalarında yükselebilir. Serum osmolalitesi etkileyen bazı faktörler koroner arter hastalığı için de risktir. Bu çalışmamızda koroner arter hastalığı öyküsü ile serum osmolalitesi arasındaki muhtemel ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma olgu kontrol deseninde planlanmıştır. Çalışma için, ardışık örnekleme yöntemi ile 45 yaş üzeri 141 olgu seçildi. Bunlardan, 61 olguda koroner arter hastalığı öyküsü vardı. Çalışma grubunda hastaların koroner arter hastalığı için raporu vardı ve hastalar bu rahatsızlık için tedavi görmekteydiler. Serum osmolalitesi uygun formül kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: Osmolalite ($t=-4,209$, $p=0,000$), açlık plazma glikozu ($t=-2,606$, $p=0,01$) ve bel kalça oranı ($t=-2,193$, $p=0,03$) değerleri koroner arter hastalığı tanısı olan hastalarda istatistik olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Sonuç: Bu çalışma sonuçlarına göre hesaplanmış osmolalite koroner arter hastalığı ile ilişkilidir.

Anahtar sözcükler: BUN, koroner arter hastalığı, glikoz, osmolalite, sodyum

Summary

Objective: Some of the factors affecting serum osmolality are also known risk factors for coronary artery disease. In the present study, we aimed to investigate if there is a relationship between serum osmolality and a history of coronary artery disease.

Methods: The present study was designed as a case control study. We selected 141 patients aged 45 years or over with consecutive sampling method. Of these, 61 patients had a history of coronary artery disease. In the study group, coronary artery disease was documented and the patients have been under medication for this specific illness. Serum osmolality was calculated using appropriate formula.

Results: Estimated serum osmolality ($t=-4.209$, $p=0.000$), fasting plasma glucose ($t=-2.606$, $p=0.01$) and waist to hip ratio ($t=-2.193$, $p=0.03$) were higher in patients with coronary artery disease.

Conclusion: We have shown that estimated serum osmolality correlates with a history of coronary artery disease.

Key words: BUN, coronary artery disease, glucose, osmolality, sodium.

Serum osmolalitesi, vücuttaki solüt yük olarak tanımlanabilir ve normal dağılım aralığı 275-290 mOsm/kg olarak bilinmektedir.^[1] Eğer ortamda etanol veya toksinler yoksa hesaplanmış osmolalite sonuçları ölçülmüş osmolalite sonuçları ile benzerdir.^[1,2]

Bazı çalışmalarda hiperosmolalitenin enflamasyonu ve aterosklerozu başlattığı ve böylece morbidite ve mortaliteye sebep olduğu gösterilmiştir.^[3,4] Farklı bazı çalışmalarda da tuz, şeker ve bazı aminoasitlerin örnek olarak gösterilebileceği hiperosmolar besinlerin tüketilmesinin vücut ısısını artırarak aterosklerotik süreci başlattığı ileri sürülmektedir.^[5,6]

Serum osmolalitesinin metabolik sendrom vakalarında yükseldiği gösterilmiştir.^[7] Rasouli ve ark. bir çalışmada koroner anjiyografi ile doğrulanmış

koroner arter hastalığı (KAH) vakalarında hem ölçülmüş hem de hesaplanmış serum osmolalitesinin KAH ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir.^[8]

Serum osmolalitesi ölçümü basit ve non invaziv bir yöntem olarak birinci basamak tedavi merkezlerinde rahatlıkla hesaplanabilir. Böylece bir yandan aterosklerotik sürecin henüz başlangıcında riskin belirlenmesi mümkün olurken, diğer yandan hiperosmolar yiyeceklerin sınırlandırılması koruyucu bir yaklaşım olarak gündeme gelebilir. Çalışmamızda hesaplanan serum osmolalitesi ile KAH öyküsü arasındaki muhtemel ilişki araştırılmıştır.

Gereç ve yöntem

Bu çalışma kayıtlı kişi sayısı 3500 olan bir aile

1) Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Doç. Dr., Bursa
2) Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi, Uzm. Dr., Bursa
3) Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya, Uzm. Dr., Bursa
4) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, Emekli Prof. Dr., Edirne

hekimliği biriminde gerçekleştirilmiştir. Olgu kontrol deseninde planlanan çalışmaya prevalans %7^[9] odds oranı 4, güven düzeyi %90 ve güç %80 olarak kabul edildiğinde 58 olgu ve 58 kontrol hastası alınması gerektiği hesaplanmıştır.^[9]

Çalışma için, ardışık örnekleme yöntemi ile 45 yaş ve üzeri 141 olgu seçildi. Daha önceden KAH tanısı almış 61 kişi çalışma grubu olarak ve aile hekimliği birimine başvuran ve KAH öyküsü olmayan 80 kişi de kontrol grubu olarak belirlendi. KAH grubu, hastalık raporu olan ve tedavi alan hastalardan oluşturuldu.

Türkiye’de istisnalar olmakla birlikte genellikle aile sağlığı merkezlerinde alınan kan örnekleri merkez bir laboratuvarında uzman bir hekim gözetiminde değerlendirilmektedir. Serum glikoz, BUN ve sodyum değerleri ilimizde otomatik bir analizatör cihaz ile (Architect C16200; Abbott, USA) çalışılmaktadır. Araştırma kapsamındaki kişilerin kan değerleri kullanılarak serum osmolalitesi aşağıdaki formülle hesaplandı.

$$Osmolalite = 2X(sodyum) + (glikoz)/18 + (BUN)/2,8$$

Bağ dokusu hastalığı, gebelik, malignite, steroid kullanıyor olmak ve son 24 saat içinde alkol alım öyküsü bulunması dışlanma kriterleri olarak belirlendi. Kan örneğinin alındığı başvuru sırasında ateş, dehidratasyon bulguları veya akut kan kaybı

tespit edilmiş olması da araştırmadan dışlanma kriteri olarak kabul edildi.

Boy, ağırlık, bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri ilgili hekim tarafından yapılmış, kişilerin ağırlık ölçümleri üzerlerinde hafif kıyafetler mevcutken, boy ölçümü ise ayakkabı çıkarılarak hasta dik pozisyonda iken gerçekleştirilmiştir. Bel çevresi ölçümü en alttaki kotun altından ve iliak kristaların üzerinden geçen düzlemlerin tam ortasındaki düzlemin çevresi olarak değerlendirilmiştir. Kan basıncı ölçüm sonucu, uygun şartlarda hasta 10 dakika istirahat ettikten sonra beşer dakika ara ile yapılan üç ölçümün ortalaması ile hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan herkes çalışma hakkında detaylı bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddeden hasta olmamıştır. Araştırma için etik kurul onayı Trakya Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS for Windows 20. versiyonu kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik değerleri olarak aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Olgu ve kontrol grubu sürekli değişkenlerin kıyaslamasında student t-testi, gruplandırılmış verilerin değerlendirilmesinde x2 testi uygulanmış, korelasyon bağıntısı Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Koroner arter hastalığının yaş ve muayene ölçümleri ile ilişkisi

	KAH	Ortalama	Standart sapma	İstatistiksel Değerlendirme
Yaş	Yok	59,45	8,72	t=-1,956
	Var	62,31	8,44	p=0,053
Boy (m)	Yok	1,65	0,09	t=-0,450
	Var	1,66	0,09	p=0,653
Kilo (kg)	Yok	77,10	10,35	t=-1,768
	Var	80,28	10,86	p=0,079
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	Yok	28,26	3,57	t=-1,468
	Var	29,23	4,25	p=0,144
Bel çevresi (cm)	Yok	102,06	10,89	t=-1,247
	Var	104,20	8,85	p=0,214
Kalça çevresi (cm)	Yok	109,90	8,26	t=0,065
	Var	109,80	9,25	p=0,948
Bel/Kalça oranı	Yok	0,92	0,06	t=-2,193
	Var	0,95	0,05	p=0,030
Sistolik kan basıncı (mmHg)	Yok	134,85	21,57	t=0,815
	Var	131,92	20,64	p=0,417
Diastolik kan basıncı (mmHg)	Yok	82,79	11,15	t=1,646
	Var	79,85	9,54	p=0,102

Bulgular

Araştırma grubunda 86 (%61) erkek ve 55 (%39) kadın yer aldı. KAH öyküsü pozitif olan olguların %68,9'u (s=42), KAH öyküsü olmayanların %55,0'i (s=44) erkek idi. Cinsiyete göre olgu ve kontrol grupları kıyaslandığında istatistiksel açıdan benzer olarak nitelendirildi ($p>0,05$). KAH olan grupta yaş ortalaması $62,3\pm 8,5$ yıl ve kontrol grubunda $59,5\pm 8,7$ yıl idi ve aralarında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Hasta ve kontrol grupları serum osmalitelerini etkileyecek diğer faktörler açısından da benzerdi (Tablo 1).

KAH mevcut olan hastalarda hesaplanan serum osmolalite değerleri (ortalama: $296,92\pm 5,62$) kontrol grubuna göre (ortalama: $292,71\pm 6,07$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($t=-4,209$, $p=0.000$) (Tablo 2).

Tartışma

Serum osmolalitesini etkileyen durumlardan yüksek açlık glikoz değerleri aynı zamanda KAH gelişmesinde bilinen risklerdendir. Diabetes Mellitus (DM) ateroskleroz riskini artırır ve KAH gelişmesinde bağımsız bir risk faktörü olduğu bilin-

Tablo 2. Koroner arter hastalığının laboratuvar değerleri ile ilişkisi

	KAH	Ortalama	Standart sapma	İstatistiksel Değerlendirme
Osmolalite	Yok	292,71	6,07	$t=-4,209$
	Var	296,92	5,62	$p=0,000$
Açlık Kan Şekeri	Yok	110,21	27,40	$t=-2,606$
	Var	129,08	56,69	$p=0,010$
Üre	Yok	31,39	9,09	$t=-1,851$
	Var	34,71	12,08	$p=0,066$
BUN	Yok	14,64	4,27	$t=-1,821$
	Var	16,17	5,64	$p=0,071$
Kreatinin	Yok	0,95	0,24	$t=-1,342$
	Var	1,02	0,29	$p=0,182$
AST	Yok	22,03	7,32	$t=0,047$
	Var	21,97	7,40	$p=0,963$
ALT	Yok	24,32	15,09	$t=-0,038$
	Var	24,41	11,66	$p=0,970$
Total Kolesterol	Yok	213,76	36,65	$t=2,179$
	Var	199,05	42,52	$p=0,031$
HDL	Yok	48,35	12,57	$t=1,331$
	Var	45,67	10,50	$p=0,185$
LDL	Yok	135,50	28,91	$t=2,006$
	Var	124,07	38,07	$p=0,047$
Trigliserit	Yok	149,10	103,58	$t=0,496$
	Var	141,75	56,20	$p=0,621$
Albumin	Yok	4,29	0,60	$t=1,061$
	Var	4,20	0,22	$p=0,291$
Protein	Yok	7,18	0,58	$t=0,054$
	Var	7,18	0,50	$p=0,957$
Sodyum	Yok	140,71	2,86	$t=-1,612$
	Var	141,51	2,97	$p=0,109$
Ürik Asit	Yok	5,25	1,50	$t=0,555$
	Var	5,10	1,71	$p=0,580$

mektedir.^[10] Kontrolsüz diyabette de serum osmolalite ve elektrolit değişiklikleri oluşmaktadır. Çalışmamızda KAH'ın hem açlık kan şekeri hem de osmolalite ile ilişkili olduğunu tespit ettik; ancak mevcut kanıtlar ışığında bu hastalarda temel sorunun sözü edilen parametrelerden sadece birine bağlı olarak ortaya çıktığını savunmak gerçekçi olmayacaktır.

Serum osmolalite ve elektrolit değişikliklerine neden olan en önemli hastalıklardan biri de renal yetmezliktir. Koroner arter hastalığına bağlı mortalitenin renal yetmezliği olan hastalarda normal popülasyondan daha fazla olduğu bilinmektedir. Renal yetmezlikte kardiyovasküler hastalık, özellikle hipertansiyon ve diyabet gibi ateroskleroz için genel risk faktörlerinin artmış sıklığı nedeni ile yüksektir. Böbrek hastalarında KAH birinci sıradaki ölüm nedenidir ve KAH'ye bağlı ölüm oranı %30-50 arasındadır. Bu hastalardaki sıvı ve elektrolit değişiklikleri ciddi kardiyak aritmi ve kardiyak yüklenmelere neden olur.^[11-13] Çalışmamızda sodyum ve BUN değerlerinin serum osmolalitesi ile ilişkili olduğunu beklendiği gibi tesbit ettik. Aynı zamanda yüksek osmolalitenin varlığı da KAH ile ilişkiliydi. Ancak çalışmamızda iki grup arasında BUN ve Na değeri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum örneklemin nispeten küçük olması ya da KAH grubunda osmolaliteyi yükselten farklı bileşenlerin varlığı ile ilişkili olabilir. Bununla beraber osmolalite düzeyinin sodyum ve BUN değerleri kontrol grubuna göre henüz daha farklılaşmadan yükselmiş olması üzerinde düşünülmesi gereken önemli bir bulgudur.

Hiperlipidemi KAH için bilinen bir risk faktörüdür. Çalışmamızda total kolesterol ve LDL-kolesterol sonuçlarının KAH öyküsü ile negatif ilişkisi önceden tanı konmuş hastalarda verilen statin tedavisi ile açıklanabilir. Ölçülmüş osmolalite yerine hesaplanmış verileri kullanmamız çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir. Hesaplanmış osmolalite ölçülmüş osmolaliteden eğer bir 'osmolal açık' söz konusu ise farklıdır bu yüzden hasta seçiminde buna dikkat edilmelidir. Çalışmamızda osmolal açığa sebep olabilecek temel durumlar dışlanma kriteri olarak kabul edilmiştir. Araştırmamızdaki bir diğer kısıtlılık ise DM hastalarının çalışmadan dışlanmamış olmasıdır. İleride yapılacak çalışmalarda eski veya yeni tanı konmuş DM hastaları araştırmadan dışlanarak kan şekeri yükselmesinden bağımsız osmolalitenin KAH gelişimindeki yeri tartışılabilir.

Serum osmolalitesi doğrudan ya da KAH, renal yetmezlik, diyabet gibi hastalıklar sonucu yükselen enflamasyona ve ateroskleroza neden olabilmektedir. Her iki durumda da yüksek serum osmolalitesi düzeyi KAH için doğrudan neden değil, bir risk göstergesi olacaktır.

Sonuç

Çalışmamız serum osmolalitesinin koroner arter hastalığı tanısı konmuş hastalarda yüksek olabileceğini göstermektedir. Osmolalite hesaplamak kolay, ucuz ve non-invazif bir yöntemdir ve KAH riskini değerlendirmede değerli ipuçları verebileceği kanısındayız.

Extended Summary

Serum Osmolality values as a Risk Determining Factor with Coronary Artery Patients

Objective: It is shown that hyperosmolality starts inflammation and thus causes mortality and morbidity. It is shown that serum osmolality increases with patients who suffer from metabolic syndrome. In one of their studies among coronary heart disease patients who were verified with coronary angiography Rasouli and friends have shown that both measured and calculated serum osmolality have relationships with coronary heart disease. In our study we aimed to research on the potential relationship between calculated serum osmolality and the history of coronary heart disease.

Methods: For the study 141 cases of 45 years old or higher were chosen, using the sequential sampling method. 61 people who were diagnosed with coronary heart disease were picked as the study group and 80 people with no coronary heart disease history were picked as the control group.

Collagen tissue disease, pregnancy, malignancy, using steroids and having consumed alcohol in the last 24 hours have all been established as criteria for exclusion. High fever during blood sampling, dehydration symptoms or acute blood loss were also established as the criteria for exclusion.

Results: Patient and control groups were similar in the sense of factors that affect serum osmolality (Table 1). Calculated serum osmolality values were significantly higher with the group that has coronary heart disease (median: 296.92±5.62) than with the control group (median: 292.71±6.07), ($t=-4.209$, $p=0.000$). (Table 2).

Conclusion: Serum osmolality may cause inflammation and atherosclerosis when it increases either directly or through diseases such as coronary heart disease, renal failure or diabetes. In both cases high serum osmolality would not be a direct cause but a risk factor. Our study shows that patients who are diagnosed with coronary heart disease are likely to have increased levels of serum osmolality.

Table 1. Relationship between coronary heart disease with age and physical examination results

	Mean		SD		t	p
	CAD yes	CAD no	CAD yes	CAD no		
Age	62.31	59.45	8.44	8.72	$t=-1.956$	$p=0.053$
Height (m)	1.66	1.65	0.09	0.09	$t=-0.450$	$p=0.653$
Weight (kg)	80.28	77.10	10.86	10.35	$t=-1.768$	$p=0.079$
Body Mass Index	29.23	28.26	4.25	3.57	$t=-1.468$	$p=0.144$
Waist width (cm)	104.20	102.06	8.85	10.89	$t=-1.247$	$p=0.214$
Hip width (cm)	109.80	109.90	9.25	8.26	$t=0.065$	$p=0.948$
Waist/Hip ratio	0.95	0.92	0.05	0.06	$t=-2.193$	$p=0.030$
SBP (mmHg)	131.92	134.85	20.64	21.57	$t=0.815$	$p=0.417$
DBP (mmHg)	79.85	82.79	9.54	11.15	$t=1.646$	$p=0.102$

Table 2. Relationship between coronary heart disease and laboratory results

	Mean		SD		t	p
	CAD yes	CAD no	CAD yes	CAD no		
Osmolality	296.92	292.71	5.62	6.07	t=-4.209	p=0.000
Fasting Blood Glucose	129.08	110.21	56.69	27.40	t=-2.606	p=0.010
Urea	34.71	31.39	12.08	9.09	t=-1.851	p=0.066
BUN	4.27	14.64	5.64	16.17	t=-1.821	p=0.071
Creatinin	1.02	0.95	0.29	0.24	t=-1.342	p=0.182

Kaynaklar

1. Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci AS. Harrison's principles of Internal Medicine. 17th Edition. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 274-84.
2. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Benjamin IJ. Cecil Essentials of Medicine. 7th Edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.p.288-9.
3. Kardeşoğlu E, Aparıcı M. Salt intake in cardiovascular disease. *Turkiye Klinikleri, J Cardiol Special Topics* 2010;3:27-35.
4. Tokgözoğlu L. Atherosclerosis and role of inflammation. *Türk Kardiol Dern Ars* 2009;37:1-6.
5. Mathur RK. The role of hyperosmolal food in the development of atherosclerosis. *Med Hypothesis* 2005;64:579-81.
6. Mathur RK. Role of diabetes, hypertension and cigarette smoking on atherosclerosis. *J Cardiovasc Dis Res* 2010;1:4-8.
7. Demirci H, Çınar Y. Serum osmolality is elevated in metabolic syndrome cases. *Türk Neph Dial Transpl* 2013;22:154-7.
8. Rasouli M, Kiasari AM, Arab S. Indicators of dehydration and haemoconcentration are associated with the prevalence and severity of coronary artery disease. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2008;35: 889-94.
9. A. Enbergs, R. Bürger, H. Reinecke, M. Borggreffe, G. Breithardt and S. Kerber. Prevalence of coronary artery disease in a general population without suspicion of coronary artery disease: angiographic analysis of subjects aged 40 to 70 years referred for catheter ablation therapy. *European Heart Journal* 2000;21:45-52.
10. Bittencourt C, Piveta VM, Oliveira CS, et al. Association of classical risk factors and coronary artery disease in type 2 diabetic patients submitted to coronaryangiography. *Diabetol Metab Syndr* 2014;6:46.
11. Baber U, Gutierrez OM, Levitan EB, et al. Risk for recurrent coronary heart disease and all-cause mortality among individuals with chronic kidney disease compared with diabetes mellitus, metabolic syndrome, and cigarette smokers. *Am Heart J* 2013;166:373-80.
12. Hui X, Matsushita K, Sang Y, Ballew SH, Fülöp T, Coresh J. CKD and cardiovascular disease in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study: interactions with age, sex, and race. *Am J Kidney Dis* 2013;62:691-702.
13. Briasoulis A, Bakris GL. Chronic kidney disease as a coronary artery disease risk equivalent. *Curr Cardiol Rep* 2013;15:340.

Geliş tarihi: 02.04.2014

Kabul tarihi: 12.09.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.03.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Hakan Demirci

e-posta: drhakandemirci@hotmail.com

Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller

Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region

Nur Şeyda Şahin¹, Bayram Ali Üner², Mehmet Aydın³, Ayşen Akçan⁴, Ayfer Gemalmaz⁵, Güzel Dişçigil⁵, Serpil Demirağ⁵, Okay Başak⁵

Özet

Amaç: Tüm kanserler içinde üçüncü sıklıkta görülen ve kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kolorektal kanser (KRK), tarama programları ile erken tanınabilmekte ve önlenmektedir. Toplumun kolorektal kansere ilişkin farkındalığı artırılmadıkça erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması olası değildir. Çalışmamızda Aydın merkez ilçede, tarama testi yaptırmamanın KRK ve tarama testlerine ilişkin bilgi, tutum ve engellerle ilişkisini araştırdık.

Yöntem: Aydın merkez ilçede bulunan sekiz aile sağlığı merkezine 2012 Mart ayı boyunca başvuran kişilerden rastgele seçilen 50 yaş ve üzerindeki 562 katılımcıya yüz yüze standart bir anket uygulaması yapıldı. Çalışma yapılan sağlık merkezleri bölgede bulunan 24 aile sağlığı merkezi (ASM) arasından rastgele yöntemle belirlendi. Veri toplama aracı olarak tarama yaptırmama durumunu, KRK ve tarama testlerine ilişkin bilgi, tutum ve engelleri ve tarama yaptırmama isteğini sorgulayan sorular içeren bir soru formu kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 59,8±7,4 (50-80 yaş arası) olan katılımcıların 376'sı erkekti (%66,9). Yüz kırk altı katılımcı (%25,8) KRK konusunda bilgi sahibi olduğunu, 68 katılımcı (%12,1) ise kolorektal kanserin erken tanınabileceğini belirtmişti. Katılımcılardan 32'si (%5,7) kolonoskopi ve 13'ü (%2,3) gaytada gizli kanı (GGK) bir tarama yöntemi olarak bilmekteydi. Toplam 66 katılımcı (%11,9) daha önce KRK taraması yaptırmıştı (GGK %7,7; sigmoidoskopi %3,6 ve kolonoskopi %5,4). Katılımcıların yalnızca %25,9'u (145 kişi) tarama için hekim tavsiyesi almış ve bunların %67,3'ü (105 kişi) tavsiyeye uymuştu. İleri yaşta kişiler (p=0,009); sağlık güvencesi olanlar (p=0,009), herhangi bir kanser tanısı (p<0,001) ve kanserli bir yakını olanlar (p=0,01) ve tarama yaptırmama yönünde hekim tavsiyesi alanlar (p<0,001) daha çok tarama yaptırmıştı. Genel bilginin tarama testlerini yaptırmama üzerindeki etkisi yokken (p>0,05), bir yöntem olarak kolonoskopiye bilenenler daha fazla tarama yaptırmışlardı (p<0,01). Katılımcıların %39,3'ü (221 kişi) tarama yaptırmama gereksinimi olduğunu düşünmekle birlikte, daha fazla katılımcı tarama yaptırmak istemekteydi (371 kişi; %66,0). Bilgisizlik (182 kişi; %32,4), kendini risk altında görmeme (164 kişi; %29,2) en sık bildirilen tarama yaptırmama nedenleriydi.

Sonuç: Sonuçlarımız bölgemiz aile sağlığı merkezlerine başvuranların kolorektal kanserle ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu, 50 yaşın üzerinde önerilen taramaların yeterince bilinmediğini ve yapılmadığını göstermektedir. Hekimler tarama yönünde yeterince tavsiyede bulunmamaktadır; oysa yapılan tavsiyeye uyulmaktadır. Genel bilginin davranışlara etkisi yok görünmektedir; ancak daha özgül bilgiler davranış olumlu yönde geliştirmektedir.

Anahtar sözcükler: Kolorektal kanser tarama; bilgi, tutum; engeller.

Summary

Objective: Colorectal cancer (CRC), which ranks third in cancer morbidity and second in cancer deaths worldwide, can be detected early and prevented with mass screening programs. Improving community awareness of CRC is crucial for the success of these programs. This study investigated the association of screening test participation with knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests in Aydın central region.

Methods: In a one-month period in 2012 (March) person-to-person interviews by using a standardized survey instrument were conducted with 562 subjects aged 50 years and older who were randomly recruited from eight family medicine centers (FHCs) in Aydın central region. Eight family health centers were randomly determined among 24 FHCs in the region. The study questionnaire included items questioning the screening participation status, knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests, and intent to participate.

Results: The mean age of the participants was 59.8±7.4 years (range, 50–80 years), and 66.9% (376 participants) were male. One hundred forty six participants (25.8%) had knowledge about CRC and 68 participants (12.1%) knew that CRC could be diagnosed early. Of the participants, 32 (5.7%) knew colonoscopy and 13 (2.3%) fecal occult blood testing (FOBT) as a screening method. A total of 66 (11.9%) of participants had undergone previous CRC testing (FOBT 7.7%; sigmoidoscopy 3.6% and colonoscopy 5.4%). Only 25.9% (145 subjects) of the respondents received physician recommendations to undergo CRC testing and 67.3% (105 subjects) of them obeyed the recommendation. Age (p=0.009), health insurance (p=0.009), being diagnosed with any kind of cancer (p<0.001), having a relative with any kind of cancer (p=0.01) and receiving physician recommendation of screening tests (p<0.001) were correlated with screening test participation. While having general knowledge of CRC had no effect on the screening participation (p>0.05), those participants knowing colonoscopy as a screening test underwent more screening (p<0.01). Although 39.3% (221 respondents) perceived need for screening, most respondents responded (66.0%; 371 subjects) positively to undergo future CRC testing. The most frequently reported barriers to getting CRC screening tests were not knowing CRC and screening tests (182 subjects, 32.4%) and not seeing themselves at high risk (164 subjects, 29.2%).

Conclusion: Our results demonstrate that people applying to regional FHCs lack of knowledge of CRC and screening tests recommended for those older than 50 years are neither sufficiently known nor used. Physicians do not sufficiently recommend for the screening tests, whereas the recommendations are practiced well. General knowledge of CRC don't seem to affect behaviours, however more specific knowledge effects them positively.

Key words: colorectal cancers screening; knowledge, attitude; barriers

- 1) Süloğlu Entegre Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., Edirne.
- 2) Taşova İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., Amasya.
- 3) Tut Entegre Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., Adıyaman.
- 4) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör. Dr., Aydın.
- 5) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın.

Giriş

Kolorektal kanser (KRK) dünya çapında en sık görülen malignitelerden biridir; tüm kanserler içinde üçüncü sıradadır.^[1] Dünya çapında yılda neden olduğu 600 bin ölüm ile kanser ölümleri içinde üçüncü sıklıktadır.^[2,3] Ülkemizde ise 2007-2008 verilerine göre kadınlarda %7,8 ile üçüncü, erkeklerde %7,5 ile dördüncü sıklıkta görülmektedir.^[4]

KRK belirtileri genellikle ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır. Sık görülmekte, tanı konabilmekte ve erken evrelerde saptanması durumunda başarılı tedavi olasılığı artmaktadır. Bu özellikleriyle temel bir halk sağlığı sorunu olan KRK, taramaya en uygun hastalıklardan biridir.^[5] Kolorektal kanserden korumanın yanı sıra KRK taraması, erken tanı ve tedavi sağlayarak mortaliteyi azaltmanın en maliyet etkili yoludur.^[6]

Çok sayıda tarama testi bulunmasına karşın taramaya uyumun düşüklüğü nedeniyle erken tanı oldukça sınırlıdır.^[2] Tarama yaptırmaya oranları birçok ülkede düşüktür. Çin’de yapılan bir çalışmada GGK testi ve kolonoskopi yaptırmaya oranları sırasıyla %17,5 ve %2,8 bulunmuştur.^[7] On dört Asya-Pasifik ülkesinde 50 yaş üstündeki bireylerde yapılan bir çalışmada KRK tarama testi yaptırmaya oranı %27 bulunmuştur.^[8] Birleşik Amerika’da bu oranlar oldukça yüksektir; tüm tarama oranları yaklaşık %55’tir.^[9]

Sağlık çalışanları hastalarına kanser taraması tavsiye etmekle birlikte, bireylerin kanser taraması yaptırmaya kararı özeldir. Kararları büyük ölçüde, hem hastalık hem de tarama işlemleri ile ilgili bilgi, tutum ve kaygılarına bağlıdır.^[1] Literatürde bireylerin KRK ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını, davranışları belirleyen etkenleri ve tarama yaptırmaya önündeki engelleri araştıran birçok çalışma yer almaktadır.^[2,5,8,11]

Ülke gerçekleri ile uyumlu bilimsel tarama standartlarının belirlenmesi önemlidir. İngiltere’de ulusal düzeyde KRK tarama programı, GGK testi ile 2006 yılında başlatılmıştır.^[10] Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez 2009 yılında yayınlanan Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları, 2012 yılı Aralık ayında güncellenmiştir.^[12] Program 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınların iki yılda bir gaytada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile taranmasını öngörmektedir. Böylece kolorektal patolojileri henüz malignite öncesi ya da erken malignite evresinde saptayarak, invaziv kanser sıklığını ve buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürme hedeflenmiştir.

Bu hedefin gerçekleşmesi toplumda kanser farkındalığının ve bilincinin oluşturulması, halkın erken tanının önemi ve KRK tarama yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ile olasıdır. Bu konudaki temel görev, birinci basamak sağlık sisteminde çalışan aile hekimlerine düşmektedir. Ancak ülkemizde KRK tarama yaptırmaya oranlarına ilişkin çalışmalar yetersiz olduğu gibi, aile hekimlerinin hizmet sunduğu bireylerin kanserlere ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile tarama yaptırmaya belirleyicileri ve önündeki engeller de yeterince araştırılmış değildir.

Bu çalışmanın amacı, kendi hizmet sunum bölgesinde yaşayan ve aile sağlığı merkezlerinden sağlık hizmeti alan halkın kolorektal kanser ve taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarıyla davranışları belirleyen etkenleri ve taramaya önündeki engelleri belirlemektir.

Gereç ve yöntem

Tanımlayıcı kesitsel desendeki bu çalışmanın bir ay içinde Aydın merkez ilçede bulunan aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar evreninde yapılması planlandı. Bir ay içinde aile sağlığı merkezlerine başvuracak 50 yaş üzerindeki kişi sayısı öngörülemediği için örneklem büyüklüğü evreni bilinemeyen örnekleme hesabıyla yapıldı. Buna göre, örneklem büyüklüğü 0,05 standart hata, 0,05 örnekleme hatası ve 0,3 gözlenme oranı dikkate alınarak en az 323 olarak belirlendi. Bölgede bulunan 24 ASM arasından rastgele örnekleme ile belirlenen sekiz ASM (altısı kentsel ve ikisi kırsal bölgede) çalışma kapsamına alındı. Araştırmacılar 2012 yılı Mart ayı içerisinde bu aile sağlığı merkezlerine başvuran 50 yaş ve üstündeki tüm kadın ve erkekleri çalışmamıza katılmaları için davet etti. Bir ay boyunca ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 562 kişi ile bekleme salonlarında yüz yüze görüşülerek anket uygulaması yapıldı. Aile hekimi ile görüşme sırası gelenler dışında çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olmadı. Anket uygulamadan önce katılımcılara sözlü bilgilendirme yapıldı ve sözlü onam alındı.

Çalışmada yapılandırılmış bir anket formu kullanıldı. Çalışmanın amaçlarına uygun olarak ve literatürde yer alan benzer çalışmalar^{6,7,8,11} dikkate alınarak araştırma ekibi tarafından hazırlanan anket formu, katılımcıların sosyodemografik verilerini, KRK ve tarama yöntemleri konusundaki bazı bilgilerini, KRK algılarını, KRK taraması yaptırmaya davranışlarını ve yaptırmaya istekleriyle davranışlara etki eden etkenleri ve taramaya önündeki engel

leri sorgulayan açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktaydı. Katılımcıların olabildiğince nesnel ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermesini sağlamak için KRK ile ilgili bazı bilgiler genel kanser sorularına verilen yanıtlardan elde edildi. Katılımcıların gelir düzeyini belirlemede olabildiğince nesnel ölçütler kullanıldı. Katılımcılar 2012 yılı resmi verileriyle dört kişilik bir aile için belirlenen açlık ve yoksulluk sınırları ile düşük, orta ve yüksek gelir düzeylerine ayrıldı. Meslek kategorizasyonunda tüm mesleklerin emeklileri ayrı bir grup olarak alındı.

Anket formu çalışma öncesinde, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine gelen 30 hasta üzerinde uygulanarak anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik yönünden test edildi ve sonrasında yapılan düzeltmelerle son şeklini aldı. Anket uygulamasını, öncesinde yüz yüze anket uygulamasına ve geliştirilen anket formuna ilişkin eğitim alan Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencileri yaptı (NŞŞ, BAÜ, MA, AA). Çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Aydın İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli izinler alındı.

İstatistiksel değerlendirme

Doldurulan anket formlarından elde edilen bilgiler, oluşturulan bir veri tabanına aktarıldı ve SPSS 18.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Ve-rilerin analizinde ortalama, standart sapma, dağılım aralığı ve yüzdeler gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Kategorik değişkenler ve çıktılar arasındaki bağıntı ki-kare testi ve Fisher's Exact test ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler arasındaki farkları değerlendirmek için student t testi kullanıldı. Pearson korelasyon testi ile sürekli değişkenler ve Kendall's tau (rank-correlation coefficient) testi ile ordinal değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Bulgular

Demografik veriler

Çalışmaya katılan 562 kişinin 186'sı (%33,1) kadın ve 376'sı (%66,9) erkekti. Yaş ortalaması $59,8 \pm 7,4$ (50-80 yaş arası) olan katılımcıların yaşları, cinsiyete göre farklılık göstermemekteydi (K: $60,2 \pm 7,4$; E: $59,6 \pm 7,4$; $p > 0,05$). Yaş bakımından meslek grupları arasında da anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Katılımcıların %83,6'sı (470 kişi) evli; %26,7'si (148 kişi) ev hanımı ve %35,8'i (201 kişi) ilköğretim mezunuydu. Yüzde 50,5'inin (284 kişi) aile geliri 900-3000 TL arasında ve %65,7'si (369 kişi) kentsel bölgede oturmaktaydı. Katılımcıların

eğitim düzeyi arttıkça gelir düzeyi de artmaktaydı ($\tau = 0,472$; $p < 0,001$). Kadınlara göre erkekler ve kırsal bölgede yaşayanlara göre kentsel bölgede yaşayanlar daha çok eğitimliydi (sırasıyla $\chi^2 = 54,722$; $p < 0,001$ ve $\chi^2 = 61,281$; $p < 0,001$). Büyük çoğunluğunun (499 kişi, %88,8) bir sosyal güvencesi vardı. Katılımcıların bazı demografik ve sosyoekonomik

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	186	33,1
	Erkek	376	66,9
	Toplam	562	100
Yaş (yıl)	59,8±7,4 (50 – 80 yaş arası); Kadın: 60,2±7,4; Erkek: 59,6±7,4; $p > 0,05$		
Medeni durum	Evli	470	83,6
	Bekar	44	7,8
	Diğer	48	8,6
	Toplam	562	100
Eğitim durumu	Okuryazar değil	27	4,8
	Okuryazar	144	25,6
	İlköğretim	201	35,8
	Lise ve yüksek okul	125	22,2
	Üniversite	65	11,6
Toplam	562	100	
Meslek	Emekli	121	21,9
	Ev hanımı	148	26,7
	Serbest çalışan	97	17,5
	Memur	96	17,3
	İşçi	50	9,0
	Sağlık çalışanı	21	3,8
	Diğer	21	3,8
Toplam	554	100	
Aylık aile geliri	900 TL'den az	246	43,8
	900 – 3000 TL	284	50,5
	3001 – 9000 TL	30	5,3
	9000 TL'den fazla	2	0,4
Toplam	562	100	
Yerleşim yeri	Kentsel bölge	369	65,7
	Kırsal bölge	193	34,3
	Toplam	562	100
Sosyal güvence	Var	499	88,8
	Yeşil kart	58	10,3
	Yok	5	0,9
	Toplam	562	100
TL=Türk lirası			

özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

KRK ve tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyleri

KRK hakkında bilgi düzeyleri

Katılımcıların %26,0'sının (146 kişi) KRK konusunda bilgileri vardı (Soru: Hangi kanser türlerini biliyorsunuz?). Kolorektal kanseri bilme oranları yaşla bir değişiklik göstermemekteydi ($p>0,05$). Kadınlara (33 kadın, %17,7) göre erkeklerin daha çoğu (113 erkek, %30,1) bilgi sahibiydiler ($\chi^2=9,431$; $p=0,002$). Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça bilgi sahibi olma oranları artmaktaydı (sırasıyla $\chi^2 = 51,240$; $p<0,001$ ve $\chi^2 = 40,636$; $p<0,001$). Sağlık çalışanlarının KRK'yi bilme oranı diğer meslekler göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti ($\chi^2 = 46,614$; $p<0,001$). Sağlık çalışanları dışında bırakıldığında, KRK konusunda ev hanımları en az, memur ve emekliler ise en fazla bilgiye sahiptiler ($\chi^2 = 15,136$; $p=0,004$). Kırsal bölgelerde yaşayanların bilme oranı kentlerde yaşayanlara göre daha düşüktü ($\chi^2 = 36,595$; $p<0,001$).

Erken tanınmasına ilişkin bilgi düzeyleri

Kolorektal kanserin erken tanınabileceğini bilen katılımcı sayısı 68 (%12,1) idi (Soru: Hangi kanserler tarama ile erken tanınabilir?). Erken tanınabileceğini bilme konusunda kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ve yaşla bir değişiklik göstermemekteydi ($p>0,05$). Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça kolorektal kanserin erken tanınabileceğini bilme oranları artmaktaydı (sırasıyla $\chi^2 = 47,616$; $p<0,001$ ve $\chi^2 = 42,498$; $p<0,001$). Kırsal bölgelerde yaşayanların bilme oranları kentlerde yaşayanlardan ($\chi^2 = 7,952$; $p=0,005$), işçilerle ev hanımlarının oranları ise diğer mesleklerden ($\chi^2 = 50,396$; $p<0,001$) anlam-

lı ölçüde daha düşüktü.

Erken kanser belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri

(Soru: Kanser ne tür belirtiler verir?) Katılımcılar en sıklıkla halsizliğin (172 kişi; %30,6) ve ağrının (156 kişi; 27,8) genel olarak kanserin erken belirtisi olduğunu ifade etmişti. Katılımcıların ifade ettikleri erken kanser belirtileri ve sıklıkları **Tablo 2**'de verilmiştir. Kadınlara göre erkeklerin daha çoğu herhangi bir bölgeden kanama ve öksürüğün kanserin erken belirtisi olduğunu bildirmişti (sırasıyla $\chi^2 = 10,826$; $p=0,001$ ve $\chi^2 = 37,762$; $p<0,001$). Diğer erken kanser belirtilerini bilme bakımından kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

KRK tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri

Bildikleri KRK tarama yöntemleri sorulan katılımcıların 32'si (%5,7) kolonoskopi ve 13'ü (%2,3) gaytada gizli kanın KRK taramasında kullanılan yöntemler olduğunu ifade etti. Sigmoidoskopinin bir tarama yöntemi olduğunu belirten çıkmadı. Herhangi bir KRK tarama yöntemini bilme oranı %6,2 (35 kişi) idi. Tarama yöntemlerini bilme yaşla bir değişiklik göstermemekteydi ($p>0,05$). Kadınlara göre erkeklerin GGK testinin tarama yöntemi olduğunu bilme oranı daha yüksekti ($\chi^2 = 3,879$; $p=0,050$). Katılımcıların KRK tarama yöntemlerini bilme durumlarının cinsiyet, eğitim, meslek, gelir ve yerleşim yerlerine göre dağılımı **Tablo 3**'te verilmiştir. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça kolonoskopi ve GGK tarama yöntemlerini bilme oranları anlamlı ölçüde artmaktaydı (sırasıyla $\chi^2 = 40,952$; $\chi^2 = 34,570$; $\chi^2 = 33,483$; $\chi^2 = 33,754$; $p<0,001$). Kent- sel bölgelerde yaşayanların kolonoskopiye bilme oranları kırsal bölgelerde yaşayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksekti ($\chi^2=5,272$; $p=0,022$). Tarama

Tablo 2. Katılımcıların ifade ettikleri erken kanser belirtileri ve sıklıkları*

Belirtiler	Kadın, s=186		Erkek, s=376		Toplam, s=562		İstatistiksel değerlendirme
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Halsizlik	62	33,3	110	29,0	172	30,6	$p>0,05$
Ağrı	58	31,2	98	25,9	156	27,8	$p>0,05$
Zayıflama	32	17,2	92	24,3	124	22,1	$p>0,05$
Kitle	41	22,0	82	21,6	123	21,9	$p>0,05$
Kanama	13	7,0	65	17,2	78	13,9	$\chi^2 = 10,826$; $p=0,001^*$
Öksürük	2	1,1	76	20,1	78	13,9	$\chi^2 = 37,762$; $p<0,001^*$
İştahsızlık	21	11,3	39	10,3	60	10,7	$p>0,05$
Diğer	13	7,0	25	6,9	38	6,8	$p>0,05$

* Pearson ki-kare testi;

** Hiç belirti bilemeyenler olduğu gibi birden fazla belirti bildirenler de olmuştur.

yöntemlerini bilme bakımından meslekler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

KRK taraması yaptırma davranışları

Katılımcıların %7,7'si (43 kişi) son bir yıl içinde GGK testi, %3,6'sı (20 kişi) son beş yıl içinde sigmoidoskopi ve %5,4'ü (30 kişi) ise son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmışlardı. Bunlardan herhangi birini yaptıran katılımcı sayısı 66 (%11,9), herhangi ikisini yaptıran 15 (%2,7) ve üçünü birden yaptıran sayısı ise yalnızca altı (%1,1) idi. Herhangi bir tarama yaptırmayan katılımcı sayısı ise 496 (%88,1) idi.

Herhangi bir KRK tarama testini yaptırmış olanlar ($62,0\pm 7,7$) hiç tarama yaptırmamış olanlara ($59,5\pm 7,3$) göre daha yaşlıydı ($t=2,626$; $p=0,009$). Sağlık güvencesi olanlar olmayanlara göre daha çok yaptırmıştı ($\chi^2=9,484$; $p=0,009$). Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ve yerleşim yeri bakımından herhangi bir KRK taraması yaptırma oranları farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$).

Tarama testleri tek tek değerlendirildiğinde her üç tarama testi için kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Sigmoidoskopi ($t=4,061$; $p<0,001$) ve kolonoskopi ($t=2,941$; $p=0,003$) yaptıranlar daha ileri yaştaydı. Katılımcıların KRK taraması yaptırma durumlarının cinsiyet, eğitim, meslek, gelir ve yerleşim yerlerine göre dağılımı **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Hekim tavsiyesi

Son iki yıl içinde kontrol amaçlı olarak herhangi bir hekime başvuran katılımcı sayısı 136 (%24,1) idi. Kontrol amaçlı olarak hekime başvurma oranı kadınlarda (%33,3; 62 kadın) erkeklerden (%19,5; 74 erkek) daha yüksekti ($\chi^2=15,872$; $p<0,001$).

Doktorundan herhangi bir kanser taraması konusunda tavsiye alan katılımcı sayısı 145 (%25,9) iken, bunların %67,3'ü (105/145) bu tavsiyeye uymuştu. Kadınlar doktorlarından erkeklere göre daha çok kanser taraması yaptırma tavsiyesi almış (sırasıyla %34,4 ve %21,4; $\chi^2=13,397$; $p=0,001$) ve bu tavsiyeye daha çok uymuşlardı (sırasıyla %82,4 ve %55,7; $\chi^2=12,401$; $p<0,001$). Doktorundan tavsiye alma bakımından eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi ve yerleşim yerine göre katılımcılar arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$). Okuryazar olmayanlar ve üniversite mezunları, 3000 TL'nin üzerinde geliri olanlar ve kentsel bölgede yaşayanlar hekimin tavsiyesine daha çok uymuşlardı (sırasıyla $\chi^2=17,993$ ve $p<0,001$; $\chi^2=6,536$ ve $p=0,038$; $\chi^2=8,751$;

$p=0,003$). Tavsiye alan sağlık çalışanlarının tamamı bu tavsiyeye uyarken, tavsiyeye en az uyan meslek grubu serbest çalışanlardı ($\chi^2=13,027$; $p=0,043$). Doktorundan herhangi bir kanser taraması yaptırma tavsiyesi alanların %22,8'i (33/145), doktor tavsiyesi almayanların %7,1'i (24/338) herhangi bir KRK tarama testi yaptırmıştı. Doktor önerisi alanlarla almayanlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=23,901$; $p<0,001$).

Herhangi bir kanser tanısı almış olan katılımcı sayısı 23 (%4,1) ve ailesinde herhangi bir kanser tanısı almış biri olan katılımcı sayısı ise 196 (%34,8) idi. Herhangi bir kanser tanısı alanların GGK ($\chi^2=25,048$; $p<0,001$), sigmoidoskopi ($\chi^2=21,658$; $p<0,001$) ve kolonoskopi ($\chi^2=54,311$; $p<0,001$) yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksekti. Ailesinde herhangi bir kanser tanısı almış biri varsa, sigmoidoskopi ($\chi^2=17,167$; $p<0,001$) ve kolonoskopi ($\chi^2=9,212$; $p=0,010$) yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksekti.

Bilmenin davranış üzerine etkisi

KRK konusunda bilgisi olanlarla olmayanların GGK, sigmoidoskopi ve kolonoskopi yaptırma oranları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Kolonoskopiyi yöntem olarak bilenlerin GGK ($\chi^2=9,649$; $p=0,002$), sigmoidoskopi ($\chi^2=7,856$; $p=0,005$) ve kolonoskopi ($\chi^2=18,264$; $p<0,001$) yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksekti. GGK testini yöntem olarak bilenlerin yalnızca GGK yaptırma oranları anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu ($\chi^2=4,452$; $p=0,035$).

Tutumlar (algılar)

Katılımcıların algıları tüm kanserlerle ilgili olarak sorgulandı. Kanser taramalarının sağlığı geliştireceğine inanan katılımcı sayısı 409 (%72,8) idi. Katılımcıların 221 (%39,3) risk altında olduğunu ve tarama yaptırması gerektiğini, 371 (%66,0) ise tarama yaptırmak istediğini belirtti.

Kanser taraması yaptırma gereksinimi olduğunu düşünenler ($t=3,239$; $p=0,001$), kanser taramalarının sağlığı geliştireceğine inananlar ($t=3,323$; $p=0,001$) ve tarama yaptırmak isteyenler ($t=3,341$; $p=0,001$) daha gençti. Kanser taraması yaptırma gereksinimi olduğunu düşünme, eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde okuryazar olmayanlarda (%66,7) en yüksek ve ilköğretim mezunlarında (%36,6) en düşüktü ($\chi^2=16,498$; $p=0,002$). Mesleklere göre ise en çok gereksinimi olduğunu düşünenler serbest çalışanlar (%59,6) ve en az gereksinimi olduğunu

düşünenler işçiler (%19,0) idi ($\chi^2=25,599$; $p<0,001$). Bunun dışında cinsiyet, gelir düzeyi ve yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$). Kanser taramalarının sağlığı geliştireceğine inanma ve tarama yaptırmayı isteme bakımından da cinsiyet, eğitim, meslek, gelir ve yerleşim yerlerine göre anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tarama yaptırmamanın önündeki engeller

KRK taraması yaptıran 66 katılımcıdan 45'i (%68,2) doktor tavsiyesi, 12'si (%18,2) kendi isteği ve ikisi (%3,0) ailesinin ya da arkadaşlarının tavsiyesi ile tarama yaptırmışlardı; yedi katılımcı (%10,6) herhangi bir neden belirtmemişti. Tarama yaptırmayan 496 katılımcının nedenleri ise çeşit-

Tablo 3. Katılımcıların KRK tarama yöntemlerini bilme ve tarama yaptırmama durumlarının cinsiyet, yerleşim, eğitim, gelir ve mesleklerine göre dağılımı

	Değişkenler		GGK*		Sigmoidoskopi		Kolonoskopi	
			Bilen	Yaptıran	Bilen	Yaptıran	Bilen	Yaptıran
Cinsiyet	Kadın	186 (33,1)	1 (0,5)	14 (7,6)	-	8 (4,3)	9 (4,8)	7 (3,8)
	Erkek	376 (66,9)	12 (3,2)	29 (7,7)	-	12 (3,2)	23 (6,1)	23 (6,1)
	Toplam	562 (100)	13 (2,3)	43 (7,7)		20 (3,6)	32 (5,7)	30 (5,4)
	χ^2 ; p*		3,835; 0,050	>0,05	-	>0,05	>0,05	>0,05
Yerleşim	Kentsel	369 (65,7)	10 (2,7)	32 (8,7)	-	11 (3,0)	27 (7,3)	23 (6,2)
	Kırsal	193 (34,3)	3 (1,6)	11 (5,7)	-	9 (4,7)	5 (2,6)	7 (3,6)
	χ^2 ; p		>0,05	>0,05		>0,05	5,272; 0,022	>0,05
Eğitim	Okuryazar değil	27 (4,8)	0	0 (0)	-	4 (14,8)	0 (0)	2 (7,4)
	Okuryazar	144 (25,6)	0	9 (6,3)	-	6 (4,2)	3 (2,1)	8 (5,6)
	İlköğretim	201 (35,8)	2 (1,0)	13 (6,4)	-	4 (2,0)	5 (2,5)	9 (4,5)
	Lise ve yüksek okul	125 (22,2)	3 (2,4)	16 (12,8)	-	6 (4,8)	10 (8,0)	5 (4,0)
	Üniversite	65 (11,6)	8 (12,3)	5 (7,7)	-	1 (1,5)	14 (21,5)	6 (9,2)
	χ^2 ; p		34,570; <0,001	>0,05		12,306; 0,015	40,952; <0,001	>0,05
Gelir	900 TL altı	246 (43,8)	0 (0)	12 (4,9)	-	10 (4,1)	4 (1,6)	14 (5,7)
	900 – 3000	284 (50,5)	8 (2,8)	25 (8,8)	-	5 (1,8)	20 (7,0)	14 (4,9)
	3001-9000	30 (5,3)	5 (16,7)	6 (20,0)	-	5 (16,7)	8 (26,7)	2 (6,7)
	9000 TL üstü	2 (0,4)	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	χ^2 ; p		33,754; <0,001	9,840; 0,021		17,534; 0,001	33,483; <0,001	>0,05
Meslek**	Emekli	120 (21,7)	3 (2,5)	7 (5,8)	-	3 (2,5)	9 (7,4)	9 (7,5)
	Ev hanımı	147 (26,6)	1 (0,7)	8 (5,4)	-	(2,7)	8 (5,4)	3 (2,0)
	Serbest çalışan	97 (17,6)	5 (5,2)	5 (5,2)	-	6 (6,2)	8 (8,2)	9 (9,3)
	Memur	96 (17,4)	(1,0)	17 (17,7)	-	4 (4,2)	2 (2,1)	4 (4,2)
	İşçi	50 (9,1)	0	1 (2,0)	-	3 (6,0)	0 (0)	5 (10,0)
	Sağlık çalışanı	21 (3,8)	7 (53,8)	4 (19,0)	-	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)
	Diğer	21 (3,8)	0 (0)	1 (4,8)	-	1 (6,3)	2 (12,5)	1 (6,3)
	χ^2 ; p		>0,05	21,331; <0,001		>0,05	>0,05	>0,05
** Meslek bilgileri eksiktir (s=552).			GGK=Gaytada gizli kan					

liydi. En sık tarama yaptırmama nedenleri bilgisizlik (182 kişi, %32,4) ve kendini risk altında görmeme (164 kişi, %29,2) idi. Katılımcıların KRK taraması yaptırmama ya da yaptırmama nedenleri **Tablo 4**'te gösterilmiştir.

Tartışma

Tarama, kolorektal kanserden korumanın yanı sıra erken tanı ve tedavi sağlayarak mortaliteyi azaltmanın en maliyet etkili yoludur.^[6] Erken saptama KRK mortalitesini %18-33 arasında azaltmaktadır.^[13] Tüm KRK kılavuzları 50 yaş üstündeki bireylerin taranmasını tavsiye etmektedir. Bir-iki yılda bir GGK, beş yılda bir sigmoidoskopi (ya da çift kontrastlı baryumlu grafi) ve 10 yılda bir kolonoskopi en sıklıkla önerilen tarama yöntemleridir.^[14-18] Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları'nın 2012 yılı güncellemesinde iki yılda bir GGK ve 10 yılda bir kolonoskopi önerilmekle birlikte, henüz ülke çapında uygulanan bir tarama programı yoktur.^[12] Durum saptamasına yönelik olarak elde edilen bilgiler, ülkemizde tarama programlarının oluşturulmasına ve KRK taramalarının yaygınlaştırılmasına katkıda bulunacaktır. Çalışma sonuçlarımızın bu açıdan değerli olduğunu düşünmekteyiz.

Bilgi yetersizliği

Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların ancak dörtte biri bir kanser çeşidi olarak KRK'yi bilmiştir. KRK'nin erken tanınabileceğini bilme oranı daha düşüktür. Soruların açık uçlu ve kanser türlerinin adlarının verilmemiş olması, doğrudan hatırlama zorluğu nedeniyle bu oranı düşürmüş olabilir. Erkeklerin daha çoğu bilgiye sahiptir. KRK'yi ve

erken tanınabileceğini bilme oranları eğitim ve gelir düzeyiyle artmaktadır. Eğitim arttıkça gelir düzeyinin de artıyor olması, esas belirleyici faktörün eğitim olduğunu düşündürmektedir. Ev hanımlarının ve kırsal bölgede yaşayanların daha az bilgiye sahip olması tarama stratejileri bakımından önem taşımaktadır.

Genel olarak kanserin erken belirtileri sorusuna en sıklıkla halsizlik ve ağrı gibi genel belirtiler ifade edilmiştir. Kolorektal kanserin en önemli iki erken belirtisinden biri olan bağırsak alışkanlıklarında değişiklik olmasını hiç bilen çıkmamıştır. Kanser türleri, erken tanınabilirlik ve erken belirtilerine ilişkin bilgiler, hatırlatma yan tutuculuğunu önlemek açısından genel kanserlere göre oluşturulmuş sorularla elde edilmiştir. Ancak bu durum özellikle erken belirtiler bakımından kolorektal kansere özgü sonuçlar elde etmemiz açısından bir kısıtlılık da oluşturmuştur. KRK tarama yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ise iyice düşmektedir (%6,2). Eğitim ve gelir düzeyi burada da bilmeyi artıran faktörlerdir. Tüm bilme düzeylerinde yaş belirleyici bir faktör olarak görünmemektedir.

Koo ve ark'nın Avustralya'da yaptıkları bir çalışmada, en sık ifade edilen KRK belirtileri dışkıda kan (%55) ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklik (%48) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %31'inin hiçbir yöntem bilemediğini, %87'sinin en azından bir tarama yöntemi duyduklarını saptamışlardır.^[19] Bizim verilerimiz literatürde yer alan bu sonuçlara göre oldukça düşüktür. Bu durum, çalışmamızda yer alan soruların özelliği dikkate alındığında, farklı çalışmalarda kullanılan soruların farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 4. Katılımcıların KRK taraması yaptırmama ve yaptırmama nedenleri (s=562)*

Tarama yaptırmama nedenleri**			Tarama yaptırmama nedenleri**		
Nedenler	Sayı	Yüzde	Nedenler	Sayı	Yüzde
Doktor önerisi	45	68,2	Bilgisizlik	182	32,4
Kendi isteği	12	18,2	Kendini risk altında görmeme	164	29,2
Aile-arkadaş isteği	2	3,0	Sonuçtan korkma	75	15,2
Neden belirtmeyen	7	10,6	Zaman yetersizliği	66	13,3
			Uygulamanın vereceği rahatsızlık	32	6,5
			Parasal olanaksızlık	31	6,3
			Sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğü	28	5,6
			Tarama testlerinin güvenilir olmaması	2	0,4

* Herhangi bir KRK tarama testi yaptıran katılımcı sayısı = 66; Hiçbir KRK tarama testi yaptırmayan katılımcı sayısı = 496

** Hiç neden bildirmeyen ya da birden fazla neden bildirenler bulunmaktadır

Tarama yaptırmada sorunlar ve etki eden etkenler

Çalışmamızda saptanan, önerilen süreler içinde KRK taramaları yaptırmaya oranları da oldukça düşüktür. Herhangi bir KRK tarama testi yaptıranların oranı %11,9'dır. Farklı etnik/ırk gruplarından birinci basamak hastalarıyla yapılan bir çalışmada, KRK tarama tercihleri %37 ile kolonoskopi, %31 ile GGK ve %9 ile sigmoidoskopi olmuştur.^[20] 14 Asya-Pasifik ülkesinde 50 yaş üstündeki bireylerde yapılan bir çalışmada KRK tarama testi yaptırmaya oranı %27 bulunmuştur. Filipinler (%69), Avustralya (%48) ve Japonya (%38) en yüksek, Hindistan (%1,5), Malezya (%3) ve Endonezya (%3) ise en düşük yaptırmaya oranlarına sahiptir.^[8]

Tarama yaptırmaya davranışını olumlu yönde etkileyen en önemli etken, hekimlerin risk altındaki hastalarına tarama yaptırmalarını tavsiye etmeleri gibi görünmektedir. Tavsiye alanların çoğunluğunun bu tavsiyeye uyması, hasta davranışını etkilemede hekimlerin rolünün önemini göstermektedir. Öte yandan hekimlerin risk altındaki hastalarına kanser taraması tavsiyesinde bulunma oranlarının düşüklüğü dikkat çekicidir. Çalışmamıza katılan her dört kişiden üçü doktorlarının kanser taraması hakkında kendilerine öneride bulunmadığını belirtmiştir. Oysa tarama yaptıran her üç kişiden ikisi bunu doktor önerisiyle yapmışlardır.

Yapılan bazı çalışmalarda bireylerin kanser taraması yaptırmamasının, doktorların bu konudaki eğilimlerinin az olmasından kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Bir çalışmada doktorların ebeveynlerinin bile tarama yaptırmaya oranlarının düşük olduğu bulunmuştur.^[9,21] Asya-Pasifik bölgesinde yapılan çok merkezli bir çalışmanın sonuçlarına göre, KRK tarama yaptırmaya oranlarının düşük ya da yüksek olduğu tüm ülkelerde hekimin tavsiyede bulunması ve kişilerin tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyleri, KRK tarama testi yaptırmada anlamlı iki belirleyicidir.^[8] Bir başka çalışmada asemptomatiklerde KRK taramalarına katılım %25, yapılan hekim tavsiyesi ise %22 olarak bulunmuştur.^[19] KRK taramasının az yapıldığı ülkelerde halkın KRK yakınmalarına, risk etkenlerine ve tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyi daha düşüktür ve hekimler daha az tavsiyede bulunmaktadırlar.^[8] Gelişmiş ülkelerde ise durum oldukça farklıdır. Amerika Virjinya'da yapılan bir çalışmada hekimlerinden KRK yaptırmaya tavsiyesi almamış olanların oranı yalnızca %1,6'dır.^[22]

Tarama kararları kadın ve erkek tarafından ortaklaşa verilebilmektedir. Çünkü sonuçları bir diğ-

rinin iyilik durumunu etkileyecektir. Dolayısıyla erkek ve kadınların, davranışlarına etki eden inanış ve tutumlarının bilinmesi önemlidir. Sach ve Whynes kadın ve erkeklerin kanser ve taramaya ilişkin inanışlarını araştırdıkları çalışmalarında, kadınların algıladıkları kanser riskinin ve duydukları kaygının, erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Buna karşın erkekler KRK taramasına daha çok ilgi göstermişlerdir.^[10] Bir başka çalışmada ise kadınların taramaya daha çok katıldığı ve bunun kanser bilgi düzeyiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonuçta yazarlar, geleneksel olarak erkeklerin koruyucu hekimliğe kadınlardan daha az ilgi duyduğunu düşünmektedirler ve kişisel deneyimin tek başına tutumları açıklayamayacağı sonucuna varmışlardır.^[23]

Bizim çalışmamızda ise cinsiyet tarama yaptırmaya davranışı üzerinde etkili görünmemektedir. Kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteme bakımından da cinsiyetin etkisi bulunmamaktadır. Ancak koruyucu hekimliğe ilgi kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar doktorlarından daha çok tarama tavsiyesi almıştır ve tavsiye alan kadınlar bu tavsiyeye erkeklerden daha çok uymaktadırlar. Dolayısıyla cinsiyete bağlı eşitsizlikler dikkate alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada, kadınlarda KRK tarama oranlarının meme ve serviks kanseri taramalarının gerisinde olduğu ve ayrıca kadınların erkeklerden daha az taranmakta oldukları bulunmuştur.^[24]

Çalışmamızda sigmoidoskopi ve kolonoskopi yaptırmaya oranları yaşla birlikte artmaktadır. Kendini risk altında görme yaşla birlikte değişmezken, taramanın önemi ve tarama yaptırmaya isteğinin yaşla birlikte artması bunun nedenlerinden biri olabilir. Kolonoskopi yaptırmaya eğitim ve gelir düzeyine göre değişiklik göstermemektedir. Eğitim (sigmoidoskopi) ve gelir (sigmoidoskopi ve GGK) düzeyleri arttıkça gözlenen davranış değişiklikleri pek özgül görünmemektedir. Kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteği bakımından eğitim ve gelir düzeyi etkili değildir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre, mesleğin tarama davranışı üzerine etkisi sınırlıdır. Doktor tavsiyesi alma bakımından meslekler arasında fark bulunmamıştır. Tavsiyeye en az uyan serbest çalışanlar olurken sağlık çalışanları daha çok uymuşlardır. Kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteği de meslekler göre değişiklik göstermemektedir. Tarama yaptırmaya davranışları, kendini risk altında görme ve tarama yaptırmaya isteği yerleşim yerine göre de değişiklik göstermemektedir.

KRK konusunda bilgisi olanların davranışları bilgisi olmayanlara göre farklı değildir. Dolayısıyla bilmek yapmayı gerektirmiyor gibi görünmektedir. Ancak özellikle kolonoskopiyi bir yöntem olarak bilenlerin tüm yöntemleri yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu da genel bilgilendirmeden çok, daha özgül ve somut bilgilerin verilmesinin önemini gösterebilir.

Çalışma sonuçlarımız bölge halkının kanser taraması konusundaki tutumlarının genelde olumlu yönde olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların ancak yarıya yakını kendisinin kanser riski altında olduğunu ve dolayısıyla tarama yaptırması gerektiğini düşünürken, yakın gelecekte tarama yaptırmak isteyen sayısı çok daha fazladır. Asya-Pasifik çalışmasında, tarama yaptırma gereksinimi olduğunu düşünme ve tarama yaptırmayı isteme, çoğu ülkede birbiriyle ilişkili bulunmuştur; ancak finansal ve erişim engelleri bunu bozmaktadır.^[8] Koo ve ark, Avustralya'da yaptıkları bir çalışmada, risk altında olduğunu söyleyenlerin, tarama yaptırmak isteyenlerin ve asemptomatiklere tarama yapılması gerektiğini düşünenlerin oranını sırasıyla %16, %84 ve %77 olarak saptamışlardır.^[19]

Tarama yaptırma davranışına kanser deneyimi yaşamının etkisi dikkate alındığında, daha önce herhangi bir kanser tanısı almış ve ailesinde kanser hastası olanların KRK taramalarını yaptırma oranları daha yüksektir. Kendisinde ya da ailesinde gerçekleşmiş bir kanser olgusunun etkileri, kanser risk algısını artırmaktadır.

Tarama yaptırmanın önündeki engeller

Çalışmamızın sonuçlarına göre kişileri tarama yaptırmaya yönelten en önemli iki etken hekim önerisi ve kişinin kendi isteğidir. Aile ya da arkadaş isteği/zorlamasının etkisi önemszenmeyecek kadar düşüktür. Tarama yaptırmanın önündeki en büyük engeller ise bilgi yokluğu/eksikliği ve kendini risk altında görmemesidir. Tehlikenin farkında olmama oranı %60'ı geçmektedir. Parasal olanaksızlık ve sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğüne çok düşük oranlarda belirtilmesi, sorunun daha çok bilgilendirme ve bilmenin davranışa yansımaları boyutunda olduğunu düşündürmektedir.

Kırsal kesimde KRK taramasının önündeki engellerin ve etnik farklılıkların araştırıldığı bir çalışmada, tarama yaptırmayla en güçlü ilişkinin hekim tavsiyesi olduğu saptanmıştır. Tarama yaptırma

davranışı ve karşılaşılan engeller farklı etnik/ırksal gruplara göre değişmektedir.^[11] Bir başka çalışmada, en sık tarama yaptırmama nedenlerinin uygulamadan korkma (%10,1), bilgisizlik (%7,9) ve sonuçtan korkma (%5,4) olduğu bulunmuştur.^[10] Hsia ve ark ise, maliyetlerin taramanın önündeki en önemli engel ve sağlık güvencesi, demografik özellikler ve kronik hastalık durumları dahil diğer faktörlerden bağımsız en önemli belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir.^[25]

Yapılan bir literatür taramasında, KRK tarama davranışlarının en sık bildirilen belirleyicileri ileri yaş, erkek cinsiyet, evli olma, yüksek eğitim, yüksek gelir, sigara, kronik hastalık varlığı, KRK aile öyküsü, düzenli bakım aldığı yer, hekim tavsiyesi, diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık güvence kapsamı olarak belirlenmiştir.^[6] Test yaptırma oranlarının düşük olduğu ülkelerde, test uygulamasına erişimin önündeki algılanan engellerin az olması ve KRK ciddiliği algısının yüksek olması, birbirinden bağımsız belirleyicilerdir.^[8]

Hekimin tavsiye etmemesi ve taramanın gerekli olduğunu bilmeme en önemli iki bariyer olarak saptanmıştır. Engeller yanıt verenin tarama programlarına uyuyor, hiç tarama yaptırmamış ya da fazla tarama yaptırıyor olma durumuna ve tarama yöntemine göre değişmektedir.^[26] Bir başka çalışmada korku, bağırsakların hazırlanması gerekliliği ve farkında olmama ya da bilgi eksikliği en çok belirtilen engeller olarak bulunmuştur.^[22]

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmada kullanılan bilgi edinme formundaki bilgi düzeyini ölçme sorularının açık uçlu olması ve katılımcılara yanıt şıklarının verilmemesi, hatırlama zorluklarına yol açsa da gerçek durumu ölçme bakımından çalışmanın gücünü artırmıştır. Çalışmaya yalnızca KRK bakımından ortalama risk altında görülen ve tarama yapılması önerilen 50 yaş üstü kadın ve erkekler alınmıştır. Daha genç yaştakilerin de bilgi düzeyi ve tutumunun bilinmesi tarama zamanı geldiğinde hazırlıklı olunması bakımından çalışma sonuçlarının değerini artırabilirdi. Çalışma birinci basamakta aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler üzerinde yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2012 yılı sağlık hizmeti kullanım verilerine göre tüm hasta temaslarının %37,8'i birinci basamakta yapılmaktadır.^[27] Bir üniversite hastanesine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların son bir yıl içinde en az bir kez aile hekimine başvuru oranı %79,5 olarak saptanmıştır.^[28]

Bu durum dikkate alındığında sonuçlarımızın toplumun tamamını yansıtmaya gücü zayıflamaktadır.

Sonuç

Bölge halkının kolorektal kanser, erken tanınabileceği ve tarama yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Erkek olma ve eğitim düzeyinin yüksekliği bilme oranları üzerinde olumlu etkiye sahipken, ev hanımı olma ve kırsal bölgede yaşama bilmeyi olumsuz etkilemektedir.

Tarama yaptırmama oranları çok düşüktür. Ancak bölge halkının çoğunluğu tarama yaptırmak istemektedir. Eğitim ve gelir düzeyi davranış üzerinde etkili görünmemektedir. Sağlık çalışanları dahil memurlar dışında mesleğin tarama davranışı üzerinde etkisi yok gibi görünmektedir. Genel bilginin davranışlara

etkisi yoktur. Tarama yöntemleri gibi daha özgül bilgiler davranışı olumlu yönde geliştirmektedir. Kanser tanısı alma ve ailesinde kanserli olma da davranışları olumlu yönde geliştirmektedir.

Hekimler tarama yönünde yeterince tavsiyede bulunmamaktadır. Oysa tavsiyeye uyulma durumu iyidir. Kadınlar daha çok tavsiye almakta ve daha çok tavsiyeye uymaktadır.

Tarama yaptırmamanın en büyük nedeni tehlikenin farkında olmamaktır. Katılımcıların çoğunluğu bilgi eksikliği göstermektedir ya da kendini risk altında görmemektedir.

Sonuç olarak bölge halkı kolorektal kanserleri bilmiyor ve tarama yaptırmamıştır; ancak yaptırmak istemektedir.

Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region

Objective: Colorectal cancer (CRC), which ranks third in cancer morbidity and second in cancer deaths worldwide, can be detected early and prevented with mass screening programs. Improving community awareness of CRC is crucial for the success of these programs. This study investigated the association of screening test participation with knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests in Aydın central region.

Methods: In a one-month period in 2012 (March) person-to-person interviews by using a standardized survey instrument were conducted with 562 subjects aged 50 years and older who were randomly recruited from eight family health centers (FHCs) in Aydın central region. Eight family health centers were randomly determined among 24 FHCs in the region. The study questionnaire included items questioning the screening participation status, knowledge of, attitudes toward, and barriers to CRC and screening tests, and intent to participate.

Results: The mean age of the participants was 59.8 ± 7.4 years (range, 50–80 years), and 66.9% were male. One hundred forty six participants (25.8%) had knowledge about CRC and 68 participants (12.1%) knew that CRC could be diagnosed early. Women, those less educated and having less income, housewives and those living in rural areas had less knowledge about CRC ($p < 0.05$). Of the participants, 32 (5.7%) knew colonoscopy and 13 (2.3%) fecal occult blood testing (FOBT) as a screening method. Women (FOBT) and those participants less educated and having less income (FOBT and colonoscopy) knew the screening tests less than men and those with high income ($p < 0.05$). A total of 66 (11.9%) of participants had undergone previous CRC testing (FOBT, 7.7%; sigmoidoscopy, 3.6% and colonoscopy, 5.4%). Only 25.9% (145 subjects) of the respondents received physician recommendations to undergo CRC testing and 67.3% (105 subjects) of them obeyed the recommendation. Women both received more recommendation from their physicians ($p = 0.001$) and obeyed them more than men ($p = 0.001$). Age ($p = 0.009$), health insurance ($p = 0.009$), being diagnosed with any kind of cancer ($p < 0.001$), having a relative with any kind of cancer ($p = 0.021$) and receiving physician recommendation of screening tests ($p < 0.001$) were correlated with screening test participation. While having general knowledge of CRC had no effect on the screening participation, those participants knowing colonoscopy as a screening test underwent more screening with FOBT ($p = 0.002$), sigmoidoscopy ($p = 0.005$) and colonoscopy ($p < 0.001$). Although 39.3% (221 respondents) perceived need for screening, most respondents responded (66.0%; 371 subjects) positively to undergo future CRC testing. The most frequently reported barriers to getting CRC screening tests were not knowing CRC and screening tests (182 subjects, 32.4%) and not seeing themselves at high risk (164 subjects, 29.2%).

Conclusion: Our results demonstrate that people applying to our regional FHCs lack of knowledge of CRC and screening tests recommended for those older than 50 years are neither sufficiently known nor used. Physicians do not sufficiently recommend for the screening tests, whereas the recommendations are practiced well. General knowledge of CRC don't seem to affect behaviours, however more specific knowledge affects them positively.

Kaynaklar

1. Potter JD, Hunter D. Colorectal Cancer: Epidemiology. In: Potter JD, Lindor NM, editors. Genetics of Colorectal Cancer. 1st ed, LLC USA, Springer, 2009;5-25.
2. Kiviniemi MT, Bennett A, Zaiter M, Marshall JR. Individual-level factors in colorectal cancer screening: a review of the literature on the relation of individual-level health behavior constructs and screening behavior. *Psychooncology* 2011;20(10):1023-33.
3. Bretthauer M. Colorectal cancer screening. *J Intern Med* 2011 Aug; 270(2):87-98. *Epub* 2011 Jun 9.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Kolorektal Kanser Taramaları, Tarama Programları. www.kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/kolorektal.pdf adresinden 31.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
5. Inadomi JM, Vijan S, Janz JK, et al. Adherence to colorectal cancer screening. *Arch Intern Med* 2012;172(7):575-82.
6. Beydoun HA, Beydoun MA. Predictors of CRC screening behaviors among average-risk older adults in the United States. *Cancer Causes Control* 2008; 19: 339-59.
7. Deng SX, Gao J, An W, et al. Colorectal cancer screening behavior and willingness: an out patient survey in China. *World J Gastroenterol* 2011;17(26):3133-9.
8. Koo JH, Leong RWL, Ching J, et al. Knowledge of, attitudes towards, and barriers to participation of colorectal screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2012;76:126-35.
9. Steinwachs D, Allen JD, Barlow WE, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Enhancing use and quality of colorectal cancers creening. *Ann Intern Med* 2010;152: 663-7.
10. Sach TH, Whynes DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health* 2009;9:431.
11. Wilkins T, Gillies RA, Harbuck S, Garren J, Looney SW, Schade PR. Racial disparities and barriers to colorectal cancer screening in rural areas. *J Am Board Fam Med* 2012;25:308-17.
12. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları 2012. <http://thsk.gov.tr/tr/index.php/kanser-nedir/423-kolorektal-kanser-taslak/> adresinden 11.03.2014 tarihinde erişilmiştir.
13. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003;124:544-60.
14. Hawk ET, Levin B. Colorectal cancer prevention. *J Clin Oncol* 2005; 23(2):378-91.
15. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(1):31-44.
16. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008;58:130-60.
17. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the U.S 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2009 Jan-Feb;59(1):27-41.
18. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008 Nov 4;149(9):627-37. *Epub* 2008 Oct 6. Summary for patients. *Ann Intern Med* 2008 Nov 4;149(9): 1-44.
19. Koo JH, Arasaratnam MM, Liu K, et al. Knowledge, perception and practices of colorectal cancer screening in an ethnically diverse population. *Cancer Epidemiology* 2010;34:604-10.
20. Hawley ST, Volk RJ, Krishnamurthy P, Jibaja-Weiss M, Vernon SW, Kneuper S. Preferences for colorectal cancer screening among racially/ethnically diverse primary care patients. *Med Care* 2008 Sep;46(9 Suppl 1):S10-6.
21. Altun E, Burhanoğlu S, Erkek AB, Kuzu MA. Kolo-rektal kanserlerin erken teşhisinde kullanılan tarama testlerine doktorların yaklaşımı. *Güncel Gastroenteroloji* 2002;6(1):25-8.
22. Jones RM, Devers KJ, Kuzel AJ, Wolf SH. Patient-Reported Barriers to Colorectal Cancer Screening: A Mixed-Methods Analysis. *Am J Prev Med* 2010 May; 38(5): 508-16.
23. Evans REC, Brotherstone H, Miles A, Wardle J. Gender differences in early detection of cancer. *Journal of Men's Health and Gender* 2005; 2(2):209-17.
24. Chu LL, Weinstein S, Yee J. Colorectal cancer screening in women: an under utilized life saver. *AJR* 2011;196:303-10.
25. Hsia J, Kemper E, Kiefe C, et al. The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the Women's Health Initiative. *Prev Med* 2000;31(3):261-70.
26. Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, et al. The Relative Importance of Patient-Reported Barriersto Colorectal Cancer Screening. *Am J PrevMed* 2010 May; 38(5):499-507.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf adresinden 28.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
28. Bireye Yönelik Bakımın Koordinasyonu ve Sistem Uzmanlarına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri. Uzmanlık Tezi. Dr. Nazım Uzunca. Tez danışmanı: Prof. Dr. Okay Başak. Aydın 2013.

Geliş tarihi: 21.10.2014

Kabul tarihi: 19.01.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.03.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Okay Başak

e-posta: okaybasak@yahoo.com

Otoimmün poliglandüler sendromlu bir olgu sunumu

Autoimmune polyglandular syndrome: a case report

Burcu Doğan¹, Ayşe Arzu Akalın², Eylem Karaalp³, Alev Ergişi³, Aytekin Oğuz⁴

Özet

Otoimmün hastalıklar, farklı dokulara karşı humoral immün cevap oluşumuyla gelişen kronik heterojen bir hastalık grubudur. Birden fazla organın otoimmün disfonksiyonudur. Otoimmün Poliglandüler Sendrom (OPS) 4 alt gruba ayrılmaktadır. Tip 1 Diabetes mellitus (DM) ve Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanıları ile takip edilen olgumuzda demir, vitamin B ve vitamin D eksiklikleri saptanmıştır. Gastrointestinal sistem yakınmaları olmayan, demir ve vitamin eksiklikleri sebebiyle emilim bozukluğu düşündüğümüz olgumuz, OPS açısından değerlendirilmiştir. Anti-endomisyum antikoru ve doku transglutaminaz IgA'nın yüksekliği tespit ettiğimiz olgumuz endoskopi sonucu ile çölyak hastalığı tanısı almıştır. D vitamin eksikliğine bağlı hiperparatiroidisi olan Kortizol ve ACTH hormon ve tiroid fonksiyon testleri normal olgumuzun AntiTPO, Antitiroglobulin antikor testleri yüksekliği ve tiroid USG de tiroidite uyumlu olması ile otoimmün tiroidit tanısı konmuştur. OPS Tip 3B grubuna; tip 1 diabetes mellitus, otoimmün tiroidit, çölyak hastalığı ile uymaktadır. Olgumuz OPS tip 3B'ye OKB'nin eşlik ettiği bir örnektir.

Anahtar sözcükler: Otoimmün poliglandüler sendrom, Tip 1 diabetes mellitus, çölyak hastalığı, kronik otoimmün tiroidit, obsesif kompulsif bozukluk.

Summary

Autoimmune diseases are a chronic heterogeneous group of diseases which develop a humoral immune response against different tissues. It is an autoimmune dysfunction of multiple organs. These are more than one organ autoimmune dysfunction. Here we present a patient with the diagnoses of type-1 Diabetes Mellitus (DM) and Obsessive Compulsive Disorder (OCD) together with iron, vitamin B and vitamin D deficiencies. Elevated anti-endomysium antibody and tissue transglutaminase IgA levels were found which led to the diagnosis of celiac disease established via endoscopy. The patient had hyperparathyroidism due to vitamin D deficiency with normal values of cortisol, ACTH and thyroid functions. Increased levels of anti-TPO, antithyroglobulin antibody levels and ultrasound findings compatible with thyroiditis showed that there was also an autoimmune thyroiditis. Autoimmune polyglandular syndrome (APS) is divided into four sub groups. APS Type 3B sub-group is compatible with Type 1 DM, autoimmune thyroiditis and celiac disease. This case is an example of APS type 3B together with OCD.

Key words: Autoimmune polyglandular syndrome, Type 1 diabetes mellitus, celiac disease, chronic autoimmune thyroiditis, obsessive compulsive disorder.

Birden fazla endokrin organın otoimmün disfonksiyonu olarak tanımlanan otoimmün poliglandüler sendrom (OPS), seyrek görülen bir klinik durumdur.^[1] Etiyolojide çevresel faktörlerin yanı sıra kişiye özgü antijenlerde gen regülasyon bozukluğu suçlanmaktadır.^[2] Betterle ve arkadaşları tarafından OPS dört gruba ayrılmıştır. Tip 3 de kendi içinde 3A, 3B, 3C ve 3D olmak üzere dört alt grupta ele alınmaktadır.^[3] Otoimmün poliglandüler sendrom Tip 3 formu; Addison hastalığı olmadan otoimmün tiroid hastalıklarından birini tip 1 diyabetes

mellitus (DM) ve diğer otoimmün hastalıkların eşlik edebildiği bir sendromdur. OPS tip 3B'de ise otoimmün gastrointestinal sistem tutulumu vardır.

Seyrek görülen klinik durumları içeren OPS tip 3B'nin toplumdaki sıklığı konusunda fazla veri bulunmamaktadır. Bu raporda kronik otoimmün tiroidit (KOT), tip 1 DM ve çölyak hastalığını (ÇH) obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) eşlik ettiği ve bu özelliklerle otoimmün poliglandüler tip 3B olarak tanımlanan seyrek görülen bir olgu sunuyoruz.

1) İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uz. Dr., İstanbul.

2) Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul.

3) İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Asist. Dr., İstanbul.

4) İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul.

Olgu sunumu

Olgumuz 35 yaşında, kadın, evli (eşi tarım işçisi), ev hanımı, ortaokul mezunu ve iki çocuk sahibiydi. Kan şekeri regülasyon bozukluğu ile merkezeimize ilk kez Temmuz 2012 tarihinde başvuran hasta, Temmuz 2006'dan beri Tip 1 diyabet tanısı ile izlenmekte ve 2007 yılından bu yana insülin pompası kullanmaktaydı. Diyetine dikkat etmesine rağmen kan şekeri regülasyonu bozukluğu sebebiyle anksiyetesi ve yorgunluk, halsizlik, uyku süresinde artış ve bacaklarda ağrı yakınmaları bulunmaktaydı.

Boyu 153 cm ve ağırlığı 49 kg olan hastamızın bel çevresi 77 cm, beden kitle indeksi 20,9 kg/m² idi. Fizik muayenesinde cildi kuru, saçları cansız ve konjunktivaları soluk saptanırken, diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hastamızda yapılan laboratuvar incelemeleri **Tablo 1**'de verilmiştir. Anti-TPO ve anti-triglobulin antikorları yüksek bulunan hastanın tiroid ultrasonografisinde, tiroid parankiminde hipoekojenite ve heterojen yapı saptandı. Laboratuvar ve ultrasonografi sonucu otoimmün tiroiditle uyumlu idi. Demir, vitamin B12 ve vitamin D eksiklikleri saptanan hasta otoimmün gastroenteropati açısından değerlendirildi. Anti-endomisyum antikor ve doku transglutaminaz IgA düzeyleri yüksekti. Çölyak hastalığı tanısını kesinleştirmek için yapılan mide-duodenum endoskopik incelemesinde mide, bulbus ve antrumu doğaldı. Duodenum 2. kısım mukozasında testere dişi görünümü ve nodüller saptandı ve biyopsi alındı. Patoloji değerlendirmesinde duodenum ve bulbus ÇH ile uyumlu idi. MARSH sınıflamasına göre Tip IIC olarak belirlendi. Mide antrumunda kronik Helicobacter Pylori gastriti mevcuttu.

Hastanın yaklaşık 10 yıllık sık el yıkama, temizlik yapma ve yaptığı işleri defalarca kontrol etme öyküsü vardı. Özellikle diyabet tanısı aldıktan sonra bu yakınmaları daha da artmıştı. Yakınmalarının artması üzerine ailesinin de isteği ile 2012 yılı Ocak ayında başvurduğu psikiyatri polikliniğinde OKB tanısı konmuş ve sertralin tedavisine başlanmıştı. Psikiyatrik tedaviye başladıktan sonra nispeten azalsa da, eşi tarafından hala sık el yıkadığı ve yaptığı işleri defalarca kontrol ettiği ifade edildi.

Kardeşinde çölyak hastalığı ve ikinci derece bir akrabasında tip 1 DM öyküsü vardı. Annesinde de temizlik ve titizlik takıntısı bulunduğu, fakat tedavi almadığı hastamız tarafından dile getirildi.

Olgumuza diyabet ve ÇH için beslenme ve karbonhidrat sayımı eğitimi verildi. Demir, D ve B12 vitamin eksiklikleri için düzenlenen tedavi sonrasında parathormon düzeyi normale indi.

Tartışma

Birçok bezi tutan otoimmün hastalıkları bulunan olgumuza poliglandüler sendrom tanısı konmuştur. Paratiroid adenomu bulunmayan hastada, D vitamini replasmanı sonrasında normal seviyeye gerilemesi, hiperparatiroidinin D vitamini eksikliğine bağlı olduğunu düşündürmektedir.^[13] Kortizol ve adenokortikotropik hormon düzeylerinin normal saptanması ile Addison hastalığı dışlanmıştır. Kronik kandida enfeksiyonu, hipoparatiroidi ve Addison hastalığının olmaması ile olgumuzun OPS Tip 1 ve OPS Tip 2 grubuna uymadığı saptanmıştır.

Öte yandan hastamız, serbest T4 ve TSH normal olmakla birlikte anti-TPO ve anti-triglobulin antikorları yüksekliği ve tiroid ultrasonografisi bulguları ile kronik otoimmün tiroiditle uyumlu bulunmuştur. KOT hastalarının çoğu asemptomatik olup ötiroidizm, hipotiroidizm veya hipertiroidizm klinik tablolarının görülebileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.^[3,4] Dilek ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, KOT'ye en sık eşlik eden otoimmün hastalık olarak %11,7 oranı ile tip 1 DM saptanmıştır.^[4] Birçok çalışmada gösterildiği gibi olgumuz KOT ve tip 1 DM birlikteliğine örnek teşkil etmektedir.^[3,4]

Klinik ortaya çıkışı heterojen olan ÇH'nin ishal ve abdominal distansiyon gibi tipik bulgularının tip 1 DM hastalarında nadir görüldüğü, sideropenik anemi, kısa boy ve gecikmiş puberte gibi atipik bulguların daha yaygın olduğu saptanmıştır.^[14] Dalgıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gastrointestinal yakınmalar olmadan çölyak hastalığının asemptomatik ya da sessiz seyredebileceği ve serolojik göstergelerle belirlenebileceği gösterilmiştir.^[6] Sadece birinci derece akrabada Çölyak hastalığı olmasının bile ÇH riskini %10 oranında arttırdığı ileri sürülmektedir.^[14,15] Olgumuz tip 1 DM, otoimmün tiroidit ve birinci derece akrabasında ÇH bulunması nedeniyle ÇH yönünden taranmıştır. Gastrointestinal yakınmalar olmadığı halde demir, vitamin B12 ve D eksikliklerinin olması, Çölyak hastalığını düşündürmüştür. Anti-endomisyum antikorunun ve doku transglutaminaz IgA'nın pozitif tespit edilmesi üzerine kesin tanı için gastrik endoskopi yapılmış

ve patoloji sonucu ile Çölyak hastalığı tanısı konmuştur. Otoimmün gastroenteropatinin de eklenmesi ile olgumuzun OPS Tip 3B grubuna uyduğu belirlenmiştir. OPS Tip3, olgumuzda da olduğu gibi orta yaş kadınlarda daha sık olmakla birlikte her yaş grubunda görülebilmektedir.^[3]

Otoimmün poliglandüler sendrom gibi kompleks ve birçok sistemi etkileyen kronik otoimmün hastalığın birlikte olduğu hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirildiği çalışmalar bulunmamaktadır. OKB'nin otoimmün poliglandüler sendromdaki sıklığı bilinmemektedir. Fakat tip1 DM gibi ömür boyu insülin kullanma, düzenli diyet ve egzersiz yapma zorunluluğu bulunan hastalarda anksiyete, depresyon ve OKB'nin sık görüldüğü bazı çalışmalarda bildirilmiştir.^[9,16] Olgumuzda da olduğu gibi OKB'si olan hastalarda sıklıkla bulunan kir-pis bulaşma obsesyonu ve el yıkama ve temizlik yapma kompulsiyonunun günlük yaşantılarını etkileyebileceği bilinmektedir.^[11] Kültürel ve sosyal yaşantının da OKB'nin gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir.^[17] Kapalı ve baskıcı bir ortamda büyüyen, ortaokula kadar okuyabilen, çalışmayan, Erzurum'dan İstanbul'a göç eden, maddi imkanları ve aile desteği kısıtlı hastamızın diyabet hastalığını kabullenmek-

te güçlük çekmesinin de OKB'nin gelişiminde etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Brady'nin yaptığı araştırmada OKB'nin kronik hastalıklarla birlikteliği nadir bulunmuştur. OKB'ye eşlik eden hastalıkların olduğu durumlarda OKB'nin seyrinin daha şiddetli ve tedaviye daha dirençli olduğu ileri sürülmüştür.^[18] Brady'nin yaptığı çalışmayla uyumlu olarak tedavi almasına rağmen halen yakınmalarının devam etmesi, olgumuzda OKB'nin daha dirençli olduğunu düşündürmektedir.

Bütün bu özellikleriyle olgumuz nadir görülen OPS Tip 3B'ye OKB'nin de eklendiği bir örnek oluşturmuştur. Tüm yaşantısı boyunca insülin kullanan, diyet yapan ve birçok kronik hastalığın yükünü taşıması bu hastaların tanı ve izlemlerinde bütüncül yaklaşımın önemini de ön plana çıkarmaktadır. Hastalık yükünün artması ile birlikte sosyal yaşantıları kısıtlanan bu hastalarda isteksizlik ve bıkkınlık hali oluşabilmekte ve izlemler aksayabilmektedir. Aile hekimlerinin bu hastaların tanı, tedavi ve izlemleri için yeterli bilgi ve donanımda olmasının, gerekli destek ve yönlendirmeleri doğru ve zamanında yapmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Tablo 1. Olgumuzun laboratuvar değerleri

Glukoz (70-106 mg/dL)	344	Hemoglobin (11,5-16 g/dl)	9,5
HbA1C (4-6%)	8,4	Hemotokrit (37-47 %)	30,2
C peptit (0,9-7,1 ng/mL)	0,17	MCV (80-100 um ³)	72
Serbest T4 (0,61-1,12 ng/dL)	0,84	Ferritin (11-306 mg/dL)	2,9
TSH (0,27-4,2 uIU/mL)	1,25	Fe (60-80 ug/dL)	6,8
Anti-TPO (0-9 IU/mL)	62	UIBC (155-300 ug/dL)	371,8
Anti-tiroglobulin antikor (0-4 U/mL)	1006,70	TIBC (210-480 ug/dL)	378,6
Paratiroid hormon-PTH (12-88 pg/mL)	132,4	Vitamin B12 (127-505pg/mL)	91
Adenokortikotropik hormon ACTH (0-46 pg/mL)	35,70	Folat (2,33-17 ng/mL)	3,03
Kortizol (6,7-22,6 ug/dL)	11,23	25- Hidroksi vitamin D (11-43 ng/mL)	3,10
Anti-endomisyum antikor (<15 :Negatif, >15 :pozitif U/mL)	187,22	Doku transglutaminaz IgA (<20 :Negatif, >20 :pozitif RU/mL)	>200

Kaynaklar

1. Saygılı F. Autoimmune endocrine diseases. *Türkiye Klinikleri J Endocrin Special Topics* 2010;3:1-5.
2. Gibson DS, Banha J, Penque D, et al. Diagnostic and prognostic biomarker discovery strategies for autoimmune disorders. *J Proteomics* 2010;18:1045-60.
3. Betterle C, Zancetta R. Update on autoimmune polyendocrine syndromes. *Acta Biomed* 2003; 74: 9-33.
4. Dilek E, Işcan B, Ekuklu G, Tütüncüler F. Retrospective evaluation of the cases diagnosed as Hashimoto's Thyroiditis. *Çocuk Dergisi* 2000;11: 73-7.
5. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Type 1 diabetes. *Güncel Pediatri* 2007;5:1-10
6. Schilling I, Conrad K, Fussel M et al. Prevalence of type 1 diabetes specific autoantibodies and of certain HLA patterns in celiac disease. *Deutsch Med Wochenshr* 2003;128:185-9.
7. Erdoğan F, Ergür A, Güven M, Gürler A. Ailesel alopesi ve otoimmün poliglandüler sendrom tip 3. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2010;4:229-35.
8. Buysschaert M. Celiac disease in patients with type 1 diabetes mellitus and auto-immune thyroid disorders. *Acta Gastroenterol Belg* 2003;66:237-40.
9. Dalgıç B, Sarı S, Özcan B, et al. Prevalence of celiac disease in healthy Turkish school children. *Am J Gastroenterol* 2011;8:1512-7
10. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association 2013. Web.[Access date:1 June 2013]
11. Demet M. M, Deveci A, Deniz F ve ark. The phenomenology and demographic features of obsessive compulsive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:133-44.
12. Kaçar Döğer F. Non-Hodking lenfomaların sınıflandırılması ve nedenleri. *Türkiye Klinikleri Dahiliye Tıp Bilimleri* 2007;19:21-5.
13. Özkan B, Döneray H. D vitamininin iskelet dışı etkileri. *Çocuk Sağlığı Hastalıkları Dergisi* 2011;54:99-119.
14. Tümgör G, Aydoğdu, Çölyak hastalığı-derleme. *Güncel Pediatri* 2005;3.
15. Barera G, Bonfanti R, Viscardi M, et al. Occurrence of celiac disease after onset of type 1 diabetes: a 6-year prospective longitudinal study. *Pediatrics* 2002;109:833-8.
16. Santos MA, Ceratta LB, Reus GZ, et al. Anxiety disorders are associated with quality of life impairment in patients with insulin dependent type 2 diabetes: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;24.
17. Türksöy N, Tükel R, Özdemir Ö. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:92-8
18. Brady CF. Obsessive-compulsive disorder and common comorbidities. *J Clin Psychiatry* 2014;75:2

Geliş tarihi: 18.06.2014

Kabul tarihi: 01.12.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.03.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Burcu Doğan

e-posta: burcutdogan@hotmail.com

2014'e genç bir bakış

Yeni bir yılda ilerlemeye devam ettiğimiz şu aylarda, Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi (Vasco da Gama Movement– VdGM) için çalışan genç aile hekimleri olarak 2014'e bizim gözümüzden bakmak istedik.

Geçtiğimiz yıl VdGM kapsamında pek çok değişim programı gerçekleştirildi. Bu programların içerisinde ülkemizde en çok ilgi görenler açık ara farkla Prekonferans Değişim Programları'ydı. 2014 yılı VdGM Prekonferans Değişim Programı takvimi ve ilgili değişim programlarına Türkiye'den katılan arkadaşlarımızın sayısı **Tablo 1**'de görülmektedir. Bu programlarla ilgili tüm haberleri genç meslektaşlarımızla paylaştık ve ülkemizden olabildiğince çok sayıda katılımcının programlarda yer almasını sağladık. Tüm katılımcı arkadaşlarımıza değişim öncesinde ve sırasında gereksinim duydukları tüm konularda destek olmaya özen gösterdik. Program sonrasında da iletişimi sürdür-

dük ve arkadaşlarımızın deneyimlerini geniş kitlelerle paylaşmaları konusunda kendilerini teşvik ettik. Programlara katılan arkadaşlarımız bu sayede ülkemizi temsil etme, farklı kültürlerle tanışma, farklı ülkelerdeki aile hekimliği uygulamalarını deneyimleme fırsatına sahip olurlarken; kongre ve dergilerde de deneyimlerini paylaşarak bu programlara katılmayan meslektaşlarımızın da bu deneyimlerden faydalanmalarını sağladılar.

VdGM kapsamında gerçekleştirilen ve ortalama iki hafta süren Hippokrates Değişim Programları ise Prekonferans Değişim Programları'nın aksine maalesef ülkemizde fazla ilgi görmemektedir. Çalıştığı kliniği genç aile hekimlerinin ziyaretine açan saygıdeğer aile hekimlerinin katkılarıyla Avrupa çapında çok geniş bir Hippokrates değişim ağı kurulmuş durumdadır ve çok aktif bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak geçmişten günümüze gerek ev sahibi, gerekse ziyaretçi olarak bu programlara



- 1) Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asist. Dr., İstanbul.
- 2) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör. Dr., İstanbul.
- 3) Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asist. Dr., İzmir.
- 4) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Anabilim Dalı, Araş. Gör. Dr., Ankara.

Tablo 1. 2014 yılı VdGM Prekonferans Değişim Programı takvimi

Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran
	Barcelona, İspanya 2 Katılımcı	Tel Aviv, İsrail 1 Katılımcı Madrid, İspanya 2 Katılımcı		Modena, İtalya 2 Katılımcı Şibenik, Hırvatistan 2 Katılımcı	Kanarya Adaları, İspanya Ülkemizden katılımcı olmadı
Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık
Lizbon, Portekiz 1 Katılımcı		Mallorca, İspanya 1 Katılımcı	Belgrad, Sırbistan 2 Katılımcı Liverpool, İngiltere 2 Katılımcı		Zagreb, Hırvatistan 6 Katılımcı

ülkemizden katılım oldukça sınırlı olmuştur.

Geçtiğimiz yıl içerisinde, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) VdGM Türkiye ekibi olarak, ülkemizin de bu programda aktif olmasını sağlamak amacıyla önemli adımlar attık. Yıl boyunca gerçekleştirdiğimiz çalıştaylarda Hippokrates değişimlerine katılımı sınırlayan faktörleri araştırdık. En önemli faktörlerin bilgi eksikliği, maddi olanaksızlıklar ve çalışma koşullarının uygunsuzluğu olduğunu saptadık.

Bilgi eksikliğini gidermek ve farkındalığı arttırmak için ülkemizdeki aile hekimliği dergilerine yazılar yazdık, kongrelerde sunumlar yaptık, sosyal medya aracılığı ile bilgilendirici ve teşvik edici duyurular yayınladık.

Maddi engelleri ortadan kaldırmak amacıyla TAHUD Merkez Yönetim Kurulu ile birlikte bir proje hazırladık ve projemizle Avrupa Birliği Erasmus + Öğrenme Hareketliliği Programları kapsamında başvuruda bulunduk. VdGM üyesi diğer ülke değişim grupları ile birlikte, değişim programları için farklı burs olanaklarını araştırmaya devam etmekteyiz.

Çalışma koşullarından kaynaklanan engelleri anlamak ve çözümler geliştirebilmek amacıyla asistan-

lar, uzmanlar ve öğretim üyeleriyle görüşmeler yaptık. Özellikle eğitim kliniklerinin değişimlere açılması, asistanların değişimlere katılabilmeleri için izin ve rotasyonların uygun şekilde ayarlanabilmesi konusunda öğretim üyelerimizin desteğini talep ettik.

Genç meslektaşlarımızı Hippokrates değişimlerine ziyaretçi olarak katılmaları konusunda sürekli teşvik ettik. İlgili meslektaşlarımızın merak ettikleri veya desteğe ihtiyaç duydukları tüm konularda kendilerine yardımcı olduk ve olmaya da devam ediyoruz.

İki bin on dördünlü içerisinde Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği ülkemizin ilk iki Hippokrates değişim programına ev sahipliği yaptı. Hollanda'dan gelen iki aile hekimliği asistanını en iyi şekilde ağırlayan Asistan Doktor Reyhan Gök Hussain'e ve Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nin değerli öğretim üyelerine destekleri için çok teşekkür ederiz.

Hippokrates değişimlerine ev sahipliği yapmak üzere VdGM internet sitesindeki iletişim ağına Türkiye'den ilk katılan klinik Dicle Üniversitesi Aile



Hekimliği Anabilim Dalı oldu. 2015 yılı başında ise Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bu ağa katıldı. Ülkemizden daha birçok kliniğin daha sisteme dahil olması için kliniklerle ikili çalışmalara devam etmekteyiz.

Değişim grubunda tüm bu çalışmalar ve değişimler hızla sürerken Türkiye'nin ilk Prekonferans Değişim Programı'nı Mayıs 2015'te Adana'da gerçekleştirecek olmanın heyecanını yaşamaktayız.

Geçtiğimiz yıl kongreler bakımından da oldukça yoğun çalıştık. Şubat ayı içerisinde İspanya'nın Barselona şehrinde ilk VdGM Forum'u düzenlendi. VdGM açısından önemli bir mihenk taşı olduğuna inanılan bu değerli organizasyona ülkemizden 6 kişi ile katılım gerçekleştirdik. Forum'un birinci basamağa dair birçok faydalı konuyla ve İspanyol danslarından oluşan eğlenceli çalıştaylarla dolu içeriğinin yanında Barselona'nın uçsuz bucaksız sahillerinde ve Gotik mimarili sokaklarında yürümek, Gaudi'nin muhteşem eserleri eşliğinde deniz ürünlü bir Paella yerken ünlü Sangria'yı tatmak kesinlikle gerçekleştirilmesi gereken deneyimlerdi.

Antalya'da 23-27 Nisan 2014 tarihlerinde düzenlenen 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde VdGM Türkiye Çalıştayı düzenledik. Toplantıda VdGM ile ilk defa karşılaşan meslektaşlarımıza daha önce gruplarımızda gerçekleştirdiğimiz etkinlikler ve oluşum ile ilgili kısa sunumlar yaptık. Hemen ardından yaklaşmakta olan değişim programları, kongreler ve çalıştaylar ile ilgili planlamaları konuştuk. Katılımcıların önerileri doğrultusunda değişim programlarına katılacak aday seçim öl-

çütleri, araştırma ve eğitim grubu yapılanmaları ile ilgili kararlar aldık. VdGM'den beklentileri ve istekleri tartıştık. Ülkemizin dört bir tarafından 22 meslektaşımız toplantıya katıldı. Bu çalıştayımıza katılan meslektaşlarımızdan biri ilerleyen günlerde VdGM Türkiye Avrupa Ötesi (Beyond Europe) Koordinatörü'müz olacaktır.

Mayıs ayında 13. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu'nda oturum düzenledik. Bu kongrede, Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan ve oturum sonrasında harekete destek vererek hem WONCA Avrupa 2015 İstanbul Kongresi öncesi gerçekleştirilecek VdGM Prekonferans 2015 İstanbul ekibinde yer alan, hem de VdGM Türkiye'nin ilk Prekonferans Değişim Programı'nın gerçekleşmesinde büyük katkıları olan değerli meslektaşlarımız, dostlarımız ile tanışma fırsatı bulduk.

Her yıl düzenlenen WONCA Avrupa Kongresi, 2014'te Portekiz'in başkenti Lizbon'da 02-05 Temmuz 2014 tarihleri arasında düzenlendi. Kongreye ülkemizden yoğun bir asistan, uzman ve öğretim üyesi katılımı oldu. Ayrıca Avrupa Kongresi öncesinde genç aile hekimleri ve asistanlarına yönelik olarak düzenlenen VdGM Prekonferans 2014 Lizbon'a ülkemizden 5 kişi ile katılım gerçekleştirdik. Türkiye'nin sağlık sistemini, aile hekimliği uygulamalarındaki sıkıntılarını, o dönem ülkemizde aile hekimleri için düşünülen acil nöbetlerinin çarpıklıklarını Avrupalı meslektaşlarımızla paylaşma olanağı bulduk. İspanya, Hollanda gibi deneyimli ülkelerin uygulamaları çerçevesinde olası pratik çözümleri tartıştık. İki günün sonunda





coşkulu bir kapanış töreninin ardından WONCA Avrupa Kongresi 2014'ün açılışına geçildi.

Yeri gelmişken Lizbon'dan bahsetmeden geçmek düşünülemez. Lizbon, dar Arnavut kaldırımlı sokakları, okyanus esintisinin her köşeden hissedildiği geniş meydanları, Rönesans'ın romantizmini taşıyan heykelleri ve liman lokantaları ile gerçek bir Akdeniz şehri. İnsanları sıcak kanlı ve yardım sever. Havası tipik Akdeniz ilkbaharı. Yemekleri başta balık olmak üzere, istiridye, midye, yengeç gibi deniz ürünleri ağırlıklı. En çok da sardalyası ve "codfish" adını verdikleri tavuk balığı meşhur. Temel geçim kaynağı turizm. Bu yüzden sokaklarda Portekizliden çok yabancı turistlere rastlamak olağan. Hemen herkes İngilizce biliyor ve turistlere yardımcı oluyor. Ayrıca önemli bir turizm kaynağı olan tarihi apartmanlarını, eski asansörlerini, büyük meydanlarını, meydanlardaki şövalye heykellerini, fiskiyeli ve melekli havuzlarını büyük bir dikkatle koruyorlar. Tabii ki bir de şehrin simgesi haline gelmiş sarı tramvayları var. Bin dokuz yüzlü yılların başlarından kalma boyaları yer yer dökülmüş, camları sökükle bu tramvaylar sadece turistik amaçlı değil, dik yokuşları rahatça çıkabilmek için de günümüz şehir içi ulaşımında kullanılmakta. Nostaljik havasının yanı sıra ipek böceği gibi kıvrılarak giden sevimli hali ile büyük-küçük herkesin ilgisini çekmekte. Okyanus; mutfağını olduğu kadar Lizbon'un kültürünü de etkilemiş. Eski evlerin ve apartmanların dış yüzü mavi-beyaz fayanslarla kaplanmış. Denize açılarak bir daha dönmeyen erkekler için

yakılan ağıtlar "Fado" müziğini yaratmış. Fado, mikrofonsuz olarak sadece iki telli çalgı eşliğinde söylenen daha çok gırtlaktan notaların ağırlıkta olduğu bir tür yanık türkü. Ancak bu müziğe öyle tutkunlar ki, Fado söylenirken bırakın konuşmayı; fısıldaşmaya, yemek yemeye bile izin verilmiyor.

WONCA 2014 Lizbon başladığında birçok ulustan, birçok kültürden aile hekiminin tek bir ortak noktada buluşmasına şahit olduk. Güzel liman şehrinde tüm Avrupa'nın yanı sıra Nijerya, Filipinler, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri gibi dünya ülkelerinden de aile hekimlerinin katıldığını gördük. Çalıştaylarda, seminer salonlarında başta olmak üzere aslında konferansın yapıldığı akla gelebilecek her noktada, kahve molası sırasında, WONCA standlarında, tıp kitaplarına bakarken, poster alanlarında, öğlen yemeklerinde ve hatta konferans alanının bahçesindeki çimenlerde tek bir ortak konu konuşuluyordu: "Birinci basamağın gücü".

Tüm Prekonferans ve WONCA Avrupa Kongresi boyunca ülkeler arası iletişim-etkileşim sonrası öğrenilenleri tek bir cümle ile özetlemek gerekirse; "Global düşün, yerel harekete geç!" uygun olurdu.

Lizbon rüzgarını arkada bırakarak tüm çalışmalarımıza hızla devam ettik. Antalya'da Eylül 2014'te düzenlenen 8. Aile Hekimliği Güz Okulu'nda önceki kongrelerden de edinilen deneyimler ile giderek artan sayıda katılımcıya hitap eden bir oturum düzenleme şansı bulduk. Bu oturumda VdGM Türkiye Avrupa Ötesi (Beyond Europe) Koordinatörü'müz

Asistan Doktor Fethi Sada Zekey yeni göreviyle yer aldı. Bu oturum sonrasında gönüllü meslektaşlarımız ile VdGM Prekonferans 2015 İstanbul için çalışma gruplarımızı belirleyerek büyük bir heyecan içerisinde hazırlıklarımızı sürdürdük.

TAHUD Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu ve Aile Hekimliği Güz Okulu'nda VdGM'yi sağladıkları oturum ve çalıştaylarla destekleyen düzenleme kurullarında emek vermiş değerli akademisyenlerimize ve meslektaşlarımıza, oturumlarda heyecanla yerlerini alan ve paylaşımları ile VdGM'yi besleyen meslektaşlarımıza teşekkürlerimizi sunmayı bir borç biliriz.

Gelecek kongrelerde de VdGM oturumlarının ve biz genç aile hekimlerinin gitgide artan farkındalığını ve globalleşmesini yaşayacak olmanın mutluluğu ve daha da artan istekle çalışmalarımızı 2015 yılı içerisinde de sürdüreceğiz.

Saygılarımızla.

Fikret Merter Alanyalı

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

merter_al@hotmail.com

Giotto Hareketi 2. Ulusal Kongresi Tasarım Odaklı Düşünme Çalıştayı İzlenimleri

Tasarım Odaklı Düşünme Çalıştayı (Design Thinking Workshop) 21-24 Mayıs 2014 / Verona & Modena- İtalya

Vasco da Gama Hareketi (VdGM), 2004 yılında Amsterdam'da düzenlenen WONCA (The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians) Avrupa Kongresi'nde başlatılmıştır. Amacı asistanlık döneminde ya da uzmanlığın ilk beş yılındaki aile hekimlerini desteklemek olan bu oluşum çerçevesinde birçok etkinlik planlanmıştır. Bunlardan birisi de "Minihipokrat Değişim Programı"dır. Minihipokrat Değişim Programı;

aile hekimliği uzmanlığı öğrencilerinin veya uzmanlığının ilk 5 yılındaki aile hekimlerinin katılımıyla gerçekleştirilen bir konferansı ve bu konferansın öncesinde bir veya iki günlük bir sağlık merkezi ziyaretini kapsamaktadır. VdGM aracılığıyla duyurulan değişim programı kapsamında, 21-24 Mayıs 2014 tarihleri arasında, İtalya'nın Verona şehrinde sağlık merkezi ziyaretleri programına ve Modena şehrinde "Movimento Giotto" tarafından düzenlenen "2nd Congresso Nazionale del Movimento Giotto" (Giotto Hareketi 2. Ulusal Kongresi) konferansına katılım sağladık. Bu yazıda, konferans programı kapsamında katıldığımız "Tasarım Odaklı Düşünme Çalıştayı" (Design Thinking Workshop)



Resim 1. Saptadığımız problemleri listeledik

1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör. Dr., İzmir.
2) Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uz. Dr., İzmir.

gözlemlerimizi aktarmayı amaçladık.

“Design Thinking” ilk kez Stanford Üniversitesi direktörü Rolf Faste tarafından 80’li yıllarda tanımlanan “Yeni ve daha iyi şeyler ortaya koymak mümkündür ve fark yaratabiliriz” düşüncesine dayanan insan odaklı, multidisipliner, optimistik ve deneysel bir yöntemdir. Beyin fırtınası yoluyla sınırsız düşüncenin oluştuğu ve ortaya konduğu bu sürecin 5 ana fazı vardır:

- **Keşif (itirazın anlaşılması, araştırılması ve ilham alınması)**
- **Yorumlama (öğrenilenin yorumlanması, anlam kazandırılması ve fırsatlar oluşturulması)**
- **Fikir oluşturma (beyin fırtınası ile sınırsız fikir oluşturulması, fikirlerin ayrıntılandırılması)**
- **Deneme (prototip oluşturulması ve geribildirim alınması)**
- **Değişim (öğrenilenin belirlenip, değişimin sunulması)**

Katıldığımız çalıştay, toplamda 8 saat süren iki ayrı oturumdan oluşmaktaydı. Çalıştaya katılan 30 kişi, 4 farklı sorun senaryosunu çözmek amacıyla 4 gruba ayrılmıştı. Her grupta, gerçek hayatında yaşadığı bir sorunu çalıştayda tartışılmak üzere sunan bir katılımcı ile “Design Thinking” metodunun uygun şekilde ilerlemesini düzenleyen bir koordinator bulunuyordu. Çalıştayanın birinci fazı, sorununu çalıştaya getiren katılımcının yaşadığı çıkmaz ile ilgili sunumuyla başladı. İlk faz olan keşif fazında; anlattığı senaryoda katılımcıyı rahatsız ettiği ve problem olduğu düşünülen fikirler renkli kağıtlar üzerine not edildi. Bu aşamada önemli olan; her bir fikrin bir kağıda yazılması ve problem olacağı düşünülen en ufak bir noktanın bile not edilmesiydi. Anlatılan öyküden katılımcıyı rahatsız eden ana se-



Resim 2. HMW sorularına yanıt verdik

bepler, en çok önemsedığı olaylar, onu en çok ilgilendiren veya motive eden noktalar ve en çok hayal kırıklığına uğratan konular kaydedildi. Öykü sona erdiğinde herkesin önünde onlarca fikir içeren renkli kağıtlar birikmişti. Öykünün sona ermesiyle, artık keşif fazı tamamlanarak ikinci faz olan “Yorumlama Fazı”na geçildi.

Yorumlama fazında tüm renkli kağıtlar bir araya getirildi ve birbiriyle ilişkili olanlar kümelendirildi. Belirli bir kümeye uymayanlar dışlandı, aynı olduğu düşünülen fikirlerden de sadece biri kabul edildi. Kümelenen problemler adlandırılarak, ana başlıklar tanımlandı. Beş ana başlık altında toplanan problemler tekrar gözden geçirilerek, oylama yöntemiyle en önemli olduğu düşünülen iki tanesi seçildi ve sorunu getiren kişiden seçilen problem başlıklarından bir tanesini seçmesi istendi. Son kararı vermesiyle birlikte, sorunun altında yatan ana sebep olduğu düşünülen fikir belirlenmiş oldu. Bu aşamadan sonra probleme yoğunlaşılacak ve bunu düzeltmek için, değiştirmek için yapılacakların listelendiği “Fikir oluşturma fazı”na geçildi.

Fikir oluşturma fazı’nda tüm ekip bir araya geldi ve seçilen ana başlıkta yer alan tüm renkli kağıtlarda yazan fikirler göz önünde bulundurularak ve “How might we ? (HMW?)” (...’yı nasıl yapabiliriz?) soru kalıbı doğrultusunda, ana sebep olduğu düşünülen başlık altındaki tüm fikirleri içeren bir soru cümlesi oluşturuldu. Bu aşamada beyin fırtınası yapılarak fikir doğrulaması yapıldı ve ortaya konulan fikre dair tüm itirazlar ve engeller düşünüldü.

Deneme fazı olarak adlandırılan dördüncü fazda, oluşturulan soru kalıbına yönelik çözüm yolları düşünölmeye başlandı. Beyin fırtınası yaparak tüm ekibin katılımıyla mantık süzgecinden geçirmeksizin mümkün olan veya olmayan tüm fikirler not edildi. Tüm fikirler ortaya konup listelendikten sonra, aynı yorumlama fazında yapıldığı gibi oylama yöntemiyle ekibin her bir üyesi bu probleme yönelik en önemli olduğunu düşündüğü fikri oyladı. Oylama sonucunda en iyi çözüm olduğu düşünülen fikir seçildi ve sunumu için prototip hazırlığı yapıldı. Sunum için yine tüm ekibin katılımıyla akla gelen tüm ilgi çekici fikirler ortaya konuldu ve üç boyutlu bir model oluşturularak hangi teknikle sunum yapılacağına karar verildi. Bir gruplar tiyatro şeklinde canlandırma yöntemini seçerken, bazı gruplar üç boyutlu tablolarla sunumu, bir başka grup ise kitap şeklinde bir model oluşturularak sunmayı tercih etti. Tüm ekiplerin problemlerinin, “HMW?”



Resim 3. Sorunlarımızı çözdük, mutluyuz

sorularının, problem çözümlerinin ve çözüm önerilerinin sunumuyla çalıştay sona erdi.

Katıldığımız çalıştayda son faz olan, “Değişim Fazı” gerçekleştirilmedi. Bu faz, bulunan çözümlerin günlük hayata geçirilmesi ve edinilen olumlu ve olumsuz geribildirimlere yönelik düzenlenmesini içermekteydi.

Hem eğitim hayatında hem de iş hayatında dünyanın her yerinde kullanılan, insanların fikirlerini korkusuzca ortaya koymasını sağlayan, problemlere beyin fırtınası yoluyla çözüm bulan ve “VdGM konferans öncesi değişim programı” sırasında tanışma şansı bulduğumuz bu yöntemi, çeşitli çalıştaylar ve pratik çalışmalar şeklinde meslektaşlarımıza sunarak ülkemizde de uygulayabilmeyi umuyoruz.

Kaynaklar

1. Design thinking for educators, www.designthinkingforeducators.com. 28 Mayıs 2014 tarihinde erişilmiştir.
2. Vasco de Gama Hareketi, <http://www.tahud.org.tr/guncel/vasco-da-gama/vasco-da-gama-hareketi/448>. 29 Mayıs 2014 tarihinde erişilmiştir.
3. Akbayın Z, Can H, Erdem Ö ve ark. Vasco da Gama Genç Aile Hekimleri Hareketi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012;4(3):1.

Geliş tarihi: 10.06.2014

Kabul tarihi: 26.08.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.02.2015

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Candan Kendir Çopurlar

e-posta: candankendir@hotmail.com

Düzeltilme: Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri 07-10 Kasım 2013

Erratum: Abstracts presented at the 4th Family Medicine Research Days 7-10 November 2013

Merthan Tunay¹, Hatice Kurdak¹

Yazarlar, 18 cilt 2. sayıda yayımlanan Türk Aile Hek Derg 2014;18(2):79-109; doi: 10.2399/tahd.14.00079 künyeli bildirinin başlığında hata olduğunu saptamış ve düzeltme talep etmiştir. Bu düzeltme talebi doğrultusunda “**B - 61 Kilo-**

lu ve obez kadınlarda grup görüşmelerinin vücut ağırlığına, iyilik haline ve sağlık denetim odağına etkisi” isimli bildiriye eksik olan yazar ismi Dr. Hatice Kurdak eklenmiş ve gerekli düzeltme detayları aşağıda gösterilmiştir.

Yayımlanan şekli:

B - 61

Kilolu ve obez kadınlarda grup görüşmelerinin vücut ağırlığına, iyilik haline ve sağlık denetim odağına etkisi.

Merthan TUNAY¹

1) Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Düzeltilmiş şekli:

B - 61

Kilolu ve obez kadınlarda grup görüşmelerinin vücut ağırlığına, iyilik haline ve sağlık denetim odağına etkisi.

Merthan TUNAY¹, Hatice KURDAK¹

1) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD