

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

# Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

## Dergisi

Cilt Volume **19** | Sayı Number **2** | Nisan-Haziran April-June **2015**

## Rahatsızlanan çocuklar için sağlık hizmeti arama davranışları: Başvuru süresi ve etkileyen faktörler

Fulya Akpak, Nuri Seha Yüksel, Ayşegül Kabanlı, Tolga Günvar



## Variköz venleri olan hasta yönetimi: Aile hekimleri ne kadar içinde?

Raziye Şule Gümüştakım, Muhteşem Erol Yayla, Onur Sürmeligöz, Erdinç Yavuz, Emrah Kırımlı, Selami Doğan

## Defin ruhsatı düzenlemede adli boyut: Bir feth-i kabir otopsi olgusu

Murat Nihat Arslan, Fatih Abalı, Burcu Yasemin Özbek, İbrahim Üzün

\* **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.turkailehkekderg.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 başvurulması 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 bildirim ve tartışmalardır. 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 başlıklarla 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](http://www.bilimterimleri.com) adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://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 vermeden 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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

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

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



**Baş Editör | 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  
Uz. Dr. Işık Gönenç  
Uz. Dr. Birgül Coşkun  
Uz. Dr. Emrah Kırımlı  
Doç. Dr. Ümit Aydoğan

**Sahibi | Owner**  
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına  
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



**Kapak Resmi: Emziren kadınlar – 1991**  
120X155 cm. Tuvalle Yağlı Boya, Özel Koleksiyon  
BALABAN (İbrahim Balaban 1921)  
Türk Resim Sanatı'na lirik bir renk katmış  
olan özgün bir sanat abidesi...

**Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board**

**Prof. Dr. Zekeriya Aktürk (Aile Hekimliği)**  
Atatürk Üniv. Tıp Fak. / Erzurum  
**Prof. Dr. Nafiz Bozdemir (Halk Sağlığı)**  
Çukurova Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Adana  
**Prof. Dr. Esra Saatçi (Aile Hekimliği)**  
Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana  
**Prof. Dr. Recep Erol Sezer (Halk Sağlığı)**  
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. - Aile Hek. ABD / Sivas  
**Doç. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)**  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / 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

**Sağlık arama davranışı | 53**

Health seeking behavior

Mehmet Akman

## Editöre Mektup | Letter to the Editor

**Tütün bağımlılığını ölçmede Fagerström testi | 55**

Fagerström Test on nicotine dependence

Tijen Şengezer

**Koroner arter hastalığında risk belirleyici yeni değişkenler | 56**

Novel parameters in determining the risk of coronary artery disease

Yusuf Çetin Doğaner, Ümit Aydoğan, Oktay Sarı

## Araştırmalar | Research Articles

**Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde duygusal zeka ve empati ilişkisi | 58**

Relation of emotional intelligence and empathy among medical students in Muğla Sıtkı Koçman University

Emine Neşe Yeniçeri, Ece Yıldız, Ayşe Seydaoğulları, Samet Güleç, Esin Sakallı Çetin, Ercan Baldemir

**Rahatsızlanan çocuklar için sağlık hizmeti arama davranışları: Başvuru süresi ve etkileyen faktörler | 67**

Health care seeking behaviors for sick children: time span for seeking health care

Fulya Akpak, Nuri Seha Yüksel, Ayşegül Kabanlı, Tolga Günvar

**Kronik bel ağrısı olan hastalara aile hekimliği yaklaşımı: Ne kadar etkili? | 75**

Family medicine approach to the patients with chronic low back pain: How effective is it?

İpek Tanyıldızı, Vildan Mevsim

**Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin tetanoza karşı aşılama sıklığı ve etkileyen faktörler | 84**

Frequency of tetanus vaccination in pregnant women attending to the child birth preparation classes and influencing factors

Nuriye Büyükkayacı Duman, Gülay Yılmazel, Ayşe Burcu Başcı, Derya Yüksel Koçak

**Variköz venleri olan hasta yönetimi: Aile hekimleri ne kadar içinde? | 90**

Management of the patients with varicose veins: At which extend do family physicians involve in it?

Raziye Şule Gümüştakım, Muhteşem Erol Yayla, Onur Sürmeligöz, Erdiç Yavuz, Emrah Kırımlı, Selami Doğan

## Olgu Sunumu | Case Report

**Sigara içmeyle ilişkili nadir bir olgu: Siyah dil gelişimi | 97**

A rare case associated with smoking: Black tongue formation

Nisa Çetin Kargın, Kamile Marakoğlu

**Defin ruhsatı düzenlemede adli boyut: Bir feth-i kabir otopsi olgusu | 99**

Judicial aspects of death certification: an exhumation autopsy case

Murat Nihat Arslan, Fatih Abalı, Burcu Yasemin Özbek, İbrahim Üzün

**Nedeni bilinmeyen ateşle gelen tip 2 diyabetli bir hastada Bacteroides fragilis etkenli piyojenik karaciğer apsesi | 104**

Pyogenic liver abscess caused by Bacteroides fragilis in a type 2 diabetes patient presenting with fever of unknown origin

Ahmet Ünal, Serkan Öncü, Okay Başak

## Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i

# Sağlık arama davranışı

## Health seeking behavior

Mehmet Akman<sup>1</sup>

Değerli Okuyucumuz,

Haziran 2015 sayımızı size ulaştırmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Son sayımızdan bu yana geçen üç ayda aile hekimliği gündemi oldukça yoğun. Bir yandan WONCA İstanbul 2015 Avrupa kongresine gönderilecek bildirimler için son tarihlerin geçildiği süreç bilimsel heyecanı yükseltirken, bir yandan da 19 Mayıs Dünya Aile Hekimleri Günü için coşkulu kutlamalar yaşandı. Bu kutlamalardan bir tanesi de TAHUD İstanbul Şubesinin düzenlediği piknik aktivitesiydi. Piknik mekanı olarak Riva'da yer alan TAHUD ormanı seçilmişti. Bu vesileyle TAHUD'un 25. Yılı anısına oluşturulan TAHUD ormanını büyütmek için fidan bağışlarının devam ettiğini hatırlatmak isterim. Bağış yapmak isteyenler ayrıntılı bilgiye TAHUD web sayfasından ulaşabilirler. İstanbul, ülkemizin aile hekimleri günü coşkusu yaşanan tek şehri değildi elbette. Pek çok şehrimizde küçüklü büyüklü aktiviteler düzenlendi. Bunlardan ikisi, İzmir ve Sinop kutlamaları ile ilgili ayrıntıları bu sayımızın aile hekimliğinden haberler bölümünde bulabilirsiniz.

Tüm bu güzelliklerin yanında, ne yazık ki üzücü iki haber de aldık. Biri ülkemizden diğeri Avrupa'dan aile hekimliğinin iki değerli hocasını kaybettik. Prof. Dr. Füsün Yarış, aile hekimliği için büyük bir özveri ile çalışmış, daha en başından itibaren disiplinin gelişimi için büyük emekler vermiş bir hocamızdı. Kendisi ile ilk kez daha çiçeği burnunda bir akademisyenken 2003 WONCA Avrupa kongresinde

tanışmıştım. O ilk tanışmadan itibaren tükenmeyen enerjisini, güler yüzünü ve sıcak bir kavrayışla gençleri destekleyişini hayranlıkla izledim. Nur içinde yat sevgili Hocam. Diğer önemli kaybımız Prof. Dr. Janko Kersnik, EURACT Başkanı, Avrupa WONCA genel sekreteri, aile hekimliği alanında önemli bir değer ve gerçek bir liderdi. Kendisinin ani ölümü aile hekimliği camiasında büyük bir şok ve derin üzüntü yarattı. Her iki hocamızın, en başta aileleri olmak üzere, tüm sevenlerine baş sağlığı diliyor ve hatıralarına saygılarımı sunuyorum.

Bu sayımızda ilgi ile okuyacağınızı düşündüğümüz araştırma makaleleri arasında Apak ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği "Rahatsızlanan çocuklar için sağlık hizmeti arama davranışları: Başvuru süresi ve etkileyen faktörler" isimli makale de yer alıyor.<sup>[1]</sup> Sağlık davranışı, sağlık arama davranışı ve sağlık hizmeti arama davranışı konuları üzerinde son yıllarda giderek artan sayıda araştırma yapılmakta, sağlık davranışını açıklayacak teorik modeller (Sağlık İnanç Modeli, Sosyal Kognitif Model ve Transteorik Model gibi) üzerinde çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen psiko-sosyal ve kültürel nedenler arasında, halkın sağlık ve hastalık konusundaki alışkanlıkları, bilgi-tutum ve davranışları, inançları, gelenek ve görenekleri gibi pek çok etken bulunmaktadır. Bedeni ile ilgili ciddi şikayetleri olan kişiler hemen her kültürde bu şikayetleri gidermek için birbirinden farklı da olsa çeşitli arayışlar içerisine girmektedir. Bu arayışlar,

1) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul

bazen bir hekime başvuru, bazen kendi kendine ilaç kullanma, bazen güvendiği bir kişinin önerisine uyma, bazen de doğaüstü güçlerden yardım umma gibi uygulamalarla sonuçlanmaktadır. Kişilerin sağlıkları ve hastalıkları için neler yaptıkları konusu, başka bir deyişle sağlık davranışları, içinde buldukları kültürden ve bireysel özelliklerinden kaynaklanan nedenlerle önem taşımaktadır.<sup>[2]</sup> Bu bağlamda ağırlıklı iki alanın bilimsel araştırmalarda incelendiğini görüyoruz:

1. Kişilerin mevcut sağlık sistemi içerisinde nereye başvurdıkları ile ilgili araştırmalar ki buna “sağlık hizmeti arama davranışı” denilmektedir.
2. Davranışın süreci ile ilgili çalışmalar. Bir başka deyişle kişilerin kendilerini iyi hissetmedikleri durumda neler yaptıklarını inceleyen araştırmalar ki buna da “sağlık arama davranışı” denilmektedir.<sup>[2]</sup>

Sağlık arama veya sağlık hizmeti arama davranışları özellikle çocuk hastalar söz konusu olduğunda farklı bir boyut kazanmaktadır. Reşit kabul edilme- yen bireylerin kanuni vasileri sürece müdahil olmakta, çoğu kez vesayeti altında bulunan kişiler hakkında karar vermektedirler. Nasıl vekil üzerinden bazı anormal hastalık davranışlarından bahsediliyorsa (örneğin Munchausen Sendromu)<sup>[3]</sup>, sağlık arama davranışının da, vasisi olan hasta grubunda vekil üzerinden bir dinamiğe sahip olduğunu söylemek yanlış olmaz. Dolayısıyla vasi kavramının da ötesinde, bakım verenlerin sağlık hizmeti arama davranışı üzerindeki etkilerinin incelenmesi önem kazanmaktadır. 2014’de yayınlanmış bir sistematik derlemede gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı hastalıklarına yönelik semptomları fark etme (di- yare için %36, pnömoni için %46) ve toplum sağlığı merkezlerinden yararlanma yüzdelerinin (<%6) çok düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>[4]</sup> Bakım verenlerin ateş, öksürük, ishal gibi hastalık bulgularını fark edip erken dönemde sağlık kuruluşlarına başvurmaları hem sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmasını sağlayacak hem de çocukluk çağında mortalitenin düşürülmesine katkı sağlayacaktır. Apak ve arkadaşlarının aile hekimlerine başvuran çocuk hastaları inceledikleri çalışmaları, öncelikle çarenin evde arandığını, ateş yakınmasının göreceli olarak aile hekimine başvuruyu hızlandırdığını göstermektedir. Yazarlar çocuklara bakım verenlerin semp-

tomların ciddiyetini değerlendirebilmeleri açısından eğitilmelerini önermişlerdir.<sup>[1]</sup> Ancak bakım vericilerin eğitimlerine yönelik başarılı çalışmalara rağmen yeterli düzeyde davranış değişikliği sağlanamadığına işaret eden makaleler de mevcuttur. Bu bağlamda davranış değişikliği ve sağlık arama davranışı teorilerini temel alarak planlanacak müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu savunan yazarlar vardır.<sup>[5]</sup> Öyle görünüyor ki sağlık hizmeti ve sağlık arama davranışlarının arka planının anlaşılması ve uygun müdahale programlarının geliştirilmesi için daha epeyce bir kanıt ihtiyacımız var.

Keyifli okumalar dilerim.

**Doç. Dr. Mehmet Akman**  
*Editör*

## Kaynaklar

1. Apak F, Yüksel NS, Kabanlı A, Günvar T. Rahatsızlanan çocuklar için sağlık hizmeti arama davranışları: Başvuru süresi ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hek Derg* 2015;19 (2): 108-115.
2. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER 15. Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, 2007. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97045/h/acsap10.pdf> adresinden 4/6/2015 tarihinde erişilmiştir.
3. Adshead G, Bluglass K. Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by Proxy. *The British Journal of Psychiatry* Sep 2005;187(4): 328-33.
4. Geldsetzer P, Williams TC, Kirolos A, et al. The Recognition of and Care Seeking Behaviour for Childhood Illness in Developing Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE* 2014;9(4): e93427.
5. Walsh A, Edwards H. Management of childhood fever by parents: literature review. *J Adv Nurs* 2006; 54(2): 217-27.

# Tütün bağımlılığını ölçmede Fagerström testi

## Fagerström Test on nicotine dependence

Tijen Şengezer<sup>1</sup>

Sayın Editör,

Değerli yazarın Türkiye Aile Hekimliği Dergisinin 2014 yılı, 18 / 1 sayısının 42-48. sayfalarında yer alan ‘Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri’ isimli çalışmamıza gösterdiği ilgiden dolayı teşekkür ederim.<sup>[1]</sup> Eleştirmenimizin de belirttiği gibi Fagerström testinde (FNBT) en yüksek puan 10 olup, puan aralıklarına göre bağımlılık düzeyi belirlenir. Testin bir kesim noktası yoktur. Bağımlılık düzeyinin belirlenmesi bizlere tütün bağımlılığı tedavisinde yol göstermektedir. Çalışmamız esas olarak sıklık belirlenmesi üzerinden düşünülmüştür.<sup>[2]</sup> Tütün bağımlılık düzeyi puanlanmıştır. Ayrıntılar makale üzerinde paylaşılmamıştır. On sekiz yaş üzerinde erkeklerde bağımlılık düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Fagerström puan ortalaması E: 3,39 ve K: 2,67; p=0,003). Meslek gruplarından ‘serbest meslek’ olarak belirtilen grubun açıkça belirtilmemesi eksikliğimiz olmuştur.

Bu gruba kendi işini yapan Bağkur sosyal güvencesine sahip kişiler girmektedir.

Saygılarımla...

**Uz. Dr. Tijen Şengezer**  
tijensengezer@hotmail.com

## Kaynaklar

1. Keten HS. Editöre mektup: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi nasıl yorumlanmalı? *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18(4): 174.
2. Şengezer T, Sivri F, Dilbaz N, Sunay D. Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18(1): 42-8.

1) Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uz. Dr., Ankara

# Koroner arter hastalığında risk belirleyici yeni değişkenler

## Novel parameters in determining the risk of coronary artery disease

Yusuf Çetin Doğaner<sup>1</sup>, Ümit Aydoğan<sup>2</sup>, Oktay Sarı<sup>3</sup>

Sayın Editör,

Hakan Demirci ve ark.'ları tarafından yazılan "Koroner arter hastalarında bir risk belirleyicisi olarak hesaplanan serum osmolalite değeri" başlıklı makaleyi büyük bir ilgi ile okuduk.<sup>[1]</sup> Araştırmacılar bu çalışmada, koroner arter hastalığı (KAH) öyküsü ile serum osmolalitesi arasındaki muhtemel ilişkiyi araştırmayı hedeflediklerini belirtmektedir. Çalışmanın sonucu olarak, maliyet etkin ve non-invazif bir yöntemle değerlendirilebilen serum osmolalitesinin KAH tanısı konmuş hastalarda yüksek olabileceği ve bu parametrenin KAH riskini saptamada kullanılabileceği belirtilmektedir.

Günümüzün en önemli mortalite nedenlerinden biri olan KAH ile serum osmolalitesi ilişkisini incelemek günümüze kadar gözardı edilmiş bir klinik gösterge olarak gözükmemektedir. Böylesine bir ilişkiyi tekrar gözler önüne seren yazarlara, literatüre katkılarından dolayı teşekkür ediyoruz. Ancak önemli bazı noktaları, daha sonra yapılması planlanan büyük hasta sayısına sahip klinik çalışmalara da fayda sağlayacağını düşünerek vurgulamak istedik.

Çok hafif düzeyde bile olsa kronik vasküler inflamasyonun, kardiovasküler hastalıkların patofizyo-

lojisinde rol oynadığı açıktır. Bu inflamasyon sürecinin endotelial disfonksiyon ve oksidatif stres ile ilişkili olduğu da kanıtlanmıştır.<sup>[2]</sup> Özellikle koroner arterlerdeki aterosklerozun varlığı ve derecesi ile ilgili çeşitli inflamatuvar veya anti-inflamatuvar belirteçlerin önemini belirten çalışmalar yapılmıştır.<sup>[3-6]</sup> Yapılan bazı çalışmalarda ise osmolalite artışının inflamasyon sürecini tetikleyerek aterosklerozis patogenezinin katkıda bulunduğu bildirilmiştir.<sup>[7,8]</sup>

Demirci ve ark.'larının çalışmasında, KAH varlığına etki eden bazı klinik durumlar ve laboratuvar değişkenlerinin ilişkisi ayrıntılı olarak incelenmeye çalışılmıştır. Ancak KAH varlığına etkisi araştırılan bu olası risk faktörlerinin hangi oranda etkin olduğu belirtilmemektedir. Bu durumu açıklığa kavuşturmada serum osmolalitesini de içeren risk faktörlerinin, KAH olan/olmayan gruplarda lojistik regresyon analizi ile test edilmesinin doğru bir istatistiksel yöntem olacağını düşünmekteyiz.

Ayrıca hasta grubunun (KAH grubu), hastalık raporu olan ve tedavi alan hastalardan oluşturulduğu bilgisi verilmektedir. Gelecekteki yeni çalışmalarda, serum osmolalitesinin KAH varlığının yanında,

1) Kara Harp Okulu, Birinci Basamak Muayene Merkezi, Uzm. Dr., Ankara.

2) Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Doç. Dr., Ankara.

3) Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Yrd. Doç. Dr., Ankara.



koroner anjiyografi sonuçlarına göre aterosklerotik darlığın derecesi ile olan ilişkisinin incelenmesi de ilginç ve faydalı olabilir. Biyokimyasal belirteçler ile KAH şiddetini ilişkilendiren çalışmalarda<sup>[4,5,9]</sup> saptandığı gibi, serum osmolalitesi ve KAH şiddeti bağlantısı hipotezinin geçerli olup olmadığının araştırılması faydalı olacaktır.

Sonuç olarak, bu çalışmanın karıştırıcı faktörlerin etkisi dışlandıktan sonra, serum osmolalitesi ile KAH ilişkisini göstermek üzere planlanacak diğer geniş ölçekli çalışmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz. Böylelikle toplumumuzda önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan KAH için, aile hekimliği uygulamasında ucuz ve non-invaziv bir parametrenin varlığı ön plana çıkacaktır.

**Saygılarımızla,**

**Uzm. Dr. Yusuf Çetin Doğaner**

**ycetindoganer@hotmail.com**

## Kaynaklar

1. Demirci H, Aydın U, Budak YÜ, Çınar Y. Koroner arter hastalarında bir risk belirleyicisi olarak hesaplanan serum osmolalite değeri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2015; 19: 31-6.
2. Siti HN, Yusof K, Kamsiah J. The role of oxidative stress, antioxidants and vascular inflammation in cardiovascular disease. *Vascul Pharmacol* 2015. pii: S1537-1891(15) 00042-7.
3. Akboga MK, Canpolat U, Sahinarslan A, et al. Association of serum total bilirubin level with severity of coronary atherosclerosis is linked to systemic inflammation. *Atherosclerosis* 2015; 240: 110-4.
4. Doganer YC, Aydogan U, Aydogdu A, et al. Relationship of cystatin C with coronary artery disease and its severity. *Coron Artery Dis* 2013; 24: 119-26.
5. Doganer YC, Aydogan U, Aparci M, et al. Comparison of cystatin-C and pentraxin-3 in coronary atherosclerosis. *Coron Artery Dis* 2014; 25: 589-94.
6. Lubrano V, Balzan S. Consolidated and emerging inflammatory markers in coronary artery disease. *World J Exp Med* 2015; 5: 21-32.
7. Tokgozoglul L. Atherosclerosis and the role of inflammation. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2009; 37 Suppl 4: 1-6.
8. Kardeşoğlu E, Aparci M. Salt Intake in Cardiovascular Disease. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics* 2010; 3: 27.
9. Satoh K, Fukumoto Y, Sugimura K, et al. Plasma cyclophilin A is a novel biomarker for coronary artery disease. *Circ J* 2013; 77: 447-55.

# Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde duygusal zeka ve empati ilişkisi

## Relation of emotional intelligence and empathy among medical students in Muğla Sıtkı Koçman University

Emine Neşe Yeniçeri<sup>1</sup>, Ece Yıldız<sup>2</sup>, Ayşe Seydaoğulları<sup>2</sup>, Samet Güleç<sup>2</sup>, Esin Sakallı Çetin<sup>3</sup>, Ercan Baldemir<sup>4</sup>

### Özet

**Amaç:** Tıp eğitimi açısından son yıllarda bilişsel beceriler kadar iletişim becerileri, kişilerarası yeterlilik ve empati gibi bilişsel olmayan beceriler giderek önem kazanmaya başlamıştır. Hastalarla olan iletişimde duyguları anlama ve yönetme becerisinin önemli olduğu düşünüldüğünde hekimlerden duygusal zekalarının ve empati yeteneklerinin yüksek olması beklenmektedir. Aynı zamanda duygusal zeka sayesinde sağlık bakımı veren ekip üyeleri arasındaki olumlu etkileşim ve ilişkiler, sağlık bakım kalitesini de artırabilmektedir. Bu çalışmada Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I, dönem II ve dönem III öğrencilerinin duygusal zekalarıyla empati eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmada üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır: Kişisel Bilgi Formu (Literatür ışığında araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur). Reuven Bar-On'un geliştirdiği Acar F'nin Türkçeye uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı Bar-On Duygusal Zeka Ölçeği, Dökmen'in geliştirdiği Empatik Eğilim Ölçeği. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, student t test, ANOVA ve korelasyon testleri kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmamıza 55'i (%45,8) kadın, 65'i (%54,2) erkek olmak üzere 120 öğrenci katıldı. Öğrencilerin duygusal zeka ölçeğinin kişisel beceri, kişilerarası beceri, uyumluluk, stresle baş etme, genel ruh hali alt boyutları ile empati düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı, orta düzeyde bir korelasyon saptandı. Öğrencilerin duygusal zeka ölçeğinin kişisel beceri, kişilerarası beceri, uyumluluk, stresle baş etme, genel ruh hali alt boyutları ile empati düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı, orta düzeyde bir korelasyon saptandı.

**Sonuç:** Bilişsel olmayan beceriler öğrenilebilen becerilerdir. Tıp eğitiminde bu becerilere yönelik teorik ve uygulamalı eğitim programlarının oluşturulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Tıp eğitimi, duygusal zeka, iletişim becerileri

### Summary

**Objective:** In medical education recently, noncognitive skills such as communication skills, interpersonal competence and empathy started to have greater importance as much as cognitive skills. Considering the importance of having the ability to read and manage emotions, greater emotional intelligence and empathy levels are expected from physicians. Greater emotional intelligence could also improve health care quality by improving interactions and relations among members of the health care team. This study aimed to investigate the relation of emotional intelligence and empathy in Muğla Sıtkı Koçman University first, second and third year medical students.

**Methods:** In this study, three different questionnaires are used: Personal Information Form, Bar-On Emotional Quotient Inventory, Empathic Tendency Inventory.

**Results:** In our study 120 students were participated. Fifty five of them (45.8%) were female and 65 of them (54.2%) were male. The analyses of the data were obtained by using student t test, ANOVA and descriptive statistical tests in SPSS 20.0. A positive correlation was found between subscales of Emotional Quotient Inventory (intrapersonal skills, interpersonal skills, adaptability, stress management and general mood) and empathic levels.

**Conclusion:** Noncognitive skills are able to be learned. Developing both theoretic and demonstrative educational programmes towards these skills are thought to be important.

**Key words:** medical education, emotional intelligence, communication skills

1) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Muğla  
2) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II Öğrencisi, Muğla  
3) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Yrd. Doç.Dr., Muğla  
4) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Prof.Dr., Muğla

## Giriş

Duygusal zeka kavramı, son yıllarda dünyada giderek artan bir ilgi görmekte ve bilim adamları zeka tanımına artık mantık ve diğer bilişsel süreçlerle birlikte bireyin çevreye uyumu ve çevresindeki kişilerle ilişkisi boyutlarını da eklemektedir.<sup>[1]</sup> Yapılan çalışmalarda insan zeka-sının gerçek ölçütü bilişsel zeka (IQ) olduğu halde, hayat başarısında belirleyici olanın kişilerin duygusal zekaları (EQ) olduğu ortaya çıkmaktadır.<sup>[2]</sup> Salovey ve Mayer duygusal zekayı, bireyin kendisinin ve başkalarının hislerini ve duygularını izleyebilme, bunlar arasında ayırım yapabilme ve bu süreçten elde ettiği bilgiyi, düşünce ve davranışlarında kullanabilme yeteneğiyle ilgili olan sosyal zekanın bir alt formu olarak tanımlamaktadırlar.<sup>[1]</sup> Goleman'a göre duygusal zeka, kişinin kendinin ve başkalarının duygularını tanıma ve kişinin özel yaşamında ve kişilerarası ilişkilerde duyguları yönetebilme becerisidir.<sup>[3]</sup> Bar-On modeli; empati, sosyal ilişkiler ve ilişki kurma becerilerinin duygusal zekayı oluşturan yapıtaşlarının içinde olduğunu öne sürmektedir.<sup>[4]</sup> Yüksek duygusal zeka, kişilerin akademik başarıları<sup>[5,6]</sup>, sosyal becerileri<sup>[7]</sup>, kişilerarası beceriler ve stres olayları ile baş etme becerileri ile ilişkili iken<sup>[8]</sup>, düşük duygusal zeka; anormal davranışlar, alkol ve madde bağımlılığı ve zayıf ilişkiler ile ilişkilidir.<sup>[9,10]</sup> Nitekim araştırmalar, sosyal beceriler ve empatik davranışların akademik başarıyı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.<sup>[3,11]</sup> Yüksek duygusal zekanın daha iyi ekip performansı ve ekip davranışıyla da ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.<sup>[12,13]</sup> Ülkemizde duygusal zeka ölçeği ile yapılan çalışmalarda duygusal zeka ile yaratıcı düşünce<sup>[14]</sup>, iletişim becerileri<sup>[15]</sup> gibi bir çok becerinin ilişkili olduğu saptanmaktadır.

Empati, son yıllarda sıkça tartışılan ve özellikle psikoloji, sosyal psikoloji ve iletişim gibi alanlarda çeşitli araştırmalara konu olan bir kavramdır. Empatik beceri kişilerarasında sağlıklı iletişimin kurulmasında önemli bir role sahiptir. Rogers'e göre empati, bir kişinin belirli bir duruma ilişkin olarak karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, onun hissettiklerini hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir. Rogers'ın empati anlayışı, bilişsel anlayışa ek olarak duyuşsal anlayışı da kapsar.<sup>[16]</sup> Kabapınar'a göre, empati; kişinin kendini karşısındakinin yerine koyup onun penceresinden durumu görme çabası olarak tanımlanmakta ve düşünme, değerlendirme, değer yargısı yükleme ve davranışta bulunma gibi farklılıkların anlaşıl-

masında etkin olabilecek bir beceri olduğu belirtilmektedir.<sup>[17]</sup> Dökmen empatiyi, bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve anlaşıldığını karşısındaki kişiye ifade etmesi şeklinde tanımlamaktadır.<sup>[18]</sup>

Tıp mesleğinde giderek IQ ile değerlendirilen bilişsel yeteneklerin dışında ve üzerinde başarı için gerekli olan başka özelliklere dikkat çekilmekte ve bu özelliklerin tıp öğrencilerini seçme sürecine nasıl dahil edilebileceği konusu üzerinde durulmaktadır.<sup>[19]</sup> Hekimlerin algılanan duygusal zeka ve empati düzeylerinin yüksek olmasının daha yüksek hasta memnuniyetiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>[20]</sup> Birleşmiş Milletler tarafından yapılan bir çalışmada empati becerileri, klinik yeterlilikle ilişkili bulunmuştur.<sup>[21]</sup> Empatinin kaynağı tam olarak bilinmesi<sup>[22]</sup> de; empatinin kişilik yapısıyla ilişkili olduğu ve eğitim programlarıyla aktive edilebileceği düşünülmektedir.<sup>[23]</sup> Tıp öğrencilerinin empati becerilerini artırmaya yönelik eğitimlerin başarılı olduklarına yönelik bulgular mevcuttur.<sup>[24]</sup> Hemşire eğitimlerini ele alan bir derlemede role-play, senaryo üzerinden vaka tartışmaları, probleme dayalı öğretim ve simülasyon gibi yöntemlerin empatik becerileri geliştirdiği gösterilmiştir.<sup>[25]</sup> Başka bir araştırmada, standardize hasta kullanılarak yapılan simule hasta görüşmelerinin, tıp fakültesi 4. ve 6. sınıf öğrencilerinin empatik beceri düzeylerini arttırdığı gösterilmiştir.<sup>[26]</sup> Tıp eğitiminde hasta bakımı, kişilerarası beceriler, empati ve iletişim becerileri gibi yeterliliklerin temelini duygusal zekanın oluşturduğu ve duygusal zeka ile ilgili becerilerin, doktor hasta ve ekip çalışması ilişkilerinde de anahtar rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>[27]</sup> Bu kapsamda duygusal zekanın, tıp fakültelerine başvuranlarda iletişim becerileri ve kişilerarası yeterlilik bakımından öngördürücü olduğu rapor edilmektedir.<sup>[28]</sup>

Hekimlerin duygusal zeka ve empati becerilerinin yüksek olması, hastaları anlama, hastalıkları ile ilgili değerlendirme yapma ve hasta hekim ilişkisinin kurulması açısından önemli olup bu durum, tedavi uyumu<sup>[21,29]</sup> ve hasta memnuniyetini<sup>[19,21,30]</sup> arttırmaktadır. Empati, duygusal zekanın bir parçasıdır<sup>[31]</sup> ve her ikisi de etkili iletişim becerileri açısından tıp disiplinlerinde giderek önem kazanan kavramlardır.<sup>[32]</sup> Hasta hekim iletişimi, klinik tıbbın temelidir. Hasta hekim iletişiminin hastanın yaşam kalitesinde, anksiyete ve depresyonda ve hastalık semptomlarının azaltılmasında, tansiyon ve yüksek plazma glukozunun düşürülmesi gibi objektif,

ölçülebilen parametreler üzerinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmektedir.<sup>[33,34]</sup> Hekimlerin empati becerileri, hasta hekim iletişiminin etkili bir parçasıdır ve hastanın durumunu ve duygularını anlamayı, hasta bakış açısıyla bakabilmeyi, anladığını hissettirmeyi ve bu yaklaşımla hastanın lehinde karar verebilmeyi sağlamaktadır.<sup>[35]</sup>

Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin duygusal zeka (DZ) ve empati düzeylerinin ne seviyede olduğu ve DZ düzeyleri ve empati eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

## Yöntem

### Araştırmanın Zamanı, Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın evrenini 2013-2014 öğretim yılında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan 157 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmedi ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırmanın yapıldığı tarihte okula gelmeme gibi nedenlerle 37 öğrenci araştırmaya katılmadı ve araştırma kapsamına toplam 120 öğrenci alındı (katılım oranı %76,4).

### Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren 16 soruluk kişisel bilgi formu, Bar-On Duygusal Zekâ Ölçeği (DZÖ) ve Dökmen (1988) tarafından geliştirilen Empati Eğilim Ölçeği (EEÖ) kullanıldı.<sup>[36]</sup>

### Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda öğrencilerin sınıfı, yaşı, cinsiyeti, ailesinin öğrenim durumu ve meslek durumu, ailesinin gelir durumunu nasıl değerlendirdiği, ailesinin tutumu vs. ile ilgili sorular yer almaktadır.

### Bar-On Duygusal Zekâ Ölçeği (Bar-On EQ Anketi)

Bar-On DZÖ'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması Acar (2001) tarafından yapılmıştır.<sup>[37]</sup> Bar-On DZÖ, 87 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Derecelendirme; 1: tamamen katılıyorum, 2: katılıyorum, 3: kararsızım, 4: katılmıyorum ve 5: kesinlikle katılmıyorum şeklindedir. Ölçek duygusal zekânın 5 alt boyutunu (kişisel beceri, kişilerarası beceri, uyumluluk, stresle başa çıkma, genel ruh durumu) değerlendirmektedir. Kişisel beceri; bir kişinin kendi duyguları ve düşüncelerini anlama

ve farkında olma yeteneğini, kişiler arası beceri; başkalarının duygu ve hislerini anlama ve farkında olmayı, uyumluluk; değişen şartlarla birlikte esnek olabilme ve duyguları değiştirebilme yeteneğini, stresle başa çıkma; bireyin stresle mücadele edebilmesini ve duygularını kontrol edebilmesini, genel ruh durumu; olumlu duyguları ifade etme ve hissetme ile iyimser olma yeteneğini ifade etmektedir.<sup>[38]</sup> Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Acar tarafından 2001 de yapılmış ve Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin toplam boyutları için 0,92 bulunmuştur.<sup>[37]</sup>

Ölçek toplamından ve alt boyutlarından elde edilen puanların düşük olması DZ'nin yüksek olduğunu göstermektedir.

### Empatik Eğilim Ölçeği

Empati Eğilim Ölçeği (EEÖ) Dökmen (1988) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır. EEÖ, likert türü bir ölçek olarak hazırlanmıştır. EEÖ maddelerinin yaklaşık yarısı, bireylerin evet deme eğilimlerini önlemek için negatif yazılmıştır. Bireylerden her bir maddenin yanındaki 1'den 5'e kadar olan sayılardan birisini işaretleyerek, o maddedeki görüşe ne ölçüde katıldıklarını belirtmeleri istenmiştir. Bireylerin maddeleri okuduktan sonra işaretledikleri sayılar o maddeye ilişkin puanları oluşturmaktadır. Negatif yazılmış maddeler tersten puanlanmakta "Tamamen katılıyorum" cevabına 1, "Hiç katılmıyorum" cevabına ise 5 verilmektedir. Puanın yüksek olması, empatik eğilimin yüksek, düşük olması ise empatik eğilimin düşük olduğu anlamına gelmektedir.

### Uygulama

Veriler Mart ayı içinde, ders saatleri dışında, sınıf ortamında toplandı. Anketler öğrenciler tarafından 15-20 dk. içinde dolduruldu ve doldurulan formlar araştırmacılar tarafından geri toplandı. Araştırma öncesinde Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.03.2014 tarihinde onay alındı.

### Verilerin analizi

Verilerin analizi, SPSS 20 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler student t testi ve One way Anova (post hoc değerlendirmede Tukey's hsd testi) ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Ayrıca kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri için cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır.

## Bulgular

### Demografik Özellikler

Araştırmamıza 55'i (%45,8) kadın, 65'i (%54,2) erkek olmak üzere 120 öğrenci katıldı. Yaş ortalaması  $20,1 \pm 0,8$  (19-21 yaş arası) saptandı. Araştırmaya katılanların 48'i (%40,0) birinci sınıf, 55'inin (%45,8) babasının ve 48'inin (%40,0) annesinin eğitim durumu üniversite ve üstü idi. Annelerin 67'sinin (%55,8) ev hanımı, babaların ise 42'sinin (%35,0) memur olduğu saptandı.

Katılımcıların 71'i (%59,2) ailelerinin sosyo-ekonomik düzeylerini orta olarak değerlendirmiş olup 99'unun (%82,5) ailesinin çekirdek aile olduğu saptandı. Katılımcıların anne ve baba tutumlarını değerlendirme durumu şu şekildeydi: Katılımcıların 87'si (%72,5) annelerini, koruyucu olarak değerlendirirken, 29'u (%24,2) demokratik, 4'ü (%3,3) otoriter olarak değerlendirdi. Babaların değerlendirilmesinde ise, 49'u (%40,8), koruyucu, 38'i (%31,7) demokratik, 22'si (%18,3) otoriter, 8'i ise (%6,7) ilgisiz olarak değerlendirmişlerdi.

Öğrencilerin 33'ü (%27,5) herhangi bir öğrenci kulübüne üye iken, 87'si (%72,5) herhangi bir öğrenci kulübüne üye değildi. Katılımcıların özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmektedir.

### Duyusal zeka düzeyleri

DZÖ alt boyutları puan ortalamaları **Tablo 2**'de belirtilmiştir. Bar-On DZÖ alt boyutlarının öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; yaş, sınıf, cinsiyet, anne öğrenim düzeyi, baba öğrenim düzeyi, anne ve baba mesleği, ailenin sosyoekonomik durumu ve anne baba tutumuna göre DZÖ toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Duyusal zeka ölçeği alt boyutlarının kendi aralarında korelasyonuna bakıldığında, tüm boyutlarda anlamlı ilişki olmakla birlikte genel ruh haliyle kişisel beceri

**Tablo 1.** Kişisel özelliklere ait değişkenler

| Kişisel Değişkenler          |                     | Sıklık | %    |
|------------------------------|---------------------|--------|------|
| Cinsiyet                     | Kadın               | 55     | 45,8 |
|                              | Erkek               | 65     | 54,2 |
| Yaş grubu                    | 19 yaş ve altı      | 37     | 30,8 |
|                              | 20 yaş              | 37     | 30,8 |
|                              | 21 yaş ve üzeri     | 46     | 38,3 |
| Sınıf                        | I. Sınıf            | 48     | 40,0 |
|                              | II. Sınıf           | 47     | 39,2 |
|                              | III. Sınıf          | 25     | 20,8 |
| Annenin eğitimi              | İlkokul ve altı     | 41     | 34,2 |
|                              | Ortaokul-Lise       | 31     | 25,8 |
|                              | Üniversite ve üzeri | 48     | 40,0 |
| Babanın eğitimi              | İlkokul ve altı     | 19     | 15,8 |
|                              | Ortaokul-Lise       | 46     | 38,3 |
|                              | Üniversite ve üzeri | 55     | 45,8 |
| Anne mesleği                 | Ev hanımı           | 67     | 55,8 |
|                              | Memur               | 35     | 29,2 |
|                              | Serbest meslek      | 18     | 15,0 |
| Baba mesleği                 | Memur               | 54     | 45,0 |
|                              | Serbest meslek      | 66     | 55,0 |
| Ailenin sosyoekonomik durumu | Orta                | 76     | 63,3 |
|                              | İyi                 | 44     | 36,7 |
| Annenin tutumu               | Otoriter            | 4      | 3,3  |
|                              | Koruyucu            | 87     | 72,5 |
|                              | Demokratik          | 29     | 24,2 |
| Babanın tutumu               | Otoriter            | 22     | 18,3 |
|                              | Koruyucu            | 49     | 40,8 |
|                              | Demokratik          | 38     | 31,7 |
|                              | İlgisiz             | 8      | 6,7  |
| Öğrenci kulübüne üyelik      | Evet                | 33     | 27,5 |
|                              | Hayır               | 87     | 72,5 |

( $r=0,740$ ;  $p < 0,001$ ) ve stresle baş etme ile uyumluluk ( $r=0,716$ ;  $p= 0,001$ ) alt boyutları arasında kuvvetli bir ilişki saptandı (**Tablo 3**).

**Tablo 2.** Duyusal zeka ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

| KAH                  | Sayı | En az | En çok | Ortalama | Standart Sapma |
|----------------------|------|-------|--------|----------|----------------|
| Kişisel Beceri       | 103  | 1,31  | 3,41   | 2,41     | ,45            |
| Kişiler Arası Beceri | 108  | 1,17  | 3,56   | 2,19     | ,49            |
| Uyumluluk            | 113  | 1,27  | 3,60   | 2,61     | ,45            |
| Stresle Başa Çıkma   | 108  | 1,38  | 4,46   | 2,93     | ,58            |
| Genel Ruh hali       | 114  | 1,08  | 4,25   | 2,21     | ,63            |
| Valid S (listwise)   | 85   |       |        |          |                |

**Tablo 3. Duygusal zeka ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyonlar**

|                                       | Kişisel beceri       | Kişiler arası beceri  | Uyumluluk            | Stresle başa çıkma   | Genel ruh hali       |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Kişisel beceri                        |                      | r= 0,545*<br>p< 0,001 | r= 0,641<br>p< 0,001 | r= 0,504<br>p< 0,001 | r= 0,74<br>p< 0,001  |
| Kişiler arası beceri                  | r= 0,545<br>p< 0,001 |                       | r= 0,515<br>p< 0,001 | r= 0,270<br>p= 0,007 | r= 0,600<br>p< 0,001 |
| Uyumluluk                             | r= 0,641<br>p< 0,001 | r= 0,515<br>p< 0,001  |                      | r= 0,716<br>p< 0,001 | r= 0,577<br>p< 0,001 |
| Stresle başa çıkma                    | r= 0,504<br>p< 0,001 | r= 0,270<br>p= 0,007  | r= 0,716<br>p< 0,001 |                      | r= 0,439<br>p< 0,001 |
| Genel ruh hali<br>Pearson Correlation | r= 0,740<br>p< 0,001 | r= 0,600<br>p< 0,001  | r= 0,577<br>p< 0,001 | r= 0,439<br>p< 0,001 |                      |
| * Pearson korelasyon katsayısı        |                      |                       |                      |                      |                      |

Çalışmamızda herhangi bir öğrenci kulübüne üye olma ile stresle baş etme arasında pozitif yönde bir korelasyon vardı (r=0,197; p=0,041).

### Empatik Eğilim Düzeyleri

Empatik eğilim ölçeği puan ortalaması 3,31 olarak bulundu. Empatik eğilim ölçeği puanlarının öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; sınıflar arası ve baba öğrenim düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar mevcuttu. Birinci sınıf empatik eğilim ölçeği ortalaması, üçüncü sınıfa göre daha yüksek bulundu (t=3,711; p=0,028). Baba öğrenim düzeylerine bakıldığında, babaları ortaokul mezunu olanların diğerlerine göre daha düşük empati puanına sahip olduğu saptandı (t=4,128; p=0,019).

### Duygusal Zeka ve Empati ilişkisi

Öğrencilerin duygusal zeka ölçeğinin kişisel beceri (r=0,477; p= 0,001), kişilerarası beceri (r=0,408; p= 0,001), uyumluluk (r=0,358; p= 0,019,

stresle başa çıkma (r= 0,376; p= 0,001), genel ruh hali (r= 0,586; p= 0,001) alt boyutları ile empati düzeyleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptandı. Bir başka deyişle kişilerin duygusal zeka düzeyleri arttıkça empati eğilimleri de artmaktaydı. Duygusal Zeka Ölçeği alt boyutları ve empatik eğilim ölçeği arasındaki korelasyonlar **Tablo 4**' de belirtilmektedir.

### Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Araştırmadan elde edilen verilere göre Duygusal Zeka Ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,94 olarak bulundu ve ölçek iyi bir açıklama düzeyine sahipti. DZ alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri sırasıyla; kişisel beceriler 0,86, kişilerarası beceriler 0,85, uyumluluk 0,70, stresle başa çıkma 0,77 ve genel ruh durumu 0,87 olarak saptandı. DZÖ alt boyutlarının normal dağılıp dağılmadığına Kolmogorov-Smirnov Z testi ile bakıldı ve tüm alt boyutların dağılımının normal olduğu bulundu (p>0,05).

**Tablo 4. Duygusal zeka ölçeği alt boyutları ve empatik eğilim ölçeği arasındaki korelasyonlar**

|                                | Kişisel beceri       | Kişiler arası beceri  | Uyumluluk            | Stresle başa çıkma   | Genel ruh hali       | Empati eğil. ölçe.   |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Kişisel beceri                 |                      | r= 0,545*<br>p< 0,001 | r= 0,641<br>p< 0,001 | r= 0,504<br>p< 0,001 | r= 0,740<br>p< 0,001 | r= 0,477<br>p< 0,001 |
| Kişiler arası beceri           | r= 0,545<br>p< 0,001 |                       | r= 0,515<br>p< 0,001 | r= 0,270<br>p= 0,007 | r= 0,600<br>p< 0,001 | r= 0,408<br>p< 0,001 |
| Uyumluluk                      | r= 0,641<br>p< 0,001 | r= 0,515<br>p< 0,001  |                      | r= 0,716<br>p< 0,001 | r= 0,577<br>p< 0,001 | r= 0,358<br>p< 0,001 |
| Stresle başa çıkma             | r= 0,504<br>p< 0,001 | r= 0,270<br>p= 0,007  | r= 0,716<br>p< 0,001 |                      | r= 0,439<br>p< 0,001 | r= 0,376<br>p< 0,001 |
| Genel ruh hali                 | r= 0,740<br>p< 0,001 | r= 0,600<br>p< 0,001  | r= 0,577<br>p< 0,001 | r= 0,439<br>p< 0,001 |                      | r= 0,586<br>p< 0,001 |
| Empati eğilim ölçeği           | r= 0,477<br>p< 0,001 | r= 0,408<br>p< 0,001  | r= 0,358<br>p< 0,001 | r= 0,376<br>p< 0,001 | r= 0,586<br>p< 0,001 |                      |
| * Pearson korelasyon katsayısı |                      |                       |                      |                      |                      |                      |

Empatik Eğilim Ölçeği Cronbach Alpha katsayısı 0,74 olarak bulundu. Empatik eğilim ölçeğinin normal dağılıp dağılmadığına Kolmogorov-Smirnov Z testi ile bakıldı ve dağılımın normal olduğu bulundu ( $p>0.05$ ).

## Tartışma

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; öğrencilerin DZÖ toplam puan ortalamaları orta düzeydedir. Ülkemizde sağlık personeli yetiştiren okullarda yapılan başka çalışmalarda da öğrencilerin duygusal zeka puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.<sup>[39,40]</sup>

Bu çalışmada, duygusal zeka ölçeği alt boyutlarından genel ruh haliyle kişisel beceriler arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Duygusal zeka ölçeği kişisel beceriler boyutu bireylerin kendisini bilme ve kontrol etme yeteneğini gösterir. Kişisel becerileri iyi olan bireyler, kendi duygularının farkındadırlar, düşünce ve duygularını tam olarak ifade edebilirler, kendi kendine yetme ve yönlendirme becerisine sahip, güçlü ve zayıf yönlerinin bilincinde olan bireylerdir. Duygusal zekanın genel ruh durumu boyutu ise, kişinin hayattan memnun olması, çevredeki diğer insanları mutlu etme ve iyimserlik becerilerini içermektedir. İyimser olan bireyler mutlu, ılımlı ve dışa dönüktür.<sup>[39]</sup> Yaşama olumlu bakabilen ve iyimser olan bireylerin kendi duygularını tanıyabilme, düşünce ve duygularını ifade edebilme, kendi kendine yetme ve yönlendirme becerisine sahip ve güçlü ve zayıf yönlerinin bilincinde oldukları düşünülmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda yaşam doyumu ile duygusal zeka arasında olumlu ilişkiler saptanmıştır.<sup>[13,14,38]</sup> Yaşamından doyum sağlayan yaşama umutla ve pozitif bakan bireylerin, kişisel becerilerinin de iyi olması beklenebilir.

Bu çalışmada yine duygusal zeka ölçeğinin stresle baş etme ile uyumluluk boyutları arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Uyumluluk boyutu, problem çözme, etkili çözümler bulma, olaylara doğru pencereden bakabilme ve duygu, düşünce ve davranışlarını değişen durumlara uydurabilme becerilerini içerir. Stresle başa çıkma boyutu, stresli ve üzücü durumlarla başa çıkabilme, dürtüleri erteleyebilme ve onları kontrol edebilme becerilerini içerir. Problemlere etkili çözümler bulan, olaylara doğru pencereden bakan duygu, düşünce ve davranışlarını değişen durumlara uydurabilen bireylerin stresli ve üzücü durumlar ile daha rahat başa

çıkabilecekleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada, öğrencilerin duygusal zeka ölçeğinin kişisel beceri, kişiler arası beceri, uyumluluk, stresle baş etme, genel ruh hali alt boyutları ile empati düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı, orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Bir başka deyişle kişilerin duygusal zeka düzeyleri arttıkça empati eğilimleri de artmaktadır.

Son zamanlarda tıp fakültelerine girişlerde duygusal zeka ve empati becerilerini de ölçme yaklaşımları olmaktadır.<sup>[32,41]</sup> Öğrencilerin tıp fakültelerine gelirken empati ve sevgi dolu oldukları ancak tıp fakültesi müfredatının öğrencileri insani yaklaşımdan daha çok bilimsel yaklaşıma doğru kaydırıldığı, öğrencilerin hastaları giderek insan olarak değil, vaka olarak değerlendirdiği, dolayısıyla empatik yaklaşımda azalmaya yol açtığı konusu tartışılmaktadır.<sup>[42]</sup> Tıp fakültesi boyunca empatik yaklaşımın azaldığı yönünde çalışmaların yanısıra arttığı yönünde çalışmalar da mevcut olup kesin bir uzlaşma yoktur.<sup>[23]</sup> Bizim çalışmamızda da birinci sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıflara göre daha yüksek empatik eğilimlerinin olduğu saptanmıştır. Fakültemizde henüz ilk üç sınıfın bulunması durumunun önemini arttırmaktadır. Ancak çalışmamız klinik deneyimin yaşandığı son üç yılı kapsamamaktadır. Bu sonuçların klinik stajlar sırasında değişip değişmediği ilerleyen yıllarda yapılan izlem çalışmaları ile gösterilebilir.

Çalışmamızda herhangi bir öğrenci kulübüne üye olma ile stresle baş etme arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır. Benzer şekilde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada müfredat dışı etkinliklerin öğrencilerde tükenmişlik sendromu görülmesini azalttığı gösterilmiştir.<sup>[43]</sup>

Çalışmadaki öğrencilerin sayısının az olması çalışmanın kısıtlılığı olmakla birlikte okulun öğrenci sayısı göz önüne alınca yeterli olduğu düşünülmüştür. Yine de araştırmanın farklı fakültelerde tekrarlanmasının sonuçları daha güvenilir hale getireceği düşünülmektedir.

## Sonuç

Tıp fakültesi öğrencilerinin duygusal zeka puanları orta derecede bulunmuş ve empati ile pozitif bir ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Hekim adaylarının duygusal zeka ve empati becerilerini geliştirmeye yönelik çeşitli eğitim programlarının müfredatta yer almasının önemli olduğu düşünülmektedir.

## Extended Summary

# Relationship between emotional intelligence and empathy with medical students of Muğla Sıtkı Koçman University

**Objective:** The notion of emotional intelligence is getting more attraction over the last years and scientists are now including the harmonization of the individual to their surroundings and their relationship with others to the definition of intelligence as well as logic and other cognitive processes. Bar-On model is suggesting that empathy, social relationships and relationship skills are among the fundamental building blocks of emotional intelligence. Studies show that social skills and empathic behavior affect the academic achievements in a positive way. Having high emotional intelligence and empathy skills are important for physicians to understand their patients, evaluate their patients' illnesses and establish doctor patient relationship; also they help increase the success rate of the cure and patient satisfaction. This study aims to investigate the emotional intelligence and empathy levels of medical students and the relationship between emotional intelligence levels and empathic tendencies.

**Methods:** The population of this descriptive study was formed by 157 students who were studying in Muğla Sıtkı Koçman University Medical Faculty in the year of 2013-2014. However, 37 students did not participate in the study because of reasons such as not accepting to be a part of the study or not attending to school at the day the study was going to take place, thus a total of 120 students participated (participation rate was 76.4%). A personal information form of 16 questions that includes the social demographic features of the participants, Bar-On Emotional Intelligence Scale and Empathy Tendency Scale developed by Dökmen (1988) were used for data collection. Data was analyzed using the SPSS 20 computer program. Descriptive statistics, student t test, One-way Anova (Turkey's HSD test for post-hoc evaluation) and correlation tests were used. Also cronbach alpha coefficient was calculated in order to determine the reliability levels of the scales that were used.

**Results:** Fifty-five women (45.8%) and 65 men (54.2%), with a total of 120 students, attended to the study. A medium level of positive correlation was determined between students' empathy levels and emotional intelligence subscales. They were personal skills ( $r=0.477$ ;  $p=0.001$ ), interpersonal skills ( $r=0.408$ ;  $p=0.001$ ), coherence ( $r=0.358$ ;  $p=0.0019$ ), dealing with stress ( $r=0.376$ ;  $p=0.001$ ) and general mood ( $r=0.586$ ;  $p=0.001$ ). There was a positive correlation between dealing with stress and being a member of any student clubs ( $r=0.197$ ;  $p=0.041$ ).

**Discussion:** According to the results of the study the mean score of the students' emotional intelligence levels were mediocre. A significant medium level of positive correlation was determined between personal skills, interpersonal skills, coherence, dealing with stress and general mood which are all sub topics of emotional intelligence scale, and empathy levels. In other words as the emotional intelligence levels of individuals increase so do their empathy tendencies. Lately there is an inclination towards evaluating emotional intelligence and empathy skills for being admitted to medical schools. It is being discussed that medical students are full of empathy and compassion before their education starts but the medical syllabus influences them towards scientific approach rather than humane approach; they start to see their patients as cases and not human being thus causing a decrease in empathic approach. There are also studies that show medical faculties increase empathic approaches rather than decrease them so there is no definite consensus. In our study it has been found out that freshmen have more empathic tendencies than juniors.

**Conclusion:** The emotional intelligence points of medical students were determined to be mediocre and a positive relationship between empathy and emotional intelligence was determined. It is being thought that training programs that increase emotional intelligence and empathic skills for physician candidates are important.



## Kaynaklar

1. Acar F. 'Duygusal Zeka ve Liderlik' *Erciyes Üniversitesi Kayseri Meslek Yüksek Okulu Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2002;12:53-68.
2. Baltaş A. Değişimin İçinden Geleceğe Doğru Ekip Çalışması ve Liderlik.2.Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2001; 2.
3. Emmerling, R. J.Schanwal, Vinod K., Mandal, Manas K. Emotional Intelligence: Theoretical and Cultural Perspectives. New York, Novascience Publishers, 2008; 4.
4. Dicle A. N. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeylerinin Duygusal Zeka Düzeyleri ve Bazı Kişisel Özelliklerine Göre İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2006.
5. Parker JDA, Creque S, Ronald E. Academic achievement in high school: does emotional intelligence matter? *Personality and Individual Differences* 2004;37:1321-30.
6. Parker JDA, Summerfeldt LJ, Hogan MJ, Majeski SA. Emotional intelligence and academic success: examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences* 2004;36:163-72.
7. Schutte NS, Malouff JM, Bobik C. Emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol* 2001;141:523-36.
8. Hunt N, Evans D. Predicting traumatic stress using emotional intelligence. *Behav Res Ther* 2004; 42:791-8.
9. Petrides KV, Frederickson N, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences* 2004;36:277-93.
10. Brackett MA, Mayer JD, Warner RM. Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences* 2004;36(6):1387-402.
11. Austin EJ, Evans P, Goldwater R, Potter V. A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Pers Individ Dif* 2005;39:1395-405.
12. McCallin A, Bamford A. Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *J Nurs Manag* 2007;15:386-91.
13. Amundson SJ. The impact of relational norms on the effectiveness of health and human service teams. *Health Care Manage* 2005;24:216-24.
14. Bender M.T. Resim iş eğitimi öğrencilerinde duygusal zeka ve yaratıcılık ilişkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi, İzmir, 2006.
15. Gürşimşek I, Vural D, Demirsöz E. Öğretmen adaylarının duygusal zekaları ile iletişim becerileri arasındaki ilişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008;8:1-11.
16. Rogers, CR. Empatik Olmak, Değeri Anlaşılmamış Bir Varoluş Şeklidir. 1983 (Çev. F. Akkoyun). *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1975;16:103-24.
17. Kabapınar Y. Hayat Bilgisi ve Sosyal Bilgiler Derslerinde Öğrencinin Toplumsal Duyarlılık Becerilerinin Geliştirilmesinde Kullanılacak Bir Öğretim Yöntemi Olarak Sosyal Empati. *Yaşadıkça Eğitim* 2002;76:29-34.
18. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2004; 135-37.
19. Austin EJ, Evans P, Magnus B, O'Hanlon K. A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Medical Education* 2007;41:684-9.
20. Kim SS, Kaplowitz S, Johnstone MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004;27:237-51.
21. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ* 2002;36:522-7.
22. Decety J, Williams I. *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge, MA: MIT Press, 2009;vii-viii.
23. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. *Medical Education* 2012;46:306-16.
24. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Acad Med* 2013;88(8):1171-7.
25. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq* 2000;17:65-74.
26. Schweller M, Costa FO, Ângela M, Antônio RGM, Amaral EM, Antonio de Carvalho-Filho M. The Impact of Simulated Medical Consultations on the Empathy Levels of Students at One Medical School. *Academic Medicine* 2014;89(4): 632-7.
27. Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N, 'Emotional Intelligence in Medicine: a Systematic review through the context of the ACGME competencies'. *Medical Education* 2010;44:749-64.
28. Carr S.E. Emotional intelligence in medical students: does it correlate with selection measures? *Medical Education* 2009;43:1069-77.
29. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:331-42.
30. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003;88:658-65.
31. Yeşilyaprak B. Duygusal Zeka ve Eğitim Açısından Doğurguları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2001;25:139-46.
32. Elam CL. Use of "emotional intelligence" as one measure of medical school applicants' noncognitive characteristics. *Acad Med* 2000;75:445-6.
33. Dıblası Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
34. Griffin SJ, Kinmonth A, Veltman M, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004;2:595-608.
35. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine* 2011;86(8):996-1009.

1. Dökmen Ü. Empatinin Yeni Bir Modele Dayanılarak Ölçülmesi ve Psikodrama İle Geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1988;XXI (1-2): 155-90.
2. Acar FT. Duygusal Zeka Yeteneklerinin Göreve Yönelik ve İnsana yönelik Liderlik Davranışları ile İlişkisi: Banka Şube Müdürleri Üzerine Bir Alan Araştırması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ve Personel Yönetim- Organizasyon Doktora Programı, Doktora Tezi,2001, İstanbul .
3. Doğan S, Şahin F. ‘Duygusal Zeka: Tarihsel Gelişimi Ve Örgütler İçin Önemine Kavramsal Bir Bakış’ *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2007;16(1):231-52.
4. Avşar G, Kaşıkçı M. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde duygusal zeka düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2009;13(1);1-16.
5. Ünsar S, Fındık Y, Sadırlı K, Erol Ö, Ünsar S. Edirne Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri. *Bilim Eğitim Ve Düşünce Dergisi* 2006; 9(1) 1-5.
6. Hemmerdinger JM, Stoddart S, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine, *BMC Medical Education* 2007;7(24),1-8.
7. Spiro H. The practice of empathy. *Acad Med* 2009;84(11):77-9.
8. Jacobs SR, Dodd D. Student Burnout as a Function of Personality, Social Support, and Workload. *Journal of College Student Development* 2003;44(3):291-303.

Geliş tarihi: 22.07.2014

Kabul tarihi: 01.11.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.04.2015

#### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

#### İletişim adresi:

Dr. Emine Neşe Yeniçeri

e-posta: nese\_yeniceri@yahoo.com

# Rahatsızlanan çocuklar için sağlık hizmeti arama davranışları: Başvuru süresi ve etkileyen faktörler\*

## Health care seeking behaviors for sick children: time span for seeking health care

Fulya Akpak<sup>1</sup>, Nuri Seha Yüksel<sup>1</sup>, Ayşegül Kabanlı<sup>2</sup>, Tolga Günvar<sup>3</sup>

### Özet

**Amaç:** Ebeveynlerin çocukları için sağlık hizmeti arama davranışı önemli farklılıklar göstermektedir. Hekime doğru zamanda başvurumama özellikle çocuk hastalarda önemli sorunlara neden olabilir. Bu çalışmanın amacı ebeveynlerin çocukları hastalandıklarında aile hekimine başvuru süreleri ve bunu etkileyen faktörlerin saptanmasıdır.

**Yöntem:** Kesitsel, analitik desendeki çalışmada İzmir/Bornova-Altındağ ilçesinde yer alan 3 aile hekimliği birimine kayıtlı 0-5 yaş arası 203 çocuk ile ilgili veriler, bakım verenler ile yüz yüze uygulanan bir anket aracılığı ile toplanmıştır. Ankette çocuk, bakım veren ve hane ile ilgili demografik verilerin toplandığı sorulara ek olarak şimdiki başvuru özelliklerini ve bakım verenin konu ile ilgili tutum ve davranışlarını araştıran sorular yer almaktadır.

**Bulgular:** Başvuru süresi ortalama 4,0±5,3 gündü. Bakım verenlerin %59,6'sı hekime başvurmadan önce ilaç verdiklerini ifade etmişlerdi. Bakım verenlerin önemli bir kısmı soruna öncelikle evde çare aramakta, eğer hastalık geçmez veya ilerlese hekime başvuruyordu. Ateş yakınması başvuru süresini anlamlı oranda kısaltmaktaydı (p<0,05).

**Sonuç:** Belli bir yakınma için ilk kez başvuranlar, çocuklarında ateş yakınması bulunanlar ve bekleme nedenlerini ulaşılabilirlik kapsamında ifade edenler şimdiki rahatsızlık nedeniyle aile hekimine daha kısa sürede başvuruyordu.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık arama davranışı, çocuk hasta, bakım veren

### Summary

**Objective:** Healthcare seeking behavior of caregivers for their children greatly varies. Especially for children, not to seek healthcare when it is necessary may cause serious consequences. The aim of this study is to determine the time span for seeking healthcare for children and factors related with it.

**Methods:** A cross-sectional / analytic design was chosen for the study. Participants were caregivers of 203 children registered to 3 family health units in İzmir / Bornova - Altındağ district. Data were collected via a questionnaire consisting of questions about demographic characteristics of children, caregivers and household as well as questions about the characteristics of current encounter and attitudes and behaviors of caregivers. Questionnaire was applied face to face.

**Results:** Average time for seeking health care was 4.0±5.3 days. 59.6% of caregivers stated that they gave medicine at home before coming to the doctor. Majority of the caregivers firstly tried to treat illness at home and sought for healthcare if symptoms did not regress or they progress. Fever significantly shortened admission time.

**Conclusion:** Caregivers who applied first time for a given complaint, those whose children have fever and those who state accessibility as a cause of waiting for seeing doctor go to their family physicians in a shorter time for children's current.

**Key words:** healthcare seeking behavior, pediatric patient, caregiver.

### Giriş

Bireylerin gerek kendileri, gerekse bakımlarından sorumlu oldukları kişiler için sağlık arama davranışları çeşitlilik göstermektedir. Bireysel, sosyal ve kültürel pek çok faktöre bağlı olan bu çeşitlilik, "uygunsuz başvuru" olarak adlandırılabilir iki önemli duruma yol açabilir: Ciddi semptomlara rağmen hekime başvurumama ve/veya önemsiz semptomlar ile hekime başvuru.<sup>[1]</sup> Uygunsuz başvuru ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı, bu hizmetlerin hem maliyetini artırmakta hem de kalitesini düşürmektedir.<sup>[2]</sup>

\* 3. Ulusal Aile Hekimliği Araştırma Günleri'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (İzmir, 9-11 Kasım 2012).

- 1) Altındağ 17 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimi, Bornova, İzmir
- 2) 3 No'lu Koşukavak Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimi, Bornova, İzmir
- 3) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., İzmir

Yakınmanın başlangıcı ile hekime başvuru arasında geçen zaman olarak tanımlayabileceğimiz “başvuru süresi” de sağlık hizmeti kullanımını belirleyen sağlık arama davranışının bir bileşenidir. Başvuru zamanı erişkinlerde olduğu gibi çocuk hastalarda da önemli farklılıklar göstermekte, zaman zaman yakınmanın ciddiyetinin başvuru süresi ile çeliştiği gözlenmektedir. Bazen basit bir soğuk algınlığı için hemen başvurulmakta iken, yüksekte düşme gibi ciddi travmalarda başvuru için gereğinden fazla beklenebilmektedir. Özellikle çocukların, başvuru zamanındaki gecikmeler açısından daha hassas olacakları ve bu nedenle telafi edilemeyecek zararlar görebilecekleri açıktır.

Sağlık kuruluşlarına başvurmada gecikmenin, çocuk ölümlerinin en önemli nedenlerinden birisi olduğu bilinmektedir. Çocuklar hastalandıklarında öncelikle geleneksel tedaviler de dahil olmak üzere birçok farklı çarenin aranması ve bu nedenle yaşamı tehdit edici durumların zamanında farkedilememesi bu gecikme ile yakından ilişkilidir.<sup>[3-6]</sup>

Uygunsuz başvuru özellikle aile hekimleri açısından önemlidir. Birinci basamak, aile hekiminin hastası ile kurduğu güvene dayalı ilişki temelinde bireyin sağlık hizmeti arama davranışının düzenlenmesi ve bu konuda eğitilmesi için en uygun ortamdır. Bu nedenle birinci basamak hekimleri hastalarının sağlık hizmeti arama davranışları hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Uluslararası literatürde bakım verenlerin sağlık arama davranışı ile ilgili, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yapılmış çok sayıda çalışma bulunmasına karşın<sup>[7-10]</sup> ülkemizde bu alanda ve özellikle birinci basamakta yapılmış çalışmaların olmadığı görülmektedir.<sup>[11,12]</sup> Ayrıca yapılan çalışmalar daha çok belli bir hastalık veya semptom üzerine yoğunlaşmış durumdadır.<sup>[8-10]</sup>

Bu çalışmanın amacı ebeveynlerin veya çocukların bakımlarından sorumlu bireylerin, çocuklar hastalandıklarında aile hekimine başvuru süreleri ve bunu etkileyen faktörlerin saptanmasıdır.

## Gereç ve yöntem

Kesitsel tipte tasarlanan çalışmanın evrenini İzmir/Bornova-Altındağ'daki 3 No'lu Koşukavak ve 17 No'lu Altındağ Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) yer alan 3 aile hekimliği birimine (AHB) kayıtlı 0-5 yaş arası 800 çocuk oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü; %95 güven aralığı, %6 hata payı ve %50 prevalans ile 200 olarak hesaplanmıştır.

Veriler, söz konusu üç AHB polikliniklerine

başvuran, 0-5 yaş arasındaki çocukların sağlık bakımından sorumlu kişilere, çalışmanın yürütüldüğü üç AHB'de çalışan hekimler tarafından, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanan bir anket aracılığı ile toplanmıştır.

Araştırmacılar tarafından, kendi deneyimlerinden yola çıkılarak ve literatür desteği<sup>[11-16]</sup> ile geliştirilen anket beş bölüm ve toplam 33 sorudan oluşmaktadır. İlk üç bölümde çocuk, bakım veren ve çocuğun yaşadığı hane ile ilgili demografik veriler toplanmıştır. Bu bölümdeki sorular sürekli değişkenler için açık, kesikli değişkenler için kapalı uçlu olarak yapılandırılmıştır. Dördüncü bölümde başvurunun özellikleri incelenmiş ve son bölümde ise bakım verenin tutum ve davranışlarını araştıran sorular yer almıştır. Son iki bölümde yer alan sorular ise seçenekli olmakla birlikte yarı açık uçlu olarak yapılandırılmıştır.

Anket Mart - Haziran 2012 tarihleri arasında, sırası ile başvuran tüm hastalara olmak üzere toplamda 203 katılımcıya uygulanmıştır. Anket uygulanmış bir hasta yeniden başvurduğunda anket yinelenmemiştir.

Verilerin analizi Ki-kare, Fischer's Exact testleri, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak ve SPSS 15.0 paket programı yardımı ile yapılmıştır. Anlamlılık değeri  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya katılan 203 çocuğun yaş ortalaması  $29,6 \pm 17,0$  aydı. Doğum ağırlıkları 1750 ile 4650 gram arasında değişmekte olup ortalaması  $3325 \pm 493$  gramdı. Çocukların bakımından sorumlu erişkinlerin yaşları ise 18 ile 72 yaş arasında değişmekteydi ve ortalaması  $33,1 \pm 7,9$  yıldır. Çocukların yüzde 91,1'ine (185 çocuk) anneleri bakım vermekteydi. Kalan 18 çocuğun bakıcıları ise 12'sinde anneanne ya da babaanne, üçünde baba ve diğer üçünde aile dışından bir bakıcıydı. Çocukların ve onların bakımlarından sorumlu bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bunların başvuru süresiyle ilişkisi **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

## Başvuru süresi ve bekleme nedenleri

Aile hekimine başvuru kararlarının %94,6'sı ( $s=192$ ) ebeveynler tarafından alınmıştı. Başvuru için beklenen süre 1 ile 30 gün arasında değişmekte

olup ortalaması  $4,0 \pm 5,3$  ve ortanca değeri 2 gündü. Çalışmaya katılanların 161'i (%79,3) hekime iletilen yakınma için ilk kez başvuruda bulunmuştu; bu hastalar için ortalama başvuru süresi  $3,7 \pm 5,4$  ve ortanca değeri 2 gün olarak saptandı. İncelenen yakınma için ilk kez başvuranların başvuru süresi aynı yakınma nedeni ile yeniden başvuranlarınkine göre anlamlı olarak daha kısaydı (sırası ile ortanca değerleri 2 ve 3,5 gün;  $U=2366$ ;  $z=-3,074$  ve

$p=0,002$ ). Başvuru süresi ile çocuk ve bakım verene ilişkin sorgulanan demografik veriler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ; **Tablo 1**).

Bakım verenlerin ifadelerine göre, 121 çocuğa (%59,6) hekime başvurmadan önce ilaç verilmişti. Bunların %92,6'sında (112 çocuk), verilen ilaç zaten o sırada evde bulunmaktaydı. Başvuru öncesinde ilaç verilmesinin hekime başvuru süresi üzerinde bir etkisi yoktu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 1. Çocukların ve onların bakımlarından sorumlu bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bunların başvuru süresiyle ilişkisi**

|                                 | Sayı (%)   | Başvuru zamanı ortalaması (gün) | Başvuru zamanı ortancası (gün) | p değeri |
|---------------------------------|------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|
| <b>ÇOCUKLAR</b>                 |            |                                 |                                |          |
| <b>Cinsiyet</b>                 |            |                                 |                                |          |
| Erkek                           | 96 (47,3)  | 4,4                             | 3,0                            | >0,05    |
| Kız                             | 107 (52,7) | 4,6                             | 2,0                            |          |
| <b>Doğum</b>                    |            |                                 |                                |          |
| Kolay                           | 133 (65,5) | 4,0                             | 2,0                            | >0,05    |
| Zor                             | 70 (34,5)  | 3,9                             | 3,0                            |          |
| <b>Kardeş</b>                   |            |                                 |                                |          |
| Var                             | 119        | 3,8                             | 2,0                            | >0,05    |
| Yok                             | 84         | 4,2                             | 2,0                            |          |
| <b>Kronik hastalık</b>          |            |                                 |                                |          |
| Var                             | 29 (14,3)  | 3,4                             | 2,0                            | >0,05    |
| Yok                             | 174 (85,7) | 4,1                             | 2,0                            |          |
| <b>Kardeşte kronik hastalık</b> |            |                                 |                                |          |
| Var                             | 11 (5,4)   | 2,7                             | 3,0                            | >0,05    |
| Yok                             | 192 (94,6) | 4,0                             | 2,0                            |          |
| <b>BAKIM VERENLER</b>           |            |                                 |                                |          |
| <b>Esas bakım veren</b>         |            |                                 |                                |          |
| Anne                            | 185 (91,1) | 3,9                             | 2,0                            | >0,05    |
| Diğer                           | 18 (8,9)   | 4,3                             | 2,5                            |          |
| <b>Medeni Durum</b>             |            |                                 |                                |          |
| Evli                            | 195 (96,1) | 3,8                             | 2,0                            | >0,05    |
| Evli değil                      | 8 (3,9)    | 8,9                             | 2,0                            |          |
| <b>Çalışma durumu</b>           |            |                                 |                                |          |
| Çalışıyor                       | 14 (6,9)   | 3,1                             | 2,5                            | >0,05    |
| Çalışmıyor                      | 189 (93,1) | 4,0                             | 2,0                            |          |
| <b>Eğitim durumu</b>            |            |                                 |                                |          |
| İlkokul ve altı                 | 117 (57,6) | 3,9                             | 3,0                            | >0,05    |
| Ortaokul ve üzeri               | 96 (42,4)  | 4,0                             | 2,0                            |          |
| <b>Sağlık güvencesi</b>         |            |                                 |                                |          |
| Var                             | 196 (96,6) | 3,8                             | 2,0                            | >0,05    |
| Yok                             | 7 (3,4)    | 7,4                             | 2,0                            |          |
| <b>Gelir-gider dengesi</b>      |            |                                 |                                |          |
| Az                              | 80 (39,4)  | 3,3                             | 2,0                            | >0,05    |
| Eşit                            | 101 (49,8) | 4,4                             | 2,0                            |          |
| Fazla                           | 22 (10,8)  | 4,2                             | 3,0                            |          |

Başvuru için neden bekledikleri sorusuna hemen başvurduklarını ifade eden 15 kişinin dışında kalan katılımcıların yanıtları üç grupta toplanabilmekteydi. Başvuru öncesinde beklediklerini ifade eden 188 katılımcının %56,9'u (s=107) hastalığın çok ciddi olmadığını ve kendiliğinden iyileşeceğini düşündüklerini ifade ettiler (hastalık algısı-hafif). Çocuğun gece veya hafta sonu gibi mesai dışı saatlerde rahatsızlandığını ve ASM kapalı olduğu için (ulaşılabilirlik) getiremediğini ifade edenlerin oranı %25,0 (s=47), maddi veya eşinin evde olmaması gibi bir nedenle (sosyoekonomik) beklediğini ifade edenlerin oranı ise %18,1 (s=34) idi.

Benzer şekilde katılımcılara neden şimdi geldikleri sorulduğunda, durumunun ağırlaşması gibi (hastalık algısı – ciddi) nedenler %44,3 (s=90) ile ön plana çıkmakta, sosyoekonomik nedenler %36,0 (s=73) ile daha geriden gelmekte ve onu %19,7 (s=40) ile “ulaşılabilirlik” izlemekteydi (**Tablo 2**).

Çocuğun yakınması ile ilgili durum daha özgül olarak sorgulandığında ateş yakınmasının başvuru süresini anlamlı oranda kısalttığı saptandı (U:1558; z:-4,811 ve p=0,001). Bekleme nedeni-

ni “hastalık algısı” olarak ifade eden bireylerin başvuru süreleri hastalık algısını bir bekleme nedeni olarak ifade etmeyenlere göre anlamlı bir şekilde daha uzundu (U:3011; z:-3,661 ve p=0,001). Bekleme nedenini “ulaşılabilirlik” kapsamında ifade eden katılımcıların ise ortalama başvuru süresi, ulaşılabilirliği bir bekleme nedeni olarak ifade etmeyenler ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha kısa idi (U:1548; z:-5,587 ve p=0,001). Çocuğun durumunun kötüleşmesi, ilacın yan etki yapması veya başka bir yakınmasının olması gibi “hastalık ile ilişkili” başvuru nedenleri başvuru süresi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değilken, ASM'nin açık olması gibi “ulaşılabilirlik” ile ilişkili nedenleri ifade edenlerin başvuru süreleri anlamlı bir şekilde daha kısa idi (U: 1243 z:-6,224 ve p=0,001). Yakınlarda bir işi olması veya komşusu ile birlikte gelmesi gibi “sosyal” bir nedeni şu anda gelme nedeni olarak ifade edenlerin başvuru süresi ise anlamlı bir şekilde daha uzundu (U:2965; z:-4,553 ve p=0,001). Başvuru yakınmaları, bekleme ve şu anda gelme nedenleriyle başvuru süresi arasındaki ilişkiler **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Başvuru sırasındaki yakınma, bekleme ve şu anda gelme nedenlerinin başvuru süresi ile ilişkisi**

|                                |       | Sayı (%)   | Başvuru zamanı ortalaması (gün) | Başvuru zamanı ortancası (gün) | p değeri |
|--------------------------------|-------|------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|
| <b>Yakınma</b>                 |       |            |                                 |                                |          |
| Solunum yolları                | Var   | 119 (58,4) | 3,5                             | 3,0                            | >0,05    |
|                                | Yok   | 84 (41,6)  | 4,6                             | 2,0                            |          |
| Ateş                           | Var   | 37 (18,2)  | 1,6                             | 1,0                            | 0,001    |
|                                | Yok   | 166 (81,8) | 4,8                             | 3,0                            |          |
| Cilt                           | Var   | 12 (5,9)   | 5,9                             | 2,0                            | >0,05    |
|                                | Yok   | 191 (94,1) | 3,8                             | 2,0                            |          |
| Gastrointestinal sistem        | Var   | 9 (4,4)    | 2,2                             | 1,0                            | >0,05    |
|                                | Yok   | 194 (95,6) | 4,0                             | 2,0                            |          |
| <b>Bekleme nedeni</b>          |       |            |                                 |                                |          |
| Hastalık algısı (hafif)        | Evet  | 107 (56,9) | 4,4                             | 3,0                            | 0,001    |
|                                | Hayır | 81 (43,1)  | 3,1                             | 2,0                            |          |
| Ulaşılabilirlik (engel)        | Evet  | 47 (25,0)  | 2,3                             | 1,0                            | 0,001    |
|                                | Hayır | 141 (75,0) | 4,8                             | 3,0                            |          |
| Sosyoekonomik (engel)          | Evet  | 34 (18,1)  | 6,1                             | 3,0                            | >0,05    |
|                                | Hayır | 154 (81,9) | 3,7                             | 2,0                            |          |
| <b>Şu anda başvurma nedeni</b> |       |            |                                 |                                |          |
| Hastalık algısı (ağır)         | Evet  | 90 (44,3)  | 3,33                            | 2,00                           | >0,05    |
|                                | Hayır | 113 (55,7) | 4,45                            | 2,00                           |          |
| Sosyoekonomik (kolaylaştırıcı) | Evet  | 73 (36,0)  | 5,79                            | 3,00                           | 0,001    |
|                                | Hayır | 130 (64,0) | 2,92                            | 2,00                           |          |
| Ulaşılabilirlik (mümkün)       | Evet  | 40 (19,7)  | 2,00                            | 1,00                           | 0,001    |
|                                | Hayır | 163 (80,3) | 4,44                            | 3,00                           |          |

## Tutumlar

“Çocuğunuz rahatsızlandığında ilk ne yaparsınız?” sorusuna katılımcıların %70,4’ü (s=143) öncelikle evde çözüm arayacağını ifade ederken, sadece %29,6’sı (s=60) hemen bir sağlık kurumuna başvuracağını belirtmişti. “Aile hekimine ne zaman başvurulmalı?” sorusuna da benzer şekilde katılımcıların sadece %47,3’ü (s=96) “hemen” yanıtı vermiş, %52,3’ü (s=107) ise ev çareleri işe yaramazsa ya da durumu ağırlaşırse başvurmak gerektiğini ifade etmişti.

Aile hekimine başvurmayı çabuklaştıran durumlar sorulduğunda ise katılımcıların %61,6’sı (s=125) ciddi rahatsızlık olması, ne olduğunu anlayamama veya moralinin bozuk olması gibi “yardım arama” kapsamında ifadeler kullanırken, %6,9’u (s=14) şartlarının uygun olması ve kolay randevu

alma gibi “ulaşım kolaylığı” doğrultusunda ifadeler kullanmışlardı. Geri kalan katılımcılar bu kapsamda herhangi bir neden göstermemişlerdi. Katılımcıların %86,2’si (s=175) ateş yakınmasının hekime başvurularını çabuklaştıracağını ifade etmişlerdi. Bunu, bulantı-kusma ve ishal gibi gastrointestinal sistem yakınmaları izlemektedir.

Bir sağlık kurumuna başvurmaya karar verdiklerinde katılımcıların %92,1’i öncelikle aile hekimlerine başvurmayı düşünmekteydi. Başvurulan kurumun tercih edilme nedenleri arasında memnuniyet %59,1 (s=120) ve yakınlık %51,2 (s=104) ile ilk iki sırayı almaktaydı. Kurumun tercih edilme nedeni ile başvuru süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05). Bakım verenlerin çocukları hastalandığında sergilediklerini ifade ettikleri bazı tutumlar ve başvuru zamanı ile ilişkileri **Tablo 3**’te gösterilmektedir.

**Tablo 3. Bakım verenlerin çocuklarının hastalanması ile ilgili tutumlarının başvuru süresi ile ilişkisi**

|   |       | Sayı (%)   | Başvuru zamanı ortalaması (gün) | Başvuru zamanı ortancası (gün) | p değeri |
|---|-------|------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|
| <b>Çocuk hastalandığında ilk yapılan</b>    |       |            |                                 |                                |          |
| Ev çareleri                                 |       | 143 (70,4) | 4,0                             | 2,0                            | >0,05    |
| ASM   |       | 60 (29,6)  | 3,9                             | 2,0                            |          |
| <b>Başvuruyu çabuklaştıran yakınmalar</b>   |       |            |                                 |                                |          |
| Ateş  | Evet  | 175 (86,2) | 4,2                             | 2,0                            | <0,05    |
|   | Hayır | 28 (13,8)  | 2,4                             | 2,5                            |          |
| Bulantı-kusma                               | Evet  | 71 (35,0)  | 3,8                             | 2,0                            | >0,05    |
|   | Hayır | 132 (65,0) | 4,1                             | 2,0                            |          |
| İshal                                       | Evet  | 57 (28,1)  | 2,9                             | 2,0                            | >0,05    |
|   | Hayır | 146 (71,9) | 4,4                             | 2,0                            |          |
| Döküntü                                     | Evet  | 44 (21,7)  | 3,7                             | 3,0                            | >0,05    |
|   | Hayır | 159 (78,3) | 4,0                             | 2,0                            |          |
| Ağrı  | Evet  | 29 (14,3)  | 3,2                             | 2,0                            | >0,05    |
|   | Hayır | 174 (85,7) | 4,1                             | 2,0                            |          |
| Öksürük                                     | Evet  | 28 (13,8)  | 3,4                             | 3,0                            | >0,05    |
|   | Hayır | 175 (86,2) | 4,0                             | 2,0                            |          |
| Beslenme bozukluğu                          | Evet  | 22 (10,8)  | 4,3                             | 2,5                            | >0,05    |
|   | Hayır | 181 (89,2) | 3,9                             | 2,0                            |          |
| Burun akıntısı                              | Evet  | 16 (7,9)   | 4,0                             | 3,0                            | >0,05    |
|   | Hayır | 187 (92,1) | 4,0                             | 2,0                            |          |
| <b>Aile hekimine ne zaman başvurulmalı?</b> |       |            |                                 |                                |          |
| Hemen                                       |       | 96 (47,3)  | 3,59                            | 2,00                           | >0,05    |
| Durumu kötüleşirse                          |       | 107 (52,7) | 4,28                            | 2,00                           |          |

## Tartışma

Çocukları rahatsızlandığında ebeveynlerin bir sağlık hizmeti sunucusuna başvuru süresini etkileyen birçok etken bulunabilir. Bizim çalışmanın sonuçlarına göre, başvuru süresi ile çocuk ve bakım verene ilişkin sorgulanan demografik veriler arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Başka ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda çocuğun yaşının küçük olmasının başvuru süresini kısalttığı saptanmıştır.<sup>[3,5,13-16]</sup> Bu farkın saptandığı çalışmalar birinci basamak dışı sağlık hizmeti sunumlarında ve özgül hastalıklar üzerinde yapılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha ulaşılabilir olması bu farkı ortadan kaldırmış olabilir. Nitekim bizim çalışmamızda katılımcıların büyük bir çoğunluğu çocukları hastalandığında ilk başvuracakları hekimin birinci basamak hekimleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini belirleyen sosyal veya ekonomik nedenlerin bizim çalışmamızda, başvuru süresi üzerine etkileri gösterilememiştir. Oysa literatürde bakım verenin gelir ve eğitim düzeyinin erken başvuru ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.<sup>[13]</sup> Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması bizim çalışmamızda gelir durumu ile başvuru süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına neden olmuş olabilir. Benzer bir şekilde sağlık güvencesinin varlığı da başvuru süresi üzerinde etki sahibi değildir. Bu bulgunun nedeni katılımcıların büyük bir bölümünün sosyal güvencesinin olması olabilir. Çalışmamızın bulgularına göre, her ne kadar kurumun “yakın” olması, tercih edilme nedenleri arasında ikinci sırada gelse de başvuru süresi üzerine bir etkisi olmadığı görülmektedir.

Annenin sağlık arama davranışının en önemli belirleyicilerinden birisinin yakınmalar olduğu bilinmektedir.<sup>[4]</sup> Goldman ve Heuvelin 2000 yılında yaptıkları bir araştırmada gelişmekte olan ülkelerde, her ikisi de önemli bir mortalite nedeni olmasına karşın ishal yakınmasının solunum yolu yakınmalarına göre sağlık yardımı için başvuruyu önemli derece hızlandırdığını bulmuşlardır.<sup>[17]</sup> Bizim çalışmamızda ise sadece ateş yakınmasının başvuru süresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Başka araştırmalarda da ateş yakınmasının sağlık arayışını hızlandıran yakınmalardan biri olduğu gösterilmiştir.<sup>[14, 18]</sup>

Ayrıca katılımcıların başvuruyu çabuklaştıracağını ifade ettikleri yakınmalara bakıldığında ateş yine ilk sırayı almaktadır. İshal, öksürük ile kıyas-

landığında yine başvuruyu daha fazla hızlandırmakla birlikte katılımcıların sadece dörtte biri ishalin başvurularını çabuklaştıracağını ifade etmişlerdir. Burada görüldüğü gibi yakınmaların başvurular üzerine bir etkisi olmakla birlikte bu etki farklı kültürlerde farklı olabilmektedir. Bunun nedeni yakınmaların işaret ettiği hastalıkların ebeveynler için ne anlama geldiği ile ilgili olabilir. Nitekim bizim çalışmamızın bulgularına bakıldığında “hastalığın hafif olduğunu ve geçeceğini düşünme” bekleme nedenleri arasında ilk sırada ifade edilirken, “durumunun ağırlaşması” ise şu anda başvurma nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası hekime başvurmadan önce evde çocuğa ilaç verdiklerini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde bakım verenlerin önemli bir kısmı çocukları hastalandığında öncelikle ev çarelerine başvuracaklarını belirtmişlerdir. Bu bulgularımız diğer çalışmalar ile uyumludur. Gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde yapılan çalışmalar önemli oranda bakım verenin öncelikle çocuklarının sorunlarını ev içinde veya geleneksel yöntemlerle çözmeye çalıştığını göstermektedir.<sup>[19,20]</sup>

Çalışmamızın sonuçları, bakım veren bireylerin başvuru için beklemeye veya başvurmaya karar vermek için öncelikle rahatsızlığın durumunu değerlendirdiklerini düşündürmektedir. Bakım verenin, durumun ciddi olduğunu veya kötüye gittiğini düşünmesi başvuruyu çabuklaştırmaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin yarısından fazlası başvuru için bekleme nedeni olarak yakınmaları çok ciddi görmemelerini göstermişlerdir. Yemen’de yapılan bir çalışmada sık görülen çocukluk çağı sağlık sorunlarında hastalığın iyileşmemesi veya kötüleşmesi sağlık merkezine başvurma nedeni olarak ortaya konulurken, hastalığın hafif olarak değerlendirilmesi en önemli bekleme nedenleri arasında yer almıştır.<sup>[21]</sup> Ebeveynler veya bakım verenlerin yakınmaları nesnel bir şekilde değerlendiremediği başka çalışmalarda da ortaya konmuştur.<sup>[18-22]</sup> Bu durum bize bakım verenlerin rahatsızlığın ciddiyeti ile ilgili algılarının sağlık arama davranışı üzerinde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızın bulguları sağlık merkezinin ulaşılabilirliğinin sağlık arama davranışının süresinin bir diğer belirleyicisi olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda “ulaşılabilirlik” başlığı altında sağlık merkezinin açık olduğu veya mesai dışı zamanları kapsayan ifadeler toplanmıştır. Rahatsızlığın mesai dışı zamanda gerçekleşmesi anlamlı bir bekleme nedeni iken sağlık merkezinin



açık olması başvuruyu hızlandırmaktadır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların büyük bir çoğunluğu bakımlarını üstlendikleri çocukları rahatsızlandığında öncelikle ilaç vermek, bitki çayı içirmek veya bir komşu ya da büyüğe danışmak gibi ev çarelerine başvuracaklarını ifade etmişlerdir. Literatürde de, çoğu çocuğun evde tedavi edilme-ye çalışıldığını ve bunun başvurunun en önemli gecikme nedenlerinden biri olduğunu ileri süren çalışmalar vardır.<sup>[13,20,21]</sup> Bizim çalışmamızda evde çare arayışı ile başvuru süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların önemli bir kısmı bir sağlık kurumuna başvurmaya karar verdiklerinde ilk başvuracakları kurumun ASM olacağını ifade etmişlerdir.

## Kaynaklar

1. McWhinney I, Freeman T. "A Textbook of Family Medicine". 3rd ed. Oxford, Oxford University Press; 2009; 33-4.
2. Keyhani S, Falk R, Howell EA, Bishop T, Korenstein D. Over use and systems of care: a systematic review. *Med Care* 2013; 51(6): 503-8.
3. Källander K, Hildenwall H, Waiswa P, et al. Delayed care seeking for fatal pneumonia in children aged under five years in Uganda: a case-series study. *Bull World Health Organ* 2008; 86(5): 332-8.
4. Amarasiri de Silva MW, Wijekoon A, Hornik R, et al. Care seeking in Sri Lanka: one possible explanation for low childhood mortality. *SocSciMed* 2001;53(10): 1363-72.
5. D'Souza RM. Role of health-seeking behaviour in child mortality in the slums of Karachi, Pakistan. *J BiosocSci* 2003; 35(1): 131-44.
6. Williams HA, Jones CO. A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contribution social scientists made? *SocSciMed* 2004;59(3): 501-23.
7. Webair HH, Bin-Gouth AS. Factors affecting health seeking behavior for common childhood illnesses in Yemen. *PatientPreferAdherence* 2013;7:1129-38.
8. Page AL, Hustache S, Luquero FJ, et al. Health care seeking behavior for diarrhea in children under 5 in rural Niger: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2011; 11: 389.
9. Luque JS, Whiteford LM, Tobin GA. Maternal recognition and health care-seeking behavior for acute respiratory infection in children in a rural Ecuadorian county. *Matern Child Health J* 2008; (3): 287-97.
10. Kamat VR. "I thought it was only ordinary fever!" cultural knowledge and the micropolitics of therapy seeking for childhood febrile illness in Tanzania. *Soc Sci Med* 2006; 62(12): 2945-59.
11. Beşiroğlu L, Cilli AS, Aşkin R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45(2): 99-108.
12. Kav S, Tokdemir G, Tasdemir R, et al. Patients with cancer and their relatives beliefs, information needs and information-seeking behavior about cancer and treatment. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(12): 6027-32.
13. Ogunlesi TA, Olanrewaju DM. Socio-demographic factors and appropriate health care-seeking behavior for childhood illnesses. *J Trop Pediatr* 2010;56(6): 379-85.
14. Tinuade O, Iyabo RA, Durotoye O. Health-care-seeking behavior for childhood illnesses in a resource-poor setting. *J Paediatr Child Health* 2010; 46(5): 238-42.
15. Amin R, Shah NM, Becker S. Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh: A cross-sectional analysis. *Int J Equity Health* 2010;9:9.
16. Granich R, Cantwell MF, Long K, Maldonado Y, Parsonnet J. Patterns of health seeking behavior during episodes of childhood diarrhea: a study of Tzotzil-speaking Mayans in the high and low Chiapas, Mexico. *Soc Sci Med* 1999;48(4):489-95.
17. McKian SC. A review of health seeking behaviour: problems and prospects. University of Manchester Health Systems Development Programme. [http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/healthsysdev\\_kp/05-03\\_health\\_seeking\\_behaviour.pdf](http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/healthsysdev_kp/05-03_health_seeking_behaviour.pdf) adresinden 12/12/2014 tarihinde ulaşılmıştır.
18. Najnin N, Bennett CM, Luby SP. Inequalities in care-seeking for febrile illness of under-five children in urban Dhaka, Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2011; 29(5): 523-31.
19. Quadri F, Nasrin D, Khan A, et al. Health care use patterns for diarrhea in children in low-income periurban communities of Karachi, Pakistan. *Am J Trop Med Hyg* 2013; 89(1 Suppl): 49-55.
20. Saha D, Akinsola A, Sharples K, et al. Health care utilization and attitudes survey: understanding diarrheal disease in rural Gambia. *Am J Trop Med Hyg* 2013; 89(1 Suppl): 13-20.
21. Webair HH, Bin-Gouth AS. Factors affecting health seeking behavior for common childhood illnesses in Yemen. *Patient Prefer Adherence* 2013; 7: 1129-38.
22. Opwora AS, Laving AM, Nyabola LO, et al. Who is to blame? Perspectives of caregivers on barriers to accessing healthcare for the under-fives in Butere District, Western Kenya. *BMC Public Health* 2011;11: 272.

Geliş tarihi: 12.03.2014

Kabul tarihi: 16.04.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 04.06.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Doç. Dr. Tolga Günvar

e-posta: [tolga.gunvar@gmail.com](mailto:tolga.gunvar@gmail.com)

## Extended Summary

### Health care seeking behaviors for sick children: time span for seeking health care

Parents' behavior on seeking medical care for their sick children differs from one another. It is well known that late applications to healthcare institutions may have severe results for children, including death. Primary care is the most suitable environment to regulate a person's behavior on seeking medical care and being educated about it; relying on the trust between the family physician and the patient. That is why primary care physicians should know about the health care seeking behaviors of their patients. The purpose of this study is to determine the time it takes for parents to seek medical attention for their children who got ill and factors affecting it.

This cross-sectional, analytic study was done in the region of İzmir/Bornova-Altındağ district, including 203 children between the ages of 0-5 who were registered to three family practice units. The data was gathered using a survey that was filled with face to face interviews with children's caregivers. A survey included questions about the demographic features of the children, the caregivers and the household as well as the reasons of the current encounter and the behavior of the caregivers regarding the issue. The data was analyzed using Chi-Square, Fischer's Exact Test, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis tests methods in SPSS 15.0 package program. The significance value was accepted as  $p < 0.05$ .

The mean age of the 203 children who participated in the study was  $29.6 \pm 17.4$  months old and the median was 28 months. The ages of the providers differed between 18 and 72; the mean was  $33.1 \pm 7.9$  years and the median was 30 years. Primary provider for 91.1% of the children were their mothers ( $n=185$ ). The decision to consult a family physician was taken mostly by the parents (94.6%,  $n=192$ ). The time till consultation was between 1 and 30 days, with the mean value  $4.0 \pm 5.3$  days and median value of 2 days. The 79.3% ( $n=161$ ) of the consultations were the first contact with health professionals for that certain complaint; time span was significantly shorter for consultations for a reoccurring complaint. The main reason for delaying the consultation was perceiving the illness as mild; following reasons were Family Health Centers not being available outside of the working hours or on the weekend and socio-economic reasons.

Similarly when the participants were asked for the reason of consulting now, perceiving illness as serious was more prominent than availability or socio-economic reasons. 59.6% of the caregivers stated that they gave medicine to their children before the consultation. A significant number of the care givers first look for remedies themselves and if the child does not get better or the illness progresses, then they consult physicians. 86.2% of the participants ( $n=175$ ) stated that it would quicken them to consult with physicians if the complaints included fever. Gastrointestinal complaints such as nausea, vomiting and diarrhea were the fallers. When the complaint of the child was examined specifically, it was confirmed that fever significantly shortened the duration for application. 92.1% of the participants first considered a family physician when they decided to consult a health institution. 59.1% of the participants ( $n=120$ ) chose the institution because they were content with it, and 51.2% ( $n=104$ ) of them chose it because it was the close.

According to our study's results there is no relationship between the consultation time and the demographic features of the child and the caregiver. In our study more than half of the participants stated that they have given medicine to the child before consulting with the physician. Similarly caregivers stated that they would primarily apply home remedies when they children got sick. These results are relevant with other studies. Individuals who are responsible for taking care of children should be educated for evaluating the seriousness of symptoms.

# Kronik bel ağrısı olan hastalara aile hekimliği yaklaşımı: Ne kadar etkili?

Family medicine approach to the patients with chronic low back pain: How effective is it?

İpek Tanyıldızı<sup>1</sup>, Vildan Mevsim<sup>2</sup>

## Özet

**Amaç:** Kronik idiyopatik bel ağrısı (KİBA) olan hastaların biyopsikososyal ve multidisipliner yaklaşım ile tedavileri sonucunda ağrı, fiziksel bağımlılık, hayat kalitesi ve depresyon düzeylerindeki değişimin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** KİBA olan 30 hasta randomize edilerek çalışma ve kontrol grubuna ayrılmış ve altı ay takip edilmişlerdir. Çalışma grubu hastalarına aile hekimliği ilkeleri uygulanmış, kontrol grubuna ek müdahalede bulunulmamıştır. Hastaların takipleri sonucunda, hayat kalitelerindeki, depresyon, ağrı ve fiziksel bağımlılık düzeylerindeki değişim; SF 36 hayat kalitesi ölçeği, Beck depresyon envanteri, Vizüel analog skalası ve Oswestry engellilik indeksi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma grubundaki hastaların egzersiz uyumlarının ( $p<0,001$ ) kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, hayat kalitesinin fiziksel güçlülük ( $p=0,03$ ) ve ağrı ( $p<0,001$ ) alt birimlerindeki artışın çalışma grubunda anlamlı olduğu bulundu. Ağrı şiddetindeki azalma hem çalışma grubunda ( $p=0,00$ ;  $z=-2,85$ ) hem de kontrol grubunda ( $p=0,02$ ;  $z=-2,15$ ) anlamlı bulundu. Depresyon skorlarında gruplar arasında fark saptandı ( $p>0,05$ ). Çalışma grubundaki hastaların fiziksel bağımlılık düzeylerinde anlamlı azalma bulunmuştur ( $p=0,04$ ;  $z=-1,95$ ).

**Sonuç:** KİBA olan hastaların aile hekimliği yaklaşımı ile düzenli takip edilmeleri; egzersiz uyumunu ve hayat kalitesini arttırmakta, bel ağrısına bağlı fiziksel bağımlılık düzeylerini ise azaltmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Kronik bel ağrısı, aile hekimliği, biyopsikososyal yaklaşım, yaşam kalitesi, ağrı yönetimi.

## Summary

**Objective:** Treatment of back pain with biopsychosocial treatment and multidisciplinary approach was used to identify the change in pain, physical disability, quality of life and depression levels in chronic idiopathic low back pain (CIBP) patients.

**Methods:** Randomised 30 patients of CIBP as study and control, were followed for six months. Family medicine principles applied to the study group, no intervention was used in control group. The alteration of life quality, depression, pain and physical disability of patients were evaluated by SF-36 life quality index, Beck depression inventory, visual analogue scale and Oswestry disability index.

**Results:** In study group, exercise adaptation ( $p<0.001$ ;  $r=0.001$ ) was higher than control group. Increase in physical role limitation ( $p=0.03$ ;  $z=-2.15$ ) and pain ( $p<0.001$ ,  $z=-2.89$ ) subunits of life quality index were found significant in study group. Decrease in pain scores were significant in both study ( $p=0.00$ ,  $z=-2.85$ ) and control ( $p=0.02$ ;  $z=-2.15$ ) group. There was no statistically difference in depression scores between groups ( $p=0.24$ ;  $z=-1.12$ ). Physical disability levels were significantly decreased ( $p=0.04$ ;  $z=-1.95$ ) in study group.

**Conclusion:** Regular following up CIBP patients by family medicine approaches, increase compliance of doing exercise and quality of life, also decrease physical disability depending on back pain.

**Key words:** chronic low back pain, family medicine, biopsychosocial management, quality of life, pain management.

## Giriş ve Amaç

Kronik idiyopatik bel ağrısı (KİBA) hem medikal hem de sosyoekonomik bir problemdir. Endüstrileşmiş ülkelerdeki en pahalı benign hastalık olarak görülmekte, fiziksel yetersizliğin de en sık nedenini oluşturmaktadır.<sup>[1,2]</sup> Yaşam boyu bel ağ-

rısı prevalansı %49-70 arasında değişmektedir.<sup>[3]</sup> Bel ağrısı kadın ve erkekleri eşit oranda etkilemekte, 45 yaş altı kişilerde iş yetersizliğinin en önemli ve en maliyetli sebebini oluşturmaktadır.<sup>[4]</sup> Yapılan araştırmalarda bel ağrısının önlenmesinin, iş gücü kaybının azaltılmasında ve hayat kalitesinin

Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Eylül 2006 tarihinde onay alınmış ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Fon Saymanlığı tarafından proje no 2006. KB. SAG. 25 ile proje olarak desteklenmiştir. 18-21 Mart 2010 tarihinde Antalya Rixos Sungate otelinde düzenlenen 'The Second Primary Care Congress' adlı kongrede poster olarak sunulmuştur (Abstract no: PP-40).

1) Abdulkadir Konukoğlu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Gaziantep  
2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Prof. Dr., İzmir

iyileştirilmesinde önemli yer tuttuğu gösterilmiştir.<sup>[5]</sup>

Skapula altından kalça üzerine kadar olan bölgede yer alan, alt ekstremiteye yayılabilen ağrı olarak tanımlanan bel ağrısı, 12 haftadan uzun sürdüğünde kronik bel ağrısı (KBA) olarak adlandırılmaktadır.<sup>[3,6,7]</sup> Spesifik patolojiler dışında tam olarak görüntüleme yöntemleriyle açıklanamayan bel ağrısı, idiyopatik (spesifik olmayan) olarak tanımlanmakta ve 'lumbago', 'bel incinmesi', 'mekanik ağrı' gibi adlar da verilmektedir.<sup>[3,4,8]</sup> Bel ağrısı nedenleri mekanik, visceral ve mekanik olmayan olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>[4]</sup> Bunlar içinden mekanik bel ağrısı (%97) en önemli sebebi oluşturmakta ve bu grupta idiyopatik bel ağrısı %70 ile en büyük yeri kaplamaktadır.<sup>[9,10]</sup> Bel ağrısının yaş dağılımı 35-64 yaşlar arasındadır.<sup>[7,11]</sup> Altmış beş yaş ve üstünde ise bel ağrısı daha çok kanser, basıya bağlı kırık, spinalstenoz ve aort anevrizması gibi nedenlerle oluşmaktadır.<sup>[4]</sup>

KİBA'nın etiyojisi tam olarak anlaşılama- makla beraber ağrının fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler kadar iş ile ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır.<sup>[12]</sup> Bu nedenle KİBA'nın risk faktörleri kişisel (yaş, fiziksel stres, sigara içmek, obezite, kötü yaşam koşulları), psikososyal (stres, ağrı davranışı, vs.) ve işe bağlı faktörler (ağır yük taşımak, eğilmek ve bükülmek, iş memnuniyetsizliği, iş ilişkileri, sosyal destek) olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>[4,9]</sup> Yapılan araştırmalarda artan yaşın, kadın cinsiyetin, vücut kitle indeksindeki artışın, eğitim seviyesinin düşük olmasının, depresyonun, stresin, iş memnuniyetsizliğinin ağrının artması ve uzamasında etkili olabileceği görülmüştür.<sup>[1,4,13,14]</sup>

Bel ağrısının yönetiminde egzersiz eksikliği, psikolojik faktörler, kişinin ağrı algısı ve ağrıya olan yaklaşımının dikkate alınması önemli yer tutmaktadır.<sup>[6,9,11,15]</sup> KİBA yönetiminde hastalara genel olarak uygulanan medikal tedavi (analjezikler, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, miyorelaksanlar, steroidler, antidepresanlar) ve egzersiz tedavileri<sup>[7,16]</sup> dışında biyopsikososyal yaklaşımın da etkili olduğu görülmüştür.<sup>[16-19]</sup>

Biyopsikososyal yaklaşım bilişsel davranışçı tedavi ve problem çözücü tedavi stratejilerini içermektedir. Bu yöntemde amaç, hasta merkezli bir değerlendirme ile kişiye kendini değerlendirme ve problem çözme becerisini kazandırmaktır. Bu şekilde kişiler kendi yanlışlarını bulmayı öğrenir, hastalığını kavrar ve çözüm yönünde davranışlar

geliştirmeye başlarlar. Bilişsel davranışçı tedavi ve egzersizin medikal tedaviye eklenmesi tedaviyi olumlu etkilemektedir.<sup>[1,17]</sup>

Aile hekimliği yaklaşımı ise kişiyi sadece birey olarak değil, çevresi ve sosyal yaşantısıyla beraber bir bütün olarak algılar. Kişinin hastalığına nasıl yaklaştığı ve bununla başa çıkma yollarını anlamaya çalışır. Bu şekilde kişinin hastalığı ile ilgili inanışları, korkuları, beklenti ve ihtiyaçları belirlenir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimleri kendi hastalarını tanımakta ve her bir kişiyi çevresi ve sosyal yaşamı ile beraber değerlendirme fırsatı yakalamaktadırlar. Buna kişilerin hastalıkları ile ilgili eğitimi de eklenirse bel ağrısının tedavisinde aile hekimliği yaklaşımının önemli bir rol oynaması beklenmektedir.

Bu çalışmada da KİBA olan hastaların ağrı, fiziksel bağımlılık, yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerindeki değişimin saptanması için aile hekimliği yaklaşımının bir parçası olan biyopsikososyal yaklaşım kullanılmış ve aile hekimliği yaklaşımının bel ağrısı üzerine etkinliği araştırılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma randomize kontrollü çalışma olarak tasarlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Etik Kurulundan Eylül 2006 tarihinde onay alınarak başlanan çalışma, DEÜ Araştırma Fon Saymanlığı tarafından (proje no: 2006.KB.SAG.25) desteklenmiştir.

DEÜ fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) kliniğine 12 haftadan uzun süredir sebebi bilinmeyen bel ağrısı (radyografide yaşları ile uyumlu normal değişiklik bulunanlar) nedeniyle başvuran 18 ile 65 yaş arasındaki hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Nörolojik defisiti, iskelet deformitesi, konjenital, dejeneratif veya inflamatuvar hastalığı, egzersiz sırasında göğüs ağrısı, yüksek tansiyonu, konjestif kalp hastalığı veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kırık, DSM IV-TR'de tanımlanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığı ve malignansiye bağlı ağrısı olanlar ile gebe veya laktasyon dönemindeki kadınlar ve herhangi bir spinal cerrahi geçirenler çalışmaya alınmamıştır.

Araştırmaya gönüllü olan ve dahil etme kriterlerine uygun olan 30 hasta, BS randomizasyon programından elde edilen sayılara göre rastgele olarak yerleştirilmiştir. Ancak çalışma grubundan ve kontrol grubundan birer hasta takibe gelemeyceklerini açıklamışlar ve çalışma altı aylık hasta

izlemi yapılarak 30 hasta (15 çalışma ve 15 kontrol) ile sonlandırılmıştır.

Çalışmaya katılan tüm hastalara ilk görüşmede, sosyodemografik özelliklerinin, bel ağrısı ile ilgili inanışlarının ve bel ağrısına neden olabilecek faktörlerin sorgulandığı; hastanın öyküsünü ve kırmızı bayrakların da tarandığı fizik muayene bulgularını içeren bir ön form uygulanmıştır. Bu formula, hastaların genel sağlık durumları ve kullandıkları ilaçlar belirlenmiş ayrıca hastalıklarıyla ilgili inanışları sorgulanarak yanlış inanışları ortaya çıkarılmıştır.

Kontrol grubundan farklı olarak çalışma grubu hastalarına ilk görüşmede, çalışmanın amacı anlatılmış, hastanın doktordan beklentileri ve doktorun hastadan beklentileri konuşulmuştur. Bu hastaların durumları ve takipleri süresince; ağrıya neden olabilecek fiziksel nedenler araştırılmış, bel ağrısının tanı ve ayırıcı tanısı yapılmış, acil durumlar ve fizik muayene bulgularında değişim olup olmadığı kontrol edilmiştir. Fizik muayene sonucunda izlemde yeni ya da kaçırılmış nörolojik hasar tespit edilen hastalar ilgili polikliniklere yönlendirilmişlerdir. Hastanın yaşına, cinsiyetine ve kişisel özelliklerine göre gerekli laboratuvar ve radyolojik yöntemler kullanılarak, oluşabilecek diğer hastalıkların risk değerlendirmesi yapılmış, başka bir hastalık varlığında müdahalede bulunulmuş ve hastalığı ile ilgili olarak takibe alınmış, gerektiğinde diğer anabilim dallarına danışılmıştır. Bu nedenle altı ay içerisinde her hasta ile en az beş görüşme yapılmakla beraber, ek hastalığı olanlar gerekli görüldükçe ek görüşmelere çağrılmışlardır. Yapılan görüşmelere hasta yakını da davet edilmiş, hastanın hastalığı, ev yaşamını nasıl etkilediği, hastadan ne bekledikleri ve hastanın onlardan ne beklediği üzerine görüşme yapılmıştır.

Bel ağrısının tanımı, nedenleri, bel ağrısı ile ilgili yanlış inanışlar ve günlük hayatta uyulması gereken kurallar ile ilgili bilginin yanı sıra, hastalardan yapmaları istenen bel egzersizlerinin önemini kısaca anlatıldığı bel ağrısı kitapçığı hazırlanmış ve anketlerin uygulanmasından sonra çalışma grubu hastalarına verilmiştir. Bu kitapçık doğrultusunda hastanın hastalığına bakış açısı, hastalığın ev, iş ve sosyal yaşamına etkileri, bel ağrısını arttırabilecek çevresel risk faktörleri üzerinde durulmuştur. Evde ve işte bel ağrısına neden olabilecek faktörler, stres kaynakları, yaşadığı güncel sorunlar belirlenmeye çalışılmış, yanlış davranışlar ve inanışlar üzerine konuşulmuş ve ortak çözümler aranmıştır. Kitapçık

içerisinde ayrıca, takipleri sırasında bel egzersizlerini yaptıkları günleri belirlemek için takvim oluşturulmuştur. Takvimin düzenli işaretlenmesi ile hastanın kendini kontrol etmesi ve altı ay sonunda egzersizlerin düzenli olarak yapıldığının saptanması amaçlanmıştır. Takip sonunda çalışma grubu hastalarından bu kitapçıklar toplanmış ve egzersiz düzenliliği değerlendirilmiştir. Egzersizi düzensiz yapan hastalarla, buna neden olan faktörler üzerinde konuşulmuş ve hastanın tarif ettiği engeller doğrultusunda ortak çözümler aranmıştır. Vücut kitle indeksi fazla olan hastalara bel egzersizlerine ek olarak diyetisyen eşliğinde diyet ve egzersiz programı da düzenlenmiş ve takipleri yapılmıştır. Hastalar bu doğrultuda altı ay boyunca takip edilmiş ve uygulanan yaklaşım, hastaların yaşam kalitesindeki ve depresyon, ağrı ve fiziksel bağımlılık düzeylerindeki değişim ile değerlendirilmiştir.

Kontrol grubu hastalarıyla iki görüşme yapılmış; ilk ve son görüşmelerde ön form ve ölçekler (SF-36, BDE, VAS, OSW) uygulanmıştır. Bu hastalara çalışma sonuna kadar hiçbir müdahalede bulunulmamış, altı ayın sonunda DEÜ aile hekimliği polikliniğine davet edilerek periyodik muayeneleri yapılmıştır.

### Kullanılan gereçler

Yaşam kalitesindeki ve depresyon, ağrı ve fiziksel bağımlılık düzeylerindeki değişimin saptanması için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Görsel Analog Skala ve Oswestry Engellilik İndeksi ilk ve 6 ay sonundaki görüşmede tüm hastalara uygulanmıştır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36): Hastaların yaşam kalitelerindeki değişimin ölçülmesi için kullanılan, kısa, kolay uygulanabilir, 36 maddeden oluşmuş bir ölçektir. Ölçekte fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/canlılık, ağrı ve sağlığın genel algılanması alt birimlerinin ölçümü yapılmaktadır. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.<sup>[20]</sup> SF-36'nın Türkçe çevirisinin bedensel hastalığı olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır.<sup>[21]</sup>

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Hastaların depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi için uygulanmıştır. Sağlıklı ve psikiyatrik hastalığı olan kişi-

lerde depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılmaktadır. Toplam en yüksek puan 63'tür. 0-12 puan arası depresyon yok, 13-18 puan arası hafif derecede depresyon, 19-28 puan arası orta derecede depresyon, 29-63 puan arası ağır depresyon olarak değerlendirilir.<sup>[22]</sup> Uygulayıcının özel bir niteliği olması beklenmemektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>[23]</sup>

**Görsel (vizüel) Analog Skala (VAS):** Ağrı düzeylerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Ağrı skalası üzerinde 0=ağrı yok, 2=hafif, 4=orta şiddette, 6=şiddetli, 8=çok şiddetli, 10=dayanılmaz olarak belirtilmektedir.<sup>[24,25]</sup> Hastada bu ölçek ile ağrı şiddeti kantitatif olarak ölçülmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Price ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir.<sup>[26]</sup>

**Modifiye Oswestry Engellilik Formu (OSW):** Hastaların bağımlılık düzeylerinin ölçümünde kullanılmaktadır. Fairbanks tarafından tanımlanan, daha sonra Hudson-Cook tarafından modifiye edilen bu skala, değerliliği ve tekrar edilebilirliği nede-

niyle bel ağrılı hastaların fonksiyonel yetersizlik ölçümünde duyarlı bir skala olarak önerilmektedir. En yüksek puan 50 olup, 1-10 puan arası hafif fonksiyonel yetersizlik, 11-30 puan arası orta fonksiyonel yetersizlik, 31-50 puan arası ağır fonksiyonel yetersizlik olarak değerlendirilir.<sup>[27]</sup> Türkçe güvenilirlik çalışması Yakut ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>[28]</sup>

Çalışmada SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı analizlerden (aritmetik ortalama, ortanca, standart sapma, frekans dağılımları) yararlanılmıştır. Hasta sayısının azlığı ve dağılımın normal dağılıma uymaması nedeniyle nonparametrik testler kullanılmıştır. Grup içi (bağımlı gruplar) karşılaştırmalarda Wilcoxon t testi, gruplar arası (bağımsız gruplar) karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Süreksiz değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.  $p < 0,05$  değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışma 32 hasta ile başladı, ancak her grup-

**Tablo 1. Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

| Değişkenler                   | Çalışma s (%)        | Kontrol s (%)           | Toplam s (%)            | p           |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|
| <b>Cinsiyet</b>               |                      |                         |                         | <b>0,66</b> |
| Erkek                         | 4 (26,7)             | 3 (20,0)                | 7 (23,3)                |             |
| Kadın                         | 11 (73,3)            | 12 (80,0)               | 23 (76,7)               |             |
| <b>Yaş ortalama (ortanca)</b> | <b>51 ± 8,4 (49)</b> | <b>43,5 ± 12,9 (42)</b> | <b>47 ± 11,4 (47,5)</b> | <b>0,10</b> |
| <b>Medeni Durum</b>           |                      |                         |                         | <b>0,09</b> |
| Evli                          | 13 (86,7)            | 9 (60,0)                | 22 (73,3)               |             |
| Bekar                         | -                    | 2 (13,3)                | 2 (6,7)                 |             |
| Boşanmış ya da dul            | 2 (13,3)             | 4 (26,7)                | 6 (20,0)                |             |
| <b>Sağlık Güvencesi</b>       |                      |                         |                         | <b>0,30</b> |
| Var                           | 15 (100,0)           | 14 (93,3)               | 29 (96,7)               |             |
| Yok                           | -                    | 1 (6,7)                 | 1 (3,3)                 |             |
| <b>Eğitim Durumu</b>          |                      |                         |                         | <b>0,89</b> |
| Okuryazar olmayan             | 1 (6,7)              | 2 (13,3)                | 3 (10,0)                |             |
| İlk ve ortaokul mezunu        | 3 (20,0)             | 3 (20,0)                | 6 (20,0)                |             |
| Lise mezunu                   | 6 (40,0)             | 6 (40,0)                | 12 (40,0)               |             |
| Üniversite mezunu             | 5 (33,3)             | 4 (26,7)                | 9 (30,0)                |             |
| <b>Çalışma Durumu</b>         |                      |                         |                         | <b>0,26</b> |
| İşi var                       | 6 (40,0)             | 10 (66,7)               | 16 (53,3)               |             |
| İşi yok                       | 9 (60,0)             | 5 (33,3)                | 14 (46,7)               |             |
| <b>Toplam</b>                 | <b>15 (50,0)</b>     | <b>15 (50,0)</b>        | <b>30 (100,0)</b>       |             |

**Tablo 2.** Uygulanan ölçeklerin (VAS, BDE, OSW) ilk ve son değerlerinin çalışma ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması

|  | Çalışma (s=15) | Kontrol (s=15) | p    |
|--|----------------|----------------|------|
| <b>Görsel Analog Skala</b>   |                |                |      |
| Değişim (VAS 1-VAS 2)*   | 2,9±2,4        | 1,7±2,6        | 0,51 |
| Değişimin yüzdesi  | %84,3          | %29,8          |      |
| <b>Beck Depresyon Envanteri</b>  |                |                |      |
| Değişim (BDI 1- BDI 2)*  | -0,6±5,7       | 3,0±7,4        | 0,24 |
| Değişimin yüzdesi  | %8,6           | %31,5          |      |
| <b>Oswestry Engellilik İndeksi</b>   |                |                |      |
| Değişim (OSW 1 –OSW 2)*  | 6,2±7,7        | 0,6±6,8        | 0,04 |
| Değişimin yüzdesi  | %39,2          | %3,8           |      |
| * VAS İndeksi: Görsel Analog Skala, BDE: Beck Depresyon Envanteri, OSW: Oswestry Engellilik İndeksi, |                |                |      |

tan birer hasta çalışmaya devam edemeyeceklerini bildirdikleri için 15 çalışma ve 15 kontrol grubundan toplam 30 hasta ile tamamlandı. Hastalar sosyodemografik özellikler açısından her iki grupta da benzer bulundu (**Tablo 1**). Tüm hastaların ağrısı 12 haftadan daha uzun süredir bulunmaktaydı. Yapılan ilk değerlendirmede 26 hastanın (%86,7) nörolojik muayenesi normal olarak saptandı. Hastaların %13,3'ünde (4 hasta) alarm belirtileri (kırmızı bayrak) tespit edildi, ancak hiçbirinde nörolojik hasar saptanmadı. Bu dört hastada tespit edilen alarm belirtileri ilgili bölümlerce incelendi ve bel ağrısına yol açabilecek bir neden bulunamadı. Bunlardan biri çalışma grubu hastası olup, kür meme karsinomu olarak tanı almıştı; bu nedenle bel ağrısı kemik sintigrafisi normal bulunduğu için metastaz ağrısı olarak düşünülmüdü. Diğer üç hasta (kontrol grubu), sabah tutukluğu şikayeti olduğu için enfalmatuvar hastalıklar yönünden romatoloji tarafından incelendi ve bel ağrısına neden olabilecek bir hastalık tespit edilemedi. Bu dört hastanın bel ağrısı idiyopatik olarak kabul edildi ve nörolojik hasar bulunmadığı için çalışmaya alındı.

Sağlık inanışlarına göre incelendiğinde hastaların “iş yapmakla ağrının artacağı”, “iş yapmanın bel ağrısı olanlar için zararlı olduğu” ve “ağrının kendilerine zarar vereceğine” dair yanlış inanışları olduğu ortaya çıktı. Ancak sağlık inanışları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar, altı aylık izlemleri sonucunda, kullanılan ölçeklerin (VAS, BDE, SF-36, OSW) ilk ve son değerlerine göre karşılaştırıldı. Her iki grubun ilk değerleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların ağrı düzeyindeki azalma ilk ve son VAS skorları ile değerlendirildi. Yapılan değerlendirme ile hem çalışma hem de kontrol grubunun VAS şiddetindeki azalma anlamlı bulundu (çalışma grubu  $p=0,00$ ,  $z=-2,85$  ve kontrol grubu  $p=0,02$ ,  $z=-2,15$ ). Gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasındaki Beck depresyon envanteri sonuçları karşılaştırıldığında; çalışma ve kontrol gruplarının başlangıç ve son skorları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (**Tablo 2**).

Oswestry Engellilik İndeksi değerleri karşılaştırıldığında, çalışma grubunda Oswestry ortanca- larındaki düzelme ( $p=0,01$ ) anlamlı bulunmuşken, kontrol grubundaki düzelme anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arası karşılaştırmada ise çalışma grubundaki bağımlılık indeksindeki iyileşme kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha fazla bulundu ( $p=0,04$  ve  $z=-1,95$ ) (**Tablo 2**).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt birim değerleri karşılaştırıldığında, fiziksel güçlük ve ağrı alt birim puanlarındaki artış çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha fazla bulundu (fiziksel güçlük için  $p=0,03$  ve  $z=-2,15$ ; ağrı için  $p<0,001$  ve  $z=-2,89$ ). Diğer alt birimler için yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ; **Tablo 3**).

Hastalar egzersiz uyumlarına göre değerlendirildiğinde çalışma grubu hastalarının %93,3'ü verilen egzersizleri düzenli uygularken, kontrol grubu hastalarında bu oran %6,7 olarak bulundu ( $X=22,53$ ,  $p=0,001$ ).

## Tartışma

Bu çalışmada aile hekimliği yaklaşımı ile dü-

zenli olarak izlenen hastaların yaşam kalitelerinin ve egzersiz uyumlarının arttığı, ağrıya bağlı gelişen fiziksel bağımlılığın ise azaldığı gösterilmiştir.

Bel ağrısı kadın ve erkekleri eşit oranda ve en sık 35-64 yaşları arasında etkilemektedir.<sup>[4,7]</sup> Bu çalışmada da hastaların yaş ortalaması literatür ile

**Tablo 3.** Çalışma ve kontrol gruplarında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt birimlerinin ilk ve son değerlerinin karşılaştırılması

| SF 36 alt birimleri  | Çalışma grubu |                               |           |      | Kontrol grubu |                               |           |      | P2*  |
|----------------------|---------------|-------------------------------|-----------|------|---------------|-------------------------------|-----------|------|------|
|                      | Ortalama±SS   | Değişim Ortalama±SS (ortanca) | % Değişim | p1** | Ortalama±SS   | Değişim Ortalama±SS (ortanca) | % Değişim | p1** |      |
| Fiziksel Fonksiyon 1 | 70,3±18,9     | 11,6±15,1 (10)                | %16,5     | 0,01 | 70,6±20,6     | -0,6±13,0 (0)                 | %0,9      | 0,90 | 0,06 |
| Fiziksel Fonksiyon 2 | 82,0±17,8     |                               |           |      | 70,0±22,2     |                               |           |      |      |
| Fiziksel Güçlük 1    | 31,6±34,7     | 31,6±44,7 (25)                | %105,5    | 0,02 | 46,6±38,8     | 5,0±40,3 (0)                  | %10,7     | 0,67 | 0,03 |
| Fiziksel Güçlük 2    | 61,6±41,0     |                               |           |      | 51,6±44,7     |                               |           |      |      |
| Ağrı 1               | 50,9±20,1     | 20,4±19,1 (20)                | %40,1     | 0,00 | 67,4±25,4     | -7,8±30,8 (0)                 | %11,6     | 0,38 | 0,00 |
| Ağrı 2               | 71,4±20,8     |                               |           |      | 59,5±28,3     |                               |           |      |      |
| Genel Sağlık 1       | 62,8±20,7     | 9,6±15,3 (10)                 | %15,2     | 0,03 | 65,0±19,7     | -0,4±14,8 (0)                 | %0,7      | 0,83 | 0,07 |
| Genel Sağlık 2       | 72,4±16,1     |                               |           |      | 64,5±23,2     |                               |           |      |      |
| Canlılık (Enerji) 1  | 54,6±21,6     | 9,3±9,0 (10)                  | %17,0     | 0,00 | 54,3±20,8     | 10,0±27,4 (0)                 | %18,4     | 0,22 | 0,21 |
| Canlılık (Enerji) 2  | 64,0±20,9     |                               |           |      | 64,3±23,1     |                               |           |      |      |
| Sosyal Fonksiyon 1   | 83,4±27,8     | -4,2±15,6 (0)                 | %4,9      | 0,34 | 71,8±34,1     | 2,4±37,8 (0)                  | %3,4      | 0,72 | 0,34 |
| Sosyal Fonksiyon 2   | 79,3±24,8     |                               |           |      | 74,3±30,0     |                               |           |      |      |
| Emosyonel Güçlük 1   | 64,4±46,2     | 8,9±49,6 (0)                  | %13,8     | 0,51 | 75,5±34,5     | 6,6±33,8 (0)                  | %8,8      | 0,46 | 0,64 |
| Emosyonel Güçlük 2   | 73,3±45,8     |                               |           |      | 82,2±33,0     |                               |           |      |      |
| Mental Sağlık 1      | 64,0±21,1     | 3,2±16,5 (4)                  | %5,0      | 0,18 | 64,2±19,0     | 11,4±29,2 (0)                 | %17,8     | 0,20 | 0,98 |
| Mental Sağlık 2      | 67,2±19,6     |                               |           |      | 75,7±18,3     |                               |           |      |      |

\* p1 : SF-36 alt ölçeklerinin birinci ve ikinci ölçüm farkının anlamlılığı, \*\* p2 : Çalışma ve kontrol grubu arasındaki SF-36 alt ölçeklerinin ölçüm farkının anlamlılığı



benzer olarak 47,2 bulunmuştur. KİBA'nın fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilendiği bilinmektedir.<sup>[9,11,15]</sup> Çalışma grubu hastalarıyla yapılan görüşmelerde bel ağrılarının tekrarlamasına neden olabilecek psikolojik faktörler yanında ev ve iş koşulları da konuşulmuştur. Yapılan görüşmeler sonrasında hastalar işyerlerinde doğru postürde çalışmaya başlamışlar, günlük hayatlarına egzersiz de yerleştirmişlerdir. Egzersizin fonksiyonel beceriyi ve yaşam kalitesini arttırdığına, ağrıyı ve fiziksel engelliliği azalttığına dair kanıtlar bulunmaktadır.<sup>[29,30]</sup> Çalışma grubu hastalarına bel ağrısı yönetimindeki temel tedavinin egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği olduğu vurgulanmıştır. Altı aylık takip sonunda çalışma grubu hastalarının kontrol grubuna göre egzersiz programına daha fazla uyum gösterdiği görülmüştür. Bu durum aile hekimliği yaklaşımı doğrultusunda, hastaların kendi sorumluluklarını üstlenmelerinin ve egzersiz engelleyen nedenlerin farkına vararak çözüm üretmelerinin sağlanması ile açıklanabilir.

Bel ağrısı ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili yapılan araştırmalarda, hastaların çaresizliğinin ve ağrı inanışlarının düzeltilmesinin, ağrı kontrolünü sağladığı gösterilmiştir.<sup>[31]</sup> Çalışma sonuçlarına bakıldığında, ağrı ve fiziksel yetersizlik düzeyindeki azalma ve yaşam kalitesindeki artış, kişilerin ağrı kontrolünü sağlamaları ve hastalıklarıyla ilgili yanlış inanışlarını düzeltmeleri ile açıklanabilir.

Depresyon, hastalardaki ağrı eşliğini düşürmektedir, ayrıca ağrı ile ilişkili korkunun ve fiziksel kısıtlılığın devam etmesindeki en önemli risk faktörüdür.<sup>[1]</sup> Bu çalışmada ise; grupların ortalama depresyon puanları çalışmanın başında ve sonunda normal sınırlar içerisinde olup aralarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Ağrıya bağlı korku ve depresyon fiziksel kısıtlılık yaratmaktadır.<sup>[1,9,32]</sup> Ağrının hastalık olarak algılanması ile fiziksel kısıtlılık ve depresyon arasında ilişki vardır.<sup>[32]</sup> Bu çalışma sonucunda ise; Oswestry engellilik indeksine göre çalışma grubu hastalarının başlangıçta orta düzeyde olan yetersizlik, müdahale sonrasında hafif düzeye gerilemiş, kontrol grubunda ise orta düzeyde olan yetersizliğin aynı kaldığı görülmüştür.

Medikal ve sosyoekonomik bir problem olan KİBA'nın doğru yönetiminin hem iş gücü kaybını önlemede hem de kişilerin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli rol oynadığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>[1,2,5]</sup> Ağrıya bağlı yeniden ya-

ralanma korkusu ve olayı felaketleştirme düşüncesi kişileri yaralanmadan sakınmaya itmekte, bu da ağrı olacak diye o bölgeyi kullanmama, beraberinde depresyon ve devamında da kısıtlılığa yola açmakta, sonuçta da ağrının şiddeti artmaktadır.<sup>[1]</sup> Kronik bel ağrısı olan kişiler, ağrının sosyal yaşamlarında yarattığı olumsuzluklar nedeniyle psikolojik olarak daha fazla içe kapanmakta, hastalığı ile daha fazla uğraşmakta ve sonuçta bu bir kısır döngü haline gelerek, çözümü zorlaşan bir hal almaktadır. Bu kısır döngünün engellenmesi için hasta sadece şikayeti olan organ üzerinden değerlendirilmemelidir. Tedavinin başlangıcında hastaya, hastalığın nedeni anlatılarak ağrının tekrarlama korkusunun yenilmesinin sağlanması, bu kısır döngüyü bozmakta ve iyileşmeyi sağlamaktadır.<sup>[1]</sup> Hasta bir bütün olarak ele alınmalı, hastalığı etkileyebilecek psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler gözden kaçırılmamalıdır.

Bu nedenle hastaların ilk başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimliği yaklaşımıyla hasta bakımı yapılmalı, gerektiğinde diğer disiplinler de tedaviye dahil edilmelidir. Multidisipliner yaklaşımın birinci basamakta kullanılabilmesi için birinci basamak ile ikinci basamak hekimleri arasında bir iletişim ağı kurulmalı, gerekli durumlarda hastalar ikinci basamağa yönlendirilerek hastayla ilgili geri bildirim de alınabilmelidir. Günümüzde aile hekimleri tarafından hasta adına ikinci basamak sağlık kuruluşlarından alınabilen randevular bu amaca hizmet etmekle beraber çok etkili olarak çalışmamaktadır. Bu sistemin etkili bir şekilde yürütülmesi, zaman ve maddi kayıba yola açan ikinci basamak hastane başvurularını azaltacak, böylece hem ikinci basamak sağlık kuruluşlarının yükü hafifleyecek hem de hastalar daha etkili tedavi edilebileceklerdir.

Bu çalışmada hasta sayısının düşük olması çalışmanın zayıf yönlerinden birisidir. Çalışmadaki hasta sayısının artırılması ve izlem süresinin uzatılmasıyla etkinlik daha iyi ortaya çıkacaktır. Bu konu ile ilgili bu çalışmada araştırılmayan hasta memnuniyeti, maliyet analizi, işe dönüş süresinin hesaplanması daha başka araştırmalarda değerlendirilebilir.

## Sonuç

Çalışma sonuçlarımıza göre aile hekimliği yaklaşımı ile düzenli olarak izlenen hastaların fiziksel güçlük ve ağrı bakımından yaşam kaliteleri ve egzersiz uyumları artmıştır. Ağrıya bağlı gelişen fiziksel bağımlılık ise azalmıştır.

Bu anlamda aile hekimliği yaklaşımıyla yapılan izlemin bel ağrılı hastalarda etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu etkinliğin daha büyük hasta gruplarında yapılacak başka çalışmalarla desteklenmesi gerekme-

ktedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hekimlere çalıştıkları alanın özellikleri ve uyguladıkları tıp disiplininin ilkeleri konusunda eğitim almaları sağlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NA, et al. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain. *Spine* 2002; 27 (5): E133-E138.
2. Diamond S, Borenstein D. Chronic low back pain in a working age adult. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20 (4): 707-20.
3. Van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Clin Rheumatol* 2002; 16 (5): 761-75.
4. Deyo R, Weinstein J. Primary care, low back pain. *N Engl J Med* 2001; 344(5): 363-70.
5. Lambek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, et al. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341: c6414.
6. Van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain. *Spine* 2000; 25 (21): 2784-96.
7. Van Tulder M, Koes B. Low back pain. *Am Fam Physician* 2002; 65 (5): 925-8.
8. Abraham I, Killackey B. Lack of evidence based research for low back pain. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1442-4.
9. Geisser ME, Wiggert EA, Haig AJ, Colwell MO. A randomized controlled trial of manual therapy and specific adjuvant exercise for chronic low back pain. *Clin J Pain* 2005; 21(6): 463-70.
10. Kool JP, Oesch PR, Bachmann S, et al. Increasing days at work using function-centered rehabilitation in nonacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 857-64.
11. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24 (6): 769-81.
12. Descarreaux M, Normand M, Laurencelle L, Dugas C. Evaluation of a specific home exercise program for low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2002; 25: 497-503.
13. Giesecke T, Gracely R, Grant M, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arteritis and Arteritis* 2004; 50(2): 613-23.
14. Helfgott S. Sensible approach to low back pain. *Bulletin on the Rheumatic Diseases* 2001; 50(3): 1-4.
15. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84(1): 95-103.
16. Koes BW, Van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010; 19(12): 2075-94.
17. Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svärd L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave. *Clin J Pain* 2005; 21(2): 109-19.
18. Maiers MJ, Westrom KK, Legendre CG, Bronfort G. Integrative care for the management of low back pain. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 298-307.
19. Bailey KM, Carleton RN, Vlaeyen JW, Asmundson GJ. Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain. *Cogn Behav Ther* 2010; 39(1): 46-63.
20. Hoopman R, Terwee CB, Muller MJ, Aaronson NK. Translation and validation of SF-36 Health survey for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients in The Netherlands. *Eur J Cancer* 2006; 42(17): 2982-90.
21. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa fom-36 (KF-36)'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
22. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck depression inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depress Anxiety* 2008; 25 (10): E104-10.
23. Hisli N, Aydemir Ö, Köroğlu E. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 3-13.
24. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs* 2005; 14(7): 798-804.
25. Knop C, Oeser M, Bastian L, et al. Development and validation of the visual analogue scale (VAS) spine score. *Unfallchirurg* 2001; 104(6): 488-97.
26. Price DD, McGrath P, Rafi A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17: 45-56.
27. Roland N, Fairbank J. The Rolland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine* 2000; 24(25): 3115-24.
28. Yakut E, Düğür T, Öksüz Ç ve ark. Validation of the Turkish version of the Oswestry disability index for patients with low back pain. *Spine* 2004; 29(5): 581-5.
29. Hayden JA, Van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Annals of Int Med* 2005; 142(9): 765-75.
30. Shaughnessy M, Caulfield B. A pilot study to investigate the effect of lumbar stabilisation exercise training on functional ability and quality of life in patients with chronic low back pain. *Int J Rehabil Res* 2004; 27: 297-301.
31. Kindermans HP, Huijnen IP, Goossens ME, et al. "Being" in pain: the role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain* 2011; 152(2): 403-9.
32. Hampel P, Graef T, Krohn B, Tlach L. Effects of gender and cognitive-behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain: a 1 year longitudinal study. *Eur Spine J* 2009; 18 (12): 1867-80.

Geliş tarihi: 10.01.2014

Kabul tarihi: 16.12.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.05.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. İpek Tanyıldızı

e-posta: ipektanyildizi@yahoo.com

# Family medicine approach to the patients with chronic low back pain: How effective is it?

Chronic idiopathic low back pain is both a medical and a socio-economic problem. Low back pain is located in the area between the scapula and the hip, also can spread to the lower extremity. When it lasts longer than twelve weeks, then it is defined as chronic low back pain.

In order to manage chronic idiopathic low back pain, it was observed that biopsychosocial approach is also as effective as general medical treatment including exercise. The aim of this method is to increase the patients' ability of self-evaluation and problem solving skills by patient centered care.

Family medicine approach tries to understand the patient not only as an individual but as a whole within its environment and social life. It tries to understand how a person comprehends her/his disease and explores the ways they cope with them. Patient's beliefs, fears, expectations and needs can be determined by this method.

This study is designed as a randomized controlled trial. Biopsychosocial approach, focusing on patient centered care is used as intervention to determine its effectiveness on the pain, physical dependency, life quality and depression levels of patients with chronic idiopathic low back pain.

30 patients, who were assigned randomly among people (15 of them for the study group, 15 for the control group) who have applied to Dokuz Eylül University Hospital Physical Therapy and Rehabilitation Clinic with low back pain with an unknown reason, who have suffered for more than 12 weeks between the ages of 18 and 65, were observed for six months.

The initial form that is given to patients in the first interview includes general information. In order to determine the changes in depression, pain and physical levels, and the quality of life, SF-36 Life Quality Index, Back Depression Inventory, Visual Analogue Scale and Oswestry Disability Index were used in the first and second interviews which are 6 months apart.

At least five interviews were done with the study group in six months. To be able to determine data concerning low back pain and exercise frequency a low back pain booklet was given to the patients of the study group in the first interview. Two meetings were done with the control group; the initial form and the measures were applied in the first and last interviews. There was no further intervention applied to these patients.

SPSS 11.0 package program was used in the study. Descriptive analysis and nonparametric tests (Wilcoxon t test, Mann-Whitney U test) were applied for statistical analysis. In order to compare categorical variables, chi-square test was used.  $p < 0.05$  value was considered as statistically significant.

It was determined that the consistency of exercises of the patients in the study group was higher compared to patients that are in the control group ( $p < 0.001$ ); also the increase in quality of life, physical strength ( $p = 0.03$ ) and pain sub-scales ( $p < 0.001$ ) was determined to be significant in the study group. The decrease in pain levels were determined to be significant both in the study group ( $p < 0.001$ ) and the control group ( $p = 0.02$ ). No difference was confirmed between the groups regarding depression scores ( $p > 0.05$ ). A significant decrease was found in the levels of physical dependency levels of the patients in the study group ( $p = 0.04$ ).

According to the results of our study, patients who were treated with family medicine approach and followed up regularly had an increase in quality of life and exercise consistency regarding physical strength and pain. On the other hand physical dependency developed according to pain has decreased. In this context, the family medicine approach to patients who suffer from low back pain was determined to be successful. This result should be supported with studies that can be done with larger patient groups. Physicians who work in primary care should be provided with a training that covers subjects about their professional area and the principles of medical discipline.

# Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin tetanoza karşı aşılanma sıklığı ve etkileyen faktörler

## Frequency of tetanus vaccination in pregnant women attending to the child birth preparation classes and influencing factors

Nuriye Büyükkayacı Duman<sup>1</sup>, Gülay Yılmazel<sup>1</sup>, Ayşe Burcu Başcı<sup>2</sup>, Derya Yüksel Koçak<sup>3</sup>

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada doğuma hazırlık sınıflarına katılan gebelerin tetanoza karşı aşılanma sıklığı ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğuma hazırlık sınıflarına katılan ve gebeliğinin son trimestrinde olan (36-40. haftasında olan) 100 gebe kadın katılmıştır. Literatüre dayanarak hazırlanan veri toplama formu araştırmacılar tarafından katılımcılarla Şubat-Mayıs 2012 tarihlerinde yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan kadınların %30,0'unun tetanoz aşısı olmadıkları tespit edildi. Kadınların gebeliklerinde tetanoz aşısı yaptırmama nedenleri ise sırasıyla üşengeçlik/ihtimal (%40,0), doktorun tavsiye etmemesi (%30,0), bilgisizlik (%20,0) ve bebeğe zarar gelir endişesiydi (%10,0). Yaş, eğitim düzeyi, meslek, eşin eğitim düzeyi, gelir düzeyi, telefon ile aşının hatırlatılması, doğum öncesi bakım ve doğum öncesi eğitim alma durumu ile tetanoza karşı aşılanma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ( $p>0,05$ ), aşı kartının olması durumu ile tetanoza karşı aşılanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,009$ ).

**Sonuç:** Tetanoza karşı aşılanmayı teşvik etmek amacıyla gebe kadınlara aşı kartı ve her bir gebeye özel aşılanmaya ilişkin destekleyici eğitim ve danışmanlık verilmesi sonucuna varılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Tetanoz, aşılanma sıklığı, etkileyen faktörler, gebelik

### Summary

**Objective:** The aim of the study is to examine the frequency of tetanus immunization of pregnant women attending to the child-birth preparation classes and affecting factors.

**Methods:** One hundred pregnant women in the last trimester of their pregnancy (36th-40th week of their pregnancy) who attended to the child birth preparation classes in Hittit University Training and Research Hospital have participated in this study. The data have been collected by researchers with face to face interviews using a questionnaire which has been prepared by the researchers based on the literature.

**Results:** We found that 30.0% of pregnant women were not vaccinated against tetanus. Reasons for not being vaccinated during pregnancy were respectively indolence/negligence (40.0%), no recommendation by the doctor (30.0%), ignorance (20.0%) and concern for baby coming to harm (10.0%). There was no statistically significant relation between tetanus vaccination and age, education level, occupation, spouse's education level, income level, reminding for vaccination by phone, antenatal care and antenatal education ( $p>0.05$ ). Whereas, we found a statistically significant relation between having tetanus vaccination card and the status of tetanus vaccination ( $p=0.009$ ).

**Conclusion:** We concluded that each pregnant woman should be given vaccination card and supporting training and counselling for vaccination against tetanus.

**Key words:** tetanus vaccination, frequency, affecting factors, pregnancy.

### Giriş

Maternal ve neonatal tetanoz (MNT), gebelikte annenin aşılanması ile kolayca önlenabilir bir hastalık olmasına karşın doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yetersiz olması, kadınların bu

dönemde aşılanmaması ve steril olmayan koşullarda doğum nedeniyle günümüzde hala özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur.<sup>[1-4]</sup> Neonatal tetanoz (NNT), 2005 yılında tüm dünyada aşıyla korunabilir hastalıklardan ölüm-

1) Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Yrd. Doç. Dr., Çorum.  
2) Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Arş. Gör., Çorum.  
3) Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Öğr. Gör., Çorum.

lerin ikinci nedeni olup, tüm neonatal ölümlerin ise %14'ünden sorumlu tutulmaktadır.<sup>[5-7]</sup> 2008 yılında ise dünya genelinde 15.000-30.000 anne maternal tetanoz (MT) nedeniyle, 59.000 yenidoğan ise NNT nedeni ile hayatını kaybetmiştir.<sup>[8]</sup> Türkiye'de 2003 yılında bildirilen 41 NNT vakasının 20'si, 2006 yılında ise 18 NNT vakasının dokuzu hayatını kaybetmiştir. Bunun yanı sıra 2009 yılında MNT vakasına hiç rastlanmaz iken 2010 yılında ise bir olgu bildirimi olmuştur.<sup>[9,10]</sup>

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Dünya Nüfus Fonu (UNFPA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi kuruluşlar MNT'nin tüm dünyada eliminasyonunu hedeflemektedir.<sup>[8,11]</sup> Eliminasyon stratejileri gereği 2006 yılında 104 ülkede MNT aşılama yapılmıştır. Bu ülkelerde yenidoğanların yaklaşık %81'inin NNT'ye karşı korunduğu tahmin edilmektedir.<sup>[12]</sup> Türkiye'de ise, MNT'yi elemine etmek için 1994 yılında başlatılan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında 15-49 yaş grubu kadınlara birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ücretsiz olarak gebelikte iki doz ve doğum sonrası bir doz olmak üzere toplam üç doz tetanoz aşısı ile bağışıklamanın sağlanması ve daha sonra doğurganlık çağı boyunca koruyuculuk için tetanoz aşısının beş doza tamamlanması amaçlanmıştır.<sup>[13,14]</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'ne (2011) göre tetanoza karşı primer bağışıklama oranı, tüm dünya'da %68'dir.<sup>[15]</sup> Türkiye'de ise 2002 ve 2003 yıllarında %37 olan tetanoza karşı aşılama oranı 2004 yılında %41, 2006 yılında %39, 2011 yılında %57 olmuştur.<sup>[14-16]</sup> Buna göre ülkemizde tetanoza karşı aşılama oranında yıllara göre bir artış olduğu ancak hala yaklaşık olarak her iki kadından birinin tetanoz aşısı olmadığı söylenebilir.

Bu gözlemden yola çıkarak tasarladığımız çalışmamızda bir üniversite hastanesinde doğuma hazırlık sınıflarına katılan bir gebe grubunda tetanoza karşı aşılama sıklığı ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve yöntem

Tanımlayıcı tipte tasarlanan bu çalışma, Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğuma hazırlık sınıflarına katılan kadınlar üzerinde yapılmıştır. 1 Şubat- 1 Mayıs 2012 tarihleri arasında bu eğitimlere katılan 180 kadının tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Doğuma hazırlık sınıfları beş kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve üç eğitim hemşiresinden oluşan sağlık per-

soneliyle kadınlara gebelik dönemi, doğum eylemi ve doğum sonrası döneme ilişkin konularda 8 hafta süreyle eğitim verilmesi amacıyla açılmıştır. Bu sınıflara gebe kadınlar gönüllü olarak katılmaktadır. Gebeliğinin son trimestrinde (36-40. haftasında) bulunan 100 kadın çalışmaya katılmayı kabul etmiştir (katılım oranı %55,5). Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatüre dayanarak hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır.<sup>[19,21,22,25]</sup> Veri toplama formları 1 Şubat- 1 Mayıs 2012 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Araştırmanın bağımlı değişkeni tetanoza karşı aşılama durumu olup, bağımsız değişkenler ise gebe kadınlara ilişkin sosyodemografik ve obstetrik özellikler olarak belirlenmiştir. Gebelik öncesi beş doz aşı olanlar ve bu gebelikte bir doz aşı yapılanlar ile gebelik öncesi aşılama olmamakla birlikte bu gebelikte iki doz aşı olanlar tam aşı; gebelik öncesi aşılama olmayan ve bu gebelikte bir doz aşı yapılanlar eksik aşı; gebelik öncesi ya da bu gebelikte hiç aşı yaptırmayanlar aşısız kabul edilmiştir. Veriler, SPSS 18.0 istatistik paket programında ortalama, standart sapma ve sıklık gibi tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik ilkelere uygunluğu 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onanmıştır. Araştırmanın Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüş olan ön uygulama ve uygulama aşaması için hastaneden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara araştırmayla ilgili yazılı bilgi verilmiş, kadınlardan sözlü olarak onam alınmıştır.

## Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $26,7 \pm 4,9$  yıl idi. Yüzde 62,0'si ( $s=62$ ) ilköğretim mezunu olan kadınların %41,0'inin ( $s=41$ ) eşi ilköğretim mezunu ve %75,0'i ( $s=75$ ) ev hanımıydı. Kadınların %60,0'ı ( $s=60$ ) orta düzeyde gelire sahip olduklarını ifade etmişti (**Tablo 1**).

Araştırmaya katılan kadınların %70,0'i ( $s=70$ ) multigravida ve primipardı. Kadınların %20'sinin ( $s=20$ ) önceki gebeliği abortusla ya da ölü doğumla sonlanmıştı. Multigravida olan kadınların %50,0'sinin ( $s=35$ ) önceki gebeliği ile şimdiki gebeliği arasında geçen süre ise 2 yıldan azdı. Araştırmaya katılan kadınların %70,0'i ( $s=70$ ) doğum

öncesi bakım (DÖB) ve doğum öncesi eğitim (DÖE) almıştı. En fazla DÖB alınan yerler sırasıyla üniversite hastanesi (%100,0), aile sağlığı merkezi (%28,5), özel muayenehane/özel hastane (%7,1) ve devlet hastanesiydi (%7,1). Kadınların %35,7'si (s=25) ebe/hemşireden, %64,3'ü (s=45) ise hekimden DÖE almıştı. Kadınların %30,0'u (s=30) gebelikte aşılama ile ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını ifade etmişti.

Araştırmaya katılan gebe kadınların %70,0'ine (s=70) tetanoz aşısı yapılmıştı. Bunlardan 42'sinin (%60,0) aşıları tam, 28'inin (%40,0) ise eksikti. Tetanoz aşılarının %80,0'i (s=56) aile sağlığı mer-

**Tablo 1. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri**

| Özellikler                            | s          | %            |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Yaş grubu (Yıl)</b>                |            |              |
| 16-20                                 | 11         | 11,0         |
| 21-25                                 | 39         | 39,0         |
| 26-30                                 | 26         | 26,0         |
| 31-35                                 | 24         | 24,0         |
| <b>Eğitim durumu</b>                  |            |              |
| İlköğretim                            | 62         | 62,0         |
| Lise                                  | 27         | 27,0         |
| Üniversite                            | 11         | 11,0         |
| <b>Meslek</b>                         |            |              |
| Ev hanımı                             | 75         | 75,0         |
| Öğretmen                              | 10         | 10,0         |
| Hemşire                               | 6          | 6,0          |
| Memur                                 | 9          | 9,0          |
| <b>Eşinin eğitim durumu</b>           |            |              |
| İlköğretim                            | 41         | 41,0         |
| Lise                                  | 38         | 38,0         |
| Üniversite                            | 21         | 21,0         |
| <b>Gelir düzeyini algılama durumu</b> |            |              |
| Çok kötü                              | 5          | 5,0          |
| Kötü                                  | 5          | 5,0          |
| Orta                                  | 60         | 60,0         |
| İyi                                   | 26         | 26,0         |
| Çok iyi                               | 4          | 4,0          |
| <b>Toplam</b>                         | <b>100</b> | <b>100,0</b> |

kezlerinde ve tamamı ebe/hemşireler tarafından yapılmıştı. Gebe kadınların gebeliklerinde tetanoz aşısı yaptırmama nedenleri ise sırasıyla üşengeçlik/ihmal (%40,0; 12 gebe), doktorun tavsiye etmemesi (%30,0; 9 gebe), bilgisizlik (%20,0; 6 gebe) ve bebeğe zarar gelir endişesiydi (%10,0; 3 gebe). Ayrıca kadınların %50,0'sine (s=50) sağlık kuruluşundan telefonla aranarak tetanoz aşısı yaptırmaları gerektiği konusunda bilgi verilmişti ve kadınların %52,0'si (s=52) aşı kartının olduğunu ifade etmişti.

Araştırmaya katılan kadınların tetanoza karşı aşılama durumunun kadınların bazı özellikleriyle ilişkisi değerlendirildi. Yaş, eğitim düzeyi, meslek, eşin eğitim düzeyi, gelir düzeyi, telefon ile aşınnın hatırlatılması, DÖB ve DÖE alma ile tetanoza karşı aşılama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ( $p>0,05$ ), aşı kartı olanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla tetanoz aşısı yaptırmıştı ( $\chi^2=6,903$ ;  $p=0,009$ ; **Tablo 2**).

## Tartışma

MNT, aşı ile önlenilebilir bir bakteriyel toksemi olmasına rağmen günümüzde hala gelişmekte olan ülkelerde yüksek maternal ve neonatal mortalite riski nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir.<sup>[2,3]</sup> UNICEF'e göre MNT eliminasyonunun sağlandığı ülkeler arasında Türkiye de bulunmaktadır.<sup>[7]</sup> Çalışmamızda elde ettiğimiz gebelik dönemi tetanoza karşı aşılama oranı, Türkiye genelindeki çalışmalarda elde edilen oranlara<sup>[14,16]</sup> ve bazı bölgesel çalışma verilerine<sup>[17-19]</sup> göre daha yüksektir. Sönmez ve Aksakoğlu'nun (2005) çalışmalarında saptanan gebe kadınların tetanoza karşı aşılama oranı (%94,1) ise bizim saptadığımız orandan daha yüksektir.<sup>[20]</sup>

Literatüre göre bilgi ve eğitim eksikliği, aşılama olmayı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin başında gelmektedir.<sup>[18-22]</sup> Benzer şekilde çalışmamızda kadınların tetanoz aşısı yaptırmama nedenleri sırasıyla üşengeçlik ve ihmal, bilgisizlik ve bebeğe zarar geleceği endişesidir. Bu bulgular çalışmamıza katılan kadınların gebelik döneminde tetanoza karşı aşılama konusunda yeterince eğitilmediklerini düşündürmektedir. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda da bilgisizlik<sup>[20,22]</sup> ve hekimlerin aşığı tavsiye etmedeki isteksiz tutumları,<sup>[13,20,22,23]</sup> gebe kadınların tetanoza karşı aşılama nedenleri olarak saptanmıştır. Bu durum MNT eliminasyonunda önemli bir engel olarak görülmektedir.<sup>[13,23]</sup> Benzer şekilde çalışmamızda aşı yaptırmayan kadınların %30'u doktorunun tetanoz aşısını tavsiye etmediğini

ifade etmiştir. Çalışmamızda aşı kartının tetanoza karşı aşılama oranını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Tetanoz aşısı belli zaman aralıklarıyla uy-gulandığı ve birden fazla doz gerektirdiği için aşı kartı hem hatırlatma vazifesi görmekte hem de aşılama kayıtlarını almaktadır. Çalışmamızın sonucunu destekler şekilde Koruk ve Şimşek'in çalışmalarında aşı kartı olmayan kadınların diğer kadınlara oranla 2,7 kat daha az tetanoz aşısı yaptırdıkları bildirilmiştir.<sup>[17]</sup>

Literatür incelendiğinde tetanoza karşı aşılama etkileyen faktörlere ilişkin farklı çalışma sonuçları olduğu görülmektedir. Sönmez ve Aksak-oglu'nun çalışmalarında yaş, meslek ve gelir düzeyinin tetanoza karşı aşılama etkilemediği bil-

dirilmiştir.<sup>[20]</sup> Koruk ve Şimşek'in çalışmalarında ise eğitim düzeyi ile tetanoz aşılama arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.<sup>[17]</sup> Çalışmamızın sonuçları, bu bulgularla örtüşmektedir.

Sonuç olarak çalışmada, araştırmaya katılan gebe kadınların %30'u tetanoz aşısı almamıştır. Tetanoz aşısı olan kadınların ise %40'ı eksik aşıdır. Kadınların gebeliklerinde en sık saptanan tetanoz aşısı yaptırmama nedeni üşengeçlik/ihmaldir (%40). Aşı kartının olması ise gebe kadınların tetanoza karşı aşılama oranlarını artırıcı bir faktördür. Çalışmanın sonuçlarına dayanarak, tetanoza karşı aşılama teşvik etmek amacıyla gebe kadınlara aşı kartı ve her bir gebeye özel aşılama ilişkin destekleyici eğitim ve danışmanlık verilmesini öneririz.

**Tablo 2. Çalışmaya katılan kadınların gebelikte tetanoza karşı aşılama durumuna etki eden bazı faktörler**

| Özellikler                  | Tetanoz aşısı olan |      | Tetanoz aşısı olmayan |      | Ki kare | p     |
|-----------------------------|--------------------|------|-----------------------|------|---------|-------|
|                             | s                  | %    | s                     | %    |         |       |
| <b>Yaş</b>                  |                    |      |                       |      |         |       |
| 16-20                       | 7                  | 63,6 | 4                     | 36,4 | 0,428   | 0,428 |
| 21-25                       | 18                 | 46,1 | 21                    | 53,9 |         |       |
| 26-30                       | 20                 | 76,9 | 6                     | 23,1 |         |       |
| 31-35                       | 21                 | 87,5 | 3                     | 12,5 |         |       |
| <b>Eğitim durumu</b>        |                    |      |                       |      |         |       |
| İlköğretim                  | 33                 | 53,2 | 29                    | 46,8 | 1,165   | 0,558 |
| Lise                        | 14                 | 51,9 | 13                    | 48,1 |         |       |
| Üniversite                  | 6                  | 54,5 | 5                     | 45,5 |         |       |
| <b>Eşin eğitim durumu</b>   |                    |      |                       |      |         |       |
| İlköğretim                  | 23                 | 56,0 | 18                    | 44,0 | 0,975   | 0,614 |
| Lise                        | 19                 | 50,0 | 19                    | 50,0 |         |       |
| Üniversite                  | 11                 | 52,3 | 10                    | 47,7 |         |       |
| <b>Meslek</b>               |                    |      |                       |      |         |       |
| Ev hanımı                   | 44                 | 58,6 | 31                    | 41,4 | 4,722   | 0,451 |
| Öğretmen                    | 1                  | 10,0 | 9                     | 90,0 |         |       |
| Hemşire                     | 2                  | 33,3 | 4                     | 66,7 |         |       |
| Memur                       | 2                  | 22,2 | 7                     | 77,8 |         |       |
| <b>DÖB* alma durumu</b>     |                    |      |                       |      |         |       |
| Alan                        | 39                 | 55,7 | 31                    | 44,3 | 1,377   | 0,241 |
| Almayan                     | 17                 | 56,6 | 13                    | 43,4 |         |       |
| <b>Doğum öncesi eğitim</b>  |                    |      |                       |      |         |       |
| Alan                        | 40                 | 57,1 | 30                    | 42,9 | 0,241   | 0,401 |
| Almayan                     | 20                 | 66,7 | 10                    | 33,3 |         |       |
| <b>Aşı kartı</b>            |                    |      |                       |      |         |       |
| Olan                        | 38                 | 73,0 | 14                    | 27,0 | 6,903   | 0,009 |
| Olmayan                     | 14                 | 29,1 | 34                    | 70,9 |         |       |
| <b>Telefonla hatırlatma</b> |                    |      |                       |      |         |       |
| Evet                        | 30                 | 60,0 | 20                    | 40,0 | 0,057   | 0,812 |
| Hayır                       | 40                 | 80,0 | 10                    | 20,0 |         |       |

\* DÖB: Doğum öncesi bakım

## Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO), Neonatal Tetanus. [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/neonatal\\_tetanus/en/index.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/neonatal_tetanus/en/index.html) adresinden 20/10/2008 tarihinde erişilmiştir.
2. Murphy TV, Slade BA, Broder KR, et al. Prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria among pregnant and postpartum women and their infants infants recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). *MMWR* 2008; 57(1): 47-51.
3. Meegan ME, Conroy RM, Lengeny SA, Renhault K, Nyangole J. Effect on neonatal tetanus mortality after aculturally- based health promotion programme. *Lancet* 2001;358:640-1.
4. Chin J. Control of Communicable Disease Manual. 17th edition. USA: American Public Health Assosiation, 2000; 418.
5. World Health Organization (WHO), Recommended surveillance standard of neonatal tetanus. [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/NT\\_surveillance/en/index.html/](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/NT_surveillance/en/index.html/) adresinden 20/10/2008 tarihinde erişilmiştir.
6. World Health Organization (WHO), Progress towards the global elimination of neonatal tetanus, 1990-1998. *Wkly Epidemiol Rec* 1999; 74: 73-80. <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1999/wer7410.pdf> adresinden 29/08/2005 tarihinde erişilmiştir.
7. UNICEF, WHO, UNFPA, 2000. Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005 strategies for achieving and maintaining elimination. <http://www.who.int/vaccinesdocuments/DocsPDF02/www692.pdf> adresinden 05/09/2005 tarihinde erişilmiştir.
8. World Health Organization (WHO), 2010 Maternal and neonatal tetanus (MNT) elimination. [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/MNTE\\_initiative/en/index.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index.html) adresinden 12/11/2011 tarihinde erişilmiştir.
9. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı (2006). <http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/tablo25.htm> adresinden 16/12/2010 tarihinde erişilmiştir.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı (2006). <http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/tablo15-16-17-18.htm> adresinden 16/12/2010 tarihinde erişilmiştir.
11. Prusa AR, Wiedermann U, Kasper DC, et al. Tetanus immunity in neonates in a developed country. *Neonatology* 2011; 100(1): 52-6.
12. Sheffield JS, Ramin SM. Tetanus in pregnancy. *Am J Perinatol* 2004; 21 (4): 173-82.
13. Immunization surveillance, assessment and monitoring [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/MNTE\\_initiative/en/index4.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index4.html) adresinden 16/12/2010 tarihinde erişilmiştir.
14. World Health Organization. (WHO). Global Immunization Data 2009. [http://www.who.int/immunization/newsroom/Global\\_Immunization\\_Data.pdf](http://www.who.int/immunization/newsroom/Global_Immunization_Data.pdf). adresinden 20/03/2009 tarihinde erişilmiştir.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2006. Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi. [http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/TAG\\_saha\\_rehberi.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/TAG_saha_rehberi.pdf) adresinden 25/01/2010 tarihinde erişilmiştir.
16. TC Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. 2009. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF404F9755767D76FFEC9E8A7FA3AA308F> adresinden 25/01/2010 tarihinde erişilmiştir.
17. World Health Organization. Neonaltetanus. 2011 [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/neonatal\\_tetanus/en](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/neonatal_tetanus/en) adresinden 25/11/2014 tarihinde erişilmiştir.
18. T.C.Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı. 2004. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/index.htm> adresinden 15/12/2005 tarihinde erişilmiştir.
19. Demicheli V, Barale A, Rivetti A. Vaccines for women to prevent neonatal tetanus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD002959. DOI: 10.1002/14651858.CD002959.pub3.
20. Sönmez Y, Aksakoğlu G. Gebelikte tetanoz aşılama durumu ve etkileyen etmenler. *Sted* 2005; 14 (9): 212-16.
21. Koruk İ, Şimşek Z. Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz aşılama durumu ve ilişkili diğer faktörler. *Turkish Journal of Public Health* 2010; 8 (3): 165-75.
22. Kalaça S, Yalçın M, Şimşek YS. Missed opportunities for tetanus vaccination in pregnant women, and factors associated with seropositivity. *Public Health* 2004;118:377- 82.
23. Maral I, Baykan Z, Aksakal FN, Kayıkçıoğlu F, Bumin MA. Tetanus immunization in pregnant women: evaluation of maternal tetanus vaccination status and factors affecting rate of vaccination coverage. *Public Health* 2001;115:359-64.
24. Önde M, Ergin F, Atasoylu G, Çıbık A. Aydın'da 15-49 yaş arası kadınlarda tetanoz bağışıklamasında kaçırılmış fırsatlar. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 8 (1):12 – 8.
25. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011;9(1):1-15.
26. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to Adult Immunization. *The American Journal of Medicine* 2008; 121: 28–35.

Geliş tarihi: 24.06.2014

Kabul tarihi: 26.10.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 20.05.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Nuriye Büyükkayacı Duman

e-posta: nurfatihh@hotmail.com



# Frequency of tetanus vaccination in pregnant women attending to the child birth preparation classes and influencing factors

**Objective:** Even though maternal and neonatal tetanus (MNT) are easily preventable diseases by vaccinating pregnant women, it is still a public health problem especially in developing countries due to lack of pre- and postnatal care services, lack of vaccination and having deliveries in non-sterile conditions. Although the number of the women who gets tetanus vaccine increases in recent years, still almost one of two women does not have this vaccination. In this study, it was aimed to investigate the frequency of tetanus vaccination and related factors among a specific pregnant group who were attending to a childbirth education class in an university hospital.

**Methods:** This descriptive study was conducted among the women who were attending to childbirth classes in Hitit University Çorum Eğitim ve Araştırma Hospital. It was aimed to reach a total of 180 women who attended these classes between the February 1st and May 1 st of 2012. Hundred women who were at 36-40 weeks of their pregnancies have accepted to participate the study (participation rate was 55.5%). To gather data two forms were prepared by the researchers based on the literature. Forms were filled by face to face interviews. The dependent variable of the study was having tetanus vaccination and the independent variables were socio-demographic and obstetric features of the women. Pregnant women who get five doses of tetanus vaccination before their pregnancy in addition to one doses vaccination in recent pregnancy or the ones who did not get vaccine before recent pregnancy but had two doses of vaccine during the recent pregnancy were accepted as completely vaccinated, the ones who did not get vaccine before recent pregnancy but had one doses of vaccine during the recent pregnancy were accepted as incompletely vaccinated, the ones who did not get vaccine before or during recent pregnancy were accepted as non-vaccinated. The data was analyzed using SPSS 18.0 statistical program for statistical tests. The statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** 70.0% of the women who have participated in the study had received prenatal care and 70.0% of the women had tetanus vaccination. 42 (60.0%) of them were completely vaccinated, 28 (40.0%) were incompletely vaccinated. 80.0% (56) of the vaccinations were done in family health centers and all of them were done by nurses or midwives. The reasons for lack of vaccinations were: neglection (40.0%; 12 pregnant women), no recommendation from doctor (30.0%; 9 pregnant women), ignorance (20.0%; 6 pregnant women) and the concern on the baby (10.0%; 3 pregnant women). 50.0% of the women (50 pregnant women) were called from health institutions and informed of their need to be vaccinated and 52.0% of them have stated that they had vaccination cards. There were no statistically significant relation between getting vaccinated and age, education level, job, spouse's education level, income level, being reminded the vaccination via phone, prenatal care ( $p > 0.05$ ) and childbirth education. However the ones who had their vaccination cards were found out to be statistically significantly more vaccinated ( $\chi^2 = 6.903$ ;  $p = 0.009$ ).

**Conclusion:** It was concluded that having a vaccination card is a factor that increases the rate of getting tetanus vaccinations during pregnancy. According to the results of the study, it could be aimed to give vaccination cards, and a supportive training and counseling to every pregnant women to increase the rate of tetanus vaccinations among pregnant women.

# Variköz venleri olan hasta yönetimi: Aile hekimleri ne kadar içinde?

## Management of the patients with varicose veins: At which extend do family physicians involve in it?

Raziye Şule Gümüştakım<sup>1</sup>, Muhtesem Erol Yayla<sup>2</sup>, Onur Sürmeligöz<sup>3</sup>, Erdinç Yavuz<sup>4</sup>  
Emrah Kırımlı<sup>5</sup>, Selami Doğan<sup>6</sup>

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı herhangi bir nedenle aile hekimlerine başvuran ve variköz venleri olduğu saptanan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerini tanımlayarak, birinci basamakta variköz ven yönetiminin kapsamını belirlemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı desendeki bu araştırmaya Eylül 2013 - Ocak 2014 tarihleri arasında Türkiye'nin farklı bölgelerindeki beş aile sağlığı merkezi ve bir ilçe entegre hastanesindeki birer aile hekimliği birimine başvuran, daha önce variköz ven tanısı konmuş ya da başvuru sırasında saptanan her yaşta 103 hasta alınmıştır. Hasta bilgileri 19 soruluk bir veri toplama formunun araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşerek doldurulmasıyla elde edilmiştir.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 55,0±14,7 (21-89 yaş arası) olan hastaların 26'sı (%25,2) erkek, 77'si (%74,8) kadındı. Hastaların tamamında variköz ven tanısı daha önce bir kalp-damar cerrahisi tarafından konmuştu. Reçete yazdırma dışında variköz venler için aile hekimine kontrole gidilmemekteydi. Başvuru sırasında en sık ifade edilen yakınmalar bacakta ağrı (%93,2) ve bacakta şişlik (%75,2) idi. Variköz venlerin yanı sıra hastaların %36,8'inde hipertansiyon ve %20,3'ünde diyabet vardı. En sık saflaştırılmış mikronize flavonoid fraksiyonu (%23,3) ve kalsiyum besilat (%17,5) kullanan hastaların %47,6'sı hiç varis çorabı kullanmamıştı. Yaş arttıkça hastalarda daha çok yakınma görülürken (p=0,02), kontrole gitme sıklığı azalmaktaydı (p=0,004). Ayakta ağrı yakınması kadınlarda daha yaygındı (p=0,005). Daha eğitilmiş olanlar daha sık kontrole gitmekte (p=0,01) ve ilkökul mezunlarında (p=0,02) ve ev hanımlarında (p=0,01) başvuru sırasında daha çok yakınma görülmekteydi.

**Sonuç:** Çalışma bölgelerinde variköz venlerin birinci basamaktaki yönetimi yetersizdir. Hastalık tanısı özgül dal uzmanlarıncaya konmaktadır ve hastalar birinci basamağı reçete yineleme amacıyla kullanmaktadır. Variköz venler kadınlarda erkeklere göre üç kat daha fazla görülmektedir. Yaşla birlikte öznel yakınmalar artmakta, ancak hekime kontrole gitme sıklığı azalmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Variköz venler, birinci basamakta yönetim, aile hekimi.

### Summary

**Objective:** Aim of this study is to define the clinical and socio-demographic characteristics of the patients with varicose veins who have applied to their family physicians for any reason and to determine the scope of varicose vein management in primary care.

**Methods:** This descriptive study has been conducted in six family health units settled in five family health centres and one integrated district hospital from different regions of Turkey between September 2013 and January 2014. One hundred and three patients of all ages who have applied to these units and have previously diagnosed as varicose vein or detected during current encounter have been included in the study. Patients' data have been collected by the researchers with face to face interviews using a questionnaire of 19 questions.

**Results:** Mean age of the patients was 55.0±14.7 (interval, 21-89 years); 74.8% of them were female and 25.2% male. All the patients were previously diagnosed as varicose veins by a cardiovascular surgeon. None of the patients had a control visit to family physicians except for getting prescription. The most common reasons for encounter were pain in the leg (93.2%) and swelling in the leg (75.2%). In addition to varicose veins 36.8% of patients had hypertension and 20.3% diabetes. The most commonly used drugs were purified micronized flavonoid fraction (23.3%) and calcium besilat (17.5%); 47.6% of the patients never used compression socks. As the age increased the patients had more complaints (p=0.02) and the frequency of control visits decreased (p=0.004). Foot pain was more common in women than in men (p=0.005). The more educated patients had more control visits (p=0.01) and housewives (p=0.01) and those graduated from primary school (p=0.02) had more complaints.

**Conclusion:** Varicose vein management in primary care in the study area is not sufficient. All the varicose veins are diagnosed by specialists from the related branch of medicine and the patients use primary care facilities for getting prescription only. Varicose veins are seen in women three times more prevalent than in men. As the age increases the complaints of patients increase as well but the frequency of control visits decreases.

**Key words:** varicose veins, primary care management, family physician

- 1) Karaman Sarıveliler İlçe Entegre Hastanesi, Uz. Dr., Karaman
- 2) Afyon 5 no'lu Aile Sağlığı Merkezi, Uz. Dr., Afyon
- 3) Niğde 4 no'lu Aile Sağlığı Merkezi, Uz. Dr., Niğde
- 4) Rize 1 no'lu Aile Sağlığı Merkezi, Uz. Dr., Rize
- 5) İstanbul 5 no'lu Aile Sağlığı Merkezi, Uz. Dr., İstanbul
- 6) İzmir Bayraklı 4 No'lu Adalet Aile Sağlığı Merkezi, Uz. Dr., İzmir

## Giriş

Variköz venler; toplumda yüksek prevalansı, tanı ve tedavi maliyetinin yüksek olması, belirgin sakatlık ve işgücü kaybına yol açması ve hastanın yaşam kalitesi üzerinde yaptığı olumsuz etki gibi epidemiyolojik ve sosyoekonomik sonuçları açısından önemli bir sağlık sorunudur. Variköz venler, yetişkin kadınlarda %25-33 ve erkeklerde %10-20 oranında görülmektedir; yıllık insidansı ise kadınlarda %2,6 ve erkeklerde %1,9 olarak bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Variköz venlerin en ciddi sonucu olan venöz ülserlerin görülme sıklığı ise toplumda %0,3-1 arasında değişmektedir.<sup>[2]</sup> Risk faktörleri arasında genetik yatkınlık, kadın cinsiyet, yaş (özellikle 50 yaş üzeri), uzun süre ayakta kalma, geçirilmiş tromboflebit ve alt ekstremitte travmaları, obezite, gebelik, doğum sayısının fazla oluşu ve oral kontraseptif kullanımı sayılabilir.<sup>[3-5]</sup>

Variköz venler toplumda sık görülmekle birlikte, klinik gözlemlerimiz izlemlerinin genellikle birinci basamakta yapılmadığı yönündedir. Hastalar tanı ve tedavi için üst basamakları kullanmakta, birinci basamağa da genellikle reçete yineleme işlemleri kalmaktadır. Her ne kadar tanı, evrelendirme ve tedavisinde ileri teknikler gerekirse de, aile hekimlerinin de bu konuda hastalara yapacağı katkılar olabilir.

Dünyada da variköz venleri olan hastalar daha ziyade cerrahlar ve kardiyologlar tarafından görülmekle birlikte birinci basamak hekimlerine yapılan başvurular da ciddi bir orandadır. Ancak tanı ve tedavi birinci basamak hekiminden ziyade ilgili dal uzmanı tarafından yapılmaktadır. Öte yandan bu hastaların birinci basamak hekimleri tarafından izlemi ek eğitim ve altyapı gerektirebilmektedir.<sup>[6]</sup> İspanya'da 2006 yılı sonuçlarına göre birinci basamak sağlık hizmetlerinde variköz ven görülme sıklığı yüksek bulunmuştur. 2000 yılı sonuçları ile karşılaştırıldığında ise tıbbi danışma kullanımı, reçete ve tedavi modellerinde düzelmeler gözlenmiştir. Bütün bu bulgulara rağmen birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı ve tedavi ile ilgili özel eğitim programları gerekli olmaya devam etmektedir.<sup>[7]</sup>

Bu çalışma ile herhangi bir nedenle aile hekimlerine başvuran ve variköz venleri olduğu saptanan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerini tanımlayarak, birinci basamakta variköz ven yönetiminin kapsamını belirlemeyi amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı desendeki araştırmanın evrenini, Türkiye'nin farklı bölgelerindeki beş aile sağlığı merkezi ve bir ilçe entegre hastanesindeki (Rize 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Niğde 4 Nolu ASM, Afyon 5 Nolu ASM, İstanbul 5 Nolu ASM, İzmir Bayraklı 4 Nolu Adalet ASM ve Karaman Sarıveliler İlçe Entegre Hastanesi) birer aile hekimliği birimine başvuran hastalar oluşturmuştur. Eylül 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında bu birimlere başvuran, daha önce variköz ven tanısı konmuş ya da başvuru sırasında saptanan her yaştan hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya yalnızca belirtilen ASM'lerden çalışmayı yürüten araştırmacılar katılmıştır. ASM'deki diğer aile hekimlerinin hastaları alınmamıştır.

Çalışmanın yapıldığı merkezler Türkiye'yi temsil edecek şekilde seçilmemiştir; çalışma için gönüllü araştırmacılar bağlamında belirlenmiştir. Aile hekimliği birimlerine gelen hastalardan çalışmaya alınma ölçütlerine uygun olanların tamamı çalışmaya alınmıştır. Bu bağlamda polikliniğe reçete yazdırma ya da bir hastalık yakınması ile başvuran ve variköz ven tanısı olan veya poliklinikte variköz ven tanısı konulan 107 hasta çalışma için değerlendirilmiş, ancak toplanan bilgileri yetersiz görülen dört kişi verilerin analizi aşamasında çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak 103 hastaya ulaşılmıştır. Çalışmaya Rize'den 10, Niğde'den 13, Afyon'dan 20, İstanbul'dan 10, İzmir'den 20 ve Karaman'dan 30 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amacına uygun olarak katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve variköz venlere ilişkin bilgilerini sorgulayan 19 soruluk bir bilgi toplama formu hazırlanmıştır. Bu bilgi toplama formu, çalışmaya alınma koşullarını karşılayan hastaların sözlü onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından doldurulmuştur.

Çalışma için Karaman Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 15.0 programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra istatistiksel anlamlılık için sayısal değişkenlerde student t testi ve kategorik değişkenlerde ise ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışmaya 26 (%25,2) erkek, 77 (%74,8) kadın olmak üzere toplam 103 hasta dahil edildi. Ortalama yaşı  $55,0 \pm 14,7$  (21–89 yaş arası) olan hastaların 57'si (%55,3) ilkokul mezunu ve 67'si (%65,0) ev hanımı idi. Sigara kullanan yedi (%6,8), alkol kullanan dört (%3,9) hasta vardı; 14'ü (%13,6) düzenli egzersiz yapmaktaydı. Çalışmaya alınan erkeklerin yaş ortalaması ( $58,5 \pm 15,0$ ), kadınların yaş ortalamasından ( $53,8 \pm 14,6$ ) daha yüksekti, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p > 0,05$ ). Katılımcıların eğitim durumu yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermekteydi. Eğitim durumu yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında yaş arttıkça eğitim düzeyi düşmekteydi ( $\chi^2=2,589$ ;  $p=0,001$ ) ve erkekler kadınlara göre daha eğitilmişti ( $\chi^2=14,066$ ;  $p=0,007$ ). Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

**Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri (s=103)**

| Sosyodemografik özellikler |                  | Sayı | %    |
|----------------------------|------------------|------|------|
| Cinsiyet                   | Kadın            | 77   | 74,8 |
|                            | Erkek            | 26   | 25,2 |
| Meslek                     | Ev hanımı        | 67   | 65,0 |
|                            | Ayakta çalışan   | 18   | 17,5 |
|                            | Oturarak çalışan | 18   | 17,5 |
| Eğitim durumu              | Okuryazar değil  | 27   | 26,2 |
|                            | İlkokul          | 57   | 55,3 |
|                            | Ortaokul         | 6    | 5,8  |
|                            | Lise             | 5    | 4,9  |
|                            | Üniversite       | 8    | 7,8  |
| Sigara kullanımı           | Hayır            | 96   | 93,2 |
|                            | Evet             | 7    | 6,8  |
| Alkol kullanımı            | Hayır            | 99   | 96,1 |
|                            | Evet             | 4    | 3,9  |
| Egzersiz yapma             | Hayır            | 89   | 86,4 |
|                            | Evet             | 14   | 13,6 |

Çalışmada yer alan hastalarda başvuru sırasında en sık görülen yakınma %93,2'lik bir oran ile bacakta ağrı olup bunu sırasıyla bacakta şişlik (%75,2), bacakta kramp (%71,8), ayakta renk değişikliği (%53,4) ve uyuşma (%37,9) izlemekteydi. Başvuru yakınmaları ICPC-2 sınıflamasına göre kodlandığında katılımcılar, başvuru sırasında en sık bacak/uyukseptomları (96 hasta; %93,2) ve de-

ride renk değişikliği (55 hasta; %53,4) yakınmalarını ifade etmişlerdi. Hastalarda yaş arttıkça ( $\chi^2=4,43$ ;  $p=0,02$ ) ve ilkokul mezunlarında ( $\chi^2=50,33$ ;  $p=0,02$ ) daha çok yakınma görülmekteydi; yalnızca bacakta ağrı yakınması kadınlarda erkeklere göre daha fazlaydı ( $\chi^2=7,93$ ;  $p=0,005$ ). Başvuru sırasında görülen yakınmalar mesleklere göre de farklılık göstermekteydi ( $\chi^2=30,67$ ;  $p=0,01$ ); tüm çalışanlara göre ev hanımlarında daha çok yakınma görülmekteydi. Katılımcıların başvuru yakınmaları ve cinsiyete göre dağılımı **Tablo 2**'de verilmiştir.

Variköz venlerin yanı sıra en sık hipertansiyon (38 hasta, %36,8) ve diyabetes mellitusu (21 hasta, %20,3) bulunan katılımcıların komorbid durumları **Tablo 3**'te verilmiştir.

Katılımcıların %31,1'i (32 hasta) variköz venler için hiç ilaç kullanmamaktaydı. En sık kullanılan ilaçlar ise saflaştırılmış mikronize flavonoid fraksiyonu (24 hasta, %23,3) ve kalsiyum besilat (18 hasta, %17,5) idi. On iki hasta (%11,6) kombinasyon tedavisi almaktaydı. Variköz venler için kullanılan ilaçlar **Tablo 4**'te verilmiştir.

Kırk dokuz hasta (%47,6) hiç varis çorabı kullanmamıştı. Bunların dördü doktor tarafından önerildiği halde almamıştı. Hastaların 52'si (%50,5) sürekli, ikisi ise (%1,9) ara sıra kullanmaktaydı. Varis çorabı kullananların 24'ünün (%44,4) varis çorabıyla ilgili herhangi bir yakınması yoktu. En sık ifade edilen yakınma çorabın çok sıkmasıydı (21 hasta, %46,3). Katılımcıların varis çorabı kullanma durumları ve çoraba ilişkin yakınmaları **Tablo 5**'te verilmiştir.

Hastalardan 10'u (%9,7) lokal veya genel anestezi ile ameliyat geçirmişti. Otuz sekiz (%36,9) hasta hiç kardiyovasküler cerraha kontrole gitmemişti. On üçü (%12,6) altı aydan kısa, 15'i (%14,6) altı ay, 27'si (%26,2) bir yıl ve 10'u (%9,7) bir yıldan uzun aralıklarla bir kardiyovasküler cerraha kontrole gitmekteydi. Reçete yazdırma dışında aile hekimine kontrole gelen hasta bulunmamaktaydı.

Sosyodemografik özelliklerle varis için ilaç ve varis çorabı kullanımı, damar cerrahına kontrole gitme ve kontrol sıklığı arasında ilişki araştırıldı. Yaş arttıkça kontrole gitme sıklığı azalmaktaydı ( $\chi^2=3,54$ ;  $p=0,004$ ). Eğitim durumu ile kontrole gitme sıklığı ( $\chi^2=41,26$ ;  $p=0,01$ ) arasında da anlamlı bir ilişki bulundu. Daha eğitilmiş olanlar daha sık kontrole gitmekteydi. Ev hanımları ve oturarak çalışan mavi yakalılar daha az varis çorabı kullanmakta ( $\chi^2=30,94$ ;  $p=0,01$ ) ve yan etkiler

den daha çok yakınmaktaydı ( $\chi^2=30,67$ ;  $p=0,01$ ). Diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

## Tartışma

Çalışmamız Türkiye'nin farklı bölgelerinde birinci basamak aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler evreninde yapılmıştır. Bu bölgeler gönüllü araştırmacılar temelinde seçilmiş olup çalışma sonuçları ülke genelini temsil etmemektedir. Variköz venler birinci basamakta tanınabilen ve yönetile-

bilen bir klinik durum olmakla birlikte çalışma sonuçlarımızın da gösterdiği gibi ülkemizde variköz venlerin birinci basamaktaki yönetimi yetersizdir. Hastalık tanısı özgül dal uzmanlarınca konmaktadır ve hastalar birinci basamağı reçete yineleme amacıyla kullanmaktadır.

Variköz venler için yaş, cinsiyet, genetik yakınlık, obezite, gebelik, tromboflebit ve uzun süre ayakta kalma bilinen risk faktörleridir. Variköz venler kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir.<sup>[8]</sup> Çalışmamızda da benzer şekil-

**Tablo 2.** Katılımcıların başvuru yakınmaları (ICPC-2 sınıflamasına göre; s=103)

| Başvuru sırasında var olan yakınmalar   | Sayı (%)         | ICPC-2 sınıflaması ve kodu   | Sayı (%)         |
|---|------------------|--|------------------|
| <b>Bacakta ağrı*</b>                    | <b>96 (93,2)</b> | <b>Bacak/uyluk semptom/ yakınmaları (L14)</b>                          | <b>96 (93,2)</b> |
| Kadın                                   | 75 (97,4)        |  |                  |
| Erkek                                   | 21 (80,8)        |  |                  |
| <b>Bacakta şişlik</b>                   | <b>78 (75,7)</b> |  |                  |
| Kadın                                   | 61 (79,2)        |  |                  |
| Erkek                                   | 17 (65,4)        |  |                  |
| <b>Bacakta kramp</b>                    | <b>74 (71,8)</b> | <b>Ayak/ayak parmakları semptom / yakınmaları (L17)</b>                | <b>2 (1,9)</b>   |
| Kadın                                   | 59 (76,6)        |  |                  |
| Erkek                                   | 15 (57,7)        |  |                  |
| <b>Ayıklarda ağırlık hissi</b>          | <b>1 (1,0)</b>   | <b>Deride renk değişikliği (S08)</b>                                   | <b>55 (53,4)</b> |
| Kadın                                   | 1(1,3)           |  |                  |
| Erkek                                   | 0 (0)            |  |                  |
| <b>Ayıklarda halsizlik</b>              | <b>1 (1,0)</b>   | <b>Duyu bozuklukları, diğer (N06)</b>                                  | <b>44 (42,7)</b> |
| Kadın                                   | 1 (1,3)          |  |                  |
| Erkek                                   | 0 (0)            |  |                  |
| <b>Ayakta renk değişikliği</b>          | <b>55 (53,4)</b> | <b>Parmak / ayak / ayak parmaklarında karıncalanma / sızlama (N05)</b> | <b>1 (1,0)</b>   |
| Kadın                                   | 43 (55,8)        |  |                  |
| Erkek                                   | 12 (46,2)        |  |                  |
| <b>Uyuşma</b>                           | <b>39 (37,9)</b> | <b>Parmak / ayak / ayak parmaklarında karıncalanma / sızlama (N05)</b> | <b>1 (1,0)</b>   |
| Kadın                                   | 33 (42,9)        |  |                  |
| Erkek                                   | 6 (23,1)         |  |                  |
| <b>Batma hissi</b>                      | <b>4 (3,9)</b>   | <b>Parmak / ayak / ayak parmaklarında karıncalanma / sızlama (N05)</b> | <b>1 (1,0)</b>   |
| Kadın                                   | 4 (5,2)          |  |                  |
| Erkek                                   | 0 (0)            |  |                  |
| <b>Uyuşma, yanma ve keçelenme hissi</b> | <b>1 (1,0)</b>   | <b>Parmak / ayak / ayak parmaklarında karıncalanma / sızlama (N05)</b> | <b>1 (1,0)</b>   |
| Kadın                                   | 1 (1,3)          |  |                  |
| Erkek                                   | 0 (0)            |  |                  |
| <b>Karıncalanma</b>                     | <b>1 (1,0)</b>   | <b>Parmak / ayak / ayak parmaklarında karıncalanma / sızlama (N05)</b> | <b>1 (1,0)</b>   |
| Kadın                                   | 0 (0)            |  |                  |
| Erkek                                   | 1 (3,8)          |  |                  |
| <b>* p=0,005</b>                        |                  |  |                  |

de kadınlarda erkeklerden yaklaşık 3 kat daha fazladır (%74,8 kadın, %25,2 erkek). Kirienko ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %78,1 kadın, %21,9 erkek şeklinde olup bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.<sup>[9]</sup> Musil ve arkadaşlarının çalışmasında ise %30,5 erkek hastaya karşılık %69,5 kadın hasta bulunmuştur.<sup>[10]</sup>

Yaş, variköz venlerde özellikle kadın nüfus için en önemli risk faktörüdür. Kadınlarda variköz venlerin görülme sıklığı 50 yaşın üstünde yaklaşık beş kat artmaktadır.<sup>[11]</sup> Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda variköz ven hastalarının yaşları ortalama 46 ile 54 arasında değişmektedir.<sup>[9,10,12]</sup> Çalışmamızda 55 olarak saptanan yaş ortalaması literatürde yer alan çalışma sonuçlarına yakındır. Çalışmaya alınan hastaların çoğunluğu ev hanımıdır (her üç katılımcıdan ikisi). Gün boyu uzun süre ayakta durdukları göz önünde bulundurulduğunda variköz venlerin neden ev hanımlarında daha sık görüldüğü açıklanabilmektedir.

Variköz venleri olan hastalarda ağrı, kramp, şişkinlik hissi, kaşıntı ve ülsere bağlı yakınmalar görülmektedir.<sup>[8]</sup> Çalışmamızda en sık görülen yakınma %93,2'lik bir oran ile bacakta ağrı olup bunu sırasıyla şişlik, kramp, renk değişikliği ve uyuşma izlemektedir. Başvuru sırasındaki yakınmaların görülme sıklığı, diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Yapılan bir çalışmada ağrı sendromu kadın-

larda %65,2 oranında görülürken bizim çalışmamızda neredeyse tüm kadınlarda (%97,4) saptanmıştır.<sup>[9]</sup> Başka bir çalışmada ayaklarda ağırlık hissi ve yorgunluk gibi öznel yakınmaların görülme sıklığı açısından genç ve yaşlı olgular arasında fark bulunmamış olup bizim çalışmamızda ise yaşla birlikte öznel yakınmaların arttığı saptanmıştır.<sup>[13]</sup>

Variköz venlerin tedavisi basit kompresyon çoraplarından komplike venöz rekonstrüksiyonlara kadar değişmekte olup, en başta hasta eğitimi gelmektedir. Ancak bizim çalışmamızda hasta eğitimi sorgulanmamıştır. Vazoaktif ilaçlar, variköz venlerin öznel ve işlevsel yakınmalarının (halsizlik, gece krampları, huzursuz bacak, ağırlık hissi, ödem) giderilmesinde etkili (kanıt düzeyi A) olmakla birlikte varisleri ortadan kaldırmaz ve kozmetik düzelme sağlamazlar.<sup>[8]</sup> Çalışmamızda yer alan hastaların nerdeyse üçte biri hiç ilaç kullanmazken, en sık kullanılan ilaç saflaştırılmış mikronize flavonoid fraksiyonudur (SMFF). Birçok kontrollü çalışmada da SMFF tedavisinin variköz venlerin tedavisinde ödem ve diğer semptomlar için en etkili tedavi olduğu gösterilmiştir.<sup>[14]</sup> Çalışmamızda sosyodemografik özellikler ile ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Yaş arttıkça daha çok yakınma görülürken, kontrole gitme sıklığının azalması bir paradoks olarak değerlendirilebilir. Daha eğitilmiş olanların daha çok kontrole gitmesi ve yaş arttıkça eğitim düzeyinin azalması ile bu durum kısmen açıklanabilir. Çalışma sonuçlarımıza göre variköz venleri olan hastaların kalp-damar cerrahına kontrole gitme ve tedavi alma durumları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Literatürde cinsiyete göre farklılık bulan çalışmalar vardır.<sup>[9]</sup>

**Tablo 3. Çalışmaya katılan hastalarda komorbid durumlar, s=103\***

| Komorbid hastalıklar             | Sayı (%)  |
|----------------------------------|-----------|
| Hipertansiyon                    | 38 (36,8) |
| Diabetes mellitus                | 21 (20,3) |
| Dispepsi                         | 10 (9,7)  |
| ASKH**                           | 8 (7,7)   |
| Kas iskelet sistemi hastalıkları | 7 (6,7)   |
| Hiperkolesterolemi               | 7 (6,7)   |
| Astım                            | 5 (4,8)   |
| BPH**                            | 4 (3,8)   |
| Hipertiroidi                     | 4 (3,8)   |
| Hipotiroidi                      | 3 (2,9)   |
| Anksiyete bozukluğu              | 2 (1,9)   |
| Hemoroid                         | 1 (0,9)   |

\*Katılımcılar hiç komorbid durum belirtmemiş ya da birden fazla komorbid durum belirtmiş olabilirler.  
\*\* ASKH: Aterosklerotik kalp hastalığı; BPH: Benign prostat hipertrofisi

**Tablo 4. Variköz ven tedavisi için kullanılan ilaçlar**

| Kullanılan ilaç                               | Sayı (%)         |
|---|------------------|
| Hiç ilaç kullanmayanlar                       | 32 (31,1)        |
| Saflaştırılmış mikronize flavonoid fraksiyonu | 24 (23,3)        |
| Kalsiyum besilat                              | 18 (17,5)        |
| At kestanesi tohumlarının kuru ekstresi       | 8 (7,8)          |
| Okserutin                                     | 8 (7,8)          |
| Varfarin                                      | 1 (0,9)          |
| Kombinasyon tedavisi                          | 12 (11,6)        |
| <b>Toplam</b>                                 | <b>103 (100)</b> |

Yakınması az veya cerrahi riski yüksek olan hastalarda elastik kompresyon çorabı önerilmektedir.<sup>[8]</sup> Çalışmamızda hiç varis çorabı kullanmamış hasta oranı oldukça yüksektir (%47,6); kullananların ise yarıdan fazlası çorap kullanımından rahatsızdır. Ev hanımları ve oturarak çalışan mavi yakalılar daha az varis çorabı kullanmakta ve daha sık yan etkiden yakınmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı bölgelerin gönüllü araştırmacılar temelinde belirlenmiş olması çalışmanın temel kısıtlılığıdır. Dolayısıyla elde ettiğimiz sonuçların genellenmesinde dikkatli olunmalıdır.

Sonuç olarak, ülkemizde variköz venlerin birinci basamaktaki yönetimi yetersizdir. Variköz ven tanısı özgül dal uzmanlarınca konmaktadır ve hastalar birinci basamağı reçete yineleme amacıyla kullanmaktadır. Variköz venler kadınlarda erkeklere göre üç kat daha fazla görülmektedir. Yaşla birlikte öznel yakınmalar artmakta, ancak hekime kontrole

gitme sıklığı azalmaktadır.

**Tablo 5. Katılımcıların varis çorabı kullanma durumları ve çoraba ilişkin yakınmaları**

| Çorap kullanma durumu                | Sayı       | %          |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Kullanmayan                          | 49         | 47,6       |
| Sürekli kullanan                     | 52         | 50,5       |
| Ara sıra kullanan                    | 2          | 1,9        |
| <b>Toplam</b>                        | <b>103</b> | <b>100</b> |
| Çorap kullanımına ilişkin yakınmalar | Sayı       | %          |
| Yakınması yok                        | 24         | 44,4       |
| Çok sıkma                            | 25         | 46,3       |
| Terletme                             | 3          | 5,5        |
| Kaşıntı                              | 1          | 1,9        |
| Kullanma güçlüğü                     | 1          | 1,9        |
| <b>Toplam</b>                        | <b>54</b>  | <b>100</b> |

## Kaynaklar

- Nicolaides AN, Allegra C, Bergan J, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *International Angiology* 2008; 27: 1-59.
- Fowkes FG, Evans CJ, Lee AJ. Prevalence and risk factors for chronic venous insufficiency. *Angiology* 2001; 52: S5-S15.
- Scott TE, LaMorte WW, Gorin DR, Menzoian JO. Risk factors for chronic venous insufficiency: a dual case-control study. *J Vasc Surg* 1995; 22: 622-8.
- Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. *Angiology* 2003; 54: S19-S31.
- Kistner RL. Etiology and treatment of varicose ulcer of the leg. *J Am Coll Surg* 2005;200:645-7.
- Barnes GD, Gafoor S, Wakefield T, Upchurch GR Jr, Henke P, Froehlich JB. National trends in venous disease. *J Vasc Surg* 2010; 51 (6): 1467-73.
- Lozano FS, Masegosa A, Alvarez J, Marinello. Occurrence and management of chronic venous disease in primary health care in Spain. A comparison of DETECT-2006 with DETECT-2000. *Int Angiol* 2009; 28 (1): 62-7.
- Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Periferik Arter ve Ven Hastalıkları Tedavi Kılavuzu-2008.
- Kirienko AI, Zolotukhin IA, Iumin SM, Seliverstov EI. [Lower limb varicose disease in men and women: findings of prospective study SPECTRUM]. *Angiol Sosud Khir* 2012; 18 (3): 64-8.
- Musil D, Kaletova M, Herman J. Age, body mass index and severity of primary chronic venous disease. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2011; 155 (4): 367-71.
- Zahariev T, Anastassov V, Girov K, et al. Prevalence of primary chronic venous disease: the Bulgarian experience. *Int Angiol* 2009; 28 (4): 303-10.
- Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volonté M, Schaefer E, Petrini O. Demographic factors and their relationship with the presence of CVI signs in Italy: the 24-cities cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005; 30 (6): 674-80.
- Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volonté M, Schaefer E, Petrini O. Chronic venous insufficiency in Italy: the 24-cities cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005; 30 (4): 422-9.
- Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volonté M, Schaefer E, Petrini O. Effect of chronic venous insufficiency on activities of daily living and quality of life: correlation of demographic factors with duplex ultrasonography findings. *Angiology* 2007; 58(4): 440-9.

Geliş tarihi: 21.02.2014

Kabul tarihi: 30.03.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 22.05.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Dr. Raziye Şule Gümüştakım

e-posta: sulesu82@mynet.com

## Extended Summary

# Management of patients with varicose veins: to what extend are family physicians inside the process?

**Objective:** Even though varicose veins are common in public our clinical observations conclude that its monitoring is not done in primary care. Patients tend to use hospital services for diagnosis and treatment, and all there is left for primary care to do is to renew prescriptions. Despite the fact that diagnosis requires advanced techniques for its staging and treatment, family physicians would still contribute to the process. The aim of this study is to define the clinical and socio-demographic features of the patients who have applied to their family physicians with any reason, and determined to have varicose veins and to investigate the extend of varicose vein management in primary care.

**Methods:** This descriptive study has been conducted in six family health units settled in five family health centers and one integrated district hospital from different regions of Turkey between September 2013 and January 2014. One hundred and three patients of all ages who have applied to these units with any reason and have diagnosed as varicose vein (previously or during the current encounter) have been included to the study. Patients' data have been collected by the researchers with face to face interviews using a questionnaire of 19 questions.

**Results:** Mean age of the patients was  $55.0 \pm 14.7$  (min:21, max:89 years); 74.8% of them were female and 25.2% male. Fifty seven of the patients (55.3%) were primary school graduates and 67 (65.0%) of them were housewives. All the patients were previously diagnosed as varicose vein by a cardiovascular surgeon. None of the patients had a control visit to family physicians except for prescription reasons. The most common reasons for encounter were pain in the leg (93.2%) and swelling in the leg (75.2%). In addition to varicose veins 36.8% of patients had hypertension and 20.3% diabetes. The most used drugs were purified micro-nized flavanoid fraction (23.3%) and calcium besilat (17.5%); 47.6% of the patients never used varicose vein socks. Housewives and blue-collar workers who worked sitting down used varicose vein socks less frequently ( $p=0.01$ ) and compliant about its side effects more ( $p=0.01$ ). As the age increased the patients had more complaints ( $p=0.02$ ) and the frequency of control visits decreased ( $p=0.004$ ). Foot pain was more common in women than in men ( $p=0.005$ ). The more educated patients had more control visits ( $p=0.01$ ) and housewives ( $p=0.01$ ) and those graduated from primary school ( $p=0.02$ ) had more complaints.

**Conclusion:** Varicose vein management in primary care in the study area is not sufficient. The varicose veins are completely diagnosed by specialists from related branches of medicine and the patients use primary care facilities only for prescription. Varicose veins are seen in women three times more prevalent than in men. As the age increases the complaints of patients increase as well but the frequency of control visits decreases.



# Sigara içmeyle ilişkili nadir bir olgu: Siyah dil gelişimi

## A rare case associated with smoking: Black tongue formation

Nisa Çetin Kargın<sup>1</sup>, Kamile Marakoğlu<sup>2</sup>

### Özet

Siyah kıllı dil, dilin dorsal yüzünde filiform papilla hipertrofisi ve aşırı keratin birikimiyle karakterize benign bir durum olup, dilin üzerinde saça benzer bir görünüm oluşturabilmektedir. Etiyopatogenezi net olmamakla birlikte sigara, kötü oral hijyen, alkol kullanımı, virüsler, radyasyon ve bazı ilaçlar etiolojide suçlanmıştır. Bu makalede, aşırı sigara içimine bağlı antiasit kullanımının tetiklediği düşünülen siyah kıllı dil olgusu sunulmuştur. Hastaya tedavide sigarayı bırakması, oral klorheksidin içeren gargara kullanması, dilini fırçalayarak temizlemesi önerilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Siyah dil, sigara, farmakolojik tedavi.

### Summary

Black hairy tongue is an acquired benign disorder characterized by an abnormal hairy coating on the dorsal surface of the tongue. The etiology is unclear, however the disorder has been triggered with numerous predisposing conditions such as smoking, bad oral hygiene, alcohol, radiation, the use of steroid and antibiotics. In this article, hairy tongue which was thought to be caused by heavy smoking was reviewed. He was suggested to quit smoking, to use oral chlorhexidine solution, to brush dorsal surface of tongue.

**Key words:** Black tongue, smoking, pharmacotherapy.

Siyah kıllı dil, dilin dorsal yüzünde filiform papilla hipertrofisi ve aşırı keratin birikimiyle karakterize iyi huylu ağrısız bir durum olup, dilin üzerinde saça benzer bir görünüm oluşturduğundan “Lingua Villosa Nigra” adıyla bilinmektedir.<sup>[1]</sup> Genellikle asemptomatik ve ağrısız olmakla birlikte bazen ağız kokusu ve kozmetik şikayetlere sebep olabilmektedir.<sup>[1,2]</sup> Etiyopatogenez net olmakla birlikte sigara içimi, kötü oral hijyen, alkol kullanımı, ağız temizliğinde sodyum peroksit gibi oksidan ajan kullanımı, tetrasiklin, neomisin ve steroid gibi ilaçların kullanımı, Epstein Barr Virusü (EBV), bazı psikotropik ilaçlar, çay, kahve ve de hidrasyon etiolojide önemli etkenler arasındadır.<sup>[1-5]</sup> Tanı klinik olarak rahatlıkla konulabildiğinden biyopsiye gerek yoktur; literatürde yalnızca klinik muayene ile tanı konmuş olgular mevcuttur.<sup>[1,3,6]</sup> Tedavide dilin yumuşak bir fırçayla fırçalanması, antibakteriyel gargara kullanımı ve hiperkeratozik oluşumlar için üre içeren solüsyonlar veya retinoik asit kullanılabilir.<sup>[1,2,3]</sup>

Bu raporda 54 yaşında bir erkek hastada ağır sigara içimine bağlı antiasit kullanımının tetiklediği nadir görülen siyah kıllı dil olgusu sunulmaktadır.

### Olgu sunumu

Elli dört yaşında erkek hasta sigara bırakmak için Selçuk Üniversitesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurdu. Hastanın özgeçmişinde sistemik hastalığı yoktu. Hastanın sigaraya başlama yaşı 19 olup, 35 yıldır günde bir paket sigara kullanım öyküsü vardı. Ağız muayenesinde; dilin dorsal yüzünde filiform papillarda hipertrofi ve siyah renkli saça benzer oluşumlar mevcut idi (**Resim1**). Genel fizik muayenede herhangi bir patoloji saptanmadı. Hasta alkol kullanmadığını, ağız hijyenine dikkat ettiğini, antiasit dışında herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmadığını ve ek hastalığının olmadığını belirtti. Yapılan tetkiklerinde kan sayımı, demir, demir bağlama, vitamin B12, folik asit ve ferritin düzeyleri normal sınırlardaydı. Mide şikayetlerinin daha önce ara ara olduğunu, ağrısı

1) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Konya  
2) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Konya

olduğunda antiasit kullandığını ve bir gün önce şiddetli mide ağrısı olduğu için 1x5 tablet antiasit (kalsiyum karbonat+magnezyum karbonat antasit) aldığını belirtti. Hastaya sigara bırakma tedavisinin yanı sıra klorheksidin içeren gargara verildi ve dilini fırçalayarak temizlemesi önerildi. Hastadan bilgilerinin yayınlanması konusunda onam alındı.

## Tartışma

Sigara ve tütün ürünleri kullanımı birçok oral lezyon ile yakından ilişkilidir.<sup>[7,8,9]</sup> Sigara kullanımı ile yakından ilişkili oral bulgular kandidiazis, tekrarlayan viral enfeksiyonlar, aftöz stomatitler, eritema migrans, liken planus, siyah kıllı dil sayılabilir.<sup>[8,9,10]</sup> Siyah kıllı dilin etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte pek çok predispozan faktörleri sürülmüştür. Etiyolojide sigara kullanımı dışında kötü oral hijyen, alkol kullanımı, mekanik irritasyon, ağız temizliğinde sodyum peroksit gibi oksidan ajan kullanımı, tetrasiklin, neomisin, steroid gibi ilaçların kullanımı, psikotropik ilaçlar, EBV suçlanmıştır.<sup>[1]</sup> Bizim olgumuzda uzun süre aktif sigara içimine bağlı geliştiğini düşündüğümüz siyah kıllı dilin antiasit kullanımıyla da tetiklendiğini düşünmekteyiz. Buna benzer antiasit ve ilaç kullanımı ile tetiklenen siyah kıllı dil olguları bildirilmiştir.<sup>[1,3,6]</sup>

Hastamıza öncelikle sigarayı bırakma tedavisi olarak davranış değişikliği verildi. Aile

**Resim 1.** Olgunun ilk geliş anı



hekimleri olarak her hastamızın sigara içme durumunu sorgulayıp, gerekli davranış ve destek tedavisini vermemiz, hastalarımızın kullandığı ilaçları ve dozlarını sorgulamamız, gelişebilecek diğer hastalıkları ve komplikasyonları önleyecektir. Bu olgu sunumuyla nadir karşılaşılan bir komplikasyon olarak siyah kıllı dilin sigara kullananlarda ve antiasit kullanımına bağlı gelişebileceğini hatırlatmayı amaçladık. Aile hekimleri birinci basamakta sigara içen hastalarında nadiren de olsa siyah kıllı dil gelişebileceğini göz önünde bulundurmalıdır.

## Kaynaklar

- Öztürk S, Uçak H, Berçin S. Antiasitlerin nadir bir komplikasyonu: siyah kıllı dil. *Türkiye Klinikleri J Case Rep* 2013;21(4):157-60.
- S V-Galvan, P Jaen. Black hairy tongue. *Clin J Med* 2008;75(12):847-8.
- Kurukahvecioğlu S, Kocatürk S, Yardımcı S, Demiray T, Erkam Ü. Hairy tongue. *KBB-Forum* 2003;2(2):36-7.
- McGrath EE, Bardsley P, Basran G. Black hairy tongue: what is your call? *CMAJ* 2008;178(9):1137-8.
- Shimizu T, Tokuda Y. Hairy tongue. *BMJ Case Rep* 2012 Oct 6; doi: 10.1136/bcr-02-2012;-5755.
- Tamam L, Annagur BB. Black hairy tongue associated with olanzapine treatment: a case report. *MtSinai J Med* 2006;73(6):891-4.
- Andersson G, Vala EK, Curvall M. The influence of cigarette consumption and smoking machine yields of tar and nicotine on the nicotine uptake and oral mucosal lesions in smokers. *Oral Pathol Med* 1997; 26 (3):117-23.
- Sayed M, Stephen I. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part I. Nonmalignant lesions. *J Can Dent Assoc* 2000;66:252-6.
- Wanda C, Gonsalves WC, Chi AC, Neville BW. Common oral lesions: Part I. Superficial mucosal lesions. *Am Fam Physician* 2007;15;75(4):501-6.
- Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Diseases* 2003;9:188-95.

Geliş tarihi: 24.07.2014

Kabul tarihi: 30.11.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 08.05.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Dr. Nisa Çetin Kargın

e-posta: nsctn@hotmail.com

# Defin ruhsatı düzenlemede adli boyut: Bir feth-i kabir otopsi olgusu

## Judicial aspects of death certification: an exhumation autopsy case

Murat Nihat Arslan<sup>1</sup>, Fatih Abal<sup>2</sup>, Burcu Yasemin Özbek<sup>3</sup>, İbrahim Üzün<sup>4</sup>

### Özet

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun ilgili maddesine hiçbir ceset ölü muayenesi yapılmadan defnedilemez. Ölü muayenesi ölüm vakasının olduğu yerdeki belediye tabibi ve-ya hükümet tabibi tarafından yapılmaktadır. Ölüm üzerinde şüphe duyulması halinde 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) 86. Maddesine göre bir hekim görevlendirilerek Cumhuriyet savcısının huzurunda yapılan ö-lünün adli muayenesinde, ölüm zamanı ve ölüm nedenini belirlemek için tüm tıbbi belirtiler ve bulgular saptanır ve buna göre otopsi yapıp yapılmayacağı kararı verilir. Otopsi aynı kanunun 87. Maddesine göre Cumhuriyet savcısının huzurunda biri adli tıp, diğeri patoloji uzmanı veya diğeri dallardan birisinin mensubu veya pratisyen iki hekim tarafından yapılır. Evinde aniden öldüğü bildirilen 86 yaşında erkek olgunun ölüm muayenesi işlemi evinde yatağında yapılarak ölüm sebebi kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve Alzheimer hastalığı olarak belirtilmiş ve definde bir sakınca olmadığı kararına varılarak defnedilmiştir. Ölümünden dört gün sonra gelen bir ihbar üzerine ölüm üzerinde şüphe olduğu ortaya çıkmış ancak feth-i kabir işlemi yaklaşık 16 ay sonra gerçekleştirilerek otopsi yapılmıştır. Yapılan otopsi işleminde travmatik orijinli ölüme düşündürecek bulgular saptanmış olup, ölüm sebebi genel beden travmasına bağlanmıştır. Olgumuz üzerinden bir ölüm meydana geldiğinde ölüm kararının alınması, ölüm sebebinin belirlenmesi, şüpheli ölümlerin ayırt edilmesi ve bunların adli sürece yansması ile adli amaçlı ölüm muayenesi işleminin kimler tarafından ve ne şekilde yapılması gerektiği ve karşılaşılabilecek sorunlar tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Ölüm muayenesi, ölüm sebebi, otopsi, feth-i kabir.

### Summary

According to the related article of Turkish Public Health Law, no corpse could be buried without external examination. External examination would be performed by local municipality physician or by family physician. If there is any suspicion about the manner of death, according to the 86th article of Turkish Penal Procedure Law, this examination shall be conducted in presence of the public prosecutor by a medical doctor who has been appointed for this purpose. During the postmortem legal examinations, medical indications, time of death and all diagnosis in order to clarify the cause of death shall be determined. If the cause, manner and time of death is still not clear after postmortem examination, autopsy is mandatory. According to the 87th Article of Turkish Penal Procedure Law autopsy shall be conducted in the presence of the public prosecutor by two medical doctors, one of them being a coroner, the other an expert from the field of pathology or an expert of other branches, or a general practitioner. A 86 year old male was announced to be died suddenly at his house and postmortem examination performed in his bed. Cause of death was determined as chronic obstructive pulmonary disease and Alzheimer's disease by family physician, and then body was buried without delay. Four days after the burial, a suspicion arose about his death with a notification of an anonymous witness. Exhumation was performed 16 months after this notification. There were traumatic skeletal lesions in the autopsy and cause of death was determined as general body trauma. With this case report we discussed about procedure of announcement of death, determination of cause of death at postmortem external examination, differentiating natural deaths and suspicious deaths at postmortem external examination and reflection of these topics on investigation process; and also discussed about the procedure of postmortem external examination.

**Key words:** postmortem examination, cause of death, autopsy, exhumation.

### Giriş

Ölüm sebeplerinin doğru kayıt altına alınması ülkelerin izleyeceği sağlık politikalarını doğru yönlendirmesinin yanı sıra adli sürecin başlatılması açısından da büyük önem taşımaktadır. Bir ülkede kişile-

rin en fazla hangi hastalıklara bağlı olarak öldüğünün belirlenmesi o hastalıklara karşı alınacak koruyucu ve sağaltıcı hizmetleri geliştirebilecektir.<sup>[1-4]</sup> Bir ölüm meydana geldiğinde ölüm sebebinin uygun yöntemlerle belirlenmesi, şüpheli ve zorlamalı

1) Adli Tıp Kurumu, Genel Kurul, Uzm. Dr., İstanbul  
2) Adli Tıp Kurumu, Çankırı Şube Müdürlüğü, Uzm. Dr., Çankırı  
3) Adli Tıp Kurumu, Adana Grup Başkanlığı, Uzm. Dr., Adana  
4) Adli Tıp Kurumu, Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı, Doç. Dr., İstanbul

ölümlerde adli sürecin başlatılması için ilk basamaktır. Ölüm sebebinin belirlenmesinde çoğu zaman dış muayene ile yetinilse de altın standart otopsidir. Hekimler tarafından düzenlenmiş ölüm nedeni tutanaklarının (defin izin tutanağı) doğruluğu ancak bu şekilde kesinleştirilebilmektedir.<sup>[5]</sup> Ölümün ardından hekim tarafından yapılan ilk muayenede çok dikkatli olunması, duyulabilecek en küçük şüphede ya da ölüm sebebinin belirlenememesi halinde olayın otopsi ile aydınlatılması gerekli olacaktır.

Birinci basamakta çalışan aile hekimleri, asıl görevleri olmamakla birlikte, bazı durumlarda defin ruhsatı vermek için ölü muayenesi yaparak ölüm nedenini belirlemek durumunda kalabilmektedirler. Genellikle tıp fakültesi sonrasında destekleyici eğitimler almayan aile hekimleri bu raporları hazırlamada zorlanabilmektedirler.

Bu çalışmamızda, ölünün ilk muayenesini yapan aile hekimi tarafından ölüm sebebi doğal ölüm şeklinde belirlenerek defnedilen, ancak daha sonradan bir ihbar üzerine mezarı açılarak otopsi yapılan ve ölümün travmatik bir ölüm olduğu tespit edilen bir olguyu incelemeye alarak ilk ölü muayenesi işleminin önemine dikkati çekmek istedik.

### Olgu sunumu

86 yaşında erkek olgu, feth-i kabir işlemi yapılarak kesin ölüm sebebinin tespiti için otopsi yapılmak üzere Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'ne gönderilmişti. Olgu ile ilgili düzenlenmiş soruşturma dosyasında olgunun gelininin ifadesinde, kayınpederinin öldüğü gün aniden düşüp bilincini yitirdiği belirtilmişti. Gelininin etraftaki kişilerden yardım istediği ve yardıma gelenler ile birlikte olguyu yatak odasına taşıyarak yatağına yatırdıkları bilgisi alınmıştı. Ambulans olaydan 30 dakika sonra olay yerine ulaşmış ve ölüm tanısı konarak, defin işlemleri için aile hekimine haber verilmesi gerektiği söylenmişti. Aile hekimi aynı gün cesedi muayene etmiş ve ölüm sebebinin Alzheimer hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) komplikasyonları olarak belirlemişti. Aynı gün ceset otopsi yapılmadan defnedilmişti.

Defin işleminden dört gün sonra ismini veremeyen bir kişi jandarma karakolunu arayarak olgunun gelini tarafından evin üçüncü katındaki balkondan aşağıya itildiğini ihbar etmişti. Bu ihbar sonrası adli soruşturma başlatılmıştı.

Aile hekiminin ifadesine başvurulmuş ve aile

hekimini, cesedi muayene ettiğinde vücutta herhangi bir travmatik bulgu ya da herhangi bir şüpheli durum olmadığını belirtmiş ve cesedi tüm kıyafetlerinden arındırarak muayene ettiğini söylemişti. Cesedin yıkama işlemini yapan imamın da ifadesine başvurulmuş ve imam cesedi yıkarken sağ ayağındaki hafif kanama bulgusu dışında herhangi bir travma bulgusu görmediğini ifade etmişti.

Cesedi mezardan çıkarma işlemi defin tarihinden yaklaşık 16 ay sonra gerçekleştirilmiş ve mezarından çıkarılan ceset otopsi yapılarak kesin ölüm sebebinin tespiti için Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'ne gönderilmişti.

Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan dış muayenede çürüme artefaktları dışında herhangi bir travmatik bulgu ayırt edilemedi. Ancak otopsi öncesi yapılan radyolojik incelemede sağ göğüs kafesinde; 1 ile 9. kostalar arasında arka aksiller hat üzerinde, 6 ve 7. kostalarda paravertebral hat üzerinde; sol göğüs kafesinde 2 ile 8. kostalar arasında paravertebral hat üzerinde ve 4 ile 6. kostalar arasında ön aksiller hat üzerinde seri kırıklar olduğu; sağ femur başının asetabulumdan disloke durumda olduğu, sağ femur boyun kısmında ayrıklı kırık olduğu saptandı. Pelvis duvarında ise sol pubis ramusunda ve her iki sakroiliyak eklem çevresinde kırıklar görüldü. Sakrumda horizontal bir kırık hattı ve 1. lomber omurda çökme kırığı vardı. Olgunun otopsisinde radyolojik incelemede saptanan kırıklar tespit edildi ve çürüme artefaktları dışında başka herhangi bir bulgu ayırt edilemedi. Bu bulgular ile olgunun ölüm sebebi "genel beden travması" olarak belirlendi.

### Tartışma

Ülkemizde bir ölüm olayı meydana geldiğinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na göre defin ruhsatı olmadan defnedilemez. Yine bu kanuna göre defin ruhsatını vermekle yetkili kişinin belediye tabibi ya da olmadığı yerlerde hükümet tabibi olduğu açıkça belirtilmiştir. Bu görev yerine getirilirken ölünün muayene edilmesi gerektiği, hekim bulunmayan yerlerde ise defin ruhsatının bu yönde eğitim almış sağlık görevlileri tarafından verilebileceği de kanunda yer alan hususlardandır. Kanunda "Ölü muayenesi yapanlar ölüm sebebinin kaznen veya bir hastalık sonucu olduğuna dair şüphe veya kanaat getirirse ilgili makamı haberdar etmeden ölüm defin ruhsatı veremezler" denilmektedir. Ölüm üzerinde şüphe duyulması halinde 5271 Sayılı

Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) 86. Maddesine göre Cumhuriyet savcısının huzurunda görevlendirilen bir hekim tarafından ölünün adli muayenesi yapılarak tıbbi belirtiler, ölüm zamanı ve ölüm nedenini belirlemek için tüm bulgular saptanır ve buna göre otopsi yapıp yapılmayacağı kararı verilir. Otopsi ise, yine 5271 Sayılı CMK'nin 87. Maddesine göre Cumhuriyet savcısının huzurunda biri adli tıp, diğeri patoloji uzmanı veya diğerdalardan birisinin mensubu veya biri pratisyen iki hekim tarafından yapılır.<sup>[6,7]</sup>

Sington ve ark., 440 hastane ölümünde ölüm nedeni belgelerinin duyarlılığı üzerinde yaptıkları çalışmada hastanede yapılan otopsi sonucu ortaya çıkan ölüm sebebi ile ölüm belgelerine yazılan ölüm sebepleri arasında farklılık olduğunu bildirmişlerdir.<sup>[8]</sup> Mushtaq ve ark., 12 ay süresince acil servise başvuran hastalar arasında hastaneye ölü olarak getirilen ya da acil serviste ölen olgular üzerinde yaptıkları çalışmada ani ölüm olgularında ölüm sebebinin doğru şekilde ortaya konmasında zorluklar yaşandığını belirtmişlerdir.<sup>[9]</sup>

Nashelsky ve ark., şüphe uyandırmayan bir tıbbi öykü mevcut ise ya da ölenin yaşı ve ölüm anındaki durumu öldürücü nitelikte bir hastalık olduğu izlenimi uyandırıyorrsa otopsi yapılmayabildiğini, bu durumun defin ruhsatında kesinleştirilmemiş ölüm sebebi olarak belirtildiğini bildirmişlerdir.<sup>[10]</sup> Bununla birlikte Perperve ark., cildin ölü muayenesi ve otopside olgunun kimliğinin belirlenmesinde, yaralanmayı oluşturan enerjinin niteliğinin ve niceliğinin saptanmasında ve üzerindeki fiziksel deliller açısından önemi olduğu kadar daha derinlerdeki öldürücü olabilecek yaralanmaları maskeleyebilme potansiyeli yönünden de negatif bir önem taşıdığını bildirmişlerdir.<sup>[11]</sup>

Bütün bu bilgiler ışığında bir ölüm olayı meydana geldiğinde olayın adli niteliği olup olmadığına karar verecek kişinin bu konuda doğru eğitimleri almış (bilgilendirilmiş) bir hekim olması, hekimin cesedi bizzat muayene etmesi, muayene ederken tüm kıyafetlerinden arındırması, yalnızca inspeksiyonla yetinmemesi, gerektiği durumlarda ileri tetkiklere başvurması ve kanaat oluşmadığı durumlarda henüz daha adli süreci başlatmadan bir adli tıp uzmanına konsülte etmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Olgumuzda defin ruhsatı bir pratisyen hekim tarafından düzenlenmiştir. Ülkemizde pratisyen he-

kimlere tıp fakültesinde sınırlı düzeyde bir adli tabiplik eğitimi verilmekte olup, pratisyenlik süresince de kimi hizmet içi eğitimlerle adli olgulara yaklaşım öğretilmektedir. Ancak bu eğitim tüm pratisyen hekimlere aynı oranda, homojen olarak ulaştırılmamakta ve bu yönde eksiklikler olduğu hissedilmektedir. Olgumuzun defin ruhsatını düzenleyen pratisyen hekim olguyu muayene ederken soyduğunu, kontrol ettiğinde yaşam belirtisi olmadığını, ölüm tanısı koyduğunu, şüphe oluşturacak herhangi bir travma bulgusu tespit etmediğini ve ölü yakınlarından aldığı bilgiye göre ölüm sebebinin Alzheimer ve KOAH olarak defin ruhsatına yazdığını belirtmiştir. Bu noktada muayene yapan hekimin ifadesinin samimi olduğunun kabulü durumunda feth-i kabir sonrası tespit edilen bulguların, Perper ve ark'nın bildirdiği şekilde cilde yansımamış olduğu düşünülebilir. Ancak feth-i kabirde tespit edilen yaygın kosta kırıklarının elle muayene ile tespit edilebilecek nitelikte oldukları bildirilmiştir.<sup>[11]</sup> Ayrıca her ne kadar ölü katılığı tespiti zorlaştırsa da olgunun feth-i kabir sonrası otopsisinde tespit edilen femur kırığı ve dislokasyonu, ölü katılığına rağmen ekstremitenin hareket ettirilmesi ile kolaylıkla tespit edilebilecek bir travma bulgusudur. Buradan da ölü muayenesi yaparak defin ruhsatı düzenlemiş olan hekimin yalnızca inspeksiyon ile yetindiği düşünülebilir.

Adli süreç ölüm tanısını koyan hekimin şüphelenmesi ile başlayacağından, ölümlü adli olayların aydınlatılması için belki de en önemli basamak bu muayene basamağıdır. Bu nedenle doğal ölüm kararı verip olayın adli boyutu olmadığını kararlaştıracak hekimlerin bu konuda üstlendikleri sorumluluğun bilincinde olması ve hizmet içi eğitimlerle bilgi düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Bu eğitimi bir adli tıp uzmanının bilgi ve tecrübe seviyesinde alamayacakları için de gerektiği durumlarda konsültasyon ve tetkik isteme gibi bir haklarının da olduğu bir sistem oluşturulmalıdır.

Hekimlere, ölünün ilk muayenesini yaparken olgumuzda düşünüldüğü üzere yalnızca inspeksiyonla yetinmeme ve ayrıntılı bir fizik muayene yapma pratiği kazandırılmalıdır. Bu şekilde örneğin bir kırık şüphesi ile karşılaştıklarında radyolojik incelemeye de başvurulabileceğini düşünebileceklerdir.

Olgumuzda üzerinde durulması gereken bir diğer önemli sorun da hekimin belirlediği ölüm sebebidir.

Aile hekimi, ölenin yakınlarından aldığı bilgi ile yetinerek olgunun ölüm sebebini KOAH ve Alzheimer hastalığı olarak belirlemiştir. Ülkenin ölüm sebebi istatistiklerinin doğru ve güvenilir olabilmesi için ölüm sebeplerinin uygun sınıflandırılması ve ölüm tanılarında bu sınıflandırmalara uyulması, bu yönde tanı algoritmaları oluşturulması gerekmektedir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yakın dönemde uygulamaya soktuğu Ölüm Bildirim Sistemi'ne göre, ölüm bildirim formuna ölüm nedeni yazılırken doğrudan ölüme neden olan hastalık veya durumun, önceki nedenlerin ve varsa altta yatan durumun belirtilmesi gerekmektedir. Buna göre olgumuzda ölüm sebebi kurallara uygun olarak bildirilmemiştir. Bütün ve ark., yaptıkları çalışmada bir yıl içerisinde bir hastaneye gelen ölüm olgularının %52'sinde yazılan ölüm sebeplerinin kurallara uygun olmadan belirlendiği belirtilmiştir.<sup>[12]</sup> Bu da ülkelerin sağlık politikalarını yönlendirmesinde en önemli kriterlerden birisi olan ölüm istatistiklerinin kurallara uygun olarak tutulmadığını göstermektedir.

Ülkemizde hastalıkların sınıflandırılmasında kullanılan 900 başlıklı ICD-10'un ölüm nedenleri için de kullanılması önerilmektedir.<sup>[12]</sup> Ancak bu tanı kodları, özellikle orijin de içerdiğinden (örneğin intihar, kaza, cinayet) ve adli sürecin en başında bu yönde bir tanı koymak her zaman mümkün olamayacağından, adli boyuttaki ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında uygun bir araç olamayacaktır. Hangi olgunun adli olduğu savcı huzurunda yapılacak ölü muayenesi ve adli otopsi işlemi sonucu belirlenebileceğinden ilk muayenede bu yönde bir sınıflandırmanın kullanılması yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkarabilecektir. Bu nedenle ölüm sebepleri için ayrı bir sınıflandırma listesi oluşturulması gereklidir.

Değinilmesi gereken bir başka konu da defin-den dört gün sonra, olgunun evin üçüncü katından aşağı itildiği yönünde gelen bir ihbar olmasına rağmen ölümün üzerinden yaklaşık 16 ay gibi uzun bir süre geçtikten sonra mezar açma işlemi yapılarak postmortem incelemelerin yapılmış olmasıdır. Ölü muayenesi ve otopsi işlemleri gibi feth-i kabir işlemi de 5271 Sayılı CMK'ye göre gerçekleştirilir. CMK'nin 87/4 maddesinde "Gömülmüş bulunan bir ceset, incelenmesi veya otopsi yapılması için mezardan çıkarılabilir. Bu husustaki karar, soruşturma

evresinde Cumhuriyet savcısı, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından verilir. Mezardan çıkarılma kararı, araştırmanın amacını tehlikeye düşürmeyecekse ve ulaştırılması da zor değilse ölünün bir yakınına derhâl bildirilir" şeklinde hüküm altına alınmıştır. Bu ifadede herhangi bir süre kısıtlaması yapılmamıştır. Ancak ölüm sonrası çürümeye bağlı olarak meydana gelen morfolojik değişikliklerin deri ve yumuşak dokularda mevcut olabilecek travma bulgularını hızla maskeleyebileceği göz önünde bulundurulduğunda, ölüm üzerinde bir şüphe olduğunda vakit kaybetmeksizin ceset mezarından çıkarılarak postmortem incelemelere tabi tutulmalıdır.<sup>[7]</sup>

İhbar geldikten hemen sonra ceset mezarından çıkarılıp inceleme yapılmış olsaydı, otopside tespit edilebilecek dış muayene bulguları ile ölüm tanısını koyan hekimin "hiç dış muayene bulgusu olmadığı" yönündeki ifadesi doğrulanabilecekti. Bu şekilde gerçek ve tam bir dış muayene yapıp yapılmadığı ortaya çıkarılabilecek ve bu hekimin görev ihmali olup olmadığı tespit edilebilecekti. Benzer şekilde tanıkların da doğru ifade verip vermedikleri kanıtlanabilecekti. Ancak mezardan çıkarma işlemi ölümden yaklaşık 16 ay sonra gerçekleştirilmiş ve otopside yalnızca kemik dokudaki travmatik değişimler tespit edilebilmiştir.

Sonuç olarak, olgumuzda geç yapılan mezardan çıkarma işlemi otopside elde edilebilecek kanıtların sayıca az olmasına neden olmuş ve otopsinin adli olayın çözümündeki kanıt değerini düşürmüştür. Bu nedenle Cumhuriyet savcıları, bu yönde bir ihbar aldıklarında kaybettikleri sürenin, delil kaybetmek anlamına geleceğini göz önünde bulundurarak cesedin bir an önce otopsi yapılacak merkeze gönderilmesini sağlamalıdır.

Ülkemizde özellikle adli olayları da içine alan bir ölüm nedenleri listesi oluşturulması için bir an önce adli tıp uzmanları, aile hekimliği uzmanları ve ilgili diğer dalların ve mesleki örgütlerin kurumsal olarak bir araya gelmesi gerekmektedir. Bu şekilde ölü muayenesi işlemi yapacak hekimlerin hizmet içi eğitimleriyle Ölüm Bildirim Sistemi'ne yapılacak ölüm nedeni girdilerinin daha doğru ve sistematik olması sağlanabilecektir. Doğru bir şekilde tutulmuş ölüm nedeni istatistiği ülkemizin sağlık politikalarının belirlenmesinde çok değerli bir veridir.

## Kaynaklar

1. Lloyd-Jones DM, Martin DO, Larson MG, Levy D. Accuracy of death certificates for coding coronary heart disease as the cause of death. *Annals of Internal Medicine* 1998; 129 (12): 1020-6.
2. Percy C, Stanek E, Gloeckler L. Accuracy of cancer death certificates and its effect on cancer mortality statistics. *American Journal of Public Health* 1981; 71 (3): 242-50.
3. Moussa MAA, Shafie MZ, Khogali MM, et al. Reliability of death certificate diagnoses. *Journal of Clinical Epidemiology* 1990; 43 (12): 1285-95.
4. Sibai AM. Mortality certification and cause-of-death reporting in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82-3.
5. Kircher T, Nelson J, Burdo H. The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. *The New England Journal of Medicine* 1985; 313 (20): 1263-9.
6. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Kanun numarası: 1593; Resmi Gazete'de yayım tarihi: 06/05/1930. Resmi Gazete Sayı: 1489.
7. Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun numarası: 5271; Resmi Gazete'de yayım tarihi: 17/12/2004. Resmi Gazete Sayı: 25673.
8. Sington J, Cottrell B. Analysis of the sensitivity of death certificates in 440 hospital deaths: a comparison with necropsy findings. *Journal of Clinical Pathology* 2002; 55 (7): 499-502.
9. Mushtaq F, Ritchie D. Do we know what people die of in the emergency department? *Emergency Medicine Journal* 2005; 22 (10): 718-21.
10. Nashelsky MB, Lawrence CH. Accuracy of cause of death determination without forensic autopsy examination. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2003; 24 (4): 313-9.
11. Perper JA, Menges DJ. The skin as a repository and masker of evidence. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 1990; 11(1):56-62.
12. Bütün C, Beyaztaş FY, Çelik M, Kılıçcıoğlu B. Defin ruhsatlarında belirtilen ölüm nedenlerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 28 (3): 79-83.

Geliş tarihi: 27.10.2014

Kabul tarihi: 13.03.2015

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.05.2015

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Dr. Murat Nihat Arslan

e-posta: mnarslan@yahoo.com

# Nedeni bilinmeyen ateşle gelen tip 2 diyabetli bir hastada *Bacteroides fragilis* etkenli piyojenik karaciğer apsesi

## Pyogenic liver abscess caused by *Bacteroides fragilis* in a type 2 diabetes patient presenting with fever of unknown origin

Ahmet Ünal<sup>1</sup>, Serkan Öncü<sup>2</sup>, Okay Başak<sup>3</sup>

### Özet

Piyojenik karaciğer apsesi olan hastalar sıklıkla nedeni bilinmeyen ateşle acil servislere başvurumaktadırlar. Piyojenik karaciğer apsesi diyabetin, genellikle 50 yaşın üzerinde görülen nadir komplikasyonlarından biridir. Bu raporda nedeni bilinmeyen ateş yakınması nedeniyle değerlendirme sürecinde diyabet ve *Bacteroides fragilis* nedenli karaciğer apsesi saptanan 60 yaşında bir erkek hasta sunuyoruz.

**Anahtar sözcükler:** Nedeni bilinmeyen ateş, karaciğer apsesi, diyabet, *Bacteroides fragilis*.

### Summary

Patients with pyogenic liver abscess often present to the emergency department with fever of unknown origin. Pyogenic liver abscess is a rare complication of diabetes, usually seen in adults greater than 50 years old. In this report, we describe a 60-year-old male patient found to have type 2 diabetes and a pyogenic liver abscess caused by *Bacteroides fragilis* in the process of evaluation for fever of unknown origin.

**Key words:** fever of unknown origin, liver abscess, diabetes, *Bacteroides fragilis*.

### Giriş

Ateş birçok hastalıkta görülebilen ve bazen nedenlerinin ortaya çıkarılmasında zorluklar yaşanabilen bir bulgudur. Petersdorf ve Beeson tarafından ilk kez 1961 yılında tanımlanan ve 1991 yılında Durack ve Street tarafından kriterleri modifiye edilen nedeni bilinmeyen ateş (NBA); 38,3 °C'yi geçen ateş yüksekliği, ateşin üç haftadan uzun sürmesi ve üç poliklinik görüşmesi süresince veya hastanede üç gün yatırılarak a-

raştırılmasına karşın tanısı konulamayan klinik durumları ifade etmektedir.<sup>[1]</sup> Nedeni bilinmeyen ateş değerlendirme sürecinde en sık saptanan neden enfeksiyonlardır.<sup>[2]</sup> Seyrek görülen NBA nedenlerinden biri olan piyojenik karaciğer apsesi, uzun süredir var olan tip 2 diyabetin de nadir bir komplikasyonudur.<sup>[3]</sup> Bu raporda ateş etyolojisi araştırılması sürecinde tanısı kolay konulamayan, diyabet ve *Bacteroides fragilis* nedenli bir karaciğer apsesi olgusu sunuyoruz.

1) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör. Dr., Aydın  
2) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın  
3) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın



## Olgu sunumu

Altmış yaşında erkek hasta nedeni bilinmeyen ateş etyolojisi araştırılmak üzere infeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. İki hafta önce başlayan üşüme titremenin eşlik ettiği ateş yakınması ile ilk olarak bağlı bulunduğu aile hekimine başvuran hastaya *sefuroksim aksetil* başlanmıştı. Hasta bir hafta ilaçları kullandıktan sonra yakınmalarının gerilememesi üzerine bir devlet hastanesi acil servisine başvurmuştu. Göğüs hastalıkları servisinde altı gün yatırıldıktan sonra taburcu edilen hasta, genel durumunun iyi olmaması ve ateşinin devam etmesi nedeniyle kliniğimize geldi.

Halsizliği ve yüksek ateşi (38,5°C) olan hastanın fizik bakışında başka bir patolojik bulgu saptanmadı. Batında defans, rebound, hassasiyet, hepatomegali ya da splenomegali yoktu. Murphy ve Kehr bulguları saptanmadı. Bilinen diyabet, hipertansiyon ve ilaç kullanım öyküsü bulunmayan hastanın laboratuvar incelemelerinde lökosit 21730/mm<sup>3</sup>, eritrosit sedimentasyon hızı 97 mm/saat ve CRP 170 mg/L idi. Nedeni bilinmeyen ateş etyolojisine yönelik olarak yapılan incelemeler (kan ve idrar kültürleri, akciğer grafisi, brucella tüp aglütinasyon, salmonella, CMV, EBV, HBV, HCV ve HIV testleri) negatifti.

İnfektif endokardit ön tanısıyla yapılan transtorasik ekokardiyografide vejetasyon saptanmadı. Karaciğer fonksiyon testlerinin yüksekliği nedeniyle yapılan abdominal ultrasonografide karaciğer parankimi normaldi; safra kesesi duvar kalınlığında artış ve perikolesistik minimal sıvı saptandı. İzlemde kan şekerinin yüksek (480 mg/dL) seyretmesi nedeniyle bakılan HbA1c %10,8 bulundu; hastaya diya-

betes mellitus (DM) tanısı konularak insülin başlandı. Hasta insülin tedavisine çok çabuk yanıt verdi ve kan şekeri izlemine göre insülin dozları ayarlandı.

Ani başlayan diyabetes mellitus olasılığı nedeniyle özellikle pankreas malignitesi düşünülerek batın tomografisi çekildi. Tomografide karaciğerde 6. segmentte 6,5x5,5 cm boyutunda heterojen görünümde, merkezi kistik ve nekrotik karakterde kitle lezyonu izlendi ve apse dışlanamadı (**Resim1**). Yeniden yapılan ultrasonografik görüntülemelerde karaciğer apsesi olarak tanımlanan lezyon perkütan drene edildi. Apse materyalinden yapılan anaerop kültürde *Bacteroides fragilis* üredi. Hastaya 14 gün 4x1 gr IV ampicilin-sulbaktam tedavisi uygulandı. Ateşi gerileyen, klinik durumu ve laboratuvar inceleme sonuçları düzelen hasta taburcu edildi. Hastanın 15 gün sonra yapılan kontrol fizik bakışı ve laboratuvar incelemelerinde bir anormallik saptanmadı.

## Tartışma

Karaciğer apsesi tanısı zor konulan bir klinik durum olup insidansı yüz binde 10-20 olarak bildirilmektedir. Yaşamın beşinci ve altıncı on yılında daha sık görülür. Olguların yaklaşık yarısında apse soliter görünümde ve en çok karaciğerin sağ lobuna yerleşir. Karaciğer apseleri amibik ve piyojenik olmak üzere iki gruba ayrılır. Piyojenik karaciğer apseleri daha seyrek görülmektedir; insidansı milyonda 11'dir.<sup>[4]</sup>

Tanısal yaklaşımdaki tüm gelişmeler ve yeni tedavi yaklaşımlarına karşın piyojenik karaciğer apsesi yönetimindeki sorunlar devam etmektedir.<sup>[5]</sup> Piyojenik karaciğer absesinde tanı ayrıntılı öykü ve fizik bakıya dayanır. En sık karşılaşılan klinik semp-



**Resim 1.** Hastanın aksiyel ve koronal tomografi kesitlerinde karaciğer sağ lobda saptanan merkezi kistik ve nekrotik karakterde, sınırları düzensiz kitle lezyonu.

tom ve bulgular üst batında ağrı, hassasiyet, hepatomegali, yüksek ateş, bulantı ve kusmadır. İştahsızlık, sarılık ve solunum sorunları daha seyrek-tir.<sup>[6]</sup> Olgumuzda ateş dışında bir yakınma ve bulgunun olmaması bizi klinik değerlendirme aşamasında karaciğer apsesi tanısından uzaklaştırmıştır. Laboratuvar sonuçlarında karaciğer fonksiyon testlerinin yüksek çıkması nedeniyle yapılan ilk ultrasonografik incelemede karaciğer apsesi atlanmıştır. Hastanın diyabet öyküsü olmamasına karşın, açlık kan şekeri ve HgA1c'nin yüksek çıkması ani başlayan diyabet düşündürmüş ve maligniteyi dışlamaya yönelik olarak çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) bizi tanıya götürmüştür.

Piyojenik karaciğer apsесinin tanısında ultrasonografi (USG) hızlı, kolay ve her yerde yapılabilir olması ve lezyonları lokalize edebilmesi nedeni ile en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. Ancak USG bizim olgumuzdaki gibi bazı durumlarda tanıda yardımcı olmayabilmektedir. Ultrasonografinin duyarlılığı %79 olarak bildirilmiştir; özellikle apseler küçük, izoekoik ve soliter ise gücü sınırlıdır. Bu nedenle USG'nin negatif olması durumunda belirgin klinik şüphe varsa BT çekilmelidir. BT ise tanıda kullanılan altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir.<sup>[7]</sup>

Piyojenik karaciğer apsесi bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda (yoğun kemoterapi ya da immünyüpresif tedavi alanlar ve DM hastaları) daha sıktır.<sup>[8]</sup> Diyabetle *Klebsiella* nedenli piyojenik karaciğer apsесi arasındaki ilişkiyi vurgulayan olgu sunumları vardır.<sup>[3,8,9]</sup> Bazı çalışmalarda piyojenik karaciğer apsесi olan hastaların yarısında uzun süreli diyabetin olduğu saptanmış ve NBA'nın altında yatan neden olarak rapor edilmiştir.<sup>[10]</sup> Açlık kan şekeri yüksekliği nedeniyle ilk başta ani başlangıçlı diyabet olarak değerlendirilen olgumuzda, bilinen bir diyabet öyküsü olmamakla birlikte HgA1c düzeyinin oldukça yüksek saptanması, bir süredir var olan diyabete yeni tanı konduğunu ve piyojenik karaciğer apsесinin uzun süreli zayıf glisemik kontrol ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Piyojenik karaciğer apsесi genellikle safra yol

ları ve karaciğerin süpüratif infeksiyonlarına sekonder olarak gelişmektedir. Karaciğer apselerinde etken olarak en sık *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ve viridans streptokoklar saptanmaktadır.<sup>[4]</sup> Diyabetle ilişkili piyojenik karaciğer apselerinde etken genellikle *Klebsiella pneumoniae*'dir. *Bacteroides fragilis* piyojenik karaciğer apselerinde seyrek rastlanan bir bakteridir.<sup>[11]</sup> Yapılan literatür taramasında, tip 2 diyabet hastalarında NBA nedeni olarak *Bacteroides fragilis*'in saptandığı karaciğer apsесi olguları bulunamamıştır. Ancak anaerobik etkenlere yönelik tanı konulması güç olabilmekte ve bunun için anaerobik kültür yapılması gerekmektedir. Oysa rutin uygulamada anaerobik kültürler seyrek yapılmaktadır.

Karaciğer apselerinin tedavisinde en etkin yöntem antibiyotik tedavisi ile birlikte drenajdır. Açık cerrahi girişimden önce BT veya USG eşliğinde perkütan drenaj uygulanması önerilmektedir.<sup>[12]</sup> Olgumuzda antibiyotik tedavisine ek olarak görüntüleme eşliğinde apse drenajı yapılmış ve kısa sürede yanıt alınmıştır.

Olgumuzun temel özelliklerini şöyle sıralayabiliriz: 1) Nedeni bilinmeyen ateş etyolojisini araştırma sürecinde tanımlanmıştır. 2) Daha önce bilinen diyabeti yoktur, ancak araştırma sürecinde diyabet tanısı konmuştur. 3) İlk ultrasonografide karaciğerde kitle oluşturan lezyon atlanmıştır. 4) Apse materyalinden yapılan kültürde seyrek görülen anaerobik bakteri *Bacteroides fragilis* üremiştir.

Birinci basamak hekimleri açısından özellikle olgumuzdaki gibi ayrışmamış, kliniği tam oturmamış hastaların tanısında ve özellikle ampirik tedavi verilen hastaların izleminde dikkatli olunmalıdır. Gerektiğinde laboratuvar incelemeleri istemekten ve hastayı bir üst basamağa erken sevk etmekten çekinilmemesi gerekmektedir.

Sonuç olarak karaciğer apsесi nadir görülmesine karşın yüksek mortaliteye sahip olması ve zaman zaman tanı konma güçlüğü yaşanması nedeniyle NBA etyolojisinde önemini korumaktadır ve ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Durack DT, Street AC. Fever of unknown origin-reexamined and redefined. *Curr Clin Top Infect Dis* 1991; 11: 35-51.
2. Ozer S, Ak O, Gencer S, Ustaoglu R, Karagoz G. Nedeni bilinmeyen ateş: 86 olgu bildirisi. *Klimik Derg* 2004; 17 (1): 34-7.
3. Williams R, Larson NS, Pinsker JE. Occult pyogenic liver abscess in an adolescent with type 2 diabetes. *Endocrine* 2014; 45: 335-6.
4. Sifri CD, Madoff LC. Infections of the Liver and Biliary System. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed, Philadelphia, Churchill Livingstone, 2010; 1035-44.
5. Chan KS, Chen CM, Cheng KC, Hou CC, Lin HJ, Yu WL. Pyogenic liver abscess. A retrospective analysis of 107 patients during a 3-year period. *Jpn J Infect Dis* 2005; 58: 366-8.
6. Bugti QA, Baloch MA, Wadood A, Mulghani AH, Azeem B, A JA. Pyogenic liver abscess: demographic, clinical, radiological and bacteriological characteristic and management strategies. *Gomal J Med Sci* 2005; 3: 10-4.
7. Hernandez JL, Ramos C. Pyogenic hepatic abscess: clues for diagnosis in the emergency room. *Clin Microbiol Infect* 2001; 7: 567-70.
8. Rahimian J, Wilson T, Holzman RS. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 1654-9.
9. Yang CC, Chen CY, Lin XZ, Chang TT, Shin JS, Lin CY. Pyogenic liver abscess in Taiwan: emphasis on gas-forming liver abscess in diabetics. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1911-5.
10. Wang J, Yan Y, Xue X, Wang K, Shen D. Comparison of pyogenic liver abscesses caused by hyper mucoviscous *Klebsiella pneumoniae* and non-*Klebsiella pneumoniae* pathogens in Beijing: a retrospective analysis. *J Int Med Res* 2012; 41 (4): 1088-97.
11. Ka K, Ichibangase M, Terashima I, Maeda K. Pyogenic liver abscess due to *Bacteroides fragilis*. *Acta Paediatr Jpn* 1987; 29 (2): 280-6.
12. Gervais DA, Brown SD, Connolly SA, Brec SL, Harisinghani MG, Mueller PR. Percutaneous imaging-guided abdominal and pelvic abscess drainage in children. *Radiographics* 2004; 24: 737-54.

*Geliş tarihi: 06.12.2014*

*Kabul tarihi: 13.03.2015*

*Çevrimiçi yayın tarihi: 14.06.2015*

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Dr. Ahmet Ünal

e-posta: aunal28@hotmail.com

# TAHUD 25. Yıl Fotoğraf Yarışması ve 19 Mayıs Dünya Aile Hekimleri Günü TAHUD Doğa Yürüyüşü

Derneğimizin 25. Kuruluş yılı kapsamında planlanan 25 etkinlikten biri fotoğraf yarışmasıydı. Ayrı bir yarışma düzenlemek yerine, fotoğraf etkinliğini bir doğa etkinliği ile birleştirme düşüncesiyle her yıl düzenlenen ve bu yıl da 15-19 Mayıs 2015'te Sinop'ta yapılması planlanan Doğada Görüntü Avcılığı Yarışması (DOGAY) düzenleme kurulu ile Şubat ayı içinde temasa geçtik. Bu yarışmayı düzenleyen Doğa Araştırmaları, Sporları ve Kurtarma Derneği (DASK) yöneticilerinin olumlu karşılaması üzerine hazırlıklara başladık.

TAHUD Başkanı Prof. Dr. Okay Başak, Genel Sekreteri Uz. Dr. Gökhan Eminsoy, MYK üyeleri Doç. Dr. Hülya Akan ve Uz. Dr. Emrah Kırımlı ile birlikte önce yarışmanın şartnamesini hazırladık

ve duyurusunu yaptık. DOGAY düzenleme kurulu ile birlikte TAHUD tarafından verilecek 25. Yıl Özel Ödülü belirlendi ve aile hekimlerinin de bu yarışmaya katılmaları teşvik edildi. Bu arada bazı üyelerimizden aynı bölgede günü birlik doğa yürüyüşü yapılması isteği geldi. Bunun için Sinop ili Ayancık ilçesi belediyesi ile görüşülerek yürüyüşte izlenecek rota, ulaşım için araç ayarlandı. Ayarlamalar sonrası doğa yürüyüşünün de duyurusu yapıldı.

## DOGAY nedir?

**Ayak izinden başka bir şey bırakma!...**

**Anılardan başka bir şey götürme!...**

**Zamandan başka bir şey öldürme!...**

**Görüntüden başka bir şey alma!...**



Resim 1. İnaltı Kanyonuna doğru yürüyüş



Resim 2. İnaltı Mağarasına giriş



**Resim 3.** İnaltı mağarasında gezinti



**Resim 4.** İnaltı mağarasından çıkış

DOGAY yukarıda tanımlanan ilke ile düzenlenen, Türkiye Fotoğraf Sanatı Federasyonu tarafından desteklenen ülkemizdeki en özgün ve kapsamlı fotoğraf yarışmasıdır. Bir fotoğraf yarışmasının tüm aşamalarının aynı yerde, 72 saat içinde gerçekleştirildiği DOGAY, 1995'ten bu yana her yıl Türkiye'nin farklı bir yöresinde düzenlenmektedir. Her yarışmacı aynı ortamda, aynı iklim ve ışık koşullarında, aynı zaman diliminde fotoğraf çekerek yarışır. Çekimlerin bitmesinden sonra seçici kurul toplanır, fotoğrafları değerlendirir ve yöre halkının katılımı ile ödül töreni yapılır. Dünyada da eşi ol-

mayan ve bu yıl 19. kez düzenlenen DOGAY, 2006 yılından bu yana yabancı yarışmacıların da katılımı ile uluslararası boyuta ulaşmıştır. 2007 yılından itibaren de 7-14 yaş grubu çocuklar için ÇOCUK DOGAY bölümü eklenmiştir.

Bu yılki yarışma Sinop il merkezi ile Erfelek, Ayancık, Gerze ve Boyabat ilçelerinde gerçekleştirildi. Sinop il merkezinde 15 Mayıs akşamı açılış töreni yapıldıktan sonra yarışmacılar 16-17 Mayıs tarihlerinde yarışma alanlarına dağılarak fotoğraf çekimlerini yaptılar. Çekilen fotoğraflar 17 Mayıs'ta saat 24.00'e kadar teslim edildi; 18 Mayıs saat 04.00'e kadar da yarışmacılar seçici kurula sunulacak karelerini ve kategorilerini seçtiler. Bu yıl Genel Doğa, Makro Doğa, Manzara, Tarih, Yerel Yaşam ve Kuşlar olmak üzere altı kategoride yarışıldı. Seçici kurul 18 Mayıs sabahı toplandı ve akşama kadar hem çocukların hem de yetişkinlerin karelerini değerlendirerek birincilik, ikincilik, üçüncülük, mansiyon ve sergileme ödüllerine değer bulunan kareleri belirlediler. Aynı günün akşamı Sinop halkının da katılımı ile çok keyifli bir ödül töreni gerçekleşti.

Ne yazık ki yarışmaya az sayıda aile hekimi katıldı. Sergileme veya ödül kazanan olmadı, ancak aile hekimlerinin en iyi 20 karesi İstanbul'da düzenlenecek olan WONCA 2015 Avrupa Kongresinde sergilenecek. İlginç bir rastlantı sonucu, Makro Doğa kategorisinde verilmesi kararlaştırılan



**Resim 3.** Akgöl'de yürüyüş sırasında görüntü avcılığı

TAHUD 25. Yıl Özel Ödülünü Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan ebe Şerife Balsoy kazandı. Ödülü TAHUD Merkez Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Prof. Dr. Okay Başak verdi.

### 19 Mayıs Dünya Aile Hekimleri Günü TAHUD Doğa Yürüyüşü

Fotoğraf yarışmasının yanısıra, 17 Mayıs Pazar günü Ayancık Belediyesi'nin de katkıları ile bir doğa gezisi gerçekleştirdik. Aile hekimlerinin kendi aileleri ile birlikte katıldıkları bu gezide önce araç ile Sinop'tan Ayancık ilçesine gidildi. Yolda küçük, güzel bir çay bahçesinde çaylarımızı içtik. Ayancık'tan yiyecek-içeceklerimizi de alıp, doğa yürüyüşümüzü yapmak üzere İnaltı Kanyonuna gittik. Yer kabuğunun oluşturduğu jeolojik desenler, kayaların arasından fışkıran sular ve Sinop ve çevresi için endemik olan rengarenk bitki örtüsü eşliğinde yürüyüşümüzü tamamladıktan sonra araçla İnaltı Mağarasına geçtik. Mağaraya girmeden önce yemeklerimizi yedik, sohbet ettik. Ardından duvarları doğal olarak muhteşem renklerle bezenmiş mağaranın içinde yürüdük. Mağaradan çıktığımızda, bekçinin demlediği çay bizi bekliyordu. Çaylarımızı içtikten sonra Akgöl'e gitmek üzere aracımıza bindik. Orman ile çevrili, içinde ve çevresinde endemik çiçeklerin bulunduğu bu küçük, güzel gölün de çevresini gezdikten sonra Ayancık'a döndük. Keyifli bir gün geçirmiş olmanın mutluluğu içinde, biraz da yorulmuş olarak Ayancık Öğretmenevinde deniz manzarası eşliğinde son kez çaylarımızı yudumladıktan sonra Sinop'a doğru yola çıktık.

Yarışmayı düzenleyip, TAHUD'un 25. kuruluş yıl dönümü etkinliklerinden biri olarak katılımı sağlayan DASK gönüllülerine, etkinliği düşünüp gerçekleşmesine önayak olan Sayın Prof. Dr. Okay Başak'a, etkinliğin tasarlanması süreci ile duyurulmasına katkıda bulunan TAHUD Genel Merkez ve Ankara Şube Yönetim Kurulu üyelerine ve



**Resim 4.** İnaltı Mağarasında görüntü avcılığı

en önemlisi Sinop'a gelerek hem DOĞAY'a hem de 19 Mayıs Dünya Aile Hekimleri Günü TAHUD Doğa Yürüyüşüne katılan aile hekimlerine teşekkürler. Daha güzel etkinliklerde birlikte olmak dileğiyle...

**Saygılarımızla.**

**Uz. Dr. Zehra Dağlı**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TAHUD Ankara Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi

# 19 Mayıs Dünya Aile Hekimleri Günü TAHUD İzmir Bisiklet Turu

19 Mayıs günü, 1919 yılında Ulu Önder Atatürk'ün Samsun'a ayak basması nedeniyle hem "19 Mayıs Atatürk'ü Anma Gençlik ve Spor Bayramı" olarak, hem de WONCA'nın 2010 yılında Meksika'da "Dünya Aile Hekimleri Günü" ilan etmesi üzerine, "19 Mayıs Dünya Aile Hekimleri Günü" olarak ülkemizde son beş senedir çifte coşkuyla kutlanmaktadır.

Bu sene TAHUD 25. Yıl İzmir Etkinlik Grubu adına geçen sene ilki düzenlenen bisiklet etkinliğinin ikincisini yaptık. Hem "Dünya Aile Hekimleri Günü" hem de "TAHUD 25. Yıl Kutlamaları" kapsamında düzenlenen bisiklet etkinliğini bu sene de bisikletlerimizle ve bugüne özel tasarladığımız tişörtlerimizle gerçekleştirdik. Geçen seneye ek olarak bu sene WONCA Avrupa Aile Hekimliği Kongresi 2015 İstanbul ana temasına uygun şekilde "Being young, Staying young" bakışıyla hastalarımızla bir araya gelerek bu özel günü kutladık.

Etkinlik öncesinde Etkinlik Grubu olarak bir araya gelerek tişörtlerin tasarımını gerçekleştirdik, afiş tasarımlarımızı yaptık ve sosyal medya yoluyla (Facebook, Twitter, Google Groups...) duyurularımızı tüm İzmir ve çevre il ve ilçelere yaymaya çalıştık.

Kararlaştırdığımız üzere 19 Mayıs 2015 Salı günü saat 18.00'de İzmir Konak'ta bisikletlerimizle bir araya geldik. Ekibin tamamlanmasıyla Konak'tan bu güzel güne neşeli bir başlangıç yaptık ve özel olarak hazırladığımız tişörtlerimizi giyerek Konak vapur iskelesinden Göztepe sahiline kadar bisikletlerimizle güzel bir tur attık. Havanın da güzelliği sayesinde gayet keyifli saatler geçirdik. Turumuza Göztepe sahilinde bir kafede oturarak muhabbetle ve ev yapımı soğuk limonatalar eşliğinde devam ettik. Karşılıklı güzel paylaşımlar, hoş sohbetler oldu. Ve şimdiden seneye de aynı gün yine bir araya gelme sözü verildi.







Geçen sene ilk kez bu organizasyonu yaptığımızda Dünya Aile Hekimleri Günü adına ülkemizde tek büyük kutlama iken, bu sene Türkiye'nin değişik illerinde yapılan kutlamalarla ailemiz canlanmış ve bir arada olacağımız daha güzel bir geleceğe doğru yol aldığımızı bize göstermiştir. Bu vesileyle bu özel günde bizlere eşlik eden tüm hekimlerimize, arkadaşlarımıza teşekkürü bir borç biliriz. Umarız seneye de çok daha güzel bir organizasyon-

da bir araya gelir ve daha büyük bir coşkuyla Aile Hekimliğinin güzel günlerini kutlarız.

### TAHUD 25. Yıl Etkinlikleri İzmir Grubu Adına

**Araš. Gör. Dr. Tuğba Onat, Araş. Gör. Dr.  
Hakan Mut, Araş. Gör. Dr. Candan  
Çopurlar, Uzm. Dr. Tanju Yılmaz**

