

# Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

## *Original Research*

Does Plate Size Used in Food Service Affect Portion Perception?

Knowledge, Attitude and Behaviours of Hospital Staff with  
Regard to the Occupational Health and Safety

Determination of Oral Health Status in Patients Admitted  
to a University Hospital: A Pilot Study

Comparison of Turkey and European Countries  
According to Basic Health Indicators

Satisfaction Assessment and Burnout of Employees in Some  
Community Health Centers in City of Samsun

Youth Perspectives on Intergenerational Solidarity in Families

Passivity, Assertiveness and Aggression Scale-PAAS:  
Study of Reliability and Validity

## *Review*

Management of Sarcopenia in Elderlies

The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care

Community Integration and Social Rights in Mental Health Area

The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) is published online 4 times a year; March, June, September and December. The peer-reviewed journal's chief objective is to provide high-quality continuing medical education for family physicians and other primary care professionals.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) dergisi yılda 4 kez(Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) sadece online olarak 2007 yılından bu yana yayınlanmaktadır. Hakemli derginin ana amacı aile hekimleri ve diğer birinci basamakta görev alan meslek grupları için iyi kalitede sürekli mesleki gelişimi sağlamaktır.

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Contact us:

Nafiz Bozdemir  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
01330, Balcalı- Sarıçam- Adana  
Türkiye

E mail:

tjfmpe@gmail.com  
tjfmpe@cu.edu.tr

Tel: 90-322-3386060-3087

## EDITORS

### Editor in Chief

Nafiz Bozdemir, Çukurova University Medical Faculty, Department of Family Medicine. Adana- Turkey

### Associate Editors in Chief

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)  
Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)

### Editors

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Turkey)  
M. Mümtaz Mazırcıoğlu (Erciyes University, Turkey)  
E. Melih Şahin (Çanakkale Onsekiz Mart University, Turkey)

### International Editors

Lewis D. Ritchie, (Aberdeen University, UK)  
Michael Weingarten, (Bar-Ilan University)  
Donald B. Middleton, (University of Pittsburgh, USA)  
Valius Leonas, (Kaunas University, Lithuania)

### Statistics Editor

Refik Burgut (Çukurova University, Turkey)  
Cahit Özer (Mustafa Kemal University, Turkey)  
İlker Ünal (Çukurova University, Turkey)  
Yaşar Sertdemir (Çukurova University, Turkey)

### Language Editors

#### English Language:

Esra Saatçı (Çukurova University, Turkey)  
Hatice Çubukcu (Çukurova University, Turkey)  
Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Turkey)

#### Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)  
Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Turkey)

### Type setting editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)  
Berrin Telatar (İstanbul Bilim University, Turkey)

### Web Editors

#### Web Application:

Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)  
Bora Gönen (DNA Arge Engineering, Turkey)  
Onur Sürmegözlüer (Family Medicine Center, Niğde, Turkey)

#### Graphic Design:

Mustafa Çelik (K.Sütçü İmam University, Turkey)  
Ö. Tuğrul Çelik (TOBB Economics and  
Technology University, Turkey)

### Editorial Assistants

H. Volkan Tekayak (Çukurova University, Turkey)  
Melike Eraslan (Çukurova University, Turkey)  
Özden Gökdemir (Dokuz Eylül University, Turkey)

### Editorial Board

Neşe Akın  
Seval Akgün  
Zekeriya Aktürk  
Serpil Aydın  
Okay Başak  
Nazan Bilgel  
Selma Çivi  
Nezih Dağdeviren  
Yeltekin Demirel  
Nurşen Düzgün  
Fusun Ersoy  
Süleyman Görpelioğlu  
İsmail Hamdi Kara  
Selçuk Mıstık  
Hikmet Pekcan  
Mehmet Sargın  
Recep Erol Sezer  
Hüseyin Avni Şahin  
Ahmet Muhtar Şengül  
Oğuz Tekin  
Mehmet Urgan  
Murat Ünalacak

Hasan Basri Üstünbaş  
Zeynep Tuzcular Vural  
Hakan Yaman  
Fusun Yarış  
İlker Ünal  
Ali Özer  
Fikret Bademkiran  
Ahmet Barış Güzel  
Ali Deniz  
Ali Batuş  
Aliye Mavili  
Altan Eşşizoğlu  
Anıl Tombak  
Arzu Uzuner  
Ayşegül Yolga Tahiroğlu  
Bektaş Murat Yalçın  
Berrin Telatar  
Bilgin Yüksel  
Birol Güvenç  
Cahit Özer  
Cihangir Özcan  
Davut Baltacı

Derya İren Akbıyık  
Dilek Toprak  
Ediz Yeşilkaya  
Elif Gökçe Arslan  
Ercüment Erbay  
Erkan Melih Şahin  
Ersin Akpınar  
Ertan Mert  
Esat Veli Karakoç  
Figen Turan  
Gamze Özçürümez Bilgili  
Gonca Karataş Karakuş  
Gökhan Tümçör  
Güzel Dişçiğil  
Hacer Yapıcıoğlu  
Hakan Özdoğu  
Hatice Kurdak  
Hülya Çakmur  
Hüseyin Per  
Hüseyin Can  
Hüseyin Avni Şahin  
İbrahim Başhan

İshak Aydemir  
Kadir Özdel  
Kürşad Akadlı Özşahin  
M. Mümtaz Mazıcıoğlu  
Mehmet Sargin  
Mehmet Ungan  
Mehmet Karakaş  
Mehtap Kartal  
Mehtap Evran  
Mete Korkut Gülmen  
Mikail Özdemir  
Murat Ünalacak  
Mustafa Erol  
Mustafa Çelik  
Mustafa Haki Sucaklı  
Nafiz Bozdemir  
Nazan Karaoğlu  
Nil Tekin  
Nilgün Özçakar  
Nurcan Yabancı  
Nurver Turfaner Sipahioğlu  
Orçun Yalav  
Orhan Murat Koçak  
Pemra C. Ünalın  
Ramazan Akçan  
Refik Burgut  
Rengin Güzel  
Rıza Çıtlı  
Ruhuşen Kutlu  
Aydan Gülsüm Genç  
Esra Çalık Var  
Mehmet Uğurlu  
Gülcan Arusoğlu  
Nihal Zekiye Erdem  
Seçil Günher Arıca  
Sedat Kuleci  
Sedef Kuran  
Selim Kadioğlu  
Serdar Gürel  
Serdar Öztora  
Serpil Aydın Demirağ  
Sevgi Özcan  
Seza Ayşe İnal  
Süleyman Özdemir  
Şebnem Bıçakçı  
Tamer Edirne  
Taşkıner Ketenci  
Tunay Sarpel  
Tunç Ozan  
Turan Set  
Ümit Aydoğan  
Veli Duyan  
Vildan Mevsim  
Volkan İzol  
Yiğit Akın  
Yusuf Karataş  
Yüksel Ersoy  
Yüksel Ufuktepe  
Zuhal Sağlam

#### **International Editorial Board**

Afshin Peyrovani- Tehran, Iran  
Alireza Abdollah Shamshirsaz –  
Huston, USA  
Boonchu Pattama- Bangkok,  
Tayland  
Arthanari Ganesan- Tamil Nadu,  
India  
Deepak Chopra, Uttar Pradesh,  
India  
Dr.P.Pandiyan,Pachimuthu- Tamil  
Nadu, India  
Ebiringa Blaise Anyanwu- Delta  
State, Nigeria  
Mahsa Gilanipoor- Tehran- Iran  
Murlean Mills- Sydney, Australia  
Ndifreke Udonwa- Crossriver,  
Nigeria  
Olabode Alli- Nigeria  
Olanrewaju Jerry-Ijishakin- Ondo,  
Nigeria  
Olanrewaju Jerry-Ijishakin-  
Liverpool, UK  
Suneel Pratap Bhatnagar-New  
Delhi, India  
Tamanna S Sinha-Gujarat, India  
Waris Qidwai- Karachi, Pakistan



## Author Guidelines

**Ethical issues:** In cases where approval of the ethical board is needed, a document showing the approval of the board should also be sent by e-mail. When researching on human or animal subjects, compliance with international and national ethical guidelines, and approval of ethical boards are essential. That the research complies with the above mentioned ethical requirements is under the responsibility of the author.

**Research on human subjects:** The journal accepts the compatibility principle, for research articles involving human components, to the conditions articulated in "Helsinki Declaration", "Guidelines For Good Clinical Practices", "Guidelines For Good Laboratory Practices", and to the Regulations of the Turkish Ministry of Health. When research is conducted on human subjects, a letter of permission from the Ethical Board For Clinical Research must be obtained and submitted to the journal. The author must also mention in "Methods and tools" section of the article that a letter of approval from the Ethical Board and "informed consent" signed by subjects participating the research have been obtained. The article shall not be published unless a copy of the approval from the ethical board is submitted to the journal.

**In case reports,** "informed consent" from the patient or in case of need, from his/her legal representative, must be taken disregarding the disclosure of patient's identity, and this should be noted in the article under the title of "case report". The document showing the informed consent of the patient or his/her legal representative must be sent to the journal. In case of research on animals, it is mandatory that the approval from the Ethical Board For Laboratory Animals be obtained and a copy of the document be sent to the journal. It should be mentioned in the tools and method section of the article that all the animals were treated in humane way in compliance with the *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*, ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) and that also the approval report from the Ethical Board For Laboratory Animals has been obtained. Precautions and measures that have been taken to avoid any kind of pain and discomfort during experiments should be clearly explained. The article shall not be published unless an approval report from the Ethical Board has been submitted to the journal.

### Conflict of interest:

If there is any conflict of interest related to the article, it must be declared by the author(s). In case of any kind of direct or indirect commercial ties (employment, direct payment, having stocks, company consulting, setting patent licences, service payment etc.) or if there is a sponsoring institution, authors should declare that they have no relationship with the products or medicine that are being used; or if any relationship exists, this should be explained in the report page to the editör, and also be mentioned in the article in the "Conflict of interest" section that takes place before references.

### Contributions of authorship

In multi-authored articles, contributions of co-author(s) to the research (idea generation, study design, experimental applications, statistics, writing the article, etc.) should be explained under signature and sent to the editor (within the scope of the copyright transfer form). Contribution information must be declared before the references section of the article.

### Financial support

If there is any financial support, grant, editorial (statistical analysis, English-Turkish evaluation) and/or technical assistance received for the research they should be clearly noted before the references.

Authors must also declare the roles of the sponsors (if any), in the following areas: (1) study design, (2) data collection, analysis and interpretation of results, (3) writing process of the report, (4) decision process for submission.

### Copyright

Following the acceptance of the manuscript for publication by the journal, its final version is sent to the corresponding author(s) for approval. If the final version is approved by the author(s) a signed copyright transfer form will be sent electronically. Manuscripts must be submitted by clicking the "Submit your manuscript" link at [www.tjfmpe.gen.tr/](http://www.tjfmpe.gen.tr/)

### Text Format

- 1) Manuscripts should be written in Microsoft Word (MS Word) document format, in Times New Roman, 10 font, single-spaced, and each line must be assigned numbers.
- 2) Prepared within the framework of the features mentioned above, (item 1), it is recommended that the number of pages do not exceed 6 for research articles, 10 for review articles, 2 for letters to the editor, 3 for short reports, 4 for case reports.
- 3) Turkish Dictionary by Turkish Language Association (TDK) or <http://tdkterim.gov.tr/bts/> link must be used as points of reference for manuscripts in Turkish.

All abbreviations/ acronyms should be provided in brackets right after the first occurrence of the related word, and abbreviated forms should be used throughout the text. For internationally recognized abbreviations/acronyms the following resource may be used: *Scientific Style and Format: The CBE Manual for Authors, Editors, and Publishers*, 6th ed. New York: Cambridge University Press, 1994.

Manuscripts should include the following sections:

**1. Abstracts** in Turkish and English, not exceeding 300 words and having Introduction, Method, Findings and Results sections in research articles. No such structuring is required for other types.

**2. Key words** between 2-5, should be provided both in Turkish and English. *Türkçe Bilimsel Terimler* (TBT) link at [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) should be addressed for keywords in Turkish.

For key words in English *Medical Subject Headings* (MeSH) link must be referred to at [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

### Sub Headings

**Research papers** should be structured in the form of Introduction, Method, Results/Findings, Discussion, Conclusions, Acknowledgements, References and Figures, Pictures and Tables.

**Case reports** should be structured in the following way: Introduction, Case , Discussion, Conclusions , References, Figures, Pictures and Tables.

**Review articles, short reports and letters to the editor** may contain titles and subtitles, designated by author (s) and followed by References, Figures, and Tables sections.

It is recommended that the number of charts, pictures, tables and graphs do not exceed 5 for research and review articles, and 2 for others. Charts, pictures, tables and graphs in the article should be numbered according to the order processing . Abbreviations used in figures, tables and graphs should be defined underneath each . Written permission must be obtained for previously published figures, pictures, tables and graphs, and this permission should be stated during the description of figures, pictures, tables and graphs. All charts, pictures, tables and graphs must be placed at appropriate areas in the manuscript submitted. They should be also provided in separate pages following References section. Additionally, pictures / photos should be submitted to the system in separate jpg or .gif files ( 500x400 pixel size of about 8 cm. width, and scanning resolution being 300 ) .

## References

Total number of references are recommended not to exceed 25 in research articles, 50 in review articles , 10 in letters to the editor, brief reports and case reports. References should be written in the order of appearance in the text , and symbols for references, should be placed at the end of the sentence immediately after punctuation marks in the form of superscript. if the number of authors in the article is 6 or less, they should all be listed; if 7 or more, the first six names should be written and " et al ", should be added in English article or "vd "for Turkish. DOI is the only acceptable on-line reference in on-line publications;

**Examples for References** ( please note the punctuation marks ) :

### 1.Articles:

References must include respectively, last name of the author(s), first letter of their first names, title of the article (only the first letter of the first word is capitalized), name of the journal, (use the shorter form if it appears in Index Medicus, otherwise full name), year, month (if applicable), volume, number and pages .

Gold D, Bowden R, Sixbey J, Riggs R, Katon WJ, Ashley R, et al. Chronic fatigue. A prospective clinical and virologic study. JAMA 1990;264:48-53.

Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. Turkish Journal of Family Medicine &Primary Care 2013 Sep;7(3):46-51.DOI:10.5455/tjfm.42859

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology 2002;58(12 Suppl 7):6-12.

### 2.Books:

Last name(s) of the author(s), first letters of their first names, title of the section, name(s) of the editor(s), title of the book, edition number, place of publication, publisher's name, year of publication and page numbers.

### Books published in a foreign language

Curren W. Youth and health. In: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care a Practical Guide. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p.1417-31.

### Books in Turkish:

Akturan U, Eren A. Fenomenoloji. Şahinoğlu AH, Türker B, Akturan U, editörler. Nitel Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. p.83-98.

**When author and editor are the same person:** Last name of the author(s)/editor(s), first letter of their first names, title of the section, title of the book, edition number, place of publication, publisher's name, year of publication and the page numbers.

Helmann GC. Cultural aspect of stress and suffering. In: Culture, Health and Illness. 5th ed. Florida: CRC Press Taylor &Francis Group; 2007. p.288-99.

### Translated books:

Carr RJ. İdrar inkontinansı. Kut A, Eminsoy MG, çev.editörleri.(trans. Eds.) Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014.p.461-71.

### 3.Publications in conference proceedings

Kurdak H. Bedenimiz, neredeyiz, neler yapabiliriz? Mungan NÖ, editör. Kadında periyodik sağlık muayeneleri. I. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Kitabı; 10 Mayıs 2013; Adana, Türkiye. Adana: Ergin Yayınevi; 2013. p. 52-5.

### 4.Dissertations

Yılmaz EE. Adana il merkezindeki lise öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2013.

## Yazarlara Bilgi

### Yayın Politikası

Sağlık ve birinci basamağın gelişmesine ve anlaşılmasına katkı veren yeni bilgiler içeren yazılara dergimiz açıktır. Bu yazılar orijinal makale, olgu sunumu, derleme, editöre mektup, kısa rapor vb. olabilir.

Başvuru için ilk şart yazının başka yerde değerlendirilmediği, başka yerde basılmamış olmasıdır. Yazının başka bir yerde yayınlanmadığı ya da yayınlanmak üzere değerlendirilmediği, herhangi bir çıkar çatışması içinde olup olmadığı ile ilgili bilgileri içeren başvuru mektubu değerlendirilmesi istenen yazı ile birlikte elektronik olarak gönderilmelidir.

**Etik konular:** Etik kurul onayı gereken yazılar gönderilirken ilgili onay belgesi de elektronik olarak gönderilmelidir. İnsanlarda veya hayvanlarda gerçekleştirilen araştırmalarda ulusal ve uluslararası etik kılavuzlara uyum ve ilgili etik kurullardan izin esastır. Makalelerin etik kurullara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar: Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda "Helsinki Bildirgesi", "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu" ve "İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu"nda belirtilen esaslara ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliklerine uygunluk ilkesini kabul eder. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Klinik Araştırmalar Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin dergiye gönderilmesi zorunludur. Yazarlar, makalenin YÖNTEM bölümünde ilgili etik kuruldaki çalışmaya katılmış insanlardan imzalı "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesini aldıklarını belirtmek zorundadır. **Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.**

Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan veya gereği durumunda yasal temsilcisinden "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesi alınmalı ve makalenin olgu sunumu başlığı altında yazılı olarak ifade edilmelidir. Hastadan veya yasal temsilcisinden alınan "**Bilgilendirilmiş gönüllü olur**" belgesi dergiye yollanmalıdır.

Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Deney Hayvanları Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin bir kopyasının dergiye gönderilmesi zorunludur. Araştırmanın YÖNTEM bölümünde, deneysel çalışmalarda tüm hayvanların "Laboratuvar Hayvanlarının Bakım ve Kullanımı Kılavuzu"na (Guide for the Care and Use of Laboratory Animals, [www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) uygun olarak insancıl bir muameleye tabi tutulduğu ve Deney Hayvanları Etik Kurul onay raporu alındığı belirtilmelidir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. **Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.**

**Çıkar çatışmaları:** Yazarlar, makaleleriyle ilgili çıkar çatışmalarını (varsa) bildirmelidirler. Eğer makalede dolaylı veya dolaysız ticari bağlantı (istihdam edilme, doğrudan ödemeler, hisse senedine sahip olma, firma danışmanlığı, patent lisans ayarlamaları, veya hizmet bedeli gibi) veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma v.b ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu, editöre başvuru mektubunda ve ayrıca makalede kaynaklar bölümünden önce "Çıkar çatışması" başlığı altında bildirmek zorundadır.

**Maddi destek:** Araştırma için alınmış finansal destek ve bağış varsa açıkça makalenin kaynaklar bölümünden önce bildirilmek zorundadır. Ayrıca yazarlar aşağıda belirtilen alanlarda, varsa çalışmaya sponsorluk edenlerin rollerini beyan etmelidirler: (1) Çalışmanın tasarımı, (2) Veri toplanması, analizi ve sonuçların yorumlanması, (3) Raporun yazılması, (4) Yayın için gönderilmesine karar verilmesi.

**Yayın hakkı:** Yazı yayına kabul edildikten sonra son haline onay verilmesi için iletişim yazarına gönderilir. Kabulü halinde yazarlarca imzalanan yayın hakkı devir formu elektronik olarak gönderilir. Çok yazarlı makalelerde yazarların araştırmaya katkıları (fikir oluşturma, çalışma tasarımı, deneysel uygulamalar, istatistik, makalenin yazımı, v.b) açıklanmalı ve imzalı olarak editöre (yayın hakkı devir formu kapsamı içinde) sunulmalıdır. Yayın hakkı devir formu [tjfmpe@gmail.com](mailto:tjfmpe@gmail.com) e mail adresine gönderilmelidir.

Yazılar, [www.tjfmpe.gen.tr/](http://www.tjfmpe.gen.tr/) adresindeki, "Submit your manuscript" linki tıklanarak gönderilmelidir.

### Yazı hazırlama kuralları:

- 1) Yazılar, Microsoft Word programı ile hazırlanmalı, metin "Times New Roman" karakteri ile 10 puntoda ve tek satır aralıklı olarak yazılmalıdır. Satır numarası verilmelidir.
- 2) Hazırlanan yazıların bir üst paragrafta belirtilen özellikler çerçevesinde, araştırma makaleleri için 6, derleme yazıları için 10, editöre mektup için 2, kısa raporlar için 3, olgu sunumları için 4 sayfayı geçmemesi önerilir.
- 3) Türkçe yazılarda, Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya <http://tdkterim.gov.tr/bts/> adresi esas alınmalıdır.
- 4) Metin içinde geçen kısaltmalar, kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" (Scientific Style and Format: The CBE Manuel for Authors, Editors, and Publishers, 6th ed. New York: Cambridge University Press, 1994 ) kaynağına başvurulabilir.

### Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

- 1) Başlık; 12 kelimeyi aşmamalıdır
- 2) Türkçe ve İngilizce özet; araştırma yazıları için giriş, yöntem, bulgular, sonuç şeklinde yapılandırılmış, diğer yazılar için bölümsüz olmalı, 300 kelimeyi aşmamalıdır.
- 3) Anahtar kelimeler 2-5 arası, Türkçe ve İngilizce olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)'ne (Kaynak için [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings"e (Kaynak için [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html) adresine başvurulmalıdır.) uygun olarak verilmelidir.
- 4) Konu ile ilgili başlıklar
  - a) Araştırma yazıları: Giriş, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç, teşekkür, kaynaklar, şekil, resim ve tablolar şeklinde yapılandırılmalıdır.
  - b) Olgu sunumları: Giriş, olgu, tartışma, sonuç, kaynaklar, şekil ve tablolar şeklinde yapılandırılmalıdır.
  - c) Derleme, kısa rapor, editöre mektup: Yazar(lar) tarafından belirlenen başlık ve alt başlıklar içerebilir. Kaynaklar, şekil ve tablolar sıralaması ile tamamlanır.
  - d) Şekil, resim ve tabloların araştırma ve derleme yazıları için 5, diğerleri için 2'yi geçmemesi önerilir. Şekil, resim ve tablolara makalede işleniş sırasına uygun olarak numara verilmelidir. Kullanılan kısaltmalar şekil, tablo ve

grafik altında açıklanmalıdır. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise, yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak, şekil, resim ve tablo açıklamasında belirtilmelidir. Tüm şekil, resim ve tablolar, metin içinde geçiş sırasına göre, ilgili yerlere yerleştirilmiş olarak metinle birlikte gönderilmelidir. Resim/fotoğraflar ayrıca, ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm. eninde ve 300 çözünürlükte taranarak) sisteme eklenmelidir.

- e) Kaynakların araştırma makaleleri için 25, derleme yazıları için 50, editöre mektup, kısa rapor, olgu sunumları için 10'dan fazla olmaması önerilir. Kaynaklar, makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra "Üst Simge" olarak belirtilmelidir. Kaynak olarak gösterilen makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp "ve ark", İngilizce makalelerde "et al" eklenmelidir. Sadece on-line yayınlar için; DOI tek kabul edilebilir on-line referanstır.

**Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz):**

1. **Makale:** Yazar(lar)ın soyadı(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi (sadece ilk harf büyük diğerleri küçük), dergi ismi Index Medicus'ta varsa kısaltılarak yoksa tam adı ile, yıl varsa ayı ile birlikte, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir.

Gold D, Bowden R, Sixbey J, Riggs R, Katon WJ, Ashley R, et al. Chronic fatigue. A prospective clinical and virologic study. JAMA 1990;264:48-53.

Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2013 Sep;7(3):46-51. doi:10.5455/tjfm.42859

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology 2002;58(12 Suppl 7):6-12.

2. **Kitap:** Yazar(lar)ın soyadı(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

**Yabancı dilde yayımlanan kitap:**

Curren W. Youth and health. In: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care a Practical Guide. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p.1417-31.

**Türkçe kitap:**

Akturan U, Eren A. Fenomenoloji. Şahinoğlu AH, Türker B, Akturan U, editörler. Nitel Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. p.83-98.

**Yazar ve editörün aynı olduğu kitap:** Yazar(lar)ın/editörün soyadı(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Helmann GC. Cultural aspect of stress and suffering. In: Culture, Health and Illness. 5th ed. Florida: CRC Press Taylor & Francis Group; 2007. p.288-99.

**Çeviri kitap:**

Carr RJ. İdrar inkontinansı. Kut A, Eminsoy MG, çev.editörleri. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014.p.461-71.

## Table of Contents

### Original Research/Orjinal Araştırma

#### Does Plate Size Used in Food Service Affect Portion Perception?

*Yemek Servisinde Kullanılan Tabakların Boyutu Porsiyon Algısını Etkiliyor mu?*

Can Öner, Mehtap Özdemir, Berrin Telatar, Şahin Yeşildağ

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):182-187

doi: 10.21763/tjfm.270704

#### Knowledge, Attitude and Behaviours of Hospital Staff with Regard to the Occupational Health and Safety

*Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları*

Ali Ramazan Benli, Fatma Özenver, Sevilay Sürmen, Seyit Ali Kayış, Murat Koyuncu, Didem Sunay

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):188-195

doi: 10.21763/tjfm.271082

#### Determination of Oral Health Status in Patients Admitted to a University Hospital: A Pilot Study

*Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Ağız Sağlığı Durumlarının Belirlenmesi: Pilot Çalışma*

Gökçen Akçiçek, Hatice Boyacıoğlu Doğru, Nihal Avcu

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):196-204

doi: 10.21763/tjfm.271329

#### Comparison of Turkey and European Countries According to Basic Health Indicators

*Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri*

Selçuk Serdar Köksal, Nurver Turfaner Sipahioğlu, Eray Yurtsever, Suphi Vehid

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):205-212

doi: 10.21763/tjfm.271087

#### Satisfaction Assessment and Burnout of Employees in Some Community Health Centers in City of Samsun

*Samsun İlindeki Bazı Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarında Memnuniyet Düzeyi ve Tükenmişlik Durumu*

Onur Öztürk, Eylem Işık Uyar

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):213-221

doi: 10.21763/tjfm.271092

#### Youth Perspectives on Intergenerational Solidarity in Families

*Genç Nesil Bakışıyla Ailelerde Nesiller Arası Dayanışma*

Serhat Öztürk, Oya Hazer

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):222-232

doi: 10.21763/tjfm.271095

#### Passivity, Assertiveness and Aggression Scale-PAAS: Study of Reliability and Validity

*Edilgenlik, Girişkenlik ve Saldırganlık Ölçeği - EGSÖ: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması*

Veli Duyan, Selahattin Gelbal

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):233-242

doi: 10.21763/tjfm.271329

### Review/Derleme

#### Management of Sarcopenia in Elderlies

*Yaşlı Bireylerde Sarkopeninin Yönetimi*

Hakan Yaman, Ramazan Vural

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):243-249

doi: 10.21763/tjfm.271330

#### The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care

*Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım*

Bektaş Murat Yalçın, Onur Öztürk

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):250-258

doi: 10.21763/tjfm.271331

#### Community Integration and Social Rights in Mental Health Area

*Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar*

Hüsünur Aslantürk

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2016;10(4):259-270

doi: 10.21763/tjfm.271333



Original Research / Özgün Araştırma

# Does Plate Size Used in Food Service Affect Portion Perception?

## Yemek Servisinde Kullanılan Tabakların Boyutu Porsiyon Algısını Etkiliyor mu?

Can Öner<sup>\*1</sup>, Mehtap Özdemir<sup>2</sup>, Berrin Telatar<sup>3</sup>, Şahin Yeşildağ<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** One of the environmental factors affecting obesity is the increased size of food portions. According to widespread belief, people consume much more food with large plates. The food portion perception could be changed with the size of plates. The aim of this study was to evaluate the effect of plate size on food portion perception. **Methods:** This experimental study includes 100 students with ages ranging from 20-34 years. One portion of pasta was served with three different plates. And the portion of pasta was asked to be determined for each plate from each participant separately. The data was analyzed by SPSS 17.0 and a p value below 0.05 was considered as significant. **Results:** The rate of Delboeuf illusion in the second plate was %7 and it reaches up to 23% in the third plate. Nearly half of the participants (49%) had Delboeuf illusion with the first plate. The accuracy of portion evaluations of attendance does not show significant difference according to gender and body mass index. **Conclusion:** As a result, serving foods with small plates may reduce the amount of food and decrease the energy intake. Therefore, it could be used for a cost-effective method for obesity fight.

**Key words:** Obesity, portion sizes, services, energy intake

### ÖZET

**Giriş:** Obeziteye etki eden çevresel faktörlerden birisi de porsiyonların büyümesidir. Büyük tabaklarla yapılan yemek sunumlarında bireyler daha fazla besin tüketmektedir. Gıdanın değişik tabak boyutları ile sunulması durumunda, porsiyon algısı değişebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, tabak boyutunun yiyecek porsiyonlarının görsel tahmini üzerine etkisini incelemektir. **Yöntem:** Deneysel tipteki bu çalışmanın evrenini, yaş aralıkları 20-34 arasında değişen 100 öğrenci oluşturdu. Pişirilmiş 1 porsiyon makarna, çalışmaya katılanlara, boyutları ve şekilleri farklı üç ayrı tabakta sunuldu. Tabaklardan birincisi küçük düz, ikincisi büyük düz, üçüncüsü ise orta boy çukur tabaktı. Her bir katılımcıdan, görsel açıdan tabaklardaki makarna porsiyonlarını tahmin etmeleri istendi (yarım, bir porsiyon, 1.5 porsiyon vs). Elde edilen veriler SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. P değerleri, 0,05 altında olan değerler anlamlı olarak kabul edildi. **Bulgular:** Çalışmaya katılanların %46'sı erkek ve %54'ü kadın, yaş ortalamaları 25,8±4,4 yıl idi. İki numaralı tabak için, Delboeuf yanılsaması yaşayarak servis edilen makarnayı bir porsiyondan az bulanların oranı %7 iken, 3 numaralı tabak için yanılsama yaşayanların oranı %23'tü. En çok yanılsama bir numaralı tabakta yaşandı (%49). Servis edilen makarnanın porsiyonunu doğru tahmin etme açısından, cinsiyet ve beden kitle indeksi açısından her üç tabak için anlamlı bir farklılık bulunamadı (p>0,05). **Sonuç:** Yemeklerin daha küçük kaplarda servis edilmesinin, algılanan porsiyon miktarını değiştirerek kişilerin enerji alımlarını azaltacağından, obeziteyle mücadele açısından etkin bir yöntem olarak kullanılabilirliği düşünüldü.

**Anahtar kelimeler:** Obezite, porsiyon büyüklüğü, servis, enerji alımı

Received / Geliş tarihi: 15.08.2016, Accepted / Kabul tarihi: 08.10.2016

<sup>1</sup> Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

<sup>2</sup> İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü

<sup>3</sup> İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Can Öner, Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul-TÜRKİYE, E-mail: trcanoner@yahoo.com

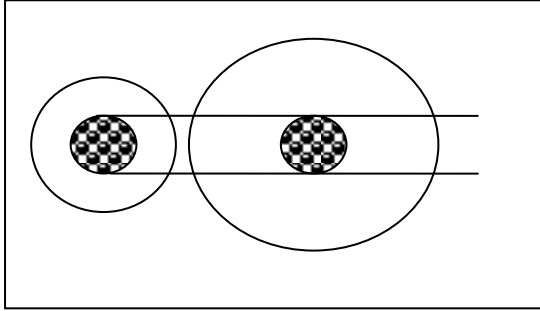
Öner C, Özdemir M, Telatar B, Yeşildağ Ş. Yemek Servisinde Kullanılan Tabakların Boyutu Porsiyon Algısını Etkiliyor mu?. TJFMPC, 2016;10(4): 182-187.

DOI:10.21763/tjfmpe.270704

## GİRİŞ

Obezite, biyolojik, davranışsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan güncel çalışmalar, obezitenin bu kadar çarpıcı bir biçimde yayılmasını, biyolojik nedenlerden çok çevresel faktörlere bağlamaktadır.<sup>1</sup> Bu çevresel faktörler arasında, yüksek enerji ve yağ içeriği olan gıdaların tüketilmesi, fast-food gıda tüketimindeki artış, ekran karşısında geçirilen sürenin artması ve porsiyonların büyümesi sayılabilir. Dışarıda yemek yeme alışkanlığı, obezite üzerine etki eden çevresel faktörlerden birisidir.<sup>2</sup> Dışarıda yemek yemenin yaygınlaşması ile beraber, tüketilen porsiyon boyutlarında son 10-20 yıl içinde belirgin bir artış meydana gelmiştir.<sup>3</sup>

Özellikle son 30 yıl içinde olmak üzere, gıdaların porsiyon büyüklükleri 1970 yılı ile 2000 yılı arasında yaklaşık olarak 10 kat artış göstermiştir. Porsiyonların büyümesine paralel olarak, servis amaçlı kullanılan tabak boyutları da, 1960'dan beri %36 oranında artış göstermiştir. Servis amaçlı kullanılan tabakların, 1920 yılındaki ilk dizaynları ile şu an kullanılanları arasında servis boyutu %62 oranında artmıştır.<sup>4</sup>



**Şekil 1. Delboeuf yanılsaması (1865):** Aynı çaptaki iki çemberin çevresinin daha büyük bir çemberle çevrelenmesi durumunda, çevrelenen çemberin daha küçük olarak algılanması

Bireylerin tüketim davranışları küçük çevresel etkilerle değişebilmektedir. Yemek yeme açısından bakıldığında bu etkilerden önemli bir tanesi de tabak boyutudur. Yapılan çalışmalar büyük tabaklar içinde insanların çok daha fazla besin tükettiğini göstermiştir.<sup>5</sup> Tabak boyutlarının porsiyon algısına etkisi Delboeuf yanılsaması olarak bilinmektedir. Delboeuf, aynı çaptaki iki çemberden birinin çevresinin daha büyük bir çemberle çevrelenmesi durumunda, çevrelenen çemberin daha küçük olarak algılandığını göstermiştir (Şekil 1).<sup>6</sup> Delboeuf yanılsaması sırasında kullanılan çemberlerin arasındaki boşluk ne kadar küçülürse, kişiler çemberleri bir bütün gibi algıladığı için yanılsama olamazken, çemberler arasındaki mesafe arttıkça yanılsama artmaktadır. Çemberlerin çapları 3:4 oranına ulaştıktan sonra ayrışma ve yanılsama başlamakta ve 1:4 oranına

ulaştığında azami düzeyine ulaşmaktadır. Bu yanılsamanın, gıda sunumu açısından etkisi aynı porsiyon büyüklüğündeki bir yemeğin, küçük tabakla servis edildiğinde olduğundan daha fazla, buna karşın büyük bir tabakla servis edildiğinde ise olduğundan daha az algılanmasıdır. Bu çalışmanın amacı, yiyecek porsiyonlarının görsel tahmini üzerine tabak boyutunun etkisini incelemektir.

## YÖNTEM

Deneysel tipteki bu çalışma, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu yemekhanesinde çalışmaya katılmayı kabul eden ve yaş aralıkları 20-34 arasında değişen 100 öğrenci ile yürütülmüştür. Çalışma için örneklem hesabı yapılmamış, verilerin toplanmaya başlandığı Ocak 2015 sonrasında dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmak için onam veren öğrencilerle çalışma yürütülmüştür. Çalışma, Nisan 2015'de sonlandırılmış ve bu dönem içinde toplam 100 öğrenciye ulaşılmıştır. Diyet yapan, iştah durumunu etkileyen ilaç kullanım öyküsü, gebelik veya emzirme öyküsü olan öğrenciler çalışma dışı tutulmuşlardır. Katılımcılardan test öncesi (30 dakika ve daha fazla) su dahil sıvı ve herhangi bir gıda alanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Açlık ve tokluk düzeyleri, porsiyon algısını etkileyebileceği için çalışma tok oldukları saatlerde (15:00- 16:00) yürütülmüştür.

Tokluk düzeyi subjektif bir ölçüt olduğundan, kişilerden tokluk durumlarını vizüel analog skala üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. Bu skala, 10 cm uzunluğunda bir ucunda "tıka basa tokum", diğer ucunda "çok açım" olan bir çizgi idi. Kişilerin işaretlediği noktalar cetvelle ölçülerek 7,5 cm ve üstü değerler " tok " olarak kabul edilmiş, bu değer altı olanlar çalışma dışı tutulmuşlardır. Çalışmada 3 farklı tabak kullanılmıştır.

Kullanılan tabaklar şekil 2'de gösterilmiştir. Bir numaralı tabak 15 cm, 2 numaralı tabak ise 30 cm çapta düz servis tabaklarıdır. Üç numaralı tabak ise 15 cm çaplı çukur servis tabağıdır. Renk ve desen Delboeuf yanılsamasına etki edebileceğinden, her üç tabakta da desen veya renk bulunmamaktadır. Pişirilen 1 porsiyon makarna (pişmiş ağırlığı 200 gr), üç ayrı tabakta katılımcılara sunulmuştur. Tabakların eş zamanlı olarak servis edilmesi katılımcıların porsiyon tahminlerini etkileyebileceğinden, tabaklar katılımcılara ayrı ayrı servis edilmişlerdir. Servis sunumları her katılımcı için farklı sıra ile yapılmıştır. Servis sunumu 1.,2.,3. tabak olarak başlamış ve sonrasında 2.,3.,1. ve 3.,1.,2. tabak ve tekrarı olacak biçimde ilerlemiştir. Her bir katılımcıdan görsel açıdan tabaklardaki makarnanın porsiyonunun tahmin etmeleri istenmiştir (yarım, bir porsiyon, 1,5 porsiyon vs). Çalışma için etik kurul izni alınmıştır (2015/18 sayılı karar).





**Şekil 2. Serviste kullanılan tabaklar**

Elde edilen veriler, SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde; merkezi yığılım ölçütlerinden ortalama ve ortanca; merkezi yaygınlık ölçütlerinden standart sapma ve en büyük-en küçük değer kullanılmıştır. Ayrıca sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılmıştır. P değerleri, 0,05 altında olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## **BULGULAR**

Çalışmaya toplam 100 kişi katılmıştır. Katılımcıların %46'sı erkek (s=46) ve %54'ü (s=54) kadındır, yaş ortalaması 25,8±4,4 yıldır. Katılımcıların ortalama beden kitle indeksi (BKI) 22,5±3,1 kg/m<sup>2</sup>'dir. BKI değerlerine göre sınıflandırıldığında %6'sı zayıf, % 74'ü normal, %17'si kilolu ve %3'ü obezdir.

Çalışmada kullanılan birinci tabak için beklenen Delboeuf yanılsaması, tabaktaki makarnanın olduğundan daha fazla olarak algılanmasıydı. Birinci tabak için, katılımcıların yarısı bu yanılsamayı yaşamıştır (%49, n=49). İkinci tabak için ise, beklenen yanılsama tabaktaki makarnanın olduğundan daha az olarak algılanmasıydı. Katılımcıların çok az bir kısmı bu yanılsamayı yaşarken (%7, n=7), büyük bir kısmı bu tabakta servis edilen makarnanın daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (%45, n=45). Üçüncü tabakta ise servis edilen makarnanın derinlikten dolayı daha az olarak algılanması beklenmekteydi. Katılımcıların %23 (n=23)'ü bu yanılsamayı yaşarken, %35'i (n=35) servis edilen makarnanın bir porsiyondan fazla olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların, her bir tabak için tabaklardaki makarna miktarı ile ilgili tahminleri tablo 1, 2 ve 3'te verilmiştir.



<b>Tablo 1. Bir (1) numaralı küçük düz tabak için yapılan tahminler</b>			
	<1 porsiyon tahmin edenler (%)	1 porsiyon tahmin edenler (%)	>1 porsiyon tahmin edenler (%)
Toplam	9	42	49
Kadın	5	20	29
Erkek	4	22	20
BKI < 25 kg/m <sup>2</sup>	7	33	40
BKI ≥ 25kg/m <sup>2</sup>	2	9	9

\* Delboeuf yanılması yaşayanlar koyu renkte gösterilmiştir.

<b>Tablo 2. İki (2) numaralı (büyük düz) tabak için yapılan tahminler</b>			
	<1 porsiyon tahmin edenler (%)	1 porsiyon tahmin edenler (%)	>1 porsiyon tahmin edenler (%)
Toplam	7	48	45
Kadın	4	26	24
Erkek	3	22	21
BKI < 25 kg/m <sup>2</sup>	6	37	37
BKI ≥ 25kg/m <sup>2</sup>	1	11	8

\* Delboeuf yanılması yaşayanlar koyu renkte gösterilmiştir.

<b>Tablo 3. Üç (3) numaralı (orta boy çukur) tabak için yapılan tahminler</b>			
	<1 porsiyon tahmin edenler (%)	1 porsiyon tahmin edenler (%)	>1 porsiyon tahmin edenler (%)
Toplam	23	42	35
Kadın	12	20	23
Erkek	11	22	12
BKI < 25 kg/m <sup>2</sup>	17	33	30
BKI ≥ 25kg/m <sup>2</sup>	6	9	5

\* Delboeuf yanılması yaşayanlar koyu renkte gösterilmiştir.

Servis edilen makarnanın, porsiyonunu doğru tahmin etme açısından kadınlar ve erkekler arasında her üç tabak içinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (1 numaralı tabak için  $\chi=1,187$ ;  $p=0,276$ ; 2 numaralı tabak için  $\chi=0,001$ ;  $p=0,974$  ve 3 numaralı tabak için  $\chi=1,187$ ;  $p=0,276$ ). Katılımcıların BKI 25 kg/m<sup>2</sup> ve üstü kesme değeri

olarak alındığında kilolu ve obez olan grupla, normal ve zayıf olan grup arasında porsiyon büyüklüğünün doğru tahmin edilmesi açısından üç tabak için anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (1 numaralı tabak için  $\chi=0,092$ ;  $p=0,761$ ; 2 numaralı tabak için  $\chi=0,092$ ;  $p=0,761$  ve 3 numaralı tabak için  $\chi=0,491$ ;  $p=0,483$ ).

## TARTIŞMA

Tabak boyutlarının, yiyecek miktarı algısı üzerindeki etkisinin bir kısmı Delboeuf yanılmasıyla ilgilidir. Delboeuf yanılması, iki eş merkezli çemberin göreceli boyutu, iç çemberin çapı (yiyecek porsiyonu) ve dış çemberin çapı (kabin, tabağın sınırı) arasındaki ilişkiye dayanır.<sup>7</sup> İki çember arasındaki renk kontrastının artması durumunda, eş merkezli çemberlerin arasındaki farklılık daha belirgin hale gelmektedir. Dış çemberin sınırının vurgulanması amacıyla, tabak çevresine farklı renkte bir çevre deseni veya rengi geçirilmesi ve iç çember ve dış çember arasında renk kontrastı oluşturulması, iç merkezdeki çemberin olduğundan daha küçük görülmesini sağlayabilir.<sup>8</sup> Gıda sunumu açısından bakıldığında, servis tabağının dış çevresinin desen veya renkle belirgin hale getirilmesi, sunumu yapılan gıdanın tabakla renk kontrastı yapması, sunulan gıda ile tabak dış sınırı arasında çap oranının 1:4 ulaşması azami düzeyde yanılma yaşanmasını beraberinde getirmektedir.

Bu çalışmada, desen ve renk kontrastın değişkenleri azami düzeyde tutularak, yalnız Delboeuf yanılması etkisi incelenmeye çalışılmıştır. Delboeuf yanılması gereği, katılımcıların 1 numaralı tabaktaki makarnayı olduğundan fazla, 2 numaralı ve 3 numaralı tabakta servis edilen makarnayı olduğundan az olarak algılamaları beklenmekteydi. Beklenen yanılmalardan en çok yanılma 1 numaralı tabakta yaşanırken (%49), 2 numaralı tabakta yanılma yaşayanların oranı %7 ve 3 numaralı tabakta yanılma yaşayanların oranı %23 olarak bulunmuştur. Şaşırtıcı bir biçimde 2 numaralı tabakta servis edilen makarnayı, katılımcıların yaklaşık yarısı (%45) olduğundan fazla olarak algılamışlardır.

Porsiyon algısına, tabak boyutlarının etkisi olup olmadığı halen net olarak aydınlatılamamıştır. Literatürde bireylerin porsiyon algıları ve besin tüketimlerinin servis için kullanılan tabakların boyutuyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu kadar, tabak boyutunun porsiyon algısı üzerine etki etmediğini bildiren çalışmalarda mevcuttur.

Wansink ve Cheney tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada, gıda olarak cips ve çerez, serviste ise 2000 ml ve 4000 ml alan kâseler kullanılmış, büyük ve küçük kâseler arasında

porsiyon algısı açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur.<sup>5</sup> İki yüz yetmiş öğrenci ile yürütülen bir başka çalışmada ise çapları 23 ve 28 cm olan kâğıt tabaklar kullanılmıştır. Çalışmada, katılımcıların akşam yemeğinde sevdikleri bir gıda servis edilmiş, büyük ve küçük tabak arasında porsiyon algısı bakımından anlamlı bir farklılık gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada, gıda türünün standardize edilememiş olması önemli bir kısıtlılıktır.<sup>9</sup> Tabak boyutunun porsiyon algısına etkisi olduğunu gösteren, çocuklar üzerinde yürütülen bir başka çalışmada et kullanılmış, servis ise çapları 18.4 ve 26 cm olan porselen tabaklarla yapılmıştır.<sup>10</sup> Öte yandan Rolls ve arkadaşları 44 erişkini kapsayan ve sunumunda et ve 17, 22, 26 cm çapındaki porselen tabakları kullandıkları çalışmada, tabak boyutlarının porsiyon algısını etkilemedikleri sonucuna varmışlardır.<sup>11</sup> Yine, Yip ve arkadaşları da kilolu ve obez kadın katılımcılardan oluşan çalışma gruplarına, 19,5 cm ve 26,5 cm çaplı porselen tabaklarda sunum yapmışlar ve tabak boyutlarının porsiyon algısını etkilemediği sonucuna varmışlardır.<sup>12</sup>

Yapılan çalışmalarda kullanılan gıda ürünlerinin ve tabak şekil ve boyutlarının değişik olması, bazı çalışmalarda ise çevresel faktörlerin eklenmesi gibi nedenlerle kıyas yapılması zorlaşmaktadır. Literatürde çalışmamıza benzer çalışmalarda mevcuttur. Rolls ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada, sırasıyla 17, 22 ve 26 cm çaplı düz beyaz porselen tabaklara, 45 erişkine self servis olarak ve otuz erişkine de 22 ve 30 cm çaptaki düz beyaz porselen tabaklarda, servise hazır olarak peynirli makarna servisi yapılmış ve tabak boyutlarının porsiyon algısını etkilemediği sonucuna varılmıştır.<sup>11</sup> Yine domates soslu makarnanın kullanıldığı bir başka çalışmada, 48 öğrenci çalışmaya alınmış ve öğrencilere 200 g pişmiş makarna 9 cm ve 24 cm çaptaki tabaklarda servis edilmiştir. Çalışma sonucunda tabak boyutlarının porsiyon algısını etkilemediği sonucuna varılmıştır.<sup>7</sup>

Delboeuf yanılması test dairesi ile, bu daireyi çevreleyen daire arasında kalan boşluk miktarına dayanmaktadır. Diğer bir deyişle daireler arasındaki boşluğun küçük olması görüntünün bütüncül olarak algılanmasına yol açmaktadır.<sup>6</sup> Makarna besin ögesi olarak böyle bir test dairesi (iç daire) oluşturamamaktadır. Bizim çalışmamızda makarna kullanılmıştır. Makarna sunumu açısından tabak içinde kesin sınırlı bir alan yaratamamaktadır (Şekil 1). Bu durumun yanılması oranlarını azalttığımızı düşünüyoruz. Çapları aynı olmasına karşın, 3. tabakta daha fazla kişinin beklenen yanılmayı yaşamaması (%23) üçüncü tabağın çukur tabak olması nedeni ile daha keskin bir test dairesi (iç daire) oluşturması nedeniyle olduğunu düşünüyoruz. Benzer şekilde 3800 mL ve 6900 mL

hacme sahip iki farklı kâsenin kullanıldığı ve domates soslu makarna servisi yapılan bir başka çalışmada kap boyutunun porsiyon algısını etkilediği sonucuna varılmıştır.<sup>13</sup> McClain ve arkadaşlarının yaptıkları ve 338 kişinin katıldığı bir çalışmada, tabak boyutunun porsiyon algısına etkisi incelenmiş büyük tabakla servis edilen gıdaların, olduğundan daha az algılandığını göstermiştir. Aynı çalışmada, tabak kenarında çerçeve geçirilmesinin de benzer şekilde algılanan porsiyon üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir.<sup>8</sup>

Öte yandan 2 numaralı tabakta servis edilen makarnanın, beklenilen aksine bir porsiyondan daha fazla olduğunu bildiren katılımcıların oranının %45 olması, kapların boyutunun da sınıflandırmayı yönlendirebildiğini düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada, katılımcıların %47,9'u büyük düz tabaklarla servis edilen makarnayı daha fazla bulurken, bu oran küçük düz tabak için %22,9 olarak bulunmuştur.<sup>7</sup>

Katılımcıların doğru porsiyon tahmini, beden kitle indeksleri açısından karşılaştırıldığında tabaklar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Literatürde, bizim çalışmamıza benzer sonuçlar olduğu kadar<sup>14</sup>, BKİ ile porsiyon tahmini arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.<sup>15</sup>

Çalışmanın önemli kısıtlılıklarından birisi, çalışmada kullanılan gıdanın Delboeuf yanılması gerçekleştirilecek ölçüde iç daire sınırı oluşturamamasıdır. Çalışma katılımcıların hepsinin benzer yaş grubu ve benzer beslenme örüntüleri olması nedeni ile çalışma sonuçlarının genellemesinde dikkatli olunmalıdır. Gıda tabak arasındaki renk kontrastı ilişkisi ( makarna açısından bakıldığında) çok zayıf olması, yine yanılması üzerine negatif olarak etki etmiş olabilir.

## SONUÇ

Sonuç olarak, küçük düz servis tabağı kullanılarak servis edilen makarna ile katılımcıların %49'u Delboeuf yanılması yaşamış ve servis edilen makarnayı daha fazla olarak algılanmıştır. Delboeuf yanılması renk, kontrast ve çevresel faktörler ile olan ilişkisinin daha net ortaya çıkarılması obezite ile mücadelede önemli bir katkı sağlayabilir. Çalışmamız özelinde, katılımcıların yaklaşık yarısının küçük tabakta sunulan makarna ile yanılması yaşamış olması, yemeklerin daha küçük düz kaplarla servis edilmesi algılanan porsiyon miktarını değiştirerek, kişilerin enerji alımlarını azaltabileceği ve obeziteyle mücadele açısından maliyet etkin bir yöntem olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Brantley PJ, Myers VH, Roy HJ. Environmental and life style influences on obesity. *J La State Med Soc* 2005;157 (1):19-27.
2. Ledikwe JH, Ello-Martin JA, Rolls BJ. Portion size and the obesity epidemic. *J Nutr* 2005;135(4):905-909.
3. Akarçay E, Suğur N. Dışarıda yemek: Eskişehir’de yeni orta sınıfın fast-food yeme-içme örüntüleri. *JSR* 2015; 18 (1):1-29.
4. Nielsen SJ, Popkin BM. Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998. *JAMA* 2003;289 (4):450-453.
5. Wansink B, Cheney MW. Super Bowls: Serving bowl size and food consumption. *JAMA* 2005; 293(14):1732-1728. DOI:10.1001/jama.293.14.1727.
6. Ittersum KV, Wansink B. Plate size and color suggestibility: Delboeuf Illusion’s bias on serving and eating behavior. *J Consum Res* 2012; 39(2):215-228.
7. Penaforte FRO, Japur CC, Diez-Garcia RW, Hernandez JC, Palmma-Linares I, Chiarello PG. Plate size does not affect perception of food portion size. *J Hum Nutr Diet* 2014; 27(S2):214-219. DOI:10.1111/jhn.12111nsink
8. McClain AD, van der Bos W, Matheson D, Desai M, McClure SM, Robinson TN. Visual illusions and plate design: the effects of plate rim widths and rim coloring on perceived food portion size. *Int J Obes (Lond)* 2014;38(5): 657-662. DOI: 10.1038/ijo.2013.169.
9. Sharp D, Sobal J. Using plate mapping to examine sensitivity to plate size in food portions and meal composition among college students. *Appetite* 2012;59(3): 639-645
10. DiSantis KI, Birch LL, Davey A, Serrano EL, Zhang J, Bruton Y, et al. Plate size and children’s appetite. Effects of larger dishware on self-served portions and intake. *Pediatrics* 2013;131(5): 1451-1458.
11. Rolls BJ, Roe LS, Halverson KH, Meengs JS. Using a smaller plate did not reduce energy intake at meals. *Appetite* 2007;49 (3):652-660.
12. YipW, Wiessing KR, Budgett S, Poppitt SD. Using a smaller dining plate does not suppress food intake from a buffet lunch meal in overweight, unrestrained women. *Appetite* 2013 ;69:102-7.
13. van Kleef E, Shimizu M, Wansink B. Serving bowl selection biases the amount of food served. *J Nutr Educ Behav* 2012;44(1):66-70.
14. Brunstrom JM, Rogers PJ, Pothos EM, Calitri R, Tapper K. Estimating everyday portion size using a 'method of constant stimuli': in a student sample, portion size is predicted by gender, dietary behaviour, and hunger, but not BMI. *Appetite* 2008; 51(2):296-301
15. Burger KS, Kern M, Coleman KJ. Characteristics of self-selected portion size in young adults. *J Am Diet Assc* 2007;107:611-818.



# Knowledge, Attitude and Behaviours of Hospital Staff with Regard to the Occupational Health and Safety

## Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları

Ali Ramazan Benli<sup>1</sup>, Fatma Özenver<sup>2</sup>, Sevilay Sürmen<sup>2</sup>, Seyit Ali Kayış<sup>3</sup>, Murat Koyuncu<sup>4</sup>, Didem Sunay<sup>\*1</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** The main objective of the occupational health and safety is to protect the health of the employees and to ensure a safe and healthy environment. The aim of this research is to assess the knowledge, attitude and behaviors of the hospital staff with regard to the occupational health and safety. **Methods:** The universe of the cross-sectional study was consisted of the staffs of Karabük Training and Research Hospital. A questionnaire consisting 4 sections and 23 questions was used to assess the demographical characteristics, usage of Personal Protective Equipments (PPE), trainings of occupational health and safety, occupational accident which they experienced, by face to face interview with the staff who accepted to include into the study between 01.05.2015-31.05.2015. Besides the frequencies and percentage distributions, chi square analysis was used for the evaluation of associations between variables. **Results:** The universe of the study was consisted of 140 student intern and 910 of 1489 staffs who gives care and who has direct contact with the patient at the period that the study conducted in Karabük Training and Research Hospital. 532 of 1050 (%50.6) person accepted to include into the study. The 44.9% of the participants were nurses, 45.5% of them were working in inpatient clinics. 88.9% of them were knew which PPE they would use in their study unit, 93.6% of them noted that PPE usage is necessary, 93.6% have no problem providing PPE, 84% noted that they use PPE in necessary conditions and times. 52.8% of staff who did not use PPE were noticed that they did not use because of workload. 94.1% of participants it was necessary to give Occupational Health and Safety trainings. 33% of the participants have occupational accidents but only 32% have given notification about it. The most seen occupational accident was piercer and sharp object injury (68.8%). 36.9% of the staff whom experienced occupational accident were noticed unsafe behaviour of employee as the reason of accidents. Occupational accidents were seen mostly in inpatient clinics (p=0.0001), and mostly among nurses (p=0.001). The rate of notification accidents was high among nurses (p=0.04). **Conclusion:** Even though the knowledge of the participants is sufficient, this has not been reflected on their attitudes and behaviors. It may cause a change of behavior and attitude in the employee providing that trainings are conducted in line with the education level of the employees, supported with visual elements in the working environment and supported by the management and followed up.

**Keywords:** Occupational health, occupational safety, education, attitude, behavior

### ÖZET

**Giriş:** İş sağlığı ve güvenliğinin temel amacı, çalışanların sağlıklarını korumak, güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışmalarını sağlamaktır. Bu çalışmada, hastane çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırmanın evreni, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarından oluşturulmuştur. Katılımcıların demografik bilgilerini, kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanımını, iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini ve uğradıkları iş kazalarını saptamak amacıyla, 4 bölüm ve 23 sorudan oluşan anket formu, 01.05.2015-31.05.2015 tarihleri arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden çalışanlarla yüz, yüze görüşmelerle doldurulmuştur. Değişkenlere ait frekans ve yüzdesel dağılımların yanında, değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışma evreni, çalışmanın yapıldığı dönemde Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, hizmet veren 1489 personel içinde direk hastayla temas eden 910 kişi ve staj yapan 140 öğrenciden oluşturulmuştur. Toplam 1050 kişiden, 532'si (%50.6) kişi çalışmaya katılmayı kabul etti. Çalışma grubunun %44,9'u hemşirelerden oluşmaktaydı, % 45,5'i servislerde çalışmakta idi. Katılımcıların %88,9'u çalıştığı birimde hangi KKD'leri kullanması gerektiğini bilmekteydi, %93,6'sı KKD kullanımını gerekli olduğunu, %93,6'sı KKD'lerin ulaşılabilir ortamda bulunduğunu, %84'ü KKD'leri kullanılması gereken yer ve zamanlarda kullandığını belirtmiştir. KKD'leri kullanmayanların %52,8'i iş yerindeki yoğunluktan dolayı kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %94,1'i İSG kanunu ile ilgili eğitim verilmesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılardan %33,1'i iş kazası geçirmiş olup, sadece %32,4'ü bildirim yaptığını belirtmiştir. En sık karşılaşılan iş kazası, kesicideli alet yaralanması olarak tespit edilmiştir (%68,8). İş kazası geçirenlerin %36,9'u, kazaların nedeni olarak çalışanın güvenli olmayan davranışını göstermiştir. İş kazalarının, en sık servislerde (p=0,0001) ve hemşirelerde (p=0,001) olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin iş kazasını bildirme oranları daha fazlaydı (p=0,04). **Sonuç:** Katılımcıların, iş kazasından korunma yöntemleri konusunda bilgili olmalarına rağmen, sahip oldukları bilginin uygulama ve davranışa yansımadağı görülmüştür. Bu da eğitim sisteminin sadece bilgi veren durumdan çıkartılıp, tutum ve beceri odaklı olarak değiştirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** İş sağlığı ve güvenliği, bilgi, tutum, davranış

Received / Geliş tarihi: 26.07.2016, Accepted / Kabul tarihi: 08.10.2016

<sup>1</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Birimi

<sup>3</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik

<sup>4</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Didem Sunay, Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Karabük-TÜRKİYE, E-mail: didemsunay@gmail.com

Benli AR, Özenver F, Sürmen S, Kayış SA, Koyuncu M, Sunay D. Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, TJFMPC, 2016;10(4): 188-195.

DOI: 10.21763/tjfm.271082

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), iş sağlığını; “çalışanların sağlıkla ilgili her türlü sorunları ile ilgilenen halk sağlığı dalı” olarak tanımlamaktadır. İş güvenliği de kavram olarak; çalışanların işte karşılaştıkları tehlikelerin ortadan kaldırılması veya azaltılması için getirilmiş kurallar bütünüdür. İş sağlığı, sağlıklı bir yaşam çevresi için gerekli sağlık kurallarını içerirken; iş güvenliği ise daha çok, çalışanın yaşamına ve vücut güvenliğine yönelik tehlikelerin ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır.<sup>1</sup>

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği (İSG) ilk kez 2012 yılında çıkarılan 6331 sayılı kanun ile ele alınmıştır. Kamu ve özel sektör ayrımı gözetmeksizin, stajyerler de dahil tüm çalışanları kapsamaktadır. İş yerlerinin tehlike durumlarına göre sınıflandırılması, iş yerlerinde risk değerlendirmelerinin yapılması, her iş yerinde iş güvenliği uzmanı ve iş yeri hekimi bulundurulması, iş sağlığı ve güvenliği kurulu kurulması, çalışanların sağlık taramalarının, acil durum planlarının yapılması, çalışanların eğitimi, tehlike durumunda işten kaçınma gibi birçok konuları içermektedir.<sup>2</sup> İSG’ye ilişkin tehlike sınıfları tebliğine göre, hastaneler çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Hastanelerde çalışanlar enfeksiyon, kimyasal ve fiziksel riskler gibi birçok sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadır.<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı, hastaneler için “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ve “Çalışan Güvenliği Genelgesi” doğrultusunda çalışanların güvenlikleri ile ilgili önlemler almaya çalışmış, risklerin belirlenmesi ve analiz edilmesi, sağlık taramaları, kişisel koruyucu ekipmanlarla (KKD) ilgili uygulamalara başlamıştır.<sup>4</sup>

Çalışma ortamından kaynaklanan tehlikeler çok sayıda olup, genel olarak fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskler şeklinde beş grupta sınıflandırılmaktadır. Sağlık çalışanlarında en sık görülen iş kazaları, kesici-delici alet yaralanmaları, kan-vücut sıvılarıyla bulaş, ağır kaldırma, düşme, çarpma, takılma, kayma vb. nedenlerden dolayı kas-iskelet sistemi yaralanmaları ve şiddettir. Sağlık çalışanları, kesici-delici aletlerle yaralanmaları ve kan veya kontamine vücut sıvıları ile temas sonucunda, Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D ve HIV gibi hastalıklar başta olmak üzere, çok sayıda patojenin bulaşması açısından sürekli risk altındadırlar.<sup>5</sup>

KKD, çalışmanı yürütülen işten kaynaklanan sağlık ve güvenliği etkileyen bir veya birden fazla riske karşı koruyan, çalışan tarafından giyilen, takılan veya tutulan, bu amaca uygun olarak tasarımı yapılmış tüm alet, araç, gereç ve cihazlar

olarak tanımlanmaktadır.<sup>6</sup> KKD, sağlık çalışanlarının güvenliklerini sağlamada çok önemli bir etken olup çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda kendilerine sağlanan KKD’leri doğru kullanmakla, korumakla, uygun yerlerde ve uygun şekilde muhafaza etmekle yükümlüdür.<sup>6</sup> Sağlık alanında en çok kullanılan KKD türleri ise eldiven, önlük, maske, gözlükler ve siperliklerdir. Sağlık çalışanları, hem kendilerini hem de bakım verdikleri hastaları korumak için uyguladıkları işlemlere göre KKD’lerin bir veya birkaçını birlikte kullanmak durumundadır.<sup>7</sup>

İSG eğitimleri yasal bir zorunluluktur. İSG eğitimlerinin amacı, iş kazaları ve meslek hastalıklarından korunma bilincini çalışana yerleştirmektir. Eğitim, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamları oluşturma açısından hayati bir öneme sahiptir. İşveren, çalışanlarına İSG eğitimlerinin verilmesinden sorumlu tutulmuştur.<sup>8</sup> ILO’nun 2002 yılında hazırladığı "Güvenlik Kültürü Raporu"na göre, meslek hastalıklarının tümü ve iş kazalarının %98’i önlenbilir niteliktedir. Bunun yanı sıra iş kazalarının %80’inin çalışanların, işyerinin güvenlik kurallarına uygun olmayan davranışları, İSG konusundaki bilgi yetersizlikleri ve işverenin konuyu önemsemeyen yaklaşımı nedeniyle çalışan hatalarından kaynaklanıyor olması da eğitim eksikliğini göstermektedir.<sup>9</sup> Bu çalışmada, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarının İSG ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Kesitsel tipteki araştırmanın evreni, çalışmanın yapıldığı dönemde Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, görev yapan ve hastayla direkt temasta bulunan 1050 kişiden oluşturulmuştur. Tüm evrene ulaşılmıştır. Katılımcıların demografik bilgilerini, KKD kullanımını, İSG eğitimlerini ve uğradıkları iş kazalarını saptamak amacıyla, 4 bölüm ve 23 sorudan oluşan anket formu, 01.05.2015-31.05.2015 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden çalışanlarla yüz yüze görüşmelerle doldurulmuştur.

Elde edilen verilerin analizinde R software kullanıldı. Değişkenlere ait frekans ve yüzdesel dağılımların yanında, değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. P<0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu onayıyla yapılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı dönemde Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 1041 kadrolu çalışan (706



sağlık personeli, 335 memur) ve 457 hizmet alımı personeli (204 temizlik grevlisi, 253 diğer) ve 140 stajyer öğrenci çalışmaktaydı. Çalışma evreni hastayla direk temasta bulunan 1050 kişiden oluşturulmuştur. Bunlardan 532 (%50,6) kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılımcının %66,5'i kadın (n=356), %33,5'ü erkekti (n=176). Katılımcıların meslek, çalışılan birim, yaş, eğitim düzeyi ve çalışma süresi dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre çalışma grubunun yarıya yakını (%44,9) hemşirelerden oluşmaktaydı. Yine katılımcıların % 45,5' i servislerde çalışmakta idi.

Katılımcıların %88,9'u, çalıştığı birimde hangi KKD'leri kullanması gerektiğini bilmekteydi. KKD kullanma ile ilgili sorumluluklarını bilenlerin oranı %85,9, KKD kullanımının gerekli olduğunu belirtenlerin oranı %93,6, kısmen gerekli olduğunu belirtenlerin oranı %5,3, gereksiz olduğunu belirtenlerin oranı ise %0,9 idi. Yapılan işe uygun KKD'lerin ulaşılabilir ortamda bulunduğunu belirtenlerin oranı %93,6, kısmen ulaşılabilir olduğunu belirtenlerin oranı %5,3 iken %0,9'u iş ortamlarında KKD'lere ulaşılmasının zor olduğunu belirtmiştir. KKD malzemelerini kullanılması gereken yer ve zamanlarda kullananların oranı %84, kısmen kullananların oranı %13,5, kullanmayanların oranı ise %1,9'du. KKD'leri kısmen kullanan ve kullanmayanlara bu davranışlarının nedeni sorulduğunda; %52,8'i iş yerindeki yoğunluğu, %24,2'si işe yaradığına inanmadıklarını, %17,1'i çalıştıkları alanda KKD'leri bulamadıklarını, %2,1'i ise görünümlerini bozduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %94,1'i İSG kanunu ile ilgili eğitim verilmesinin gerekli olduğunu belirtirken, %5'i gereksiz olduğunu düşünmekteydi. İSG eğitimlerinin iş yerine olumlu yansımalarının olduğunu belirtenlerin oranı %73,3, kısmen olumlu etkilerinin olduğunu düşünenlerin oranı %21,2, olumlu etkilerinin olduğunu düşünmeyenlerin oranı ise %4,5'ti. Katılımcıların %62'si KKD'lerin üzerindeki CE (Confirme Europeene; ürünün insan, hayvan ve çevre açısından sağlıklı ve güvenli olduğunu gösteren, Avrupa Birliği'nin yeni yaklaşım direktiflerine uygunluk işareti) işaretinin anlamını bildiklerini, %33'ü ise bilmediklerini belirtmişlerdir. Çalışanlara, İSG kurallarına gerekli hassasiyeti gösterip göstermedikleri sorulduğunda; %72'si evet, %2,4'ü hayır, %23,1'i kısmen şeklinde cevap verdi. Katılımcıların %85,3'ü yaptıkları işin sağlıkları açısından risk oluşturduğu, %12,8'i ise risk oluşturmadığını belirtmişlerdir.

Katılımcılardan 176'sı (%33,1) iş kazasına uğradığını belirtti. En sık karşılaşılan iş kazası kesici delici alet yaralanması idi (%68,8) (Tablo 2). İş kazası geçiren katılımcılara iş kazasına neden olan durumlar hakkındaki görüşleri sorulduğunda

%36,9'u çalışanın güvenli olmayan davranışı olarak cevaplamıştır. İş kazası geçirenlerin sadece %32,4'ü bildirim yaptığını belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları**

Meslek	Katılımcı Sayısı/Çalışan Sayısı	%
Ebe-Hemşire	239/437	44.9
Doktor	26/192	4.9
Stajyer Öğrenci	127/140	23.9
Temizlik Personeli	83/204	15.6
Röntgen Teknisyeni	26/36	4.9
Laboratuar Teknisyeni	23/31	4.3
Fizyoterapist	8/10	1.5
Toplam	532/1050	50.6
<b>Çalışılan Birim</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Servis	242	45.5
Kan Alma	13	2.4
Poliklinik	41	7.7
Laboratuvar	25	4.7
Röntgen	25	4.7
Fizik Tedavi	16	3.0
Ameliyathane	48	9.0
Yoğun Bakım	51	9.6
Acil	61	11.5
İdare	1	0.2
Sterilizasyon	3	0.6
Patoloji	1	0.2
Diyaliz	4	0.7
Belirtmeyen	1	0.2
Toplam	532	100
<b>Yaş</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
13-18	106	20
19-25	66	12.4
26-35	60	11.2
36-45	249	46.8
46 ve üzeri	48	9.0
Belirtmeyen	3	0.6
Toplam	532	100
<b>Öğrenim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İlk/Ortaokul	64	12.0
Lise ve dengi	173	32.5
Ön Lisans	116	21.8
Lisans	142	26.7
Yüksek Lisans	32	6.0
Diğer	2	0.4
Belirtmeyen	3	0.6
<b>Çalışma Süresi (Yıl)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0-1 Yıl	146	27.4
2-5 Yıl	90	16.9
6-10 Yıl	62	11.6
11-20 Yıl	141	26.5
>20 Yıl	87	16.3
Belirtmeyen	6	1.1
Toplam	532	100

**Tablo 2. Katılımcıların uğradıkları iş kazaları ve iş kazası ile ilgili görüşleri**

		n (%)
<b>İş kazası türü</b>	Kesici delici alet yaralanması	121 (68.8)
	Kan ve vücut sıvısı sıçraması	17 (9.7)
	Düşme	4 (2.3)
	Diğer*	18 (10.2)
	Kesici delici alet yaralanması+ Kan ve vücut sıvısı sıçraması	16 (9.1)
	Toplam	176 (100.0)
<b>Geçirilen iş kazasına neden olan durumlar</b>	Çalışanın güvenli olmayan davranışı	65 (36.9)
	Çalışma ortamının güvenli olmaması	54 (30.7)
	KKD lerin güvenli olmaması	9 (5.1)
	Teknolojinin yeterli olmaması	14 (8.0)
	Yapılan işle ilgili eğitim eksikliği	11 (6.3)
	Birden fazla sebep	16 (9.1)
	Belirtilmemiş	7 (4.0)
	Toplam	176 (100.0)
	<b>İş kazası bildirim</b>	Evet
Hayır		106 (60.2)
Bazen		13 (7.4)
Toplam		176 (100.0)

\*Diğer; ağır kaldırmaya bağlı yaralanmalar, çarpma, alerjik reaksiyon, yanık, deterjan, dezenfektanlar, anestezi gazları, sterilizanlar, kimyasal sterilize ajanlar ve ilaçlar gibi kimyasal bileşen ve radyasyon maruziyeti

Katılımcılara genel olarak iş kazasına neden olan faktörler sorulduğunda; 222'si (%41.7) çalışanların konuyla ilgili eğitim eksikliği, 78'i (%14.7) yönetimden kaynaklanan hatalar, 71'i (%13.3) denetim eksikliği, 48'i (%9.0) teknoloji ile ilgili hatalar, 95'i (17.8) birden faktörün neden olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların 18'i (%3.4) ise soruya cevap vermemiştir.

Mesleklere göre iş kazasına uğrama durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre, hemşirelerin iş kazasına uğrama durumu diğer hastane çalışanlarına göre daha fazlaydı (p=0,001) (Şekil 1).

İş kazası geçirme durumu ile çalışılan birim arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,0001). Buna göre iş kazaları daha çok yataklı servislerde meydana gelmiştir (%38,6) (Şekil 2).

Meslek gruplarına göre geçirilen iş kazası türleri veri sayısı istatistiksel analiz yapmak için yetersiz bulunmuştur. Ancak en sık iş kazası geçiren meslek grubunun hemşirelerin olduğu Şekil 3'de görülmektedir. Katılımcıların, mesleklere göre iş kazası bildirimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup (p=0.04), hemşirelerin iş kazasını bildirme oranları diğer meslek gruplarına göre daha fazlaydı (Şekil 4).

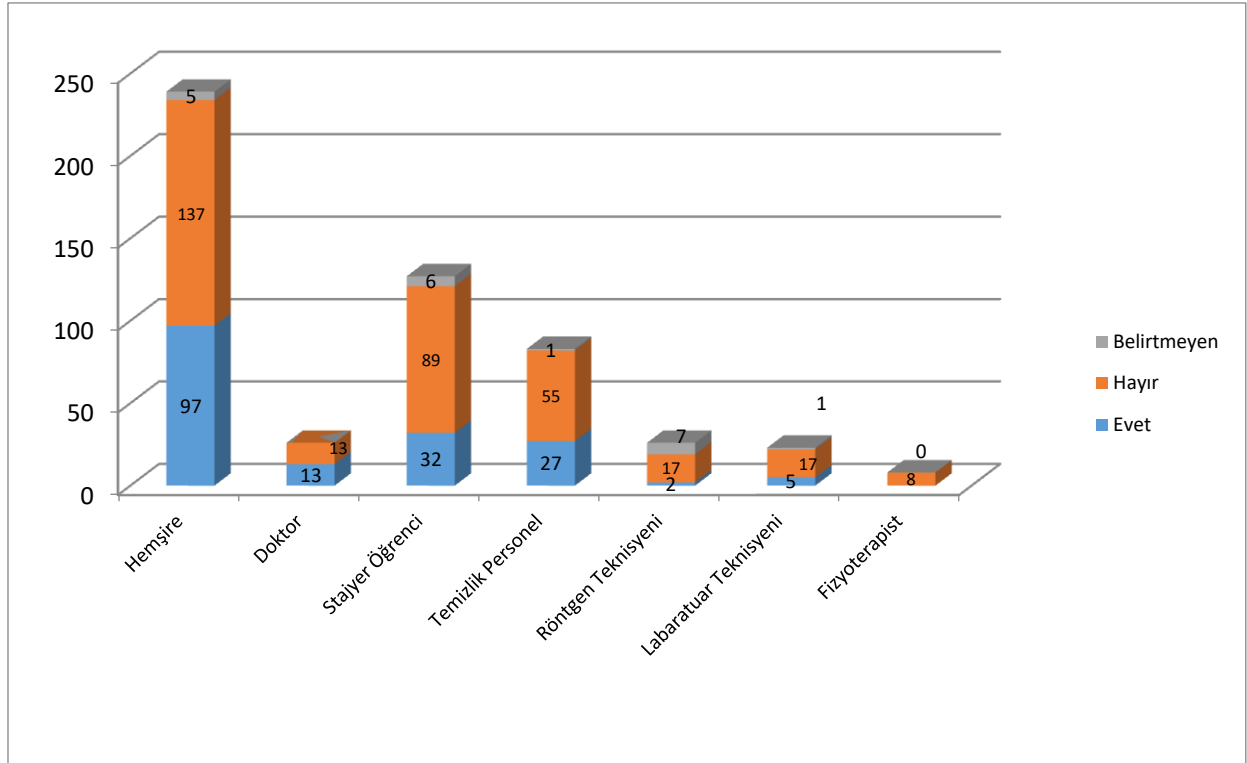
İSG eğitimi alanlarda aldıkları eğitimin çalışma ortamını olumlu etkileyip etkilemediği sorulmuştur. Olumlu etkisi olduğunu düşünenlerin oranı, kısmen olumlu etkisi var diyenlerden fazla (356'a karşın 103) olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,86).

KKD'lerin üzerindeki CE işaretinin ne anlama geldiği sorusuna, %62 evet, %33 oranında hayır bilmiyoruz yanıtı verilmiştir. Eğitim alma durumlarıyla karşılaştırıldığında eğitim alanların %58'i soruyu bildiğini, eğitim alan %30'unun soruyu bilemediğini belirlenmiştir. Mesleklere göre soruyu bilememe durumu incelendiğinde, CE işaretini bilmenin meslek ile ilişkisi olduğu saptandı (p=0,001). Soruyu stajyer öğrencilerin daha fazla oranda bilemedikleri belirlenmiştir.

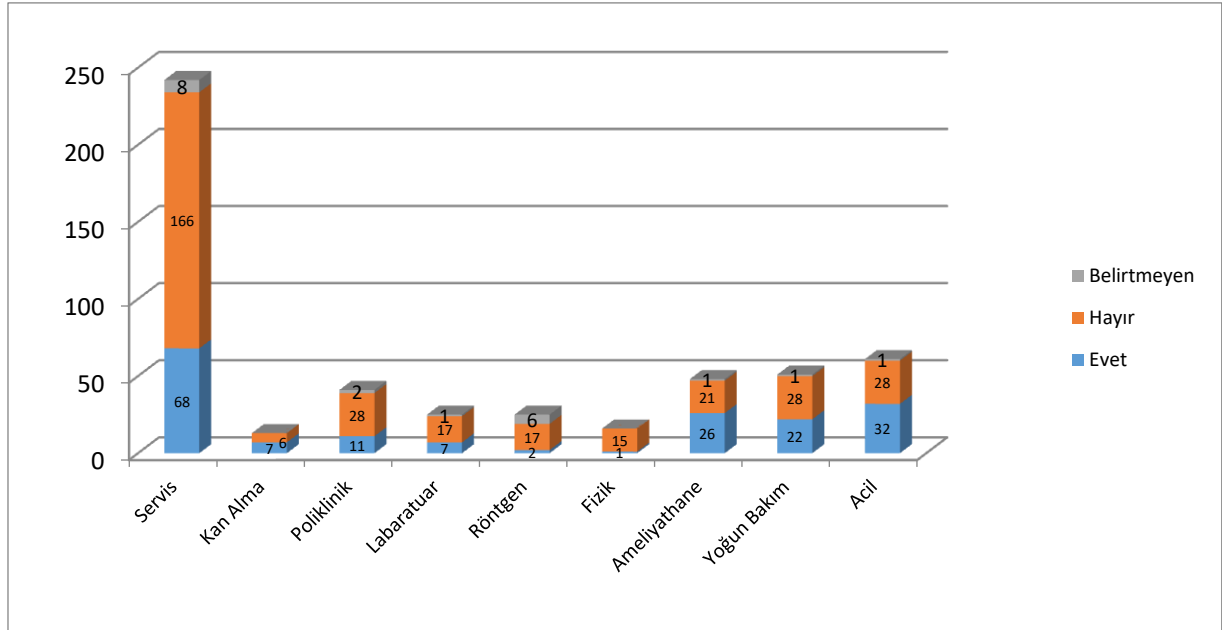
## TARTIŞMA

Bu çalışmada, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki çalışanların, İSG ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek gerekli düzenlemelerin yapılması amaçlanmıştır. Çalışmada, hastane çalışanlarının büyük çoğunluğunun birim bazında kullanacakları KKD malzemelerini ve KKD kullanımı ile ilgili sorumluluklarını bildiği saptanmıştır. Yine büyük çoğunluğu yaptığı işe uygun KKD'lerin kolaylıkla ulaşabileceği biçimde iş ortamında bulunduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar hastane çalışanlarının önemli çoğunluğunun, KKD kullanımı konusunda bilinçli olduklarını göstermektedir. Katılımcıların %12,5'i çalıştığı ortamda KKD malzemelerine kısmen ulaşabildiğini, KKD kullanmadığını belirten çalışanların %17,1'inin çalıştıkları birimde KKD'lere ulaşamadıklarını belirtmesi, birim sorumluları tarafından denetlenmesi gereken bir durumdur. KKD kullanmadığını belirtenlerin yarısından fazlası iş yoğunluğunu sebep olarak gösterirken, dörtte biri KKD'nin işe yaradığına inanmadıkları için kullanmadıklarını belirtmişlerdir. İş yoğunluğu konusu, yönetim tarafından iş yükü

analizi ile araştırılıp gerekli düzenlemeler yapılabilir. KKD'lerin işe yaramadığını düşünen çalışanların, niçin böyle düşündükleri araştırılabilir. Demirebilek ve ark.<sup>10</sup> işçiler üzerinde yaptıkları

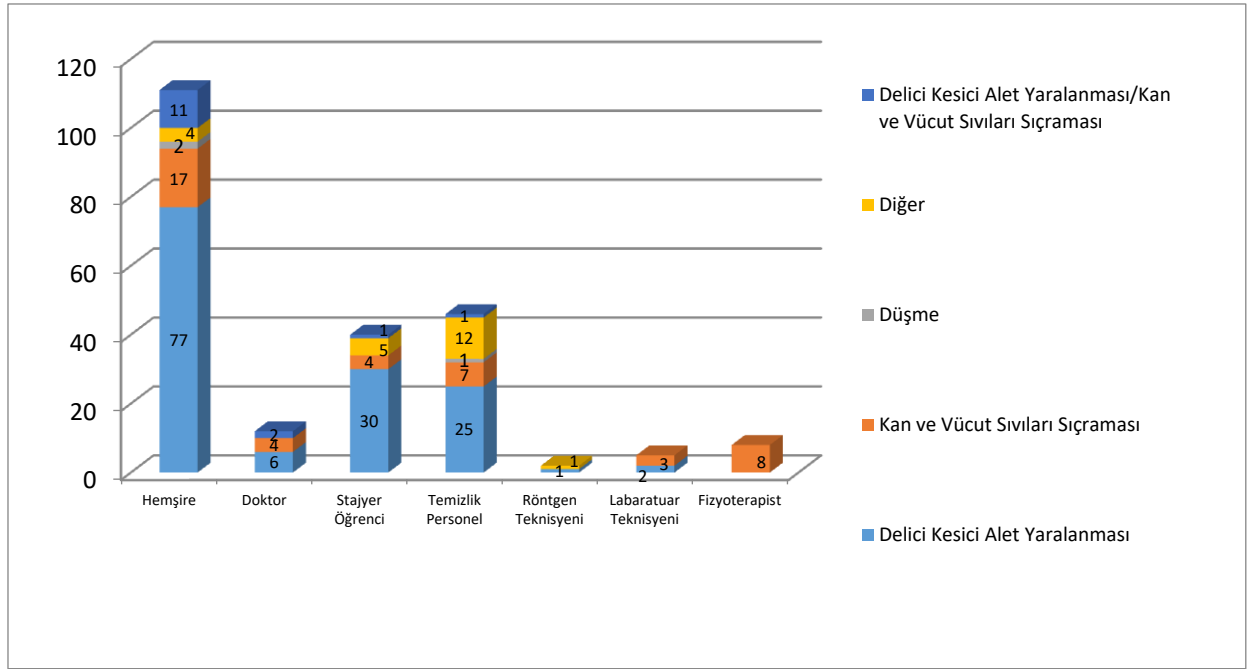


Şekil 1. Meslek gruplarına göre iş kazasına uğrama durumu

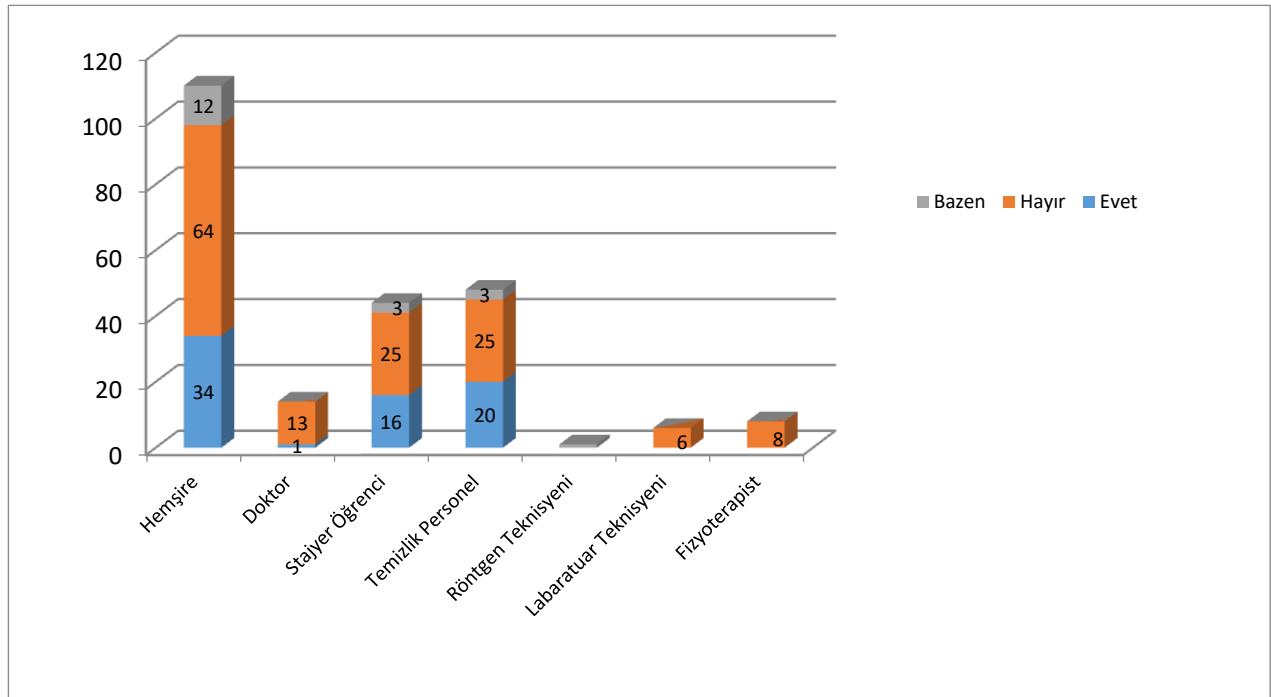


Şekil 2. Çalışılan birimlere göre iş kazası geçirme durumu





Şekil 3. Meslek gruplarına göre geçirilen iş kazası türleri



Şekil 4. Meslek gruplarına göre iş kazasını bildirme durumu

benzer bir çalışmada KKD ulaşma oranı %31,2, KKD kullanma oranı %56,5 olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçları arasındaki farklılık, çalışmamızın

sağlık çalışanları ile yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmüştür.

İSG eğitimlerinin, mutlaka verilmeli diye düşünen çalışan oranı %53,2, verilmeli diye

düşünenlerin oranı %40,9'du. Eğitimlerin çalışma ortamına olumlu katkısı olduğunu düşünenlerin oranı %73,3, kısmen katkısı olduğunu düşünenlerin sayısının %21,2 oranındadır. Çalışmamızda katılımcıların İSG eğitimlerine katılma oranı yüksekti ve katılımcılar, bu eğitimlerin verilmesi gerektiğini ve eğitimlerin çalışma ortamını olumlu etkilediğini düşünmekteydi.

Katılımcıların üçte biri KKD'lerin üzerindeki CE işaretinin ne anlama geldiğini bilmediğini ifade etti. Mesleklere göre soruyu bilme durumu incelendiğinde stajyer öğrenciler arasında bilmeme oranının daha fazla olduğu saptandı. Eğitimlerin, çalışanların eğitim düzeylerine uygun olarak düzenlenmesinin sorunu çözebileceğini düşünmekteyiz.

Hastanemizde hazırlanmış olan el broşürleri, afişler, İSG rehberleri dağıtılmış, eğitimler sıklaştırılmış olmasına rağmen, iş kazaları görülmektedir. Altıok ve ark.'nın<sup>11</sup> araştırmasına göre de, hemşirelerin %83,0'ü, laborantların %74,3'ü, hekimlerin %66,2'sinin kesici delici alet yaralanması geçirdiği belirlenmiştir. Perkütan yaralanmaların, hemşirelerde diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla olduğunu belirten benzer çalışmalar vardır.<sup>12,13</sup> Merih ve ark.<sup>14</sup> yaptıkları üç yıllık bir izlem çalışmasında ise, kesici-delici alet yaralanma oranlarının en fazla temizlik personellerinde (%71.9) görüldüğü ve yaralanmanın en fazla atıkların toplanması sırasında (%59.6) gerçekleştiği saptanmış, hemşireler ise %22.8 oranı ile yaralanmada ikinci sırada yer almıştır. Kuyurtar ve Altıok'un<sup>15</sup> öğrenciler ile yaptıkları bir çalışmada, tıp ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin (sırasıyla %42.3, %74.1) en az bir kez delici ve kesici aletle yaralanmaya maruz kaldıklarını ve yaralanmanın en çok enjektör iğnesi ile yaşandığını belirlemişlerdir. Çalışmada öğrencilerin yaralanma oranı yüksek, yaralanmayı rapor etme oranları düşük bulunmuştur. Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan benzer bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin %65,8'inin 1 yıl içinde 1-3 kez bir kesici-delici aletle yaralandığı ve bunların %21,2'sinin "kontamine olmuş" kesici-delici bir aletle olduğu saptanmıştır.<sup>16</sup> Bizim çalışmamızda, hemşirelerin iş kazası geçirme oranı daha yüksekti ve en sık görülen iş kazası türü kesici delici alet yaralanması idi. Ancak Altıok ve ark.<sup>11</sup> çalışmasıyla karşılaştırıldığında çalışmamızda iş kazası geçirme oranları daha düşük düzeydeydi. İş kazalarının %80' inin çalışanlardan kaynaklandığı düşünülecek olursa, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yayınlarına göre, iş kazaları oluşumunda emniyetsiz hareketler (koruyucuları kullanılmaz hale getirme, bozuk malzeme kullanma, emniyetsiz yükleme, makine ve teçhizatları durdurmadan temizleme, el şakaları

yapma, kişisel koruyucuları kullanmama) gibi durumlar etkili olmaktadır.<sup>17</sup>

Çalışmamızda, katılımcıların üçte biri iş kazası geçirmiş, ancak kaza geçirenlerin sadece üçte biri bu kazaları bildirmiştir. Altıok ve ark.'nın<sup>11</sup> araştırmasında çalışanların %87,3 gibi büyük bir oranda kazaları raporlamadıkları ortaya çıkmıştır. Bildirim yapmayanların yüksek oranı dikkat çekmektedir. İş kazalarında bildirim yapma zorunluluğunun olması yanında, iş kazası bildirim zorunluluğunun sık sık İSG eğitimlerinde anlatılması ile iş kazası geçirenlerin bildirimlerinde artış gözlenmektedir. Bildirim yapmama nedenlerinin (iş yoğunluğu, hizmet alım personelleri iş kaybı korkusu gibi) araştırılması, bildirim düzeyi anketleri yapılması, eğitimlerin sıklaştırılması ile çalışmada tutum değişikliği oluşturulabilir. Kalite birimine 2015 yılında yapılan iş kazası bildirimleri, 2014 yılına göre artmış durumdadır. İSG eğitimlerinin 2014 yılında başladığı düşünülürse, eğitimle çalışanların bildirim düzeylerinin de giderek artacağı düşünülmektedir.

Farklı görüşler ve araştırmalar olmakla birlikte, iş kazalarının %80'inin genellikle çalışanlara, %18'inin çalışma yerindeki tehlike arz eden çevre koşullarına, %2'sinin ise beklenmedik olaylara bağlı olarak meydana geldiği kabul edilmektedir. Bu genelleme ile iş kazalarında %98 oranında, önleyici tedbirler alınarak, kazaların oluşması engellenebilir.<sup>17</sup> Çalışmamızda, iş kazası geçirenlerin %36,9'u çalışanın güvenli olmayan davranışı, %30,7'si çalışma ortamının güvenli olmaması, %5,1'i KKD'lerin güvenli olmaması, %8,0'i teknolojinin yeterli olmaması, %6,3'ü ise yapılan işle ilgili eğitim eksikliği, geçirdikleri iş kazasının nedeni olarak görmekteydi. Bu sonuca göre çalışanın güvenli olmayan davranışı öne geçmiş olup, çalışanların çalışma ortamlarında güvenli görmedikleri faktörler incelenebilir. Demirebilek ve ark.'nın<sup>10</sup> araştırma sonuçlarına göre iş kazalarının %45,3'ünün nedeni çalışanın güvenli olmayan davranışı, %53,5'inin ise iş güvenliği olmayan çalışma ortamıdır. Çalışmamızda, katılımcıların yarıya yakını iş kazalarının oluşmasında en etkili faktörün eğitim eksikliği olduğunu, denetim eksikliğinin de bir diğer önemli faktör olduğunu belirtmişlerdir.

## SONUÇ

İSG eğitimleri, iş yerlerinde güvenlik kültürünün oluşmasında, tehlikeli davranışın tehlikeli olmayan davranışla değiştirilmesinde, çok önemli bir role sahiptir. Eğitime katılımın yüksek olarak saptandığı araştırmamızda, çalışanların bilgi durumlarının iyi olmasına rağmen bunun tutum ve davranışa dönüşmediği, iş kazalarının görüldüğü ancak bildirimlerin az olduğu ortaya çıkmıştır.

Eğitimlerin, çalışanların eğitim düzeylerine uygun, çalışılan iş ortamlarında ve görsel öğelerle destekli yapılması bu süreçte daha faydalı olacaktır. Kurum yöneticilerinin konuyla ilgili gerekli destek ve takipleri sağlanması, çalışmada davranış ve tutum değişikliği oluşturulabilir.

Araştırma başka bir dergide yayınlanmamış veya değerlendirilmek üzere gönderilmemiştir

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

## KAYNAKLAR

1. Cennet T. İş Sağlığı ve İş Güvenliği Mevzuatı. İstanbul, Hanla Matbaacılık, 2000;22-5.
2. T.C.Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.6331 Sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu. Ankara, 2012.
3. Resmi Gazete. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin işyeri tehlike sınıfları tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ.18.04.2014;Sayı:28976. Erişim tarihi: Mayıs 2016
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon-5. Ankara,2015.
5. Kışioğlu N, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Bir üniversite hastanesi sağlık personelinde kesici delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışlar. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2002; 22:390-6.
6. Resmi Gazete. Kişisel koruyucu donanımların işyerlerinde kullanılması hakkında yönetmelik. 02.07.2013; Sayı:28695. Erişim tarihi: Mayıs 2016
7. Beşer A, Topçu S. Sağlık alanında kişisel koruyucu ekipman kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(1): 241-7.
8. Resmi Gazete. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında yönetmelik. 15.05.2013; Sayı: 28648.
9. Kılıkış İ, Demir S. İşverenin iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verme yükümlülüğü üzerine bir inceleme. Çalışma İlişkileri Dergisi 2012;3(1): 23-47.
10. Demirbilek T, Çakır Ö. Kişisel koruyucu donanım kullanımını etkileyen bireysel ve örgütsel değişkenler. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008;23(2):173-91.
11. Altıok M, Kuyurtar F, Karaçorlu S, Ersöz G, Erdoğan S. Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):70-9.
12. Kermode M, Jolley D, Langkham B, Thomas MS, Nick Crofts N. Occupational exposure to blood and risk of bloodborne virus infection among health care workers in rural North Indian health care settings. Am J Infect Control 2005;33 (1): 34-41.
13. Shiao JSC, Ming-Siou Lin MS, Shih TS, Jagger J, Chen CJ National incidence of percutaneous injury in Taiwan healthcare workers. Research in Nursing & Health 2008; 31 (3): 172–179.
14. Merih YD, Kocabey MY, Çırpı F, Bolca Z, Celayir AC. Bir devlet hastanesinde 1 yıl içinde görülen kesici-delici alet yaralanmalarının epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik önlemler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009;40(1): 11-5.
15. Kuyurtar F, Altıok M. Tıp ve hemşire öğrencilerinin delici/kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve aldıkları önlemler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):67-84.
16. Samancıoğlu S, Ünlü D, Durmaz Akyol A. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kesici delici aletle yaralanma durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 16:1
17. Camkurt MZ. İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi 2007; 20(6): 80-106.



# Determination of Oral Health Status in Patients Admitted to a University Hospital: A Pilot Study

## Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Ağız Sağlığı Durumlarının Belirlenmesi: Pilot Çalışma

Gökçen Akçiçek<sup>\*1</sup>, Hatice Boyacıoğlu Doğru<sup>1</sup>, Nihal Avcu<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Aim:** Oral mucosa, tongue, dentition and bone are important parameters for oral and systemic health care. A wide variety of lesions and conditions, either harmless or harmful, can affect the oral cavity. Identification and treatment of these conditions are an important part of oral health care. The aim of this study was to evaluate the general oral health status, by assessing the prevalence and types of mucosal, tongue, dental and jaw lesions, in a group of patients. **Materials and methods:** This study was conducted in a group of 314 dental outpatients. Participants' oral mucosal, tongue, dental, jaw lesions and their locations were recorded. Data were analyzed using logistic regression analysis. **Results:** Three hundred and fourteen patients (40.1% female, 59.9% male), 148 (47.1%) of whom exhibited one or more mucosal lesions, 40 (12.7%) tongue lesions, 242 (77.1%) one or more acquired dental conditions, 61 (19.4%) one or more dental anomalies, and 22 (7.0%) bone manifestations in the jaws. The most commonly detected mucosal lesions were Fordyce's granules (20.1%), linea alba buccalis (16.9%), melanoplakia (15.9%), and frictional keratosis (2.5%). Fissured tongue (8.0%), geographic tongue (1.6%), lingual varicosity (1.3%) and coated tongue (1.3%) were the most commonly determined tongue lesions. The most commonly detected dental anomalies were hypodontia (6.1%), microdontia (4.1%), dilaceration (4.1%), and enamel hypoplasia (2.5%). Exostoses (4.1%), enostoses (1.0%) and fibro-osseous lesions (1.0%) were the most commonly detected bone manifestations in the jaws. **Conclusion:** Oral mucosal and tongue lesions could be a sign of systemic diseases and also could form a base for oral cancers. In this study oral mucosal lesions and tongue lesions prevalence were high but fortunately all the detected conditions were harmless, benign conditions. This emphasizes the importance of familiarity, awareness, and differentiation of these lesions and conditions to avoid unnecessary treatments.

**Key words:** Oral health, oral mucosal lesions, tooth anomalies, tongue lesions

### ÖZET

**Amaç:** Oral mukoza, dil, dentisyon ve çene kemikleri ağız ve genel sağlığın önemli parametreleridir. Zararlı ve zararsız birçok lezyon ve durum oral kaviteyi etkileyebilir. Bu durumların tespit ve tedavileri ağız ve genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Bu çalışmanın amacı, bir grup hastanın ağız sağlığı durumlarının mukoza, dil, diş ve çene lezyonlarının prevalans ve tipleri değerlendirilerek belirlenmesidir. **Gereç ve yöntem:** Bu çalışmaya diş hekimliği fakültesine başvuran 314 hasta katıldı. Katılımcıların oral mukoza, dil, diş ve çene kemiklerindeki lezyonlar ve bu lezyonların lokalizasyonları kaydedildi. Veriler lojistik regresyon modeli oluşturularak incelendi. **Bulgular:** Üç yüz on dört hastanın (%40.1 kadın, %59.9 erkek), 148'inde (%47.1) bir veya birden fazla mukoza lezyonu, 40'ında (%12.7) dil lezyonu, 242'sinde (%77.1) kazanılmış bir veya birden fazla dental patoloji, 61'inde (%19.4) bir veya birden fazla diş anomalisi ve 22'sinde (%7.0) kemik lezyonu tespit edildi. En sık karşılaşılan mukoza lezyonları Fordyce's granülleri (%20.1), linea alba bukkalis (%16.9), melanoplaki (%15.9) ve friksiyonel keratozis (%2.5) olarak saptandı. Fissürlü dil (%8.0), coğrafik dil (%1.6), lingual varikositler (%1.3) ve paslı dil (%1.3) ise en sık tespit edilen dil lezyonlarıydı. En sık karşılaşılan dental anomaliler hipodonti (%6.1), mikrodoniti (%4.1), dilaserasyon (%4.1) ve mine hipoplazisi (%2.5) olarak tespit edildi. Ekzostoz (%4.1), enostoz (%1.0) ve fibro-osseözlezyonlar (%1.0) ise en sık karşılaşılan kemik lezyonlarıydı. **Sonuç:** Oral mukoza ve dildeki lezyonlar sistemik bir hastalığın bulgusu olabileceği gibi oral kanserlere zemin de oluşturabilmektedirler. Bu çalışmada oral mukoza ve dil lezyonlarının prevalansı yüksek olmakla birlikte saptanan tüm durumların zararsız ve iyi huylu olduğu belirlendi. Elde edilen sonuçlar bu tarz lezyon ve durumların bilinmesi ve ayırıcı tanılarının yapılarak gereksiz tedavilerin önlenmesinin son derece önemli olduğunu vurgulamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Ağız sağlığı, dil lezyonları, diş anomalisi, oral mukoza lezyonları

Received / Geliştirilme Tarihi: 04.09.2016, Accepted / Kabul Tarihi: 08.10.2016

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gökçen Akçiçek, Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Ankara-TÜRKİYE, E-mail: gokcen.akcicek@hacettepe.edu.tr

Akçiçek G, Doğru HB, Avcu N. Determination of oral health status in patients admitted to a university hospital: a pilot study. TJFMPC, 2016;10(4): 196-204. DOI: 10.21763/tjfm.271329

## INTRODUCTION

Oral health is an inseparable part of general health and an important part of every individual's quality of life. Oral mucosa, tongue, dentition and bone are important components for oral health. Oral mucosa serves as a protective barrier against various factors such as trauma, pathogens, and carcinogenic agents. A wide variety of lesions and conditions, either harmless or harmful, can affect the oral mucosa. Identification and treatment of these conditions are an important part of oral and also systemic health care.<sup>1,2</sup>

Tongue is the most accessible organ of the oral cavity and it performs various functions such as taste, swallowing, speech, and general sensation.<sup>1,3</sup> In many studies oral mucosal lesions (OMLs) included tongue lesions.<sup>4,5</sup> In this study tongue lesions are evaluated separately from mucosal lesions.

Dentition is the essential part in total oral health care and is the main factor that makes patients to visit the dentist. Although acquired dental conditions are most common complaints brought to dentists by patients, diagnosis and treatment of dental anomalies are also important due to the disturbances they could create in maxillary and mandibular dental arch lengths and occlusions.<sup>6</sup>

While some bone manifestations of the jaws are usually benign, and there is rarely a reason for removal, some which are aggressive or malign in nature and need to be removed. It is important to make the differentiation of these lesions to avoid unnecessary surgery for benign lesions or delay in the treatment for malign lesions.<sup>7</sup>

Earlier epidemiologic studies of the oral health status of the general population in Turkey focused on specific topics such as lesions related to mucosa, tongue, dentition or bone separately.<sup>3,4,6-11</sup> The aim of this study was to evaluate the general oral health status, by assessing the prevalence and types of mucosal, tongue, dental and jaw lesions, in a group of patients. This information will serve as a baseline for future studies and could be useful not only in dentistry but also for family medicine and primary care education protocols to improve oral health status in this country.

## MATERIALS AND METHODS

This study was conducted at the Hacettepe University Faculty of Dentistry Department of Dentomaxillofacial Radiology in a group of 314 adult patients. The study was approved by the Ethical Committee of the Hacettepe University, and it is in compliance with the Helsinki Declaration. All of the voluntary participants had given their informed consent. Age, gender and systemic conditions of the participants were also recorded. There were no exclusion criteria. The patients were examined by the same researchers (2 research assistants). The researchers were calibrated by a professor of dentomaxillofacial radiology for oral mucosa lesions, tongue lesions, acquired dental conditions, dental anomalies, and jaw pathologies. Throughout the study, the examinations were carried out separately but in situations when either examiner failed to reach a decisive opinion, the examiners discussed the particular case and established a consensus and included it in the study. Clinical and radiologic examinations were performed according to the patient's individual needs and lesions were diagnosed according to the WHO guidelines<sup>12</sup>, *Color Atlas of Common Oral Diseases*<sup>1</sup> and the *Oral Radiology*<sup>7</sup>. Type of the lesions and their locations were recorded. Recurrent aphthae and recurrent herpes were recorded if observed at the time of examination. The diagnosis was based on clinical and radiological examinations and histopathologic confirmation of the lesions was not used in this study. Periodontal and gingival diseases were not included in this study.

Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences for Windows 19.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) and logistic regression analysis was used. The differences smaller than 0.05 ( $p < 0.05$ ) was accepted as statistically significant.

## RESULTS

The demographic characteristics and systemic conditions of the 314 patients (40.1% female and 59.9% male) are shown in Table 1. The patients had various systemic conditions and the most common were cardiovascular diseases (mainly hypertension  $n=40$ , 12.7%), allergies and thyroid dysfunctions.

Out of these 314 patients, there were 148 participants (47.1%) who exhibited one or more mucosal lesions, 40 patients (12.7%) with tongue

lesions, 242 patients (77.1%) showed one or more acquired dental conditions, 61 patients (19.4%) had

**Table 1. Demographic characteristics and systemic conditions of the patients**

	Number (n)	Percentage(%)
<b>Gender</b>		
Male	188	59.9
Female	126	40.1
<b>Age group</b>		
18-30	102	32.5
31-40	63	20.1
41-50	71	22.6
51-60	49	15.6
61-70	21	6.7
71-80	6	1.9
81-90	2	0.6
<b>Systemic condition</b>		
Healthy	177	56.4
Cardiovascular diseases	62	19.7
Thyroid dysfunctions	18	5.7
Allergies	18	5.7
Neurologic-psychiatric disorders	17	5.4
Lung diseases	17	5.4
Musculoskeletal-connective tissue diseases	15	4.8
Endocrine Diseases (Diabetes Mellitus)	13	4.1
Sinusitis	11	3.5
Gastrointestinal diseases	11	3.5
Liver diseases	10	3.2
Cancer	7	2.2
Hematologic disorders	5	1.6
Chronic renal failure	2	0.6
Other	3	0.9

one or more dental anomalies, and 22 of them (7.0%) diagnosed with bone manifestations in the jaws (Table 2).

The most commonly detected mucosal lesions were Fordyce's granules (20.1%), linea alba buccalis (16.9%), melanoplakia (15.9%), and frictional keratosis (2.5%). No malignant lesions were found in any participants. Localizations of the lesions are shown in Table 3. Although there was no significant relation between gender, age or systemic conditions and mucosal lesions ( $p>0.05$ ), the prevalence of mucosal lesions was highest in the age group of 41-50 years.

Fissured tongue (8.0%), geographic tongue (1.6%), lingual varicosity (1.3%) and coated tongue (1.3%) were the most commonly determined tongue

lesions. There was no significant relation between the tongue lesions and gender and systemic conditions ( $p>0.05$ ). There was a significant relation between the tongue lesions and the age groups of 51-60 and 61-70 years ( $p<0.05$ ). The age groups of 51-60 and 61-70 had the highest risk for tongue lesions. Although the age group of 71-80 years had a high prevalence for tongue lesions this relation was not statistically significant ( $p>0.05$ ).

The most commonly detected acquired dental conditions were caries (67.5%), periapical infections (17.5%), pulp stones (6.4%) and attritions (5.7%). There was no significant relation among acquired dental conditions, age, gender and systemic conditions ( $p>0.05$ ). However, the age group of 61-70 years had the highest prevalence.



The most commonly detected dental anomalies were hypodontia (6.1%), microdontia (4.1%), root dilaceration (4.1%), and enamel hypoplasia (2.5%). There was a significant relation between dental anomalies and gender, especially males had a lower risk for dental anomalies

( $p < 0.05$ ). Age had a significant relation with dental anomalies ( $p < 0.05$ ) and the age group of 18-30 years had the highest prevalence. There was no significant relation between dental anomalies and systemic conditions ( $p > 0.05$ ).

**Table 2. Types and percentages of the mucosal lesions, tongue lesions, acquired dental conditions, dental anomalies and bone manifestations of the jaws**

	Number (n)	Percentage (%)
<b>Mucosal Lesions*</b>	<b>148</b>	<b>47.1</b>
Fordeyce's granules	63	20.1
Linea alba buccalis	53	16.9
Melanoplakia	50	15.9
Frictional keratosis	8	2.5
Others <sup>1</sup>		
<b>Tongue Lesions</b>	<b>40</b>	<b>12.7</b>
Fissured tongue	25	8.0
Geographic tongue	5	1.6
Lingual varicosity	4	1.3
Coated tongue	4	1.3
Others <sup>2</sup>		
<b>Acquired Dental Conditions*</b>	<b>242</b>	<b>77.1</b>
Caries	212	67.5
Periapical infection	55	17.5
Pulp stones	20	6.4
Attrition	18	5.7
Others <sup>3</sup>		
<b>Dental Anomalies*</b>	<b>61</b>	<b>19.4</b>
Hypodontia	19	6.1
Microdontia	13	4.1
Dilaceration	13	4.1
Enamel hypoplasia	8	2.5
Others <sup>4</sup>		
<b>Bone Manifestations of the Jaws</b>	<b>22</b>	<b>7.0</b>
Torus	13	4.1
Enostoses	5	1.6
Fibrous lesions	3	1.0
Socket sclerosis	1	0.3

\*sum of the subgroups was not equal to the total number of patients in this group because patients had one or more conditions together.

<sup>1</sup>aphthous ulcers (n=8, 2.5%), leukoedema (n=7, 2.2%), purpura (n=6, 1.9%), denture stomatitis (n=6, 1.9%), morsicato buccarum (n=3, 1.0%), lip pits (n=3, 1.0%), chemical burns (n=2, 0.6%), peripheral scar (n=2, 0.6%), epulis fissuratum (n=2, 0.6%), irritation fibroma (n=1, 0.3%), herpes labialis (n=1, 0.3%), angular cheilitis (n=2, 0.6%)

<sup>2</sup>hairy tongue (n=2, 0.6%), crenated tongue (n=1, 0.3%)

<sup>3</sup>enamel cracks (n=16, 5.1%), abrasion (n=15, 4.8%), pulpitis (n=7, 2.2%), root resorption (n=2, 0.6%), hypercementosis (n=1, 0.3%)

<sup>4</sup>hyperdontia (n=4, 1.3%), rotation (n=3, 1.0%), dens in dente (n=3, 1.0%), talon cusp (n=2, 0.6%), fusion/germination (n=1, 0.3%)

<b>Table 3. Localizations of the mucosal lesions</b>			
<b>Mucosal lesions</b>	<b>Localization</b>	<b>Number (n)</b>	<b>Percentage (%)</b>
Fordyce's granules	Bilateral buccal mucosa	43	68.3
	Lips	10	15.9
	Bilateral buccal mucosa and lips	6	9.5
	Unilateral buccal mucosa	3	4.8
	Bilateral retromolar area	1	1.6
Linea alba buccalis	Bilateral buccal mucosa	46	86.8
	Unilateral buccal mucosa	7	13.2
Melanoplakia	Generalized	33	66.0
	Gingiva	9	18.0
	Bilateral buccal mucosa	4	8.0
	Unilateral buccal mucosa	2	4.0
	Lips	1	2.0
	Gingiva and labial mucosa	1	2.0
Frictional keratosis	Unilateral buccal mucosa	6	75.0
	Gingiva	2	25.0

Exostoses (4.1%), enostoses (1.0%) and fibro-osseous lesions (1.0%) were the most commonly detected bone manifestations in the jaws. Although the age group of 31-40 years had a high prevalence for bone manifestations in the jaws, there was no significant relation between the bone manifestations and age ( $p>0.05$ ). There also was no relation among bone manifestation, gender and systemic conditions ( $p>0.05$ ).

## DISCUSSION

In this study the oral health status was evaluated under the topics of mucosal lesions, tongue lesions, acquired dental conditions, dental anomalies and bone manifestations of the jaws. The prevalence of mucosal lesions, tongue lesions, acquired dental conditions, dental anomalies, and bone manifestations were 47.1%, 12.7%, 77.1%, 19.4%, and 7.0% respectively.

There are several studies on the prevalence of oral mucosal lesions, some of which have examined only the existing OMLs found during clinical examination<sup>11,13</sup>, while others evaluated the recurrent lesions also by questioning the subjects.<sup>14,15</sup> In this study, oral mucosal lesions or conditions that are detected only during the clinical examination were recorded and evaluated. The prevalence of OMLs in general population globally varies significantly across different regions and countries, ranging from 10.8% to 83.6%.<sup>13,16</sup> Prevalence values found in these studies were either similar<sup>11,17,18</sup>, lower<sup>4,5,10,13,19</sup> or higher<sup>14,20</sup> than our

study. These prominent variations may be as a result of differences in geographic, demographic characteristics of the population studied, methodology and clinical diagnostic criteria.

Fordyce's granules, linea alba buccalis, melanoplakia and frictional keratosis were the most commonly detected mucosal lesions. This pattern was substantially in accordance with data reported by previous studies.<sup>4,5,11,14,18,20</sup> Most of these lesions and conditions are harmless and no biopsy or treatment is needed. Thus, the practitioner should be able to diagnose and differentiate these lesions and conditions from those which are more serious and worrisome.

Most of the lesions and conditions were found on the buccal mucosa, gingiva and lips and these sites are similar with other studies.<sup>20,21</sup> Ghanaei et al.<sup>5</sup> reported that the most frequently involved sites for oral mucosal lesions were tongue, gingiva and lips. These findings are different from our study as we investigated the oral mucosal and tongue lesions separately.

Although it was reported that the prevalence of oral mucosal lesions is higher in older patients than in younger ones<sup>13,15,16,20</sup> in this study the mid-aged (41-50) group had the highest prevalence. Findings of Ghanaei et al.<sup>5</sup> are compatible with our results. Age is not the only factor correlating with oral lesions but also trauma, medications, oral and denture hygiene play important roles.<sup>15,16</sup> Some oral mucosal lesions



could be a sign of systemic diseases.<sup>1</sup> However there was not any statistically significant relation between systemic diseases and oral mucosal lesions. This is in consistence with other studies.<sup>4</sup> Most of the detected oral mucosal lesions were harmless and pseudopathologic<sup>22</sup> conditions and this could be the reason for absence of any relation.

Although there are studies that examined only tongue lesions<sup>3,23</sup>, in many studies tongue lesions are included in oral mucosal lesions.<sup>5,13,21,20</sup> In this study tongue lesions were evaluated separately and prevalence was found to be 12.7%. This result is very similar with some studies<sup>5,11,21,23</sup> but conflicts with the results of other studies.<sup>3,4</sup> The most commonly detected tongue lesions (fissured tongue, geographic tongue, lingual varicosity and coated tongue) are in accordance with previous studies.<sup>4,5,11,14,17,23</sup> There was a relation between the tongue lesions and age which is also consistent with other studies.<sup>3</sup> With advancing age, the frequency of the personal dental hygiene practices could diminish or become inadequate as well as systemic diseases and drug usage could increase.<sup>2,24</sup> All of these mentioned conditions could provide a basis for tongue lesions.

In this study caries was the most commonly detected acquired dental condition and prevalence was 67.5%. The caries prevalence varies around the world. Hence, other than the similar results<sup>25</sup>, there are lower<sup>26</sup> or higher<sup>27</sup> caries incidences than this study. Our results were lower than the previous Turkish studies.<sup>8,9</sup> It was reported that caries prevalence was higher in younger patients.<sup>9</sup> However in this study caries was higher in older patients. These findings are promising for community based caries prevention programs in Turkey. There was no relation between caries and gender and this was in accordance with other studies.<sup>28,29</sup> The second most commonly detected acquired dental condition was periapical infections (17.5%) (apical ostitis), and our results were lower than the study of Pekiner et al.<sup>30</sup> in which they distinctively examined paediatric patients.

Dental anomalies in tooth number, shape, structure, and position are often observed and they may be present with malocclusion, esthetic and functional problems. Hence, their clinical management is usually complicated.<sup>31</sup> In this study the prevalence of dental anomalies was 19.4% and hypodontia, microdontia, dilaceration and enamel

hypoplasia were the most commonly detected dental anomalies. These findings were in accordance with other studies<sup>32</sup> however, in orthodontic patients a remarkably high rate of dental anomalies was reported.<sup>33</sup> On the other hand a Turkish study that examined only paediatric patients found lower dental anomaly prevalence than our results.<sup>30</sup> Females were affected more than males however there are studies that mentioned there were no differences between the genders.<sup>6,32,33</sup> Because of these different results a comprehensive countrywide study is needed. Although it was reported that there is no difference in dental anomalies in regard to age,<sup>33</sup> in this study age had a significant relation with dental anomalies. These studies focused on younger populations and their age distributions were narrower than our study. In this study the age group of 18-30 years had the highest prevalence of dental anomalies and the prevalence was lower in older age groups. This may be result of the increased dental restorations and extractions with increasing age. There was no significant relation between dental anomalies and systemic condition.

Two or more dental anomalies can often be observed in the same patient<sup>7,34</sup> and 1.9% of patients had two dental anomalies. As dental anomalies may complicate dental treatments, especially orthodontic ones, their presence should be thoroughly investigated during intra-oral and radiologic examinations and carefully considered during treatment planning.<sup>31</sup>

The prevalence of bone manifestations in the jaws was 7.0% and the most commonly detected lesions were exostoses (4.1%), enostoses (1.0%) and fibro-osseous lesions (1.0%). To our knowledge, there are no studies that reported the prevalence of bone manifestations in the jaws. As our sample was small, the prevalence may be different for more comprehensive studies in the future. Both exostoses and enostoses are growths of normal new bone that sometimes occurs in characteristic locations. While the exostoses are localized protuberances arising from cortical bone, the enostoses are the internal counterparts of exostoses. Torus palatinus, torus mandibularis and torus maxillaris are the common forms of exostoses found in the oral cavity.<sup>7,35</sup> Because of the limited study population, in this study all tori were categorized under the exostoses. Data on the prevalence of exostoses are inconsistent and

controversial. Although relations between age and exostosis, and gender and exostosis have reported,<sup>35,36</sup> some studies indicate an insignificant difference in prevalence between genders.<sup>37</sup> In this study there wasn't any relation and the reason could be our limited study population. Both of exostoses and enostoses usually do not require treatment. However, due to the fear of cancer, patients have these removed.<sup>7,35</sup> Therefore it is important to distinguish these conditions and avoid unnecessary biopsy or surgery.

In most cases the radiographic characteristics and clinical information are sufficient to make a diagnosis of fibro-osseous lesions without a biopsy.<sup>7,38,39</sup> Fibro-osseous lesions represent a heterogeneous group of pathologic conditions characterized by the replacement of normal bone with a fibrous tissue that undergoes subsequent abnormal mineralization.<sup>39</sup> The true prevalence of fibro-osseous lesions is unknown, as the data derived from the reported studies directly depend on the source of the cases. Considering the relatively high incidence of fibro-osseous lesions it is important to diagnose these lesions properly.

Although the age group of 31-40 years had a higher prevalence for bone manifestations in the jaws there was no significant relation between the bone manifestations and age. Also, bone manifestations are not related with gender and systemic conditions.

We are aware of the limitations of our study. First of all, study population was limited because this study was planned as a pilot study. Secondly risk factors of lesions were not investigated. Habits like cigarette smoking, alcohol intake, black tea drinking, oral hygiene and nutritional status of the population and their relation with oral health status can be investigated in further studies.

All patients were advised about their individual oral and dental care needs.

## CONCLUSION

The present manuscript is the first study to report the prevalence and types of mucosal, tongue, dental, jaw lesions and systemic diseases with one accord. As oral health is an inseparable part of general health, both dentists and physicians share

common responsibilities for their patients. Oral mucosal and tongue lesions could be a sign of systemic diseases and also could form a base for oral cancers. In this study, prevalence of oral mucosal lesions and tongue lesions were high, but fortunately all the detected conditions were harmless and benign. This emphasizes the importance of familiarity, awareness, and differentiation of these lesions and conditions to avoid unnecessary diagnostic and treatment procedures.

This study has also provided baseline information about epidemiologic aspects of general oral health status that can be valuable not only in dentistry education but also in family medicine and primary care programs concentrating on oral health in the society. As this was a pilot study, publishing new and more comprehensive results is goaled.

## ACKNOWLEDGEMENT

This study was presented in 17<sup>th</sup> International Congress on Oral Pathology and Medicine, 25-30 May 2014, in İstanbul Turkey.

**Conflict of interest:** The authors declare that they have no conflict of interest.

## REFERENCES

1. Langlais RP, Miller CS. Color atlas of common oral diseases. Malvern, PA: Lea & Febiger; 1992. p.12-23, 34, 42-99.
2. Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 577-582.
3. Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Dis* 2003; 9: 188-195.
4. Cebeci ARİ, Gülşahı A, Kamburoğlu K, Orhan BK, Öztaş B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14: E272-E277.
5. Ghanaei FM, Joukar F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Valeshabad AK. Prevalence of oral mucosal lesions in an adult Iranian population. *Iran Red Crescent Med J* 2013; 15: 600-604.
6. Altug-Atac AT, Erdem D. Prevalence and distribution of dental anomalies in orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007; 131: 510-514.

7. White SC, Pharoah MJ. Oral Radiology Principles and Interpretation. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis, Missouri; 2004.p.330-383, 410-457, 485-515.
8. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. The oral health profile of adults and elderly, Turkey-2004. Hacettepe Diş Hek Fak Derg 2007; 4: 11-18.
9. Kulak-Özkan Y, Ozkan Y, Kazazoglu E, Arıkan A. Dental caries prevalence, tooth brushing and periodontal status in 150 young people in İstanbul: A pilot study. Int Dent J 2001; 51: 451-456.
10. Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T, Yesildal N, Anul H, Aydoğan I, et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. Oral Dis 2006; 12: 553-558.
11. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. Oral Dis 2005; 11: 81-87.
12. World Health Organization. Oral health surveys, basic methods 4<sup>th</sup> ed. Geneva WHO 1997; p.32-33.
13. Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, Shi L, Wang Y, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. J Oral Pathol Med 2015; 44: 490-494.
14. Kovac-Kavcic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med 2000; 29: 331-335.
15. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 390-398.
16. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. Oral Dis 2002; 8: 218-223.
17. Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in Southern India. Indian J Dent Res 2008; 19: 99-103.
18. Sandeepa NC, Jaishankar HP, Sharath Chandra B, Abhinetra MS, Darshan DD, Deepika N. Prevalence of oral mucosal lesions among Pre-University students of Kodava population in Coorg District. J Int Oral Health 2013; 5: 35-41.
19. Çelik İ, Güngör K. Oral mucosal lesions. T Klin J Dent Sci 2004; 10: 11-15.
20. Ali M, Joseph B, Sundaram D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center. Saudi Dent J 2013; 25: 111-118.
21. Diaz-Canel AIM, Vallejo MJGP. Epidemiological study of oral mucosal pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. Med Oral 2002; 7: 4-9.
22. Ceylan C. Pseudopathologies and examination of the oral mucosa. Türkderm 2012; 46: 60-65.
23. Patil S, Kaswan S, Rahman F, Doni B. Prevalence of tongue lesions in the Indian population. J ClinExp Dent 2013; 5: e128-e132.
24. Evren Akalin B, Uludamar A, Işeri U, Kulak Ozkan Y. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. Archives of Gerodontology and Geriatrics 2011; 53: 252-257.
25. Tsanidou E, Nena E, Rossos A, Lendengolts Z, Nikolaidis C, Tselebonis A, et al. Caries prevalence and manganese and iron levels of drinking water in school children living in a rural/semi-urban region of North-Eastern Greece. Environ Health Prev Med 2015; 20: 404-409.
26. Paula JS, Ambrosano GMB, Mialhe FL. The impact of social determinants on schoolchildren's oral health in Brazil. Braz Oral Res 2015; 29: 1-9.
27. Al-Maweri SA, Al-Soneidar WA, Halboub ES. Oral lesions and dental status among institutionalized orphans in Yemen: A matched case-control study. Contemp Clin Dent 2014; 5: 81-84.
28. Shaffer JR, Leslie EJ, Feingold E, Govil M, McNeil DW, Crout RJ, et al. Caries experience differs between females and males across age groups in Northern Appalachia. Int J Dent 2015; 2015: 1-8. Doi: 10.1155/2015/938213.
29. Aydemir H, Koca Ceylan G. Dental health levels of the population lives in the middle part of Black Sea region. A Ü Diş Hek Fak Derg 1999; 9: 96-99.
30. Pekiner FN, Borahan MO, Gümrü B, Aytugur E. Rate of incidental findings of pathology and dental anomalies in paediatric patients: a radiographic study. MÜSBED 2011; 1: 112-116.
31. Patil S, Doni B, Kaswan S, Rahman F. Prevalence of dental anomalies in Indian population. J Clin Exp Dent 2013; 5: e183-e186.
32. Bekiroglu N, Mete S, Ozbay G, Yalcinkaya S, Kargul B. Evaluation of panoramic radiographs taken from 1056 Turkish children. Niger J Clin Pract 2015; 18: 8-12.
33. Uslu O, Akcam MO, Evirgen S, Cebeci I. Prevalence of dental anomalies in various malocclusions. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2009; 135: 328-335.
34. Kırzioğlu Z, Köseler Şentut T, Özay Ertürk MS, Karayılmaz H. Clinical features of hypodontia and associated dental anomalies: a retrospective study. Oral Dis 2005; 11: 399-404.

35. Loukas M, Hulsberg P, Tubbs RS, Kapos T, Wartmann CT, Shaffer K, et al. The tori of the mouth and ear: a review. *Clin Anat* 2013; 26: 953-960.
36. Sathya K, Kanneppady SK, Arishiya T. Prevalence and clinical characteristics of oral tori among outpatients in Northern Malaysia. *J Oral Biol Craniofac Res* 2012; 2: 15-19.
37. Yoshinaka M, Ikebe K, Furuya-Yoshinaka M, Maeda Y. Prevalence of torus mandibularis among a group of elderly Japanese and its relation with occlusal force. *Gerodontology* 2014; 31: 117-122.
38. Alsharif MJ, Sun ZJ, Chen XM, Wang SP, Zhao YF. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: a study of 127 Chinese patients and review of the literature. *Int J Surg Pathol* 2009; 17: 122-134.
39. Netto JNS, Cerri JM, Miranda AMMA, Pires FR. Benign fibro-osseous lesions: clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 115: e56-e65.



# Comparison of Turkey and European Countries According to Basic Health Indicators

## Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri

Selçuk Serdar Köksal<sup>1</sup>, Nurver Turfaner Sipahioğlu\*<sup>2</sup>, Eray Yurtsever<sup>1</sup>, Suphi Vehid<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Objectives:** European Union (EU) is a political and financial organization consisting of 28 countries. Turkey is a candidate country for the EU. In this study, Turkey and EU countries are compared according to 15 basic health level indicators. Expectancy of life at birth, gross national product (GNP) per capita, health expenditure per capita, share of health in national budget, population growth rate, literacy rate, infant mortality rate, under-five mortality rate, maternal mortality rate, crude birth rate, crude mortality rate, total fertility rate, physicians, nurses and number of beds per 10000 people are evaluated. **Method:** The data are based on The World Bank records of 1960, 1970, 1980, 1990 and 2013. Packaged software MS Excel 2010 and SPSS ver.21 are used for statistical analysis. **Results:** Turkey is different in terms of population growth rate, crude birth rate and fertility rate from EU countries, and this situation results in an excess of dependent young population affecting economy negatively. Gross national product per capita is only higher than Bulgaria and the share of health from general budget and health expenditure per capita is lower than EU average. Although infant mortality rate and mortality rate under-five have displayed a fast decrease since 1960, 2013 values are still higher than EU countries. Maternal mortality rate decreased over the years to be less than Romania (0.00027), and equal to Letonia (0.00020). Crude mortality rate was found less than EU countries. The reason may be attributed to the younger population of Turkey. The human resources in health field is less than EU. **Conclusion:** Improving maternal and infant health, increasing the share of health from the national budget and better planning of human resources may help Turkey to get closer to EU averages of basic health level indicators.

**Key words:** Health level indicators, European Union, Turkey

### ÖZET

**Amaç:** Avrupa Birliği (AB), yirmi sekiz ülkeden oluşan siyasi ve ekonomik bir örgütlenmedir. Türkiye, Avrupa birliğine aday ülkeler arasında yer almaktadır. Ülkelerin sağlık düzeylerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırmaları için çeşitli sağlık düzeyi göstergeleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Türkiye ve diğer Avrupa Birliği ülkeleri, 15 temel sağlık düzeyi göstergesi açısından karşılaştırılmıştır. Temel sağlık düzeyi göstergelerinden, doğumda yaşam ümidi, kişi başı gayri safi milli hasıla, kişi başı sağlık harcaması, genel bütçeden sağlık payı, nüfus artış hızı, okuryazarlık oranı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı, on bin kişiye düşen hekim, hemşire, ebe ve yatak sayısı değerlendirilmiştir. **Yöntem:** Verilerin elde edilmesi için 1960, 1970, 1980, 1990 ve 2013 yılı Dünya Bankası kayıtları esas alınmıştır. İstatistiksel analiz için MS Excel 2010 ve SPSS ver.21 (İstanbul Üniversitesi Lisanslı) paket programları kullanılmıştır. **Bulgular:** Türkiye’de nüfus artış hızı, kaba doğum hızı ve doğurganlık hızı Avrupa Birliği ülkelerinden fazladır. Bu durum üretken olmayan genç nüfusun fazla olup, ekonomi üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaya yol açmaktadır. Türkiye’de kişi başı düşen milli gelir sadece Bulgaristan’dan yüksektir. Genel bütçeden sağlık için harcanan pay ve kişi başı sağlık harcaması, Avrupa Birliği ortalamalarından daha düşüktür. Bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızında 1960’dan itibaren hızlı bir azalma gözlenmesine rağmen, 2013 yılı değerleri Avrupa Birliği ülkelerinden yüksektir. Anne ölüm hızı, yıllar içinde azalarak Romanya’dan daha düşük (yüzbinde 27), Letonya (yüzbinde 20) ile eşdeğer düzeye gelmiştir. Kaba ölüm hızı, AB ülkelerinden daha düşük olarak bulunmuştur, bunun nedeni ülkemiz nüfusunun daha genç olması olabilir. Sağlık alanında çalışan insan gücü açısından, ülkemiz sonuçları AB’den daha geridedir. **Sonuç:** Türkiye’de ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, milli gelirden sağlığa ayrılan payın artırılması ve sağlık alanında insan gücü planlamasının iyileştirilmesi ile Avrupa Birliği’nin sağlık düzeyi göstergelerinin ortalamasına yaklaşmak mümkün olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık düzeyi göstergeleri, Avrupa Birliği, Türkiye

Received / Geliş tarihi: 23.11.2015, Accepted / Kabul tarihi: 11.10.2016

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nurver Turfaner Sipahioğlu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul-TÜRKİYE, E-mail: nurverdi@gmail.com

Köksal SS, Sipahioğlu NT, Yurtsever E, Vehid S. Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri, TJFMPC, 2016;10(4): 205-212. DOI:10.21763/tjfm.271087



## GİRİŞ

Avrupa Birliği (AB), yirmi sekiz üye ülkeden oluşan ve toprakları büyük ölçüde Avrupa kıtasında bulunan siyasi ve ekonomik bir örgütlenmedir. Günümüz itibarı ile Avrupa Birliğine üye devletler Almanya, Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çekoslovakya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Kıbrıs, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, Yunanistan ve Hırvatistan'dır. Türkiye, Sırbistan ve Makedonya ile birlikte Avrupa Birliği'ne aday ülkeler arasında yer almaktadır.

Türkiye, Avrupa Birliği'ne tam üyelik için gereken siyasi, demokratik, ekonomik ve diğer koşulların yanı sıra sağlık koşullarını da belli bir düzeye getirme çalışmalarını sürdürmektedir.

Ülkelerin sağlık düzeylerinin saptanması ve değerlendirilmesi ile ülkeler arası karşılaştırmalar için, çeşitli epidemiyolojik sağlık düzeyi ölçütleri bulunmaktadır. Bu ölçütlerin en sık kullanılanları ölüm, hastalık, doğurganlık oranları ve sosyo-ekonomik durum başlıkları altında toplanabilir.<sup>2,3</sup>

Çalışma kapsamına alınan, temel sağlık düzeyi göstergelerinden "**doğumda yaşam ümidi**"; bir toplumda yeni doğan bir kişinin ortalama kaç yıl yaşayacağını belirten bir ölçüt olup yıl olarak, "**kişi başı gayri safi milli hasıla**"; bir toplumun bir yıl için ürettiği toplam mal ve hizmetlerinin, belli bir para birimi karşılığındaki değerinin toplamının nüfus sayısına bölümü olup para birimi olarak, "**kişi başı sağlık harcaması**"; bir toplumda bir yıl içinde sağlık için harcanan toplam para miktarının nüfus sayısına bölümü olup para birimi olarak, "**genel bütçede sağlık payı**"; bir toplumda genel bütçe içinde sağlığa ayrılan pay olup % olarak, "**kaba doğum hızı**"; bir toplumda belli bir zaman sürecinde meydana gelen canlı doğum sayısının aynı toplumun aynı süre içindeki nüfus sayısına bölümü olup % (binde) olarak, "**kaba ölüm hızı**"; bir toplumda belli bir zaman süresinde meydana gelen toplam ölüm sayısının aynı toplumun aynı süre içindeki nüfus sayısına bölümü olup % (binde) olarak, "**genel doğurganlık hızı**"; bir toplumda belli bir zaman süresinde meydana gelen toplam canlı doğum sayısının aynı toplumda aynı sürede ki doğurgan çağda (15-44 yaş veya 15-49 yaş) kadın nüfus sayısına bölümü olup % (binde) olarak, "**bebek ölüm hızı**"; belli bir zaman periyodunda bir toplumda canlı doğan ve bir yaşını doldurmadan ölen bebeklerin sayısının aynı toplumda aynı süre içindeki canlı doğum sayısına bölümü olup % (binde) olarak, "**beş yaş altı ölüm hızı**"; belli bir zaman periyodunda bir toplumda canlı doğan ve beş yaşını doldurmadan ölen bebeklerin sayısının aynı toplumda aynı süre içindeki canlı doğum sayısına bölümü olup % (binde) olarak, "**anne**

**ölüm hızı**"; bir toplumda belli bir zaman süresinde, gebelik sırasında, doğum esnasında ve doğumdan sonraki ilk 6 hafta içinde ölen kadın sayısının aynı toplumda aynı süredeki canlı doğum sayısına bölümü olup % (yüz binde) olarak, "**kişi başına düşen sağlık personeli/hastane yatak sayısı**"; bir toplumda belli bir zamanda ki nüfus sayısının aynı zaman süresinde mevcut sağlık personeli/hastane yatak sayısına bölümü olup binde, (onbinde) olarak tanımlanmaktadır.<sup>3,4</sup>

Bu çalışmada, Avrupa Birliği üyeliğine aday olan Türkiye ile diğer Avrupa Birliği üyesi ülkelerin temel sağlık düzeyi göstergelerinin karşılaştırması yapılarak, Türkiye'nin Avrupa Birliği ülkeleri içerisindeki durumu irdelenmiştir.

## MATERYAL METOD

Türkiye ve 28 Avrupa Birliği ülkesine ait temel sağlık düzeyi göstergelerinden; **doğumda yaşam ümidi, kişi başı gayri safi milli hasıla (GSMH), kişi başı sağlık harcaması, genel bütçeden ayrılan sağlık payı, nüfus artış hızı, okuryazarlık oranı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı, on bin kişiye düşen hekim, hemşire-ebe ve yatak sayısı** olmak üzere toplam 15 gösterge çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Türkiye ve AB ülkelerinin sağlık düzeyi göstergelerine ait ham veriler, tüm ülkelerin verilerinin eksiksiz yer aldığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Bankası istatistiklerinden alınmıştır. Türkiye sağlık istatistik yıllığı (TUİK) verilerinden de yararlanılmıştır. **Doğumda yaşam ümidi, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı, nüfus artış hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kişi başı gayri safi milli hasıla, anne ölüm hızı, on bin kişiye düşen doktor, hemşire-ebe ve hastane yatak sayısı** için 2013 yılı, **genel bütçeden ayrılan sağlık payı, kişi başı sağlık harcaması ve okuryazarlık oranı** için 2012 yılı verileri esas olarak alınmıştır.<sup>5-9</sup> Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye'nin temel sağlık düzeyi göstergelerinin 1960, 1970, 1980, 1990 ve 2000 ve 2013 yılı verileri için Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF kayıtlarından yararlanılmıştır.<sup>5,7,9</sup>

Avrupa Birliği ülkelerine ait ham verilerden, Avrupa Birliği ülkelerinin merkezi dağılım ölçütleri elde edilmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinin temel sağlık düzeyi göstergeleri ortalamaları ile, Türkiye'nin temel sağlık düzeyi gösterge değerleri tek örneklem t testi ile karşılaştırılarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiştir.

Diğer taraftan AB ülkeleri ile, Türkiye'nin temel sağlık düzeyi göstergelerinin 1960-2009 yılları arasında on yıllar içinde ki durumu

araştırılmıştır. Ham verilerin analizi ve istatistik analizler için, MS Excel 2010 ve SPSS Ver.21 (İstanbul Üniversitesi Lisanslı) paket programları kullanılmıştır.

## BULGULAR

Avrupa Birliği ülkeleri toplam nüfusu, 2013 yılı verilerine göre 505.180.000 olup, nüfusun %16,6'sı

15 yaş altında, % 15,6'sı ise 65 yaş üstündedir. Aynı yılda, Türkiye nüfusu 74.933.000 olup, Türkiye nüfusunun %26,8'i 15 yaş altında, %5,9'u ise 65 yaş üstünde bulunmaktadır.<sup>7,9</sup> 2013 yılı verilerine göre, AB ülkeleri nüfus artış hızı ortalaması %0,3 iken, Türkiye için nüfus artış hızı %1,3 olup, nüfus artış hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1: Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri (2012-2013)**

Gösterge	Yıl	Türkiye (değer)	Avrupa Birliği Ülkeleri (ortalama)	Min-Max	p
			Ort±SD		
Doğumda yaşam ümidi (yıl)	2013	75	79,3±2,9	74-83	<i>p</i> <0,001
Kişi başı gayri safi milli hasıla (USD)	2013	18783	32743±9129	15732-46162	<i>p</i> <0,001
Nüfus artış hızı (%)	2013	1,3	0,3±0,6	-1,1-1,7	<i>p</i> <0,001
Okuryazarlık oranı (%)	2012	94	98,4±1,7	91,6-100,0	<i>p</i> <0,001
Bebek ölüm hızı (binde)	2013	16,5	4,1±2,1	1,6-10,5	<i>p</i> <0,001
Beş yaş altı ölüm hızı (binde)	2013	19,2	4,8±2,4	2,0-12,0	<i>p</i> <0,001
Anne ölüm hızı (yüzbinde)	2013	20,0	8,0±5,8	3,0-33,0	<i>p</i> <0,001
Kaba doğum hızı (binde)	2013	16,8	10,7±1,4	8,5-15,4	<i>p</i> <0,001
Kaba ölüm hızı (binde)	2013	5,7	9,7±2,1	5,5-14,2	<i>p</i> <0,001
Toplam doğurganlık hızı (binde)	2013	2,0	1,6±0,2	1,3-2,0	<i>p</i> <0,001
Genel bütçede sağlık payı (%)	2012	5,4	8,8±1,8	5,6-12,7	<i>p</i> <0,001
Kişi başı sağlık harcaması (USD)	2012	569	2973±2013	468-7551	<i>p</i> <0,001
Hekim (10000 nüfus başına)	2013	17,1	34,7±8,5	22,2-60,0	<i>p</i> <0,001
Hemşire (10000 nüfus başına)	2013	24,0	79,9±34,3	34,4-167,9	<i>p</i> <0,001
Hastane yatağı (10000 nüfus başına)	2013	15,0	52,5±16,1	27,0-82,0	<i>p</i> <0,001

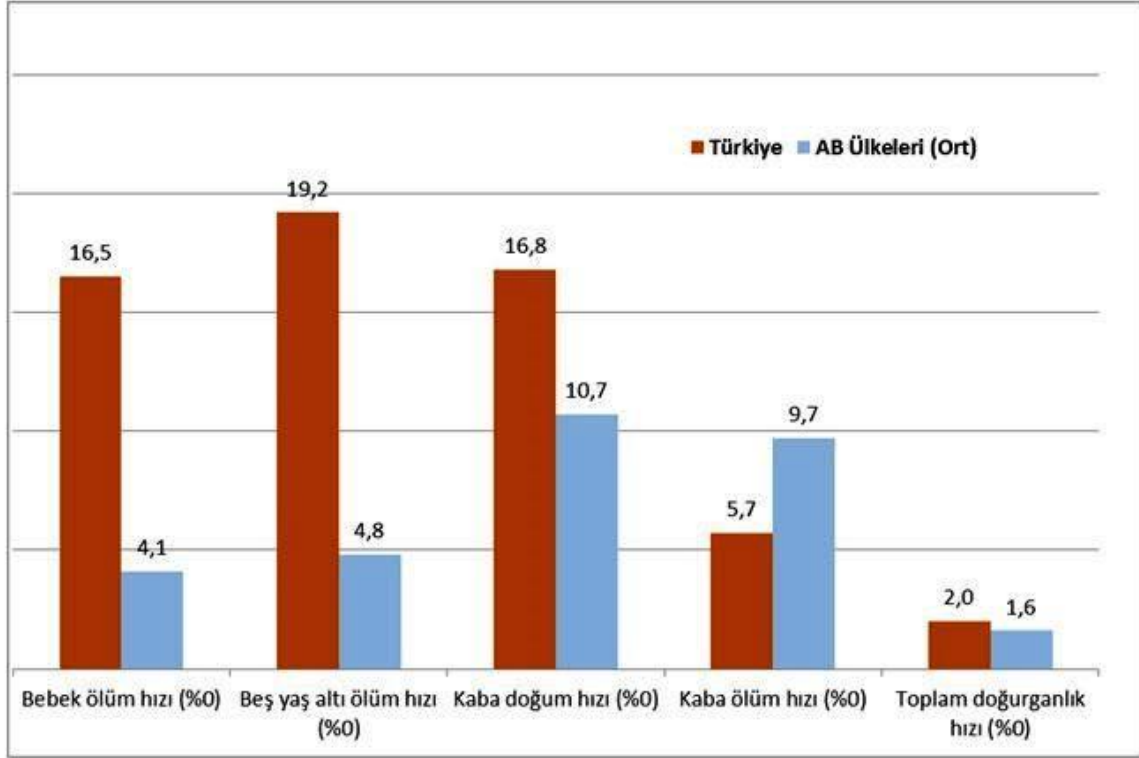
<b>Tablo 2: Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Temel Sağlık Düzeyi Göstergelerinin Yıllar İçindeki Değişimi (1960- 2013)</b>						
Temel Sağlık Göstergesi	1960	1970	1980	1990	2000	2013
Doğumda yaşam ümidi (yıl)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	69,3	70,8	72,3	73,9	75,9	79,3
Türkiye	50	55	60	65	69	75,0
Kişi başı gayri milli hasıla (USD)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	1064	2230	8847	12967	15458	32743
Türkiye	495	472	1490	2687	4010	18783
Nüfus artış hızı (yüzde)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	0,8	0,2	0,5	0,2	0,2	0,3
Türkiye	2,6	2,5	2,2	1,7	1,5	1,3
Bebek ölüm hızı (binde)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	34,7	24,1	15,1	10,1	6,5	4,1
Türkiye	162	150	105	69	36	16,5
Beş yaş altı ölüm hızı (binde)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	41,6	28,1	17,6	12,2	7,9	4,8
Türkiye	218	200	137	84	42	19,2
Kaba doğum hızı (binde)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	18,9	16,5	14,9	13,1	10,7	10,7
Türkiye	46	39	33	26	21	16,8
Kaba ölüm hızı (binde)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	9,9	10,3	10,5	10,5	10,2	9,7
Türkiye	18	12	10	8	6	5,7
Toplam doğurganlık hızı (binde)						
Avrupa Birliği Ülkeleri (Ort)	2,6	2,3	1,9	1,7	1,6	1,6
Türkiye	6,3	5,6	4,4	3,1	2,3	2,0

Temel sağlık göstergelerinin en önemlilerinden, doğumda yaşam ümidi Türkiye’de 75 yıl iken, AB ülkeleri ortalaması 79,2 yıldır. USD olarak kişi başına düşen GSMH Türkiye’de 18783 USD olmasına karşın, bu değer AB ülkeleri için ortalama 32743 USD olarak hesaplanmıştır. Yine önemli bir ölçüt olan okuryazarlık oranı, Türkiye’de % 94 olmasına karşın, bu ölçüt AB ülkelerinde ortalama % 98,4 olarak hesaplanmıştır. Doğumda yaşam ümidi, kişi başı GSMH ve okuryazarlık oranları değerleri açısından Türkiye ve AB ülkeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo1). Diğer yandan, doğumda yaşam ümidinin zaman içindeki değişimi incelendiğinde Türkiye ve AB ülkeleri açısından yıllar içinde artış söz konusu olduğu halde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın devam ettiği görülmektedir. ( $p<0,001$ ) (Tablo2).

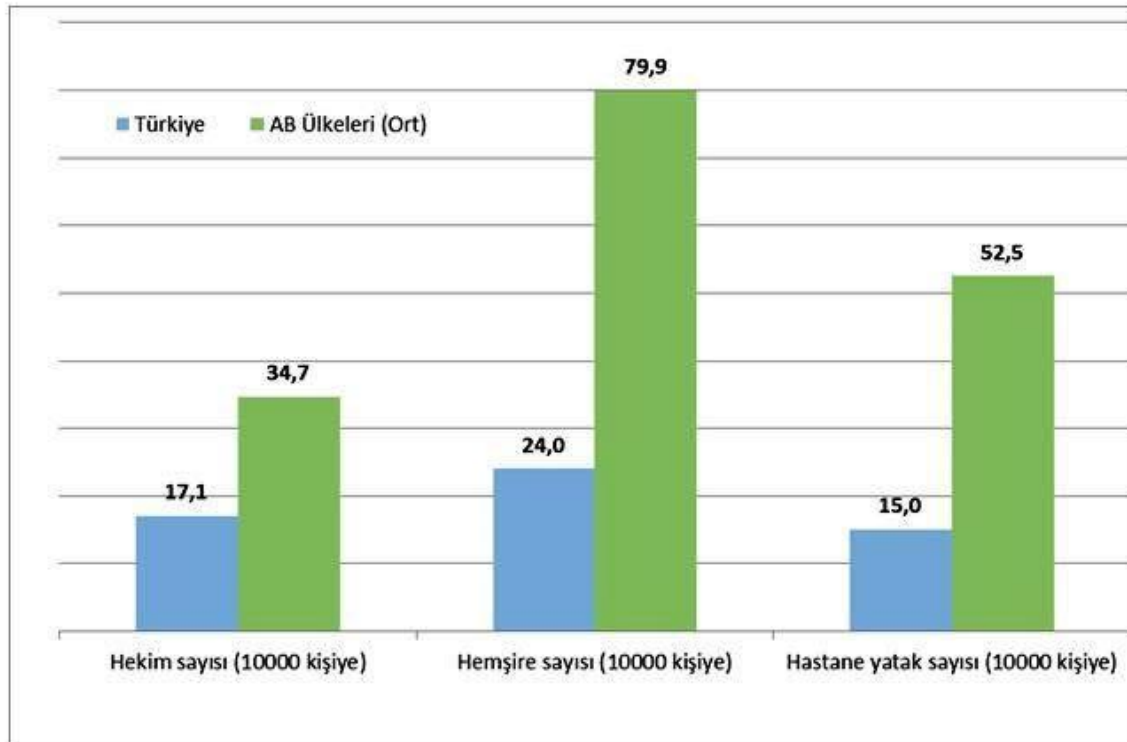
değerlendirilmesinde kullanılan en önemli ölçütler olan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı açısından Türkiye ve AB ülkeleri karşılaştırıldığında, bebek ölüm hızı Türkiye için binde 16,5 (TUİK verilerine göre 2012 yılında binde 11,6, 2013 yılında binde 10,8) iken, AB ülkeleri ortalaması binde 4,1 düzeyindedir. Beş yaş altı ölüm hızı ise, Türkiye’de binde 19,2 olmasına karşın (TUİK verilerine göre 2013’te binde 13,4, 2014’te binde 13,3) AB ülkelerinde bu ölçüt ortalaması binde 4,8 dir.<sup>10</sup> Bu ölçütler açısından Türkiye ve AB ülkeleri ortalama değeri arasında, çok ileri derecede istatistiksel anlamlı farklılık bulunmakta olup; bu ölçütlerin yıllar içindeki değişimi incelendiğinde, her iki değerde de düşüş saptanmasına rağmen, Türkiye ve AB ülkeleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın belirgin olarak devam ettiği tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ) (Tablo 2).

Ülkelerin, sağlık durumlarının





Şekil 1. Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Temel Demografik Göstergeler



Şekil 2. Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinde On nbin Kişiye Düşen Sağlık Personeli ve Yatak Sayısı

Tablo 1 de temel demografik göstergeler incelendiğinde; Türkiye ve AB ülkeleri ortalaması kaba doğum hızı için binde 16,8 ve binde 10,7, kaba ölüm hızı için binde 5,7 ve binde 9,7, toplam doğurganlık hızı için ise binde 2,0 ve binde 1,6 dır (Tablo 1), (Şekil 1). Temel demografik göstergelerin yıllar içindeki değişimi incelendiğinde her ne kadar Türkiye verilerinde belirgin iyileşme saptansa da, AB ülkeleri ile arasında göstergeler açısından belirgin farklılıklar sürmektedir (p<0,001) (Tablo 2).

Türkiye ve AB ülkelerinde genel bütçeden sağlık için ayrılan pay incelendiğinde; bu pay Türkiye’de %5,4 olmasına karşın, AB ülkeleri ortalaması %8,8 olarak hesaplanmıştır. Yine sağlığın ekonomik boyutunu gösteren kişi başına sağlık harcaması, Türkiye’de 569 USD iken, AB ülkeleri ortalaması 2973 USD olarak hesaplanmıştır(p<0,001) (Tablo 1).

Temel sağlık düzeyi göstergeleri içinde yer alan, sağlıkta insan gücü ve hastane yatak durumunu gösteren ölçütlerden; on bin kişiye düşen hekim sayısı Türkiye’de 17,1 iken, AB ülkelerinde ortalama 34,7’dir. On bin kişiye düşen hemşire -ebe sayısı Türkiye’de 24 iken AB ülkeleri ortalaması 79,9’ dur. On bin kişiye düşen hastane yatak sayısı ise Türkiye’de 15 olmasına karşın AB ülkeleri ortalaması 52,5 yatak olarak hesaplanmıştır. On bin kişiye düşen hekim, hemşire-ebe ve hastane yatak sayısı açısından Türkiye ve AB ülkeleri ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.001) (Tablo 1), (Şekil 2).

## TARTIŞMA

Türkiye, 1950’lerin sonuna kadar nüfus artışını doğrudan veya dolaylı yollarla teşvik etmiştir. Ancak denetim mekanizmaları doğru yapılamadığından, gebelik ve lohusalık dönemlerinde artan komplikasyonlara ve bunun sonucu olarak anne ölümlerinde artışa neden olmuştur.<sup>3</sup> Sonraki yıllarda nüfus planlaması konusunda organize yaklaşımlar sonucu ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilmiştir. Planlı, dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefi ile uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak amacıyla toplumun eğitim, sağlık ve insan gücü yönünden niteliklerinin iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik nüfus politikaları oluşturulmaya başlanmıştır.<sup>1,2</sup> Bunun sonucunda temel sağlık düzeyi göstergelerinde hızlı bir iyileşme olduğu gözlenmiştir. 1960 yılında Türkiye’nin nüfus artış hızı %2,6 iken AB ülkeleri ortalaması %0,8’ dir.

Türkiye, AB’ye üye ülkeler arasında Almanya’dan sonra en fazla nüfusa sahip olan ülkedir. 2013 yılı verilerine göre, 74.933.000 kişi olan Türkiye nüfusunun %27’si genç bağımlı, üretken olmayıp, tüketici durumda olan nüfus olarak karşımıza çıkmaktadır. Almanya için bu değer %14 düzeyindedir. Kaba doğum hızı ve toplam doğurganlık hızları açısından değerlendirme yaptığımızda, söz konusu göstergelerin, ülkemiz açısından AB topluluğuna üye ülkeler ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Bu durumun ülkemizdeki tüketici durumunda, bağımlı nüfusun fazla olmasına ve ekonomi üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceği düşünülmektedir.<sup>9</sup> Ülkemizde kişi başına GSMH 18760 US dolar iken, AB ortalaması 30848 US dolardır. AB’ye üye tüm ülkeler değerlendirildiğinde, ülkemizin sadece Bulgaristan’dan daha yüksek kişi başı GSMY’ye sahip olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan, Türkiye’de GSMH’dan sağlık için harcanan pay %5,4 ile Avrupa Birliğini oluşturan ülkelerin oransal olarak çok gerisinde kalmaktadır. Bu değer, Bulgaristan için %7,3 tür. Yapılan değerlendirme sonucunda kişi başı GSMH (USD), genel bütçeden ayrılan sağlık payı ve kişi başı sağlık harcamaları açısından ülkemiz ortalamasının AB ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Gelir düzeyinin ve beraberinde sağlığa ayrılan payın düşük olmasından, sağlık hizmetlerinin ve özellikle temel sağlık hizmetlerinin kötü yönde etkilenmesi kaçınılmazdır.<sup>3</sup> Bu açıdan, AB’ye üyelik talebinde bulunan ülkemizin, genel bütçeden artan oranlarda sağlığa pay ayırması gerekmektedir.<sup>1,2</sup> Sağlık düzeyi ölçütlerinden doğumda yaşam ümidi süresinin, Türkiye açısından hızlı bir iyileşme gösterdiği, 1960 yılından itibaren yükselen bir grafik ile 2013 yılında 75 yıla kadar çıktığı belirlenmiştir. Bu süre, 1960 yılında Türkiye için 50 iken, AB ortalaması 69,3 olarak görülmektedir. Her geçen yıl Türkiye ve AB arasındaki fark kapanmasına rağmen, 2013 yılı verileri karşılaştırıldığında, Türkiye’nin doğumda yaşam ümidi süresi AB’ye üye ülkelere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde geridedir (p<0,001). AB ortalaması göz önüne alındığında, Türkiye’nin 1980’li yıllardaki süreye daha yeni ulaştığı anlaşılmaktadır.

Sağlık programlarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve ileriye yönelik politikaların belirlenmesi açısından bebek ölüm hızları ve beş yaş altı ölüm hızları önem taşımaktadır. Çalışmamızda ulaşılan önemli sonuçlardan biri de, bebek ölüm hızlarının 1960’dan itibaren ülkemizde hızlı bir düşüş göstermiş olmasına karşın, 2013 yılı itibarıyla, AB ülkeleri ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğudur (p<0,001).

Üye ülkelerden en yüksek bebek ölüm hızı, Romanya'da binde 10 olmasına karşın, ülkemizde bu değer binde 16,5 gibi daha yüksek bir değerde olduğu gözlenmektedir. Benzer şekilde, beş yaş altı bebek ölümleri ortalamasının AB ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Bu değerler Romanya için binde 12, Bulgaristan için binde 10 ve ülkemiz için binde 19,2 (TUİK verilerine göre 2013'te binde 13,4, 2014'te binde 13,3) düzeyindedir. Araştırmamızda bu ölüm hızlarını etkileyebilecek nedenler arasında yer alan bağışıklama oranları o yıllar için değerlendirilmemiş olmasına karşın Vehid'in yapmış olduğu çalışmada, bağışıklamanın düşük olması nedeniyle bebek ve beş yaş altı ölümlerin ülkemizde yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>12</sup> Son 5 yılda TUİK verilerine göre aşılama oranlarımızın yüksek olduğu (BCG/%95) göz önüne alındığında, annelerin bebek ve çocuk beslenmesi ve bakımı konusunda eğitim eksikliği ve sık aralıklarla iyileştirilmesi ile doğumların sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesinin anne ölüm hızını daha da aşağılara çekeceği düşünülmektedir.<sup>13</sup>

Araştırmamızda, kaba ölüm hızımız AB ülkelerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Bunun başlıca nedeninin, ülkemizin AB ülkelerine göre daha fazla genç nüfusa sahip olması olduğu düşünülebilir. Ülkeler arasında ölüm hızlarına göre, istatistiksel karşılaştırma yaparken kaba ölüm hızı yerine yaş faktörünün farklılık üzerindeki etkisini ortadan kaldıran standart nüfus kullanımı esastır. Ancak standardizasyon için gerekli yaş gruplarına ulaşamaması nedeniyle, bu çalışmada kaba ölüm hızları ile değerlendirme yoluna gidilmiştir. Her türlü sağlık hizmetinin dengeli, ulaşılabilir, sürekli, kaliteli ve en üst düzeyde verilmesinde en önemli etken, bütün sağlık hizmetlerinin hekimi, hemşiresi ve diğer sağlık çalışanları ile bir ekip hizmeti olarak verilmesidir. Avrupa Birliğini oluşturan ülkeler ile ülkemizin sağlık alanında çalışan insan gücünü değerlendirdiğimizde, hekim sayısı, ebe-hemşire sayısı ve kişi başına düşen yatak sayısı açısından ülkemizin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde geride olduğu saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Akman M.'nin çalışmasında, 2002 ile 2012 arasındaki 10 yıllık sürede yaklaşık 25 bin yeni uzman yetişirken, pratisyen hekim sayısındaki artışın 8 bin ile sınırlı olduğu gösterilmiştir. Aynı yıllarda uzman hekim /pratisyen hekim oranı 1,47'den 1,80'e yükselmiştir. Bu durum, 7 yılda birinci basamağın ayaktan poliklinik başvuruları içindeki payının sadece %3,5 yükselmiş olması verisi ile tamamlandığında, 10 yıllık sağlıkta dönüşüm politikası sürecinde birinci basamağın iş gücü veya hasta başvurusunda aldığı pay açısından desteklenmediğini göstermektedir.<sup>14</sup>

yapılan çok sayıda doğumların da bu oranların yüksekliğinin önlenebilir nedenleri arasında olduğunu düşünülmektedir.<sup>10</sup>

Ülkemize ait 2013 yılı verileri ışığında, anne ölüm hızının AB'ye üye ülkeler ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Ancak Vehid'in yaptığı araştırmada, 1998 yılında ülkemizdeki anne ölüm hızının yüzbinde 180 olarak bildirilmesine karşın, 2013 yılında bu değer yüzbinde 20'ye gerilediği saptanmıştır.<sup>11,12</sup> AB üyesi olan Romanya'da bu değer yüzbinde 33, Letonya'da yüzbinde 20 düzeyindedir. Bu düşüşün başta birinci basamak hekimliğinin, aile hekimliği sisteminin ve bunun bir parçası olan ana- çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlığı ve yeterliliğinin artması sonucunda oluştuğu tahmin öngörülebilir.<sup>7,13</sup> Doğum öncesi dönemde verilen sağlık hizmetlerinin

Son yıllarda, sağlıkta dönüşüm politikası kapsamında yapılan eylem planı ile, sağlık insan gücünü sayısal olarak arttırmak için üniversitelerde tıp dahil sağlık bilimleri ile ilişkili fakültelerde öğrenci sayısını arttırmak, zorunlu hizmet uygulaması ile coğrafi olarak hekim dağılımında ki eşitsizliği ortadan kaldırmak ve performansa bağlı geri ödemelerle çalışanların verimliliğini arttırmak gibi uygulamalar yürürlüğe girmiştir.<sup>14</sup> Ülkemizdeki tıp fakültesi sayısının artması ile, gelecek yıllarda hekim sayısının artacağı ve AB ortalamasına hızla yaklaşılabileceği tahmin edilmekle beraber, fakültelerin eğitim kalitesinin ve me z u n i y e t s o n r a s ı e ğ i t i m i n geliştirilmesi amacıyla çalışmalar yapılması önerilmektedir. Ülkemizin hemşire-ebe sayıları açısından AB ortalamasının çok altında olduğu saptanmıştır. Yataklı tedavi kurumlarındaki yatak sayıları değerlendirildiğinde, AB ortalamasından düşük olduğu görülmüştür. Bu sayının artırılması amacıyla yeni sağlık merkezlerinin kurulması gerekliliğinin kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir.<sup>3,5</sup> Bener ve ark. yaptığı çalışmada, on bin kişiye düşen yatak sayısı Almanya'da 83, Yunanistan'da 38 olarak belirtilmiştir. Bu oran ülkemiz için 25'dir.<sup>15</sup>

Çalışmamızda dikkat çeken unsurlardan biri de, TUİK verileri ile DSÖ Türkiye verileri arasında ki farktır. TUİK verileri DSÖ verilerinden her ne kadar Avrupa birliği ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak benzer anlamlı fark olsa da, daha olumludur.<sup>10</sup>

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişiminin, sürekliliğinin, koordinasyonunun ve finansmanının sağlanması, sağlık sistemine birinci basamağın entegrasyonu sistemin yetkinliğini arttıracaktır.<sup>16</sup> Aile hekimliği

hizmetleri arasında yer alan bebek ve çocukların bağışıklanması ve gebe izlemlerinin daha titiz ve kontrollü yapılmasının yüksek olan bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm hızını düşüreceği değerlendirilmektedir.<sup>12,17</sup> Diğer taraftan ülkemizde oldukça düşük olan kişi başı sağlık harcamasının artırılması birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracak ve kişi başına düşen sağlık personeli sayısına da olumlu katkıda bulunacaktır.<sup>3</sup>

## KAYNAKLAR

1. Archick K. The European Union: Questions and Answers: Congressional Research Service Report; 2016. p.1.
2. First Nations Centre Understanding Health Indicators. Ottawa: National Aboriginal Health Organization; 2007. p.8.
3. Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat. İstanbul: Yüce Yayınları; 1998.p. 33-48.
4. World Health Statistics Indicators- Indicator Compendium. In: Indicator Code Book-World Health Statistics. WHO Press; 2015. [http://who.int/gho/publications/World.health\\_statistics/whs\\_2015\\_indicator\\_compendium.pdf/](http://who.int/gho/publications/World.health_statistics/whs_2015_indicator_compendium.pdf/) Erişim tarihi: 15/06/2016 p. 44-157.
5. World development indicators (WDI): Worldbank 2014. <http://wdi.worldbank.org/table/2.21.2014/> Erişim tarihi:07/06/2016
6. World Health Organization (WHO). Global Health Indicators. In: World Health Statistics. Geneva: WHO Press; 2014. [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN-WHS2014\\_.pdf/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN-WHS2014_.pdf/) Erişim tarihi:10/06/2016 p.59-151.
7. World Health Organization (WHO). Global Health Indicators. In: World Health Statistics. Geneva: WHO Press; 2015.p.43-77.[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN-WHS2015\\_Part2.pdf/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN-WHS2015_Part2.pdf/) Erişim tarihi:10/06/2016 p.44-157.
8. Wordlow T. Statistical tables. In: Aslam A, editor. The State of the World's Children. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF); January, 2014.p.30-89.
9. Statistical tables. In: The State of the World's Children. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF); January, 2015. p. 36-83.
10. TÜİK Sağlık araştırması 2012. Ankara p. 1. [http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=1&KITAP\\_ID=223/](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223/) Erişim tarihi: 28/08/2016
11. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ista\\_turk2013.pdf/](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ista_turk2013.pdf/) Erişim tarihi:01/05/2016 p.14-18.
12. Vehid S. Temel demografik ve sağlık düzeyi ölçütleri açısından Türkiye ile Avrupa Birliği ülkelerinin karşılaştırılması. Cerrahpasa J Med 2000; 31 (2): 100-106.
13. OECD Health Data 2015. [http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd\\_bv\\_id=health-data-en&doi=data-00542-en/](http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00542-en/) Erişim tarihi: 08/06/2016
14. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türk Aile Hek Derg 2013;17(4):165-179.
15. Bener A, Mazroi AA. Health services management in Qatar. Croat Medical Journal 2010; 51: 85-8.
16. Kringos DS. The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study. Türk Aile Hek Derg 2013;17(4):165-179.
17. Yüceokur AA. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması. Baltaş Z, editör. Halk Sağlığı Ders Kitabı, 1.Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları; 2008. p. 739-761.



# Satisfaction Assessment and Burnout of Employees in Some Community Health Centers in City of Samsun

## Samsun İlindeki Bazı Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarında Memnuniyet Düzeyi ve Tükenmişlik Durumu

Onur Öztürk\*, Eylem Işık Uyar<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** Community health center is the health institution determining related risks and problems in order to protect and improve public health, making corrective and preventive activities and providing the coordination between the health institutions in its area and other institutions and organizations. Satisfaction and burnout of employees in community health centers constitute a serious problem which may disrupt health service providing and receiving stages. In our study, we aimed to discuss the issue. **Methods:** We reached 163 employees in five community health centers in Samsun. Employee satisfaction survey and Maslach Burnout Inventory were applied. **Results:** The ratio of women participants was 65.6%. Nurse-midwife-medical officer group was the most common occupation group (47.9%). It was observed that our demographic data didn't effect burnout. Emotional burnout and personal success scores were at the worst levels in those participants who had at least nine years of community health center experience and desensitization increased without a statistically significance. **Conclusion:** It is observed that satisfaction status of participants who work at community health center is higher while burnout is found less than workers in some other health institutions. Positive communication and occupational support provided by management units and managers to the staff may increase the thrust and satisfaction.

**Key words:** Community Health Center, satisfaction, burnout

### ÖZET

**Amaç:** Toplum sağlığı merkezi; toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla, ilgili risk ve sorunları belirleyen, düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur. Toplum sağlığı merkezlerindeki çalışan memnuniyeti ve tükenmişliği, sağlık hizmeti sunma ve alma aşamalarını sekteye uğratabilecek önemli bir problemdir. Çalışmamızda bu konuyu irdelemeyi amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Samsun ilinde, beş toplum sağlığı merkezinde 163 çalışana ulaşılmıştır. Çalışan memnuniyet anketi ve Maslach Tükenmişlik Envanteri uygulanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların % 65,6'sı kadındı. Hemşire-ebe-sağlık memuru en sık karşılaşılan meslek grubuydu (%47,9). Demografik verilerimizin tükenmişliği etkilemediği görülmüştür. Dokuz yıl ve üzeri toplum sağlığı merkezi deneyimi olan katılımcılarda duygusal tükenme ve kişisel başarının skorlarının en kötü düzeylerde olduğu, duyarsızlaşmanın ise istatistiki anlam ifade etmeksizin arttığı görülmüştür. **Sonuç:** Toplum sağlığı merkezi çalışanı katılımcılarda, diğer bazı sağlık kuruluşlarında çalışanlarla kıyaslandığında memnuniyet durumunun daha yüksek, tükenmişliğin ise daha az olduğu görülmüştür. İdari birimlerin ve yöneticilerin personelle kurduğu pozitif iletişim ve çalışma desteğinin, iş yerindeki güven ortamını ve memnuniyeti arttırabileceği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Toplum Sağlığı Merkezi, memnuniyet, tükenmişlik

Received / Geliş tarihi: 27.11.2015, Accepted / Kabul tarihi: 18.10.2016

<sup>1</sup>Atakum Toplum Sağlığı Merkezi

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Onur Öztürk, Atakum Toplum Sağlığı Merkezi, Samsun-TÜRKİYE, E-mail: dr.onurozturk@yahoo.com  
Öztürk O, Uyar EI. Samsun İlindeki Bazı Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarında Memnuniyet Düzeyi ve Tükenmişlik Durumu. TJFMPC, 2016;10(4): 213-221.

DOI: 10.21763/tjfm.271092



## GİRİŞ

Toplum sağlığı merkezi (TSM); kendi coğrafi bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla, ilgili risk ve sorunları belirleyen, düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur.<sup>1</sup> TSM’de görev yapan ekip; hekimler, sağlık memurları, hemşireler ve diğer sağlık personelinin oluşan geniş bir kadroya sahiptir.

Çalışan memnuniyeti, çalışanların yaşamlarında önemli kabul ettikleri şeyleri, yaptıkları işlerinden ne oranda elde ettiklerine ilişkin algılarının bir çıktısıdır. Yani çalışanın işi ve iş çevresinden beklentilerinin karşılanma düzeyine göre gösterdiği hoşnutsuzluk veya hoşnutsuzluk, onun memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğidir.<sup>2</sup> Çalışan için iş, tam gün çalışmada günün minimum sekiz saatini ve yaklaşık yaşamının 25–30 yılını kapsamaktadır. Durum böyleyken, çalışanın işinden memnun olması, aslında hayatından memnun olması için bir basamaktır. Çalışan memnuniyetine etki eden yaş, cinsiyet, statü gibi bireysel ve çalışma koşulları, ortam, birlikte çalışılan kişiler gibi kurumsal faktörler vardır.

Maslach; tükenmişliğin bireyin sahip olduğu değerlerde, itibarda ve maneviyatta bir aşınmayı temsil ettiğini, en yalın haliyle tükenmişliğin insan ruhunun çöküşü olduğunu vurgulamakta, yavaş, yavaş ve sürekli olarak gelişen, insanı, kurtuluşu zor bir girdabın içine sürükleyen bir hastalık olarak ifade etmektedir. Cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş ve çalışmışlık süresi gibi çeşitli faktörler tükenmişlik ile ilişkili görünmektedir.<sup>3</sup> Tükenmişlik kavramı; tükenmişliği yaşayan bireyin yaşamında gerçekleşen değişimleri ifade eden duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıya ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele alınmaktadır. Duygusal tükenme bileşeni, tükenmişliğin en temel boyutu ve en net belirtisi olarak kabul edilmektedir.<sup>4</sup> Duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin kişiler arası boyutunu temsil etmektedir. Kişisel başarı bileşeni ise, kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olmasını ifade eder.<sup>5</sup>

Son yıllarda hasta memnuniyeti üzerine bir çok çalışma yapılmış olsa da, çalışan memnuniyeti üzerine yapılmış bilimsel çalışma oldukça azdır. Hele ki TSM çalışanlarına odaklanarak hazırlanmış akademik çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Bu

bakımdan çalışmamızın bilime katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

## YÖNTEM

Araştırmamız, kesitsel bir anket çalışmasıdır. Samsun ilindeki TSM’ler evreni oluşturmaktadır. Demografik verilerin yanında, memnuniyeti ve tükenmişliği değerlendiren iki anket kullanılmıştır. Anketler Mayıs-Ağustos 2015 tarihleri arasında, seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme ile belirlenen beş TSM’de, TSM başkanlarının izni ile, çalışanların (n=181) %90’ını oluşturan gönüllüler tarafından doldurulmuş, kişi başı ortalama 20 dakika sürmüştür. Toplam 163 kişiye ulaşılmıştır.

Memnuniyet anketi, “T.C Sağlık Bakanlığının Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi”’nden edinilen, çalışan memnuniyet anketinden TSM personeline göre uyarlanmıştır.<sup>6</sup> Beşi demografik verileri sorgulayan, 26’sı TSM’deki iş yükü, deneyim, çalışanlar ve yöneticiler arası ilişkiyi değerlendiren, toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen, Maslach Tükenmişlik Envanteri, 22 maddeden oluşan 7’li likert tipi bir ölçektir. Özgün formunda, “hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün” şeklindeki cevap seçeneklerinden oluşmaktadır. Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı olmak üzere 3 alt boyutu kapsamaktadır. Duygusal Tükenme 9 maddeden, duyarsızlaşma 5 maddeden, kişisel başarı 8 maddeden oluşmaktadır. Ergin; uyarlama çalışmasında, doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis ve memurlardan oluşan 235 kişilik bir çalışma grubuna ön uygulama yaparak ölçekte bazı değişiklikler yapmıştır. Ölçekte yedi dereceli olan cevap seçenekleri “hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman ve her zaman olmak üzere beşli derecelendirmeye dönüştürülmüştür. Bizim çalışmamızda da 5’li likert tipi kullanılmıştır. Alt boyutların her bir maddesi 0–4 arasındaki sayılarla puanlanmaktadır. Tükenmişliğin yüksekliği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puanı, kişisel başarı alt ölçeğindeki düşük puanı yansıtmaktadır. Puanlamada, her bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplanmaktadır.<sup>7</sup>

İstatistiklerde, SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Bulguların tanımlanmasında sıklık değerleri, medyan ve aritmetik ortalama, nitel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare ve iki değişkenli korelasyon çalışılmıştır. P değeri, yüzde 5’in altında olduğu durumlarda ilişki anlamlı kabul edilmiştir. Bu çalışma için Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden gerekli izin alınmış, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik

Kurulu'ndan 04.05.2015 tarihinde etik onay alınmıştır.

## BULGULAR

Samsun ilinden, araştırmamıza dahil olan beş TSM'nin verilerine göre;

Katılımcıların (n=163) % 65,6'ı kadın, % 34,4'ü erkekti. 38-47 yaş aralığında daha çok çalışan vardı (% 42,3). Hemşire-ebe-sağlık memuru (H-E-SM) en sık karşılaşılan meslek grubuydu (%47,9), aynı kurumda 7- 9 yıldır çalışanlar (%27,0) ve üniversite mezunu olanlar (%41,1) ağırlıktaydı (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik veriler								
		n	%					
C İ N S İ Y E T	Kadın	107	65,6	M E S L E K	Hekim	11	6,7	
	Erkek	56	34,4		Diyetisyen	3	1,8	
Y A Ş A R A L I Ğ I	18-27	23	14,1		Psikolog	2	1,2	
	28-37	43	26,4		İdari Personel	18	11,0	
	38-47	69	42,3		Teknisyen	24	14,7	
	+47	28	17,2		H-E-SM	78	47,9	
					Hizmetli/ Diğer	27	16,6	
E Ğ İ T İ M	İlkokul	11	6,7		K U R U M G E Ç M İ Ş İ	<1 yıl	28	17,2
	Ortaokul	8	4,9			1-3 yıl	26	16,0
	Lise	31	19,0			4-6 yıl	36	22,1
	Yüksek okul	39	23,9	7-9 yıl		44	27,0	
	Üniversite	67	41,1	>9 yıl		29	17,8	
	Lisansüstü	7	4,3					

'TSM'de çalışmaktan memnun musunuz' sorusuna %88,9 oranında olumlu cevap verilmiştir. Fakat çalışma hayatıyla ilgili tükenmişlik yaşadığını düşünenlerin oranı %67,7 idi. Yaptığı işten mesleki olarak tatmin olanların oranı %59,1'dir. Personelin %27,8'i, yapılan eğitimleri yeterli bulmamaktadır. (Tablo 2-a) Aktif çalışma yüzdesi ortalaması  $70,9 \pm 21,1$  olarak hesaplanmıştır. Bir işi tek başına yapmaktan hoşlananların oranı ise %45,5 olarak saptanmıştır. Çalışanların çoğu (%40,1), işle ilgili bir probleme arkadaşları ile çözüm üretmektedir. (Tablo 2-b)

"İdari birimler işlerinizin yapılması konusunda ne kadar ilgili" sorusuna olumlu cevap verenlerde, tükenmişlik hissi daha az bulunmuştur ( $p<0,001$ ,  $r= -0,26$ ). Buna paralel olarak, TSM'de çalışmaktan memnun olanlarda da tükenmişlik hissi daha azdır ( $p<0,001$ ) ve bu kişilerde işe sevecek ve isteyerek gelme eylemi, kuvvetli bir pozitif korelasyon göstermektedir ( $p<0,001$ ,  $r= 0,70$ ). Yönetimden, yeterli katkıyı alanlarda memnuniyet daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ,  $r=0,25$ ), bu kişilerde tükenmişlik de daha az hissedilmektedir ( $p<0,001$ ,  $r=-0,26$ ). Yeniliklere açık olanlarda ise, tükenmişlik daha düşük bulunmuştur ( $p=0,02$ ,  $r=-0,18$ ). Çalışanlar arasındaki güven ortamının sağlanması da, tükenmişliği azaltan faktörler arasında bulunmuştur ( $p<0,001$ ,  $r=-0,25$ ). (Tablo 3) Duygusal tükenme alt ölçeğine göre, en çok tükenmişlik gösteren yaş aralığı 28-37 ve 38-47 (medyan 10.00), en çok tükenmişlik gösteren eğitim düzeyi ilkököl (medyan 14.00), en çok tükenmişlik gösteren cinsiyet erkek (medyan 10.00), meslek grubu ise diyetisyen (medyan 17.50) olarak saptanmıştır. Duyarsızlaşma alt ölçeğine göre, en çok tükenmişlik gösteren yaş aralığı 18-27 ve 48-57 (medyan 4.50), en çok tükenmişlik gösteren eğitim düzeyi yüksek lisans ve üstü (medyan 5.00), en çok tükenmişlik gösteren cinsiyet erkek (medyan 4.00), meslek grubu ise psikolog (medyan 6.50) olarak saptanmıştır. Kişisel başarı alt ölçeğine göre, en çok tükenmişlik gösteren yaş aralığı 38-47 ve 48-57 (medyan 10.00), en çok tükenmişlik gösteren eğitim düzeyi ortaokul (medyan 5.50), en çok tükenmişlik gösteren cinsiyet erkek (medyan 10.00), meslek ise hizmetli/diğer (medyan 8.50) olarak saptanmıştır. (Tablo 4) Maslach tükenmişlik ölçeğinin, üç alt ölçeğini, yaş, eğitim, cinsiyet, meslek, TSM'de çalışmışlık süresi ve aktif çalışma ile karşılaştırdığımızda, gerek duygusal tükenmede, gerekse de duyarsızlaşma ve kişisel başarıda herhangi bir fark bulunmamıştır. (Tablo 5)

Duygusal tükenme alt ölçeğine göre; yaptığı işten tatmin olmayanlarda tükenmişlik daha fazladır (medyan 11.00). Çalışma hayatında tükenmişlik yaşadığını düşünenlerde, tükenmişlik daha fazladır (medyan 14.00). Kurumunda,



<b>Tablo 2-a. Memnuniyet anketine verilen cevaplar- 1</b>			
<b>Sorular</b>	<b>Olumlu %</b>	<b>Orta Düzey %</b>	<b>Olumsuz %</b>
Yönetim açısından ne kadar memnunsunuz?	82,2	8,6	9,2
Bir üst amirinize sorunlarınız için başvuruyor musunuz?	88,8		11,2
Sorunlarınız için yeterli katkıyı alıyor musunuz?	77,2		22,8
TSM'de çalışmaktan memnun musunuz?	88,9		11,1
TSM'ye seveerek ve isteyerek geliyor musunuz?	87,5		12,5
Yaptığınız işi seviyor musunuz?	89,3		10,7
Yaptığınız iş sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?	59,1		40,9
Yaptığınız işin yetkisi size veriliyor mu?	71,2	20,0	8,8
Kurumunuzda yapmış olduğunuz işle ilgili yeterli katkıyı verdiğinizi düşünüyor musunuz?	77,0	16,1	6,8
Yapılan eğitimleri yeterli buluyor musunuz?	53,8	18,4	27,8
İsinizi yaparken zaman planlaması yapıyor musunuz?	83,0		17,0
İsinizle ilgili yeniliklere açık misiniz?	96,9		3,1
İsinizle ilgili etkinliklere/eğitime katılıyor musunuz?	78,2		21,8
Çalışma hayatında kendinizi başkalarıyla kıyaslıyor musunuz?	25,0		75,0
Çalıştığınız birimlerdeki diğer personeller ile iletişiminizi değerlendirir misiniz?	62,9	35,2	1,9
Sizce iş arkadaşınızın bir problemle ilgili yöneticiye danışarak çözüm üretmesi ispiyonlamak mıdır?	13,4		86,6
İdari birimler işlerinizin yapılması konusunda ne kadar ilgili?	69,9	28,3	1,8
Çalışma hayatıyla ilgili tükenmişlik yaşadığınızı düşünüyor musunuz?	32,3		67,7
Kurumunuzda karşılıklı güven ortamı içerisinde çalıştığınıza inanıyor musunuz?	59,2	21,7	19,1
Yaptığınız işle ilgili görev tanımlamanızı biliyor musunuz?	84,1	14,6	1,3

**Tablo 2-b. Memnuniyet anketine verilen cevaplar-2**

<b>Sorular</b>	<b>Şıklar</b>	<b>Cevaplar (%)</b>
<b>Bir mesai gününün yüzde kaçını işle ilgili çalışmalar yaparak geçiriyorsunuz?</b>	a) %0-50	19,9
	b) %51-70	12,4
	c) %71-100	67,7
<b>Bir işi yaparken;</b>	a) Tek başıma yapmaktan hoşlanırım	45,5
	b) Diğer arkadaşlarımla birlikte yapmaktan hoşlanırım	54,5
<b>İşinizle ilgili bir problem olduğunda nasıl bir çözüm yöntemi geliştirirsiniz?</b>	a) Kendim çözerim	19,7
	b) Yöneticiyle beraber çözüm üretirim	38,9
	c) Arkadaşım ile beraber çözüm üretirim	40,1
	d) Beklerim zaman içinde kendiliğinden çözümlenir	1,3

Tablo 3. Memnuniyet anketi soruları arası ilişkiler				
Sorular	TSM'ye severek ve isteyerek geliyor musunuz?		Çalışma hayatıyla ilgili tükenmişlik yaşadığınızı düşünüyor musunuz?	
	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri
Yönetim açısından ne kadar memnunsunuz?	<0,001	0,33	0,07	-0,16
Bir üst amirinize sorunlarınız için başvuruyor musunuz?	0,05	0,16	0,39	-0,08
Sorunlarınız için yeterli katkıyı alıyor musunuz?	<0,001	0,35	<0,001	-0,24
TSM'de çalışmaktan memnun musunuz?	<0,001	<b>0,70</b>	<0,001	-0,32
TSM'ye severek ve isteyerek geliyor musunuz?	//////////////////// ////////	//////////////////// //////////////////// //	<0,001	-0,33
Yaptığınız işi seviyor musunuz?	<0,001	0,54	<0,001	-0,31
Yaptığınız iş sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?	<0,001	0,33	<0,001	-0,25
Yaptığınız işin yetkisi size veriliyor mu?	0,23	0,06	0,09	-0,15
Kurumunuzda yapmış olduğunuz işle ilgili yeterli katkıyı verdiğinizi düşünüyor musunuz?	0,66	0,05	0,55	-0,05
Yapılan eğitimleri yeterli buluyor musunuz?	<0,001	0,24	0,11	-0,02
İsini yaparken zaman planlaması yapıyor musunuz?	0,05	0,17	0,81	-0,02
İsinizle ilgili yeniliklere açık misiniz?	0,49	0,04	0,03	-0,18
İsinizle ilgili etkinliklere/ eğitimlere katılıyor musunuz?	0,24	0,09	1,00	0,01
Çalışma hayatında kendinizi başkalarıyla kıyaslıyor musunuz?	0,58	-0,04	0,69	0,04
Çalıştığınız birimlerdeki diğer personeller ile iletişiminizi değerlendirir misiniz?	0,86	-0,01	0,68	0,04
Sizce is arkadaşınızın bir problemle ilgili yöneticiye danışarak çözüm üretmesi işpiyonlamak mıdır?	0,73	-0,01	0,07	0,15
İdari birimler işlerinizin yapılması konusunda ne kadar ilgili?	<0,001	0,25	<0,001	-0,26
Çalışma hayatıyla ilgili tükenmişlik yaşadığınızı düşünüyor musunuz?	<0,001	-0,33	//////////////////// ////////	//////////////////// ////////
Kurumunuzda karşılıklı güven ortamı içerisinde çalıştığınıza inanıyor musunuz?	<0,001	0,29	<0,001	-0,25
Yaptığınız işle ilgili görev tanımlamanızı biliyor musunuz?	0,20	0,08	0,46	-0,09

karşılıklı güven ortamı içerisinde çalıştığına inanmayanlarda tükenmişlik daha fazladır (medyan 13,00). TSM'de çalışmışlık deneyimine göre ise 4 yıl ve üzeri çalışanlarda tükenmişlik en yüksek değerdedir (medyan 10,00). Duyarsızlaşma alt ölçeğine göre; yaptığı işten tatmin olmayanlarda tükenmişlik daha fazladır (medyan 4,00). Çalışma hayatında, tükenmişlik yaşadığını düşünenlerde tükenmişlik daha fazladır (medyan 5,00). Kurumunda, karşılıklı güven ortamı içerisinde çalıştığına inanmayanlarda tükenmişlik daha fazladır (medyan 6,00). TSM'de çalışmışlık deneyimine göre ise <1 yıl ve 7-9 yıl çalışanlarda

tükenmişlik daha fazladır (medyan 4,00). Kişisel başarı alt ölçeğine göre; ilginç olarak yaptığı işten tatmin olanlarda tükenmişlik daha fazladır (medyan 10,00). Çalışma hayatında, tükenmişlik yaşamadığını düşünenlerde, tükenmişlik daha fazla bulunmuştur (medyan 10,00). Kurumunda, karşılıklı güven ortamı içerisinde çalıştığına inanmayanlarda tükenmişlik daha fazladır (medyan 10,00). TSM'de çalışmışlık deneyimine göre ise >9 yıl çalışanlarda tükenmişlik daha fazladır (medyan 9,00). (Tablo 6) Maslach tükenmişlik ölçeği alt gruplarının memnuniyet anketindeki tatmin,

		Duygusal Tükenme			Duyarsızlaşma			Kişisel Başarı		
		Medyan	Minimum	Maximum	Medyan	Minimum	Maximum	Medyan	Minimum	Maximum
<b>Y A Ş</b>	18-27	9,00	1,00	18,00	4,50	,00	9,00	11,00	3,00	18,00
	28-37	10,00	1,00	28,00	3,00	,00	13,00	11,00	2,00	26,00
	38-47	10,00	,00	30,00	3,00	,00	11,00	10,00	3,00	24,00
	48-57	9,50	4,00	23,00	4,50	,00	13,00	10,00	2,00	20,00
<b>E Ğ İ T İ M</b>	İlkokul	14,00	5,00	23,00	3,50	,00	13,00	8,00	4,00	20,00
	Ortaokul	7,50	2,00	17,00	0,50	,00	10,00	5,50	3,00	22,00
	Lise	8,00	1,00	19,00	4,00	,00	11,00	10,50	3,00	19,00
	Yüksekokul	9,00	,00	30,00	3,00	,00	9,00	11,00	4,00	26,00
	Üniversite	10,00	1,00	28,00	3,00	,00	12,00	11,00	2,00	24,00
	Yüksek lisans ve üzeri	8,00	4,00	25,00	5,00	0,00	13,00	10,00	5,00	14,00
<b>C İ N S İ Y E T</b>	Kadın	9,50	,00	30,00	3,00	,00	12,00	11,00	2,00	24,00
	Erkek	10,00	1,00	25,00	4,00	,00	13,00	10,00	2,00	26,00
<b>M E S L E K</b>	Hekim	10,00	1,00	25,00	3,00	,00	13,00	11,00	5,00	14,00
	Diyetisyen	17,50	17,00	18,00	5,50	5,00	6,00	15,00	14,00	16,00
	Psikolog	14,00	11,00	17,00	6,50	4,00	9,00	15,00	12,00	18,00
	İdari Personel	11,00	2,00	23,00	5,00	,00	12,00	12,00	3,00	19,00
	Teknisyen	10,50	4,00	21,00	3,50	,00	12,00	10,50	2,00	19,00
	H-E-SM	9,00	,00	30,00	3,00	,00	11,00	11,00	2,00	26,00
	Hizmetli ve diğer	10,00	3,00	13,00	2,50	,00	13,00	8,50	3,00	22,00

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>Yaş aralığı</b>	0,87	0,10	0,91
<b>Eğitim düzeyi</b>	0,17	0,76	0,23
<b>Cinsiyet</b>	0,93	0,22	0,14
<b>Meslek</b>	0,35	0,06	0,52
<b>TSM'de çalışma süresi</b>	0,78	0,89	0,52
<b>Aktif çalışma</b>	0,73	0,40	0,07

\*Ki-kare uygulanmıştır

Tablo 6. Maslach tükenmişlik ölçeğine göre tanımlayıcı değerler										
		Duygusal Tükenme			Duyarsızlaşma			Kişisel Başarı		
		Medyan	Min	Max	Medyan	Min	Max	Medyan	Min	Max
Ne kadar süredir bu kuruluşta çalışıyorsunuz?	<1 yıl	9,00	1,00	28,00	4,00	,00	13,00	10,00	3,00	26,00
	1-3 yıl	9,00	1,00	21,00	3,00	,00	10,00	11,00	5,00	20,00
	4-6 yıl	10,00	2,00	30,00	3,50	,00	11,00	12,00	2,00	24,00
	7-9 yıl	10,00	,00	20,00	4,00	,00	12,00	11,00	3,00	22,00
	>9 yıl	10,00	4,00	28,00	3,00	,00	13,00	9,00	2,00	20,00
Yaptığımız iş sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?	evet	9,00	,00	25,00	3,00	,00	13,00	10,00	2,00	26,00
	hayır	11,00	1,00	30,00	4,00	,00	10,00	11,00	3,00	22,00
Çalışma hayatıyla ilgili tükenmişlik yaşadığınızı düşünüyor musunuz?	evet	14,00	4,00	30,00	5,00	,00	13,00	11,50	3,00	24,00
	hayır	8,00	,00	25,00	3,00	,00	13,00	10,00	2,00	26,00
Kurumunuzda karşılıklı güven ortamı içerisinde çalıştığınıza inanıyor musunuz?	evet	8,00	,00	23,00	3,00	,00	13,00	10,00	2,00	26,00
	hayır	13,00	3,00	30,00	6,00	,00	13,00	11,50	4,00	22,00
	yüzeysel	12,00	2,00	28,00	4,00	,00	11,00	12,00	3,00	24,00

Tablo 7. ‘Tatmin, tükenmişlik hissi ve güven ortamı’ sorularının Maslach tükenmişlik ölçeğine etkisi*			
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	p değeri	p değeri	p değeri
Yaptığımız iş sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?	0,03	0,37	0,03
Çalışma hayatıyla ilgili tükenmişlik yaşadığınızı düşünüyor musunuz?	<0,001	0,08	0,03
Kurumunuzda karşılıklı güven ortamı içerisinde çalıştığınıza inanıyor musunuz?	<0,001	<0,001	0,03

tükenmişlik hissi ve güven ortamı ile ilgili sorularla ilişkisi Tablo 7’de gösterilmiştir. Bu sorular, duygusal tükenme ve kişisel başarı alt ölçeklerine anlamlı düzeyde etki etmiştir. Duyarsızlaşma alt ölçeğine ise, sadece güven ortamını irdeleyen soru anlamlı düzeyde etki etmiştir.

## TARTIŞMA

Araştırmamıza göre, anket uyguladığımız TSM’lerde tükenmişliğin düşük, memnuniyetin ise yüksek olduğu saptanmıştır. Amaçları ve görevleri düşünüldüğünde, TSM’deki iş huzuru sağlık hizmet çıktısını olumlu yönde etkileyecektir.

Sağlık sektörü, veriyor olduğu hizmeti farklı kanatlardan sağlık alıcısına ulaştırmaktadır. Hastaneler, aile sağlığı merkezleri ve TSM’ler bu senaryodaki ana rolü oynamaktadır. Sağlık sektöründe özveri ve yorgunluk kaçınılmazdır. Günlük rutin işler gerek mental gerekse de fiziki olarak çalışanı oldukça yıpratmaktadır. Hizmet verilen taraf, sağlığı korunan veya tedavi edilen kesimdir. Aldığı hizmetten memnun kalmak isteyen sağlık hizmet alıcısına yardım için sağlık hizmet vericisi bütün bilgi ve becerisiyle iş başındadır. Bu açıdan sağlık sunucusunun iş memnuniyeti ve tükenmişlik durumu hem kendisini hem de dışarıdaki vatandaşları etkileyecektir.

Literatürde, hastane ve aile sağlığı merkezi çalışanlarında, hasta veya sağlık çalışanı ile ilgili psikolojik durumu değerlendiren bazı tez ve makale çalışmaları mevcuttur. Çalışmamız, TSM çalışanlarını hedef alan önemli bir araştırmadır.

Katılımcılarımız arasında geniş bir yaş dağılımında, TSM'de çalışabilecek neredeyse her statüde çalışan vardır. Bunlardan kadınlar, 38-47 yaş arasındakiler, H-E-SM en sık rastlanan grubu oluşturmaktaydı. Bir üniversite hastanesindeki, sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerini değerlendiren çalışmada, katılımcıların genellikle kadın ve 25-29 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Bu katılımcılardan, kadınlarda erkeklere göre duygusal tükenme ve kişisel başarı alt ölçeklerinde tükenmişlik daha fazla saptanmıştır, yaş değerlendirmesinde ise fark görülmemiştir. Aynı çalışmada, meslekte çalışma süresi arttıkça, duygusal tükenmenin arttığı bulunmuştur.<sup>8</sup> Taycan ve ark. da yaşın önemli bir değişken olduğunu vurgulamışlardır.<sup>9</sup> Bizim araştırmamızda ise, demografik verilerin tükenmişliği yeterli etkilemediği saptanmıştır. Bazı çalışmalarda, bulgularımızla benzer şekilde, cinsiyetin tükenmişlik yönünden belirleyici olmadığı belirtilse de,<sup>10,11</sup> kadınlarda tükenmişliğin daha yüksek olduğunu vurgulayan çalışmalar ağırlıktadır.<sup>12,13</sup>

Aras'ın çalışmasında en yoğun duygusal tükenmenin, 6 - 10 yıl deneyimlilerde olduğu, 20 yıldan fazla deneyimlilerde ise, duygusal tükenmenin azaldığı ifade edilmiştir.<sup>14</sup> Çalışmamızda, 4 yıl ve üzeri TSM deneyimi olan katılımcılarımızda duygusal tükenme, 9 yıldan fazla deneyimlilerde kişisel başarı skorlarının en kötü düzeylerde olduğu, duyarsızlaşmanın ise istatistiksel anlam ifade etmeksizin yıllar ilerledikçe arttığı görülmüştür. Akçalı'nın çalışmasına göre, hizmet süresi duyarsızlaşmayı artırmaktadır, ancak duyarsızlaşmayı etkileyen başka faktörlerin de olduğu düşünülmektedir.<sup>15</sup>

Ertuğrul'un çalışmasında, hastanede kötü yönetildiklerini düşünenlerin oranı %26.3, meslekte yeterli doyuma ulaşamadıklarını düşünenlerin oranı ise %18.5 idi.<sup>8</sup> Bizim çalışmamızda, kötü yönetildiklerini düşünenlerin oranı %9,2, meslekte yeterli doyuma ulaşamadıklarını düşünenlerin oranı ise %40,9 idi. Anestezi ve dahili klinik çalışanlarında yapılan bir araştırmada ise, tükenmişlik alt ölçek skorları bizim çalışmamızdan daha yüksek hesaplanmıştır.<sup>16</sup>

Bulgularımıza göre; TSM çalışanı katılımcılarda, diğer bazı sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmaların sonuçları ile kıyaslandığında memnuniyet durumunun daha yüksek, tükenmişliğin ise daha az olduğu görülmüştür. İş memnuniyetinin, tükenmişlikle kuvvetli bir ilişki

içerisinde olduğu bilinmektedir.<sup>17</sup> İdari birimlerin ve yöneticilerin çalışma desteği ve personelle kurduğu pozitif iletişim, iş yerindeki güven ortamını ve memnuniyeti arttırmaktadır. Benzer bir çıkarımı daha önce, laboratuvar çalışanlarını hedefleyen bir çalışmada Lee ve ark. da saptamışlardır.<sup>18</sup> Böyle bir ortamda çalışanlar, TSM'de çalışmaktan daha hoşnuttur, işe sevecek gelmektedir ve bu kişilerde tükenmişlik hissi daha azdır. Bulgularımıza göre, işinden tatmin olanların oranı çok yüksek değildir. Biz bu tatmin eksikliğini, iş yükü ve neden olduğu karşılıklı iletişim azlığı sonucu gelişen yöneticiler ve çalışanlar arası kopukluğa bağlıyoruz. Verilerimiz, günlük aktif çalışma yüzdesi ortalamasının %70'ten fazla olduğunu göstermektedir. Yeniliklere açık olanlarda ise tükenmişlik daha düşük bulunmuştur, bu kişiler kişisel eğitimlerine daha çok önem vermektedir. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri verilen eğitimleri yeterli bulmamaktadır, fakat bu oran tükenmişliğe anlamlı etki etmemiştir. Daha yüksek sayıda TSM ve personel katılımının sağlanacağı çalışmalarda eğitim yetersizliğinin tükenmişliği anlamlı oranda etkileyebileceğini düşünüyoruz.

Bu çalışmada, çalışanların kişilik ve sosyal özelliklerinin değerlendirilememiş olması en büyük eksikliğimizdir. Yine, sadece beş TSM temsil edildiği için sonuçlar ülke genelindeki TSM'lere genellenemez. Ayrıca, TSM personellerinin meslek dağılımında dengesizlikler vardır, fakat TSM'lerin genel kadrolaşmasına bakıldığında hekim, diyetisyen, psikolog gibi meslek grubu çalışanlarının diğerlerinden çok daha az olduğu görülmektedir.

## SONUÇ

Bu çalışma ile, anket uyguladığımız TSM çalışanlarında, diğer bazı sağlık kuruluşlarında çalışanlarla yapılan araştırmalara nazaran, memnuniyet durumunun daha yüksek, tükenmişliğin ise daha az olduğu görülmüştür. Çalışanların işlerini ve TSM'yi sevmelerinin yolunun iyi bir idare sistemi, hizmet içi eğitim ve destekleyici iletişimden geçebileceği kanaatine varılmıştır. Memnuniyet arttıkça tükenmişlik azalabilir. Personelin kendi işlerinde çalıştırılmaları iş tempolarını arttırabilir. Coğrafik değişiklikler TSM'lerin iş çeşitliliğini etkileyeceğinden farklı bölgelerden gelecek benzer çalışmalar da bu konuya ışık tutacaktır.

## Teşekkür

Çalışmanın hazırlanması ve uygulanmasında desteklerini aldığımız, Sn. Psikolog Gül Deniz'e teşekkür ediyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Resmi Gazete; Sayı: 29258, Madde 4; 1 (n), 5 Şubat 2015.
2. Aydın Ş. İşgören devri, nedenleri ve sonuçları. editör: Cengiz Demir, konaklama işletmelerinde insan kaynakları yönetimi: ilkeler ve uygulamalar içinde (265-314), 1.Baskı. Ankara: Nobel Yayınları; 2005, s.283.
3. Fradelos E, Mpelegrinos S, Mparo Ch, Vassilopoulou Ch, Argyrou P, Tsiromi M., et al. Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: the contribution of perceived social support. *Prog Health Sci* 2014; 4(1): 102-9.
4. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu tükenmişlikle mücadele teknikleri. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2006. s.17-93.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52(1):397-422.
6. Memnuniyet anketleri uygulama rehberi yayımlandı.  
<https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1250>. Erişim tarihi: 20.11.2015
7. Ergin, C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 1992 s. 143-154.
8. Ertuğrul E. Üniversite uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak; 2010 s. 40-65.
9. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7(2):100-108.
10. Kurçer M. Harran üniversitesi tıp fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Univ Tıp Fak Derg* 2005;2(3):10-15.
11. Yaman H, Ungan M. Tükenmişlik, aile hekimliği asistan hekimleri üzerinde bir inceleme. *Turk Psikol Derg* 2002;17(49):37-44.
12. Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9(3):132-138.
13. Ayralar A, Yavuz BG, Bakım B, Karamustafaloğlu O. Diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibinde tükenmişlik sendromu. *JAREM* 2011; 1: 52-56.
14. Aras Z. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik durumları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2006 s. 48.
15. Akçalı DT, Dayanır H, İlhan MN, Babacan A. İç Anadolu bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. *Ağrı Dergisi* 2010;22(2):79-85.
16. Aktaş E. Anestezi ve dâhili klinik çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik sendromu açısından karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Diyarbakır; 2013 s. 30-35.
17. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005; 62:105-12.
18. Lee MS, Lee MB, Liao SC, Chiang FT. Relationship between mental health and job satisfaction among employees in a medical center department of laboratory medicine. *J Formos Med Assoc.* 2009 Feb;108(2):146-54.



# Youth Perspectives on Intergenerational Solidarity in Families

## Genç Nesil Bakışıyla Ailelerde Nesiller Arası Dayanışma

Serhat Öztürk\*, Oya Hazer<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Objectives:** This study aims to determine intergenerational solidarity in families, and examine the scores and relations of the dimensions of intergenerational solidarity (Normative solidarity, Affectual solidarity, Associational solidarity, Consensual solidarity, Functional solidarity, Structural solidarity). **Method:** A sample of 1006 young people age between 15-29 from the socio-economic levels participated in the study, and their intergenerational solidarity were determined by the theory Bengtson's Intergenerational solidarity. **Results:** It was found that there are some statistically significant relationships between normative solidarity and consensual solidarity, age, functional solidarity, education level of parents/grandparents, number of siblings and gender. **Conclusion:** Intergenerational solidarity was found over middle levels. Accordingly, intergenerational solidarity in families has to be maintained and strengthened by all the units like government and non-governmental organizations with projects and programmes.

**Key words:** Intergenerational solidarity, family support, care

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmada, ailelerde nesiller arası dayanışma boyutlarını (normatif dayanışma, duygusal dayanışma, ilişkisel dayanışma, işlevsel dayanışma, uzlaşımsal dayanışma ve yapısal dayanışma) ve bu boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi ile aile yaşantısını güçlendirme, nesiller arası beklentilerin anlaşılması ve nesiller arasındaki sorunlara çözüm yolları bulunması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ankara'nın üç farklı sosyo-demografik bölgesinde, farklı yaş gruplarındaki (15-29 yaş) 990 gence, nesiller arası dayanışmaya ilişkin sorular yöneltilmiş ve katılımcılar bu soruları annelerinden, babalarından, büyük annelerinden ya da büyük babalarından bir tanesini dikkate alarak cevaplamışlardır. **Bulgular:** Araştırmanın sonucunda, nesiller arası normatif dayanışma ile duygusal dayanışma, işlevsel dayanışma (ebeveyn/büyük ebeveyne yardımda bulunma), yapısal dayanışma (ailenin genişliği), ilişkisel dayanışma ve uzlaşımsal dayanışma ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur. **Sonuç:** Araştırmada, gençlerin aileleri ile birliktelik ve bütünlüklerinin hala sürdürüldüğü, dolayısıyla dayanışma düzeylerinin orta seviyeler ve üstünde olduğu görülmüştür. Nesiller arası dayanışmanın kuvvetlendirilmesi ve sürdürülmesi doğrultusunda, bütün bu paydaşların ortak çalışmalarıyla bölgesel, toplumsal bazda programlar ve projeler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Ailelerde nesiller arası dayanışma, aile desteği, bakım

Received / Geliş tarihi: 10.10.2016, Accepted / Kabul tarihi: 02.11.2016

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Serhat Öztürk, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi 3. Kat, Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü 06800 Beytepe/Ankara –TÜRKİYE, E-mail: sozturk@hacettepe.edu.tr

Öztürk S, Hazer O. Genç nesil bakışıyla ailelerde nesiller arası dayanışma. TJFMPC, 2016;10(4): 222-232. DOI: 10.21763/tjfm.271095



## GİRİŞ

Aile, bireyler arasındaki ilişkilerin gelişmesini ve sürdürülmesini sağlayan kurumlardan biridir. Aynı zamanda aile, üyeleri açısından ekonomik, sosyal ve psikolojik nitelikli bir dayanışma sistemidir.<sup>1</sup> Günümüzde değişen aile yapısı ve hayat tarzı, nesillerin birbirleriyle ilişki, iletişim, rol ve beklentilerinde değişimlerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Sanayileşme devrimleriyle birlikte, ailenin yapısında meydana gelen bu değişimler, ebeveynlerin/büyük ebeveynlerin, çocuklarından/torunlarından, ayrı yerlerde yaşamaya başlamasına ve parçalanmış ailelerin sayısında artışlar meydana gelmesine sebep olmuştur. Bunun yanı sıra, ailelerde çalışan kadınların artması ve boşanma oranlarındaki yükseliş özellikle büyük ebeveynlerin torunlarına verdikleri bakım ve maddi yardımlar gibi desteklerin, gün geçtikçe artması durumunu ortaya çıkarmıştır.<sup>2,3</sup>

Ailelerde, nesillerin birbirinden uzaklaşmaları sonucu, yetişkinler bir taraftan iş hayatının getirdiği zorluklar, diğer taraftan anne ve babalarına yardımcı olma ve çocuklarını yetiştirme konusunda problemlerle karşılaşmışlardır. Bu gelişmeler, gençlerin yetişkinlerden ayrı ortamlarda daha fazla zaman geçirmesine sebep olmuştur. Bununla birlikte, nesillerin birbiriyle iletişiminin süre ve miktarında azalmalar meydana gelmiştir.<sup>4</sup>

Aile bağlarına ilişkin bu değişimlerle birlikte, son zamanlarda aile konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında, ailelerde nesiller arası dayanışmanın önemi üzerinde durulduğu görülmektedir.<sup>5,6,7,8,9,10,11,12</sup>

Makro anlamda nesiller arası dayanışma; toplumlar bazında genç ve yaşlı nesiller arasında karşılıklı oluşturulabilecek dayanışma ilişkilerini ifade etmektedir. Alanyazında ise çoğunlukla nesiller arası dayanışmanın, mikro anlamda yani aileler bağlamında incelendiği görülmektedir.<sup>13,14,15,16</sup> Bir başka deyişle çocuklar, torunlar, ebeveynler ve büyük ebeveynler arasındaki dayanışma ve karşılıklı destek ilişkileri ifade edilmektedir.<sup>17</sup>

Yapılan bazı çalışmalarda, gencin refahı üzerinde, gencin ebeveyne/büyük ebeveyne karşı duyduğu bağlılık, yakınlık ve olumlu tutumların önemli etkisinin olduğu belirlenirken, yine ebeveyne/büyük ebeveyne karşı duyulan yakınlık ve bağlılığın gençler ve daha yaşlı nesiller arasındaki anlaşmazlıkların azaltılmasında çok önemli bir faktör olduğu görülmektedir.<sup>2,18,19</sup> Nitekim bu anlaşmazlıkların anlaşılması ve çözümlenmesi doğrultusunda, son zamanlarda en çok araştırılan alanlardan biri de ailelerde nesiller arası ilişkiler olmuştur.<sup>9</sup> Özellikle yaşlı aile bireylerin bakımı konusunda ortaya çıkan endişeler,

nesiller arası dayanışmanın bir boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu endişelerden birisi, büyük ebeveynlerin özellikle 85 yaş üstünün, sayısı ve oranındaki artış ve bu yaşlıların sonraki yıllarda yaşlı bakımına ihtiyaç duyduklarında nasıl ve kimlerden <sup>20,21,22,23,7,24</sup> tarafından bakılacağı endişesi.,<sup>20,21,22,23,7,24</sup> Bu endişe, iş gücüne katılan kadınların artması ile birlikte, büyük ebeveynlerin bakımını sağlama konusunda, üzerinde toplumdan en çok beklenti olan kadın akrabaların desteğinin azalmasıyla daha da artmaktadır.<sup>25,7</sup>

Çocuk bakımı konusunda ise, nesiller arası ilişkilerde büyük ebeveynlerin üstlendiği roller yadsınmaz. Nitekim, Türk toplumunun kültürel yapısında, torun sevgisinin ayrı bir yeri söz konusudur ve büyük/ebeveynler için torun sahibi olmak çok özel bir durumdur. Annenin de, babanın da iş hayatında yer aldığı günümüz toplumunda çocuk, okul öncesi eğitim çağına gelmemişse, anne ve babasının çalıştığı zamanlarda bir bakıcı, ya da bir aile ferdinin gözetiminde geçirmektedir. Bu nedenle, büyük ebeveynlerin çocuğun bakımı ve gelişiminde çok büyük katkıları olduğu görülmektedir.<sup>26</sup>

Ülkemizde, büyük şehirlerde büyük ebeveynler ile beraber yaşamak gittikçe zorlaşsa da, birçok şehirde özellikle de kırsal alanda hala büyük bir aile gibi yaşama geleneği devam etmektedir. Özellikle kadının çalışma hayatına girmesiyle, torunların büyük ebeveynlerin yanına bırakılması, ebeveynlerin çalıştığı saatlerde bakım vazifesini büyük ebeveynlerin üstlenmesi farklı kuşakların bir arada yaşamasını gerektirebilmektedir.<sup>4</sup>

Diğer taraftan yaşlılık döneminde, yaşlı ebeveyn/büyük ebeveyn ile ilgilenme, ailenin sorumluluğu olarak kabul edilmektedir. Geleneksel olarak, özellikle yetişkin çocuklar bu rolü üstlenmekte ve yaşlı nesillere yaşlılıkta en önemli yardım, bakım ve sosyal iletişim kaynağı olmaktadırlar.<sup>27</sup>

Böylece yaşlı ebeveyn/büyük ebeveyn ve yetişkin çocukların karşılıklı yardım, bakım ve destek ilişkilerini paylaşılması gereken sorumluluklar olarak görmeleri, yeni rollere ilişkin davranışlar geliştirmeleri, tüm aile bireyleri arasında olumlu ilişkiler kurulmasını sağlayabilir.

Ailede, torunların dünyaya gelmesi, bir ailede üç nesil için de büyük önem taşıyan bir olaydır. Ebeveyn olan yetişkin çocuklar; pek çok konuda başvurabilecekleri, yardım alabilecekleri kendi ebeveynlerinin kıymetini daha çok anlayarak, onlara yakınlaşır ve güven duyarlar.<sup>28</sup> Çocukların günlük hayatta ebeveynleri ile yaşadıkları sürtüşmeler, otorite-üstünlük mücadeleleri, büyük ebeveyn ile torunları arasında daha az yaşanmaktadır. Büyük ebeveynlerin torunları ile daha iyi iletişim kurdukları, çocuklarla anne babalar arasındaki ilişkilerde görülen gerilim ve çatışmaları

yatıştırıcı, azaltıcı, arabulucu rolü oynayabildikleri bilinmektedir.<sup>29</sup> Büyük ebeveynler, çoğunlukla torunlarının eğitimi ve bakımında, torunlarının yaşamlarının birçok önemli döneminde hem maddi olarak hem de emek ve zaman harcayarak önemli katkıda bulunurlar.<sup>30</sup>

Özellikle, aynı evde yaşayan nesillerin etkileşimi, bu bağlamda giderek önem kazanmaktadır. Farklı nesiller bir arada yaşadığında, karşılıklı destek ve işbirliği sözü konusu olacaktır. Ebeveynler/büyük ebeveynler, çocuklarının/torunlarının ailelerine birçok yolla katkıda bulunurken (maddi, eğitim, ev işleri ve çocuk bakımı vb.) çocuklar/torunlar da bakıma ihtiyaç duyan ebeveyne/büyük ebeveyne destek vermektedirler.<sup>31</sup>

Dünya’da ve ülkemizde görüşme türlerinde ve sıklıklarında meydana gelen değişimlere rağmen, ebeveynlerin/büyük ebeveynlerin bakıma ihtiyaç duyduklarında, sağlanması gereken uzun dönem bakımı konusunda sağlanan desteğin %70 ile %80 arasında çocuklarından geldiği görülmektedir.<sup>6</sup> Stoller’a (1983) göre, ebeveynlere/büyük ebeveynlere verilen bu bakım ve destek; aile bağlarının gücünü, bakıma ihtiyaç duyan ebeveynlerin/büyük ebeveynlerin bakımında aile üyelerinin önemini ve bakıma ihtiyaç duyan ebeveynlerin/büyük ebeveynlerin, devlet tarafından sağlanan bakım desteğine ilişkin tutumlarını belirlemede kilit rol oynamaktadır.<sup>7</sup>

Ailelerde, nesiller arası dayanışmayı birçok boyutlarıyla ele alan bu konunun anlaşılmasında, önemli çalışmalar yapan Bengtson ve Roberts (1991) tarafından geliştirilen ve altı boyutta ele alınan kuşaklararası dayanışma modelindeki boyutlar; yapısal, duygusal, ilişkisel, uzlaşım, işlevsel ve normatif dayanışma olarak sıralanmaktadır.<sup>13</sup> Kuşaklararası dayanışmayı açıklamaya yönelik, en kapsamlı modellerden biri olan bu modeldeki boyutların tanımları ve ilgili dayanışmaya ilişkin örnekler şu şekilde özetlenebilir:

**-Yapısal Dayanışma;** aile bireylerinin sayısına, çeşitlerine ve coğrafi yakınlık derecesine göre ortaya çıkan yapısal durumlar, aile üyelerinin yerleşim yakınlığı, aile üyelerinin sayısı, aile üyelerinin sağlığı gibi değişkenlerle ifade edilir.

**-İlişkisel Dayanışma;** aile bireylerinin içinde bulunduğu, her tür etkinlikteki etkileşim kalıpları ve sıklığı olarak tanımlanır. Kuşaklararası etkileşim sıklığı (yüz-yüze, telefonda, mektupla gibi), ortak aktivitelerin türleri (boş zamanlar, özel anlar gibi) gibi değişkenlerdir.

**-İşlevsel Dayanışma;** destek olma ve kaynak paylaşımının derecesi, karşılıklı destek olma ilişkilerinin (finansal, fiziksel, duygusal) derecesi,

kuşaklararası kaynak paylaşımının karşılıklılığının derecesi gibi değişkenlerle ifade edilir.

**-Duygusal Dayanışma;** aile bireylerine karşı duyulan olumlu duyguların türü ve derecesi ile bu duyguların karşılıklılığı; aile üyelerine duyulan ilgi, sıcaklık, yakınlık, anlayış, güven, saygı gibi duyguların derecesi, aile üyelerine karşı duyulan olumlu duyguların karşılıklılığına dair inancın derecesi olarak tanımlanır.

**-Uzlaşım Dayanışma;** aile üyeleri ile değerler, tutumlar ve inançlar konusunda duyulan uzlaşım derecesi; belirli değerler, tutumlar ve inançlar konusunda ailede bireysel yönelimlerin uyumluluğu, değerler, tutumlar ve inançlar konusunda aile üyeleri ile benzer yönelimlere sahip olduğuna duyulan inancın derecesi olarak tanımlanır.

**-Normatif Dayanışma;** ise aile içinde üstlenilen role bağlılık ve yükümlülükleri yerine getirme derecesi, aileye ve kuşaklararası rollere verilen önem, evlat olarak yükümlülüklerle duyulan bağlılığın derecesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>13</sup>

Ailelerde, nesiller arası dayanışmaya ilişkin yapılan çalışmaların artması ve bu konuya olan ilginin yoğunlaşması aile yaşantısını güçlendirme, ebeveynler/büyük ebeveynler ve çocukların/torunların karşılıklı olarak birbirlerinin beklentilerini anlama ve sorunlarına çözüm yolları bulmayı kolaylaştırma açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda, ülkemizde ve dünyada nesiller arasında karşılıklı bakım gibi diğer desteklere yönelik çalışmaların artması ve politikalar oluşturulması toplumun refahı açısından çok önemlidir. Bu aşamada, sosyal sağlık kavramına değinmek yerinde olacaktır; Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sosyal sağlık kavramını; kişinin bedensel ve ruhsal sağlığı üzerinde etki yapabilecek ve aynı zamanda, kendi bünye ve toplumsal çevresinden kaynaklanarak gelişen koşulların oluşturduğu, sosyal yaşantı alanındaki iyilik ve esenlik hali olarak tanımlamaktadır.<sup>32</sup> Hem genç nesillerin, hem de yaşlı nesillerin sosyal açıdan sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, dolayısıyla aile yapılarının güçlendirilmesi nesiller arasındaki dayanışmanın artırılması ve sürdürülmesi ile sağlanabilecektir. Bu doğrultuda bir adım atmak üzere, bu araştırma ile ailelerde nesiller arası dayanışmanın bütün boyutlarıyla incelenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Evren ve Örneklem

Çalışmada, farklı yaş gruplarındaki (15-29 yaş) 990 gence nesiller arası dayanışmaya ilişkin sorular yöneltilmiş ve katılımcılar bu soruları annelerinden, babalarından, büyük annelerinden ya da büyük babalarından bir tanesini dikkate alarak cevaplamışlardır.<sup>33</sup>

Araştırmanın evrenini, Ankara'da ikamet eden ve sosyo-ekonomik düzeyleri farklılık gösteren bireyler oluşturmaktadır. Bu seçim aşamasında; Ankara ilinin ilçelerinin, sosyo-ekonomik düzeylerine göre dağılım bilgilerine ulaşmak için, Türkiye İstatistik Kurumu'ndan (TÜİK, 2016) alınan verilerden yararlanılmıştır.<sup>33</sup> Bu listedeki 15-29 yaş arası birey sayısı 528.310'dur. Bütün yaş gruplarının dahil olduğu toplam nüfus ise 2.176.099'dur. Örneklem sayısı, her bölgedeki TÜİK (2016) tarafından belirlenen yaş gruplarının nüfusa göre dağılımı dikkate alınarak (990 genç) belirlenmiştir. Ankara ilindeki 25 ilçe, üç sosyo-ekonomik düzeye göre gruplandırılmış ve bu gruplandırma sonrasında yapılan basit rastgele örnekleme yöntemi arasından 'Çankaya' ilçesi yüksek sosyo-ekonomik düzey (YSED), 'Keçiören' ilçesi orta sosyo-ekonomik düzey (OSED) ve 'Altındağ' ilçesi düşük sosyo-ekonomik düzey (DSED) olarak seçilmiştir. Bu ilçelerden, araştırma kapsamına alınacak bireylerin seçilmesinde ise, her bölgedeki TÜİK (2016) tarafından belirlenen yaş gruplarının nüfusa göre dağılımı dikkate alınarak sayılar belirlenmiştir.<sup>33</sup> Araştırmada, nüfustaki farklı bölümlerin yeterince temsil edilmesini sağlamak<sup>34</sup> amacıyla örneklem seçiminde, tabakalı tesadüfi örnekleme yöntemlerinden ele alınan örneğin, tabakalar arasında paylaştırılmasının en basit ve sık kullanılan yolu olan "orantılı paylaşım" (oransal tabakalı örnekleme) yöntemi kullanılmıştır.<sup>35</sup> 15-19 yaş aralığında olanların 131'inin Keçiören, 114'ünün Çankaya ve 56'sı Altındağ'da; 20-24 yaş aralığında olanların ise 163'ünün Çankaya, 128'inin Keçiören, 55'inin Altındağ'da; son olarak da 25-29 yaş grubunda yer alanların ise 146'sının Keçiören, 141'inin Çankaya ve 56'sı Altındağ'da ikamet etmektedir. Belirlenen bu ilçelere ve yaş gruplarına göre kartopu örnekleme yöntemi ile araştırma katılımcılarına ulaşılmıştır.

### Veri Toplama Aracı

Araştırmada, katılımcıların ailelerde nesiller arası dayanışma boyutlarını belirlemeye ilişkin soru ve ölççekler ile sosyo-demografik özelliklerini belirleyici bir soru formu kullanılmıştır. Çalışmada, genel sorular hariç 23 soru sorulmuştur. Bu soru formları ve ölççekler şu şekilde sıralanabilir:

### Ailelerde Nesiller Arası Yapısal Dayanışma

Ailelerde nesiller arası yapısal dayanışma; ailede yaşayan kişi sayısı, ebeveyn/büyük ebeveynle olan coğrafi uzaklık, ebeveynin/büyük ebeveynin genel sağlık durumu ve katılımcının genel sağlık durumu gibi sorularla ölçülmektedir.<sup>38,9</sup> Ailede yaşayan kişi sayısı ailenin genişliğini ifade etmektedir. Coğrafi uzaklık; (0) aynı evde, (1) aynı sokakta/aynı semtte, (2) aynı semtte vasıta ile ulaşılabilir, (3)

aynı şehirde vasıta ile ulaşılabilir, (4) farklı şehir veya memlekette olmak üzere, 0 ile 4 aralığında kodlanmıştır. Sonrasında bu ifadeler ters kodlanarak puanlanmıştır. Katılımlardan alınan puan yükseldikçe, coğrafi uzaklık azalmaktadır. Ebeveynin/Büyük ebeveynin sağlık durumunu ve katılımcının sağlık durumunu belirlemek için; (0) kötü ile (3) mükemmel aralığında olmak üzere verilen cevaplar 0 ile 3 aralığında kodlanmıştır. Katılımcıların aldıkları puan yükseldikçe, sağlık durumu iyileşmektedir.

### Ailelerde Nesiller Arası İlişkisel Dayanışma

Ailelerde, nesiller arası ilişkisel dayanışmayı belirlemek amacıyla, katılımcıların ebeveynleri/büyük ebeveynleri ile görüşme sıklıklarının ele alındığı, Mangen ve Miller'in (1988) kullandığı 4 soru kullanılmıştır.<sup>39</sup> Bu sorulardan ilki, 'ebeveyniniz/büyük ebeveyniniz ile telefonla ne sıklıkta görüşüyorsunuz?' sorusudur. Diğer sorular ise katılımcıların ebeveynlerini/büyük ebeveynlerini, ziyaret etme sıklıklarını, aile toplantıları, özel günler (doğum, ölüm, yaş günü, mezuniyet vb.) ya da bayramlarda yapılan görüşme sıklıklarını, katılımcı için önemli konularda yapılan görüşme sıklıklarını belirlemeye yöneliktir. Bu sorulara; (0) günde en az bir kere ile 6) yılda bir kere ya da daha az şeklinde verilen cevaplar, 0 ile 6 aralığında kodlanmıştır. Bu kodlamalar daha sonra ters kodlanarak, toplam puan hesaplanmıştır. Sorulan 4 sorudan, 0-24 arasında bir puan elde edilmiştir. Alınan puanlar yükseldikçe, ailelerdeki nesiller arası ilişkisel dayanışmanın da yükseldiği görülmektedir.

### Ailelerde Nesiller Arası İşlevsel Dayanışma

Ailelerde, nesiller arası işlevsel dayanışmayı belirlemeye yönelik sorular Netzer'in (1994) Lee'den (1994) uyarladığı biçimiyle kullanılmıştır.<sup>9,40</sup> Belirlenen her bir 6 faaliyet/konu ilişkin son 6 ayda katılımcının, ebeveyn/büyük ebeveyn yardım etme durumu ile katılımcının ebeveyninden/büyük ebeveyninden yardım alma durumu incelenmiştir. Belirlenen bu 6 faaliyetlerde/konularda; bir karar için öneri, finansal yardım (karşılıksız ya da borç olarak), para dışındaki hediyeler, ev işlerinde yardım (tamir, eşya taşıma, yemek yapma, temizlik yapma vb.), ulaşım ile ilgili destek, bebek ya da çocuk bakıcılığı yardımı yardım alma ve yardım verme durumları ayrı ayrı puanlanıp, analiz edilmiştir. Katılımcıların ebeveynlerinden/büyük ebeveynlerinden **yardım aldıkları** her faaliyette/konuda 'evet' diyenler 1 puan, 'hayır' diyenler 0 puan almış ve bu puanlar toplanmıştır. 6 faaliyetten/konudan, 0-6 arasında bir puan elde edilmiştir. Alınan puanlar yükseldikçe, ailelerdeki nesiller arası işlevsel dayanışma da yüksek olmaktadır. Yine aynı şekilde; katılımcıların ebeveynlerinden/büyük ebeveynlerinden **yardım**

**verdikleri** her faaliyette/konuda, ‘evet’ diyenler 1 puan, ‘hayır’ diyenler 0 puan almıştır ve bu puanlar toplanmıştır. 6 faaliyetten/konudan, 0-6 arasında bir puan elde edilmiştir. Alınan puanlar yükseldikçe, ailelerdeki nesiller arası işlevsel dayanışma da yüksek olmaktadır.

#### **Ailelerde Nesiller Arası Duygusal Dayanışma**

Ailelerde, nesiller arası duygusal dayanışmayı incelemek için Mangen, Bengtson ve Landry (1988) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır.<sup>41</sup> Ölçekte 5 soru yer almaktadır; bu sorulardan ilki, ‘hayatınızın bu aşamasında her şeyi göz önünde bulundurarak düşündüğünüzde, ebeveyniniz/büyük ebeveyniniz ile olan ilişkinizi ne kadar yakın hissediyorsunuz?’ dur. Bu soruya verilen yanıtlar; (1) çok yakın hissetmiyorum ve (5) çok yakın hissediyorum olmak üzere, 1 ile 5 aralığında kodlanmıştır. Diğer 4 soru ise; ‘ebeveyniniz/büyük ebeveyniniz ile olan iletişiminizi nasıl tanımlarsınız?’, ‘ebeveyniniz/büyük ebeveyniniz ile hayatınızın bu evresindeki ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?’, ‘ebeveyninizi/büyük ebeveyninizi ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?’, ‘ebeveyninizin/büyük ebeveyninizin sizi ne kadar iyi anladığını düşünüyorsunuz?’ sorularından oluşmaktadır. Bu sorulara verilen yanıtlar ise; (1) hiç iyi değil ile (5) çok iyi, olmak üzere 1 ile 5 aralığında kodlanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda, bu ölçekteki ilk ifade çıkarılmıştır. Çıkarılan ilk soru dışındaki 4 soruya ilişkin cevaplardan alınan puanlar toplanarak, 4 ile 20 arasında bir puan elde edilmiştir. Katılımcıların aldıkları puan yükseldikçe, ailelerde nesiller arası duygusal dayanışmanın da yüksek olduğu belirlenmektedir. Parrott & Bengtson (1999) tarafından yapılan çalışmada, 5 maddenin de faktör yükleri 0,80’in üzerinde çıkmıştır, ölçek tek boyutlu çıkmıştır ve Chronbach’s alpha güvenilirlik katsayısı of 0.80 bulunmuştur.<sup>42</sup> 1. madde çıkarılmadan önce 0,81 olan Chronbach’s alpha güvenilirlik katsayısı, 1. madde çıkarıldıktan sonra ölçeğin Chronbach’s alpha güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur.

#### **Ailelerde Nesiller Arası Uzlaşımsal Dayanışma**

Ailelerde nesiller arası uzlaşımsal dayanışmaya ilişkin soru, Bengtson ve Roberts’ın (1991) kullandığı şekliyle kullanılmıştır; eEbeveyniniz/büyük ebeveyniniz ile hayatla ilgili düşünce ve görüşleriniz genelde ne kadar benzerdir?’ Bu soruyu cevaplayan katılımcılar; (1) ‘tamamen farklı’ ve (6) ‘tamamen benzer’ ifadelerini 1 ile 6 arasında bir puanlamışlardır.<sup>13</sup> Bu soruya verilen cevaplardan, 1-6 arasında bir puan elde edilmiştir. Alınan puan yükseldikçe, ailelerin uzlaşımsal dayanışmaları da yükselmektedir.

#### **Ailelerde Nesiller Arası Normatif Dayanışma**

Ailelerde nesiller arası normatif dayanışmada, Netzer (1994) tarafından daha önce yapılan

çalışmalardan<sup>9,43,44,45,46</sup> yola çıkılarak geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Ölçekte 9 ifade yer almaktadır, bu ifadeler şunlardır; ‘yaşlı bir kişinin karşılayamayacağı sağlık harcamasını, oğlu ya da kızı ödemek zorundadır’ gibi ifadeler verilen cevaplar ise; (1) kesinlikle katılıyorum ile (4) kesinlikle katılmıyorum olmak üzere, 1 ile 4 aralığında kodlanmıştır. Katılımcılara istedikleri soruları cevaplamama özgürlüğü verilmiştir; bu nedenle, Netzer’in (1994) belirlediği puanlama sistemindeki gibi, cevaplanan soruların puanları toplanmış ve cevaplanan soru sayısına bölünmüş ve seçenek sayısı (4) ile çarpılmıştır.<sup>9</sup> Bu 9 ifadeye verilen cevaplardan, 4 ile 16 arasında bir puan aralığı ortaya çıkmıştır. Katılımcıların aldıkları puanlar yükseldikçe, nesiller arası normatif dayanışma da yükselmektedir. Netzer (1994), tarafından yapılan çalışmada ise, 9 maddenin de faktör yükleri 0,48’in üzerinde çıkmıştır, ölçek üç boyutludur ve Chronbach’s alpha güvenilirlik katsayısı of 0.68 bulunmuştur.<sup>9</sup> Analizler sonucunda, nesiller arası duygusal dayanışma ölçeği ve normatif dayanışma ölçeğinin geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

#### **Sosyo Demografik Özellikler**

Bu formda katılımcıların cinsiyeti, katılımcının eğitim, algıladığı gelir ve medeni durumu ve aile tipine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

#### **Verilerin Toplanması**

Araştırma soru formuna ilişkin, Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzni 12 Ocak 2016 tarihinde alınmıştır. Araştırma verileri, Mayıs-Haziran 2016 tarihleri arasında Ankara ilinin Çankaya, Keçiören ve Altındağ ilçelerinde yaşayan 15-29 yaş arasındaki gönüllü katılımcılarla yüz yüze anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

#### **Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi**

Araştırmada, katılımcılara ve katılımcıların yapılan çalışmada hakkında cevap verdikleri ebeveyn/büyük ebeveynleri ilişkin demografik ve tanımlayıcı bilgiler, *frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma* gibi tanımlayıcı istatistiklerle ifade edilmiştir (Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı, cinsiyeti, eğitim, aylık gelir durumu, çalışma, medeni durum, kardeş sayıları ve kiminle birlikte yaşadığı, katılımcılara anketin hangi ebeveyn/büyük ebeveyn hakkında yapıldığı, ebeveyn/büyük ebeveyn yaş grupları, ebeveyn/büyük ebeveyn eğitim ve çalışma durumu). Ailelerde, nesiller arası dayanışma boyutları (normatif dayanışma, yapısal dayanışma, ilişkisel dayanışma, işlevsel dayanışma, uzlaşımsal dayanışma, duygusal dayanışma) arasındaki ikili ilişkilerin yönü ve gücü ise, *Çift Yönlü Pearson Korelasyon Analizi* ile belirlenmiştir.



## BULGULAR

Ankara’da 15-29 yaş arası 990 genç ile yapılan bu araştırma ile, ailelerde nesiller arası dayanışma boyutlarını (normatif, duygusal, ilişkisel, işlevsel, uzlaşımsal ve yapısal dayanışma) ve bu boyutlar arasındaki ilişkinin incelenerek aile yaşantısını güçlendirme, nesiller arası beklentilerin anlaşılması ve nesiller arasındaki sorunlara çözüm yolları bulunması amaçlanmıştır.

### Katılımcılar İle İlgili Genel Bulgular

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların yaş grupları incelendiğinde, 15-19 yaş arasındakilerin %30,4, 20-24 yaş arasındakilerin %34,9, 25-29 yaş

arasındakilerin ise %34,6 oranında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %60,4’ü kadın, %39,6’sı ise erkektir. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, yarısından fazlasının (%64,6) üniversiteye devam ettiği ya da üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların algıladıkları gelir düzeyine bakıldığında, büyük çoğunluğunun algıladıkları gelir düzeyinin orta olduğu (%75,1) saptanmıştır. Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya katılanların %81,3’ü bekar iken, %18,7’si ise evlidir. Katılımcıların aile tipi incelendiğinde ise; büyük çoğunluğunu çocuklu ailelerin (%70) oluştururken; bunu %11,6 ile geniş aile tipine sahip olanlar izlemektedir (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcılar ile ilgili genel bulgular**

		Kişi Sayısı (N)	Yüzde (%)
Katılımcı Yaş Grupları	15-19	301	30,4
	20-24	346	34,9
	25-29	343	34,6
Katılımcının Cinsiyeti	Erkek	392	39,6
	Kadın	598	60,4
Katılımcının Eğitim Durumu	Ortaokul veya daha az	7	0,7
	Lise devam ediyor	160	16,2
	Lise	53	5,4
	Üniversite devam ediyor	443	44,7
	Üniversite	197	19,9
	Lisansüstü devam ediyor	53	5,4
Lisansüstü	77	7,8	
Katılımcının Algıladığı Gelir Durumu	Düşük	147	14,8
	Orta	743	75,1
	Yüksek	100	10,1
Katılımcının Medeni Durum	Bekar	805	81,3
	Evli	185	18,7
Katılımcının Aile tipi	Tek kişilik aile	37	3,7
	Çocuksuz aile	73	7,4
	Çocuklu aile	693	70,0
	Geniş Aile (3 kuşak)	115	11,6
	Tek ebeveynli çocuklu aile	72	7,3
<b>Toplam</b>		<b>990</b>	<b>100</b>

### Ailelerde Nesiller Arası Dayanışma

Bu araştırmada, ailelerde nesiller arası normatif, duygusal, işlevsel, yapısal, ilişkisel ve uzlaşımsal puan ortalamaları hesaplanarak dayanışma düzeyleri belirlenmiş ve dayanışma boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon katsayıları ile incelenmiştir.

Katılımcıların duygusal (15,57±3,35) ve normatif dayanışma (11,94±1,91) puan ortalaması yüksek düzeylere yakındır. Araştırmaya katılanların uzlaşımsal (3,66±1,25), ilişkisel (14,40±5,29) ve işlevsel dayanışma [ebeveyn/büyük ebeveyninden yardım alma (3,42±1,66) ve ebeveyn/büyük ebeveynine yardım verme (3,37±1,58)] puan ortalamalarının ise orta düzeyin biraz üstünde olduğu belirlenmiştir. Ailelerde nesiller arası yapısal dayanışmaya bakıldığında ise; ailede yaşayan kişi sayısının ortalaması 3,21(±1,68) iken; ebeveyn/büyük ebeveynle olan coğrafi uzaklık

ortalaması 3,12 (±1,81) dir. Ebeveynin/büyük ebeveynin genel sağlık durumu ortalaması ise 2,65(±0,65) ve katılımcının genel sağlık durumu ortalaması 2,99(±0,59) dur (Tablo 2).

Dayanışma boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise; nesiller arası normatif dayanışmanın, duygusal (r=0,129), işlevsel (ebeveyn/büyük ebeveynine yardım verme) (r=0,125), yapısal (ailenin genişliği) (r=0,151), ilişkisel (r=0,090) ve uzlaşımsal dayanışma (r=0,222) ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmada alanyazına da uygun bir biçimde ilişkiler ve yön bakımından beklenen sonuçlar bulunmuştur (Tablo 3).<sup>13,40,9,47,48</sup>

Nesiller arası normatif dayanışma ile yapısal dayanışma (ebeveyn/büyük ebeveyn ile olan coğrafi uzaklıkla) (r=-0,087) ise negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 2. Katılımcıların ailelerde nesiller arası dayanışma boyutlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri**

Ailelerde Nesiller Arası Dayanışma Boyutları		Ortalama	Standart Sapma
<b>Normatif Dayanışma</b>	Aralık: (4-16)	11,94	1,91
<b>Duygusal Dayanışma</b>	Aralık: (4-20)	15,57	3,35
<b>İşlevsel Dayanışma</b>			
Ebeveyne/ Büyük Ebeveyne Verilen Yardım	Aralık: (0-6)	3,37	1,58
Ebeveynden/ Büyük Ebeveynden Alınan Yardım	Aralık: (0-6)	3,42	1,66
<b>Yapısal Dayanışma</b>			
Aile Genişliği	Aralık: (1-13)	3,21	1,68
Coğrafi Uzaklık	Aralık: (0-4)	3,12	1,81
Ebeveyn Sağlık Durumu	Aralık: (0-3)	2,65	0,65
Katılımcının Genel Sağlık Durumu	Aralık: (0-3)	2,99	0,59
<b>İlişkisel Dayanışma</b>	Aralık: (0-24)	14,40	5,29
<b>Uzlaşımsal Dayanışma</b>	Aralık: (1-6)	3,66	1,25

**Tablo 3. Ailelerde nesiller arası dayanışma boyutları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular**

	Normatif Dayanışma	Duygusal Dayanışma	İşlevsel Dayanışma		Yapısal Dayanışma				İlişkisel Dayanışma	Uzlaşımsal Dayanışma	
			Yardım Verme	Yardım Alma	Aile Genişliği	Coğrafi Uzaklık	Ebeveyn/Büyük Ebeveyn Sağlık Durumu	Katılımcı Sağlık Durumu			
<b>Normatif Dayanışma</b>	1										
<b>Duygusal Dayanışma</b>	,129**	1									
<b>İşlevsel Dayanışma</b>			1								
Yardım Verme	,125**	,130**		1							
Yardım Alma	,054	,125**	,612**		1						
<b>Yapısal Dayanışma</b>					1						
Aile Genişliği	,151**	-,051	-,046	-,076*		1					
Coğrafi Uzaklık	-,087**	,050	-,024	-,022	-,248**		1				
Ebeveyn/Büyük Ebeveyn Sağlık Durumu	-,036	,149**	-,011	,038	-,079*	-,036		1			
Katılımcı Sağlık Durumu	,037	,117**	-,016	-,038	-,043	-,028	,360**		1		
<b>İlişkisel Dayanışma</b>	,090**	,114**	,226**	,236**	,010	-,366**	,015	,005		1	
<b>Uzlaşımsal Dayanışma</b>	,222**	,505**	,077*	,142**	-,033	-,001	,138**	,093**	,130**		1

\*\* Korelasyon 0.01 anlamlılık düzeyinden anlamlı. \* Korelasyon 0.05 anlamlılık düzeyinde anlamlı.

Duygusal dayanışma ile işlevsel [ebeveyn/büyük ebeveyne yardım verme, (r=0,130) ve ebeveyn/büyük ebeveynden yardım alma, (r=0,125)] yapısal [(ebeveyn/büyük ebeveyn sağlık durumu (r=0,149) ve katılımcının sağlık durumu (r=0,117)], ilişkisel (r=0,114) ve uzlaşımsal dayanışma (r=0,505) ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 3).

Nesiller arası işlevsel dayanışmanın ebeveyn/büyük ebeveyne yardım verme boyutu ile, ebeveyn/büyük ebeveynden yardım alma boyutu (r=0,612), ilişkisel (r=0,226) ve uzlaşımsal dayanışma (r=0,077) ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Nesiller arası işlevsel (ebeveyn/büyük ebeveyne yardım alma) ile yapısal dayanışma

(katılımcının aile genişliği) (r=-0,76) arasında negatif yönlü bir ilişki varken; ilişkisel (r=0,236, p<0.01) ve uzlaşımsal dayanışma (r=0,142) arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttur (Tablo 3).

Nesiller arası yapısal dayanışmada katılımcının aile genişliği ile yapısal dayanışmada ebeveyn/büyük ebeveyn ile olan coğrafi uzaklık (r=-0,248, p<0.01) ve yapısal dayanışmada ebeveyn/büyük ebeveyn sağlık durumu arasında negatif yönlü bir ilişki vardır (r=-0,079, p<0.05). Nesiller arası yapısal dayanışmada, coğrafi uzaklık ilişkisel dayanışma (r=-0,366) ile negatif yönde ilişkilidir. Yapısal dayanışmada, ebeveyn/büyük ebeveyn sağlık durumu ile katılımcının sağlık

durumu ( $r=0,360$ ) ve uzlaşımsal dayanışma ( $r=0,138$ ) arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Yapısal dayanışma (katılımcı sağlık durumu) ile uzlaşımsal dayanışma ( $r=0,093$ ) ve nesiller arası ilişkisel dayanışma ile uzlaşımsal dayanışma ( $r=0,130$ ) arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ( $p<0.01$ ) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Bu araştırmada, ailelerde nesiller arası normatif, duygusal, işlevsel, yapısal, ilişkisel ve uzlaşımsal puan ortalamaları hesaplanarak dayanışma düzeyleri belirlenmiş ve dayanışma boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bu çalışmada, ailelerde nesiller arası dayanışma boyutları arasında en yüksek dayanışma puan ortalamalarına sahip boyut duygusal ve normatif dayanışma olmuştur. Duygusal dayanışmanın yüksek olması, aile üyelerine olan bağlılık, yakınlık, güven ve saygının halen güçlü bir şekilde sürdürüldüğü sonucu çıkarılabilir. Netzer (1994) tarafından ABD’de yapılan çalışmada da duygusal dayanışma yüksek düzeylerde bulunmuştur.<sup>9</sup>

Çalışmamızda, katılımcıların yüksek dayanışma puanlarına sahip olduğu bir diğer dayanışma boyutu ise normatif dayanışmadır. Normatif dayanışmanın yüksek düzeylerde olması, katılımcıların aile içinde üstlenilen role bağlılık, yükümlülüklerini yerine getirme ve nesiller arası rollere evlat olarak verilen önemi göstermektedir. ABD’de yapılan bazı çalışmalarda<sup>9,42</sup> ise normatif dayanışmanın orta düzeylerde olduğu görülmüştür. Aile bireylerinin etkileşim sıklığı ve ortak aktivitelerinin incelendiği ilişkisel dayanışma, orta düzeyin biraz üstünde bulunmuştur. Kadının iş hayatına katılması, iş hayatının getirdiği zorluklar, iletişim sıklıkları ve türlerindeki değişimler gençlerin yetişkinlerden ayrı ortamlarda daha fazla zaman geçirmesine sebep olmuş ve bununla birlikte de nesillerin birbiriyle iletişiminin süre ve miktarında azalmalar meydana gelmiştir. Nitekim bu çalışmaya benzer şekilde Netzer (1994), Bengtson (1991), Lee (1994) tarafından ABD’de yapılan çalışmalarda da ilişkisel dayanışmanın orta düzeylerde olduğu belirlenmiştir.<sup>9,13,40</sup>

Araştırmada, bir başka nesiller arası dayanışma boyutu olan uzlaşımsal dayanışma da, orta düzeylerin biraz üstünde olup, bu durum aile üyelerinin değerler, tutumlar ve inançlar konusunda orta derecede benzer yönelimlere sahip olduğunu göstermektedir.

Finansal, fiziksel ve duygusal olarak, nesillerin karşılıklı destek olmasını ve kaynaklarının paylaşımının incelendiği işlevsel dayanışma, gençlerin hem ebeveyn/büyük ebeveynlere yardım verme hem de ebeveyn/büyük ebeveynlerden yardım alma açısından orta düzeylerin biraz üstündedir. Ülkemizde, Kalaycıoğlu (2012) ve Baran ve ark. (2012) yapılan diğer çalışmalarda da

benzer şekilde nesiller arasında kaynak paylaşımı orta düzeylerde bulunurken, Netzer (1994) tarafından ABD’de yapılan çalışmada ise, işlevsel dayanışma hem yardım verme hem yardım alma açısından çok düşük oranlardadır.<sup>9,11,12</sup> Bu durum, ülkemizde nesiller arasındaki dayanışmanın değişen hayat şartlarına rağmen halen devam ettiğini göstermektedir.

Dayanışma boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise, nesiller arası normatif dayanışmanın, duygusal, işlevsel (ebeveyn/büyük ebeveynlere yardım verme), yapısal (ailenin genişliği), ilişkisel ve uzlaşımsal dayanışma ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmada, alanyazına da uygun bir biçimde ilişkiler ve yön bakımından beklenen sonuçlar bulunmuştur.<sup>13,40,9,47,48</sup>

Nesiller arası normatif dayanışma ile yapısal dayanışma (ebeveyn/büyük ebeveyn ile olan coğrafi uzaklıkla) ise negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla ailelerin yaşadıkları yerlerin arasındaki mesafeler arttıkça, normatif dayanışmanın da azalacağı söylenebilir. Nitekim Netzer (1994) çalışmasında coğrafi uzaklığın artmasıyla ebeveynler/büyük ebeveynler arasında iletişimin ve yakınlığın da azaldığı, birbirlerinin hayatlarında daha az söz sahibi olmaya başladıklarını ve bu nedenle toplumsal normlar üzerine tutum ve davranışlarının farklılaştığını ifade etmiştir.<sup>9</sup>

Duygusal dayanışma ile işlevsel [ebeveyn/büyük ebeveynlere yardım verme ve ebeveyn/büyük ebeveynlerden yardım alma] yapısal [(ebeveyn/büyük ebeveyn sağlık durumu ve katılımcının sağlık durumu), ilişkisel ve uzlaşımsal dayanışma ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Rossi ve Rossi (1990) ve Bengtson ve Roberts (1991) tarafından yapılan çalışmalarda da, duygusal dayanışmanın ilişkisel ve işlevsel dayanışma ile pozitif ilişkili olduğu görülmektedir.<sup>49,13</sup> Nitekim aile bireylerine duyulan sevgi, saygı gibi olumlu duyguları ifade eden duygusal dayanışma ile karşılıklı yardımda bulunmayı ifade eden işlevsel ve değer birliğini ifade eden uzlaşımsal dayanışmanın pozitif bir ilişki içinde olması beklenen bir sonuçtur.

Nesiller arası işlevsel dayanışmanın, ebeveyn/büyük ebeveynlere yardım verme boyutu ile ebeveyn/büyük ebeveynlerden yardım alma boyutu, ilişkisel ve uzlaşımsal dayanışma ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Nesiller arası işlevsel (ebeveyn/büyük ebeveynlere yardım alma) ile yapısal dayanışma (katılımcının aile genişliği) arasında negatif yönlü bir ilişki varken, ilişkisel ve uzlaşımsal dayanışma arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttur. Ailelerde, nesiller arası dayanışmanın en kilit unsurlarından birisi işlevsel dayanışmadır yani aile içindeki farklı nesillerin



birbirleri arasındaki maddi ve manevi destek alışverişidir<sup>13</sup>. Aile üyeleri arasında dayanışma, iletişim, duygusal destek ve arkadaşça ilişkilerin yanı sıra, para, eşya ve hizmet gibi destekleri de kapsamaktadır.<sup>9,15,41</sup> Bu doğrultuda aile üyelerinin ihtiyaç ve sıkıntı zamanlarında ilk başvurulacak kişilere dönüşmesi şeklinde genel bir tercih ve eğilim de vardır.<sup>50</sup> Nitekim çalışmada görülmektedir ki, işlevsel dayanışma ebeveyne/büyük ebeveyne yardım verme ile ebeveynden/büyük ebeveynden yardım alma pozitif bir ilişki içindedir. Benzer şekilde işlevsel dayanışmanın yardım verme boyutu ile görüşme sıklıkları ve görüşme biçimlerini ifade eden ilişkisel ve değerler, tutumlar, inançlar konusunda duyulan uzlaşmayı belirleyen uzlaşimsal dayanışma arasında pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur. Yapısal dayanışmanın aile genişliği boyutuyla ise işlevsel dayanışmanın yardım verme boyutu arasında negatif yönlü bir ilişki olması kaynakların paylaşılacağı kişi sayısının artmasıyla birlikte kaynak paylaşımının doğal olarak azaldığı görüşüyle açıklanabilir.

Nesiller arası yapısal dayanışmada, katılımının aile genişliği ile yapısal dayanışmada ebeveyn/büyük ebeveyn ile olan coğrafi uzaklık ve yapısal dayanışmada ebeveyn/büyük ebeveyn sağlık durumu arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Nesiller arası yapısal dayanışmada, coğrafi uzaklık ilişkisel dayanışma ile negatif yönde ilişkilidir. Yapısal dayanışmada ebeveyn/büyük ebeveyn sağlık durumu ile katılımının sağlık durumu ve uzlaşimsal dayanışma arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yapısal dayanışma (katılımcı sağlık durumu) ile uzlaşimsal dayanışma ve nesiller arası ilişkisel dayanışma ile uzlaşimsal dayanışma arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Nitekim birçok çalışmada, yapısal dayanışmanın ailelerde nesiller arası dayanışmada en önemli öncül etken olduğunu belirtmişlerdir ve yapısal dayanışma ile ilişkisel dayanışma, duygusal dayanışma ve işlevsel dayanışmanın yakın bir etkileşim içinde olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).<sup>40,13,9,41</sup> Yapısal dayanışmada coğrafi uzaklık boyutu ile iletişim sıklığı ve türlerini inceleyen ilişkisel dayanışma arasında negatif yönlü bir ilişki olması beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim nesiller arasında coğrafi uzaklık arttıkça ilişkisel dayanışmada azalacaktır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, ailelerde duygusal ve normatif dayanışmanın yüksek düzeylerde, uzlaşimsal, ilişkisel, işlevsel dayanışmanın ise (yardım alma ve yardım verme) orta düzeylerde olduğu bulunmuştur. Nesiller arası dayanışmanın birçok boyutu arasında ise, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki mevcuttur. Araştırmada, gençlerin aileleri ile birliktelik ve bütünlüklerinin hala sürdürüldüğü, dolayısıyla dayanışma düzeylerinin orta seviyeler

ve üstünde olduğu görülmüştür. Aile bireylerine duyulan sevgi, saygı gibi olumlu duyguları ifade eden duygusal dayanışma ile karşılıklı yardımda bulunmayı ifade eden işlevsel dayanışma ve değer birliğini ifade eden uzlaşimsal dayanışma pozitif bir ilişki içinde bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda, ailelerde nesiller arası dayanışmanın artırılması yönünde politika oluşturanlara, eğitimcilere, araştırmacılara, belediyelere ve sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir. Nesiller arası dayanışmanın kuvvetlendirilmesi ve sürdürülmesi doğrultusunda bütün bu paydaşların ortak çalışmalarıyla bölgesel ve toplumsal bazda programlar ve projeler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Nesilleri bir araya getirecek, nesiller arasındaki paylaşımları artıracak ve nesiller arasında yaşanan ve yaşanabilecek sorun ve çatışmaların çözümüne ilişkin gerçekleştirilebilecek proje ve çalışmalar, çeşitli sivil ve devlet kurumları tarafından süregelen bir biçimde desteklenmelidir. Böylelikle, bireylere nesiller arası dayanışma konusunda farkındalık sağlanacak, nesiller arası dayanışma bütün boyutları ile geliştirilebilecektir. Nesiller arası dayanışmanın geliştirilmesi, bütün nesillerin dolayısıyla da ailelerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesini ve aile birliğinin kuvvetlendirilmesini sağlayacaktır, bu yaklaşım ve politikalar toplumun refahına katkı sağlanması yönünde çok büyük önem arz etmektedir. Çalışma, Ankara'da yaşayan gençlerle sınırlı kaldığından, ailelerdeki bütün nesiller üzerinde ve farklı bölgelerde tekrarlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Hanson, SL, Saur WJ, Seelbach WC. Racial and cohort variations in filial responsibility norms. *The Gerontologist* 1983;23 (6): 626–31.
2. Attar-Schwartz, S, Tan JP, Buchanan A. Adolescents' perspectives on relationships with grandparents: The contribution of adolescent, grandparent, and parent–grandparent relationship variables. *Children and Youth Services Review* 2009; 31: 1057–1066.
3. Franklin DL. Ensuring inequality: The structural transformation of the African American family. New York: Oxford University Press, 1997. p. 134.
4. Hazer O. Ergenlerin büyük ebeveynlerinden beklentilerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-dergisi, <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/oyahazer2makale.pdf>, 5 Nisan 2011. 1-22.
5. Glazer NY. The home as workshop: Women as amateur nurses and medical care providers. *Gender and Society* 1990; 4 (4): 479-499.

6. Abel EK. Who Cares for the Elderly: Public Policy and the Experiences of Adult Daughters. Philadelphia: Temple University Press. 1991. p.142.
7. Stoller EP. Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage and the Family* 1983; 45: 851-858.
8. Sussman MB. Reflections on intergenerational and kin connections. *Marriage and Family Review* 1991; 16: 3-9.
9. Netzer JK. Intergenerational solidarity and plans for care in later life families. Yayınlanmamış Doktora tezi, University of Florida, Amerika Birleşik Devletleri, 1994, p. 67-90.
10. Bengtson V. Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family* 2001; 63(1):1-17.
11. Baran AG., Çoban S. Kuramsal Açısından Kuşaklararası Dayanışma: Yaşlı-Genç İlişkileri, Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyum Bildirileri, Grafer Tasarım Baskı Ambalaj, Ankara. 2012. p. 189.
12. Kalaycıoğlu S. Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma, Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyum Bildirileri, Grafer Tasarım Baskı Ambalaj, Ankara. 2012. p. 51.
13. Bengtson VL, Roberts REL. Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family* 1991; 53:856-870.
14. Silverstein M, VL. Bengtson. Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationship in american families. *The American Journal of Sociology* 1997; 103(2): 429-460.
15. Bengston V, Giarrusso R, Mabry JB, Silverstein M. Solidarity, conflict, and ambivalence: complementary or competing perspectives on intergenerational relationships? *Journal of Marriage and the Family* 2002; 64: 568-576.
16. Lowenstein A, Katz R. Living arrangements, family solidarity, and life satisfaction of two generations of immigrants in Israel. *Ageing and Society* 2005; 25: 749- 767.
17. Kalmijn, M. Gender differences in the effects of divorce, widowhood and remarriage on intergenerational support: Does marriage protect fathers? *Social Forces* 2007; 85: 1079-1104.
18. Ruiz S, Silverstein M. Relationships with grandparents and the emotional well-being of late adolescent and young adult grandchildren. *Journal of Social Issues* 2007; 63 (4): 793–808.
19. Werner EE, Smith RS. Vulnerable but invincible: A study of resilient children. New York: McGraw-Hill, 1982. p. 455.
20. Lee GR. Aging and intergenerational relations. *Journal of Family Issues* 1987; 8 (4): 448-450.
21. Mancini JA, Blieszner R. Aging parents and adult children: Research themes in intergenerational relations. *Journal of Marriage and the Family* 1989; 51: 275-290.
22. McChesney KY, Mangen DJ. Measuring family structure. In D.J. Mangen, V.L. Bengtson, & P.H. Landry, Jr. (Eds.), *Measurement of Intergenerational Relations*, Newbury Park, CA: Sage Publications. 1988. pp. 56-73.
23. Shanas E. The family as a social support system in old age. *The Gerontologist* 1979; 19 (2): 169-174.
24. Soldo BJ, Agree EM. America's elderly. *Population Bulletin*. 1988; 41(3): 5-51.
25. Lang AM, Brody EM. Characteristics of middle-aged daughters and help to their elderly mothers. *Journal of Marriage and the Family* 1983; 45: 193-202.
26. Hazer O. Büyük ebeveynlerinin ergenler tarafından algılanan özelliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi* 2012; 29: 1-19.
27. Chappell NL, living arrangements and sources of caregiving. *Journal of Gerontology* 1991; 46:1-8.
28. Smith PK. *The psychology of grandparenthood: An international perspective* London: Routledge, 1991. p 233.
29. V. Aile Şurası 'Aile Destek Hizmetleri' Bildirileri, 5 - 7 Kasım 2008 / A. Çiftçi, Ankara: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2008, 226-227.
30. Harper S, Levin S. Family care, independent living and ethnicity. *Social Policy and Society* 2005; 4:157–169.
31. Postigo JML, Honrubia RL. The co-residence of elderly people with their children and grandchildren. *Educational Gerontology* 2010; 36: 330–349.
32. Dünya Sağlık Örgütü (WHO). Turkey: Health Profile. ><http://www.who.int/gho/countries/tur.pdf>>. Erişim tarihi: 15 Kasım 2015.
33. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İstatistiklerle Yaşlılık. <[www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)>. Erişim tarihi: 15 Kasım 2015.
34. Güneş T, Arıkan R. Tarım Ekonomisi İstatistiği. Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Yayınları: 1988: p. 303-306.
35. Yamane T, Alptekin E, Apaydın C, Bakır MA, Gürbüzsel E. *Temel Örneklem Yöntemleri*. Literatür Yay. İstanbul. 2001. P. 323.
36. Gauvreau PM. *Sampling Theory*. Duxbury Press, 1993. p. 469-72.
37. Kırıl G, Billor N. Bacon Temel Bileşenler Analizi ile Sapan Değerlerin Belirlenmesi. 5.

- Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu, Adana. 2001. p. 2060-2061.
38. Bengtson VL, Mangan DJ. Family intergenerational solidarity revisited: Suggestions for future management. In D.J. Mangan, V.L. Bengtson, & P.H. Landry, Jr. (Eds.), *Measurement of Intergenerational Relations*, Newbury Park, CA: Sage Publications. 1988. p. 222-238.
  39. Mangan DJ, Miller RB. Measuring intergenerational contact in the family. In D.J. Mangan, V.L. Bengtson, & P.H. Landry, Jr. (Eds.), *Measurement of Intergenerational Relations*, Newbury Park, CA: Sage Publications. 1988. p. 98-125.
  40. Lee GR, Coward RT, Netzer JK. Residential differences in filial responsibility expectations among older persons. *Rural Sociology* 1994; 59: 100-109.
  41. Mangan DJ, Bengtson VL, Landry PH. *Measurement of Intergenerational Relations*. Newbury Park, CA: Sage Publications. 1988. p. 234
  42. Parrott TM, Bengtson VL. The effects of earlier intergenerational affection, normative expectations, and family conflict on contemporary exchanges of help and support. *Research On Aging* 1999; 21:73-105.
  43. Brody EM, Johnsen PT, Fulcomer MC. What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology* 1984; 39: 736-746.
  44. Heller PL. Familism scale: Revalidation and revision. *Journal of Marriage and the Family* 1976; 38: 423-429.
  45. Seelbach WC, Sauer WJ. Filial responsibility expectations and morale among aged parents. *The Gerontologist* 1977; 17: 492-499.
  46. Brackbill Y, Kitch D. Intergenerational relationships: A social exchange perspective on joint living arrangements among the elderly and their relatives. *Journal of Aging Studies* 1991; 5 (1): 77-97.
  47. Lillard LA, Willis R. Motives for intergenerational transfers: evidence from Malaysia. *Demography* 1997; 34(1): 113-134.
  48. Ross N., Hill M, Sweeting H, Cunningham-Burley. Grandparents and teen grandchildren: exploring intergenerational relationships. Edinburgh: ESRC, Centre for Research on Families and Relationships, 2005. p. 324-233
  49. Rossi, AS, Rossi PH. *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. New York: Aldine. 1990. p. 32
  50. Treas J, Bengtson VL. The family in later years. In M.B. Sussman & S.K. Steinmetz (Eds.), *Handbook of Marriage and the Family*, New York: Plenum Press. 1987. p. 625-648.



Original Research / Özgün Araştırma

# Passivity, Assertiveness and Aggression Scale-PAAS: Study of Reliability and Validity

Edilgenlik, Girişkenlik ve Saldırganlık Ölçeği - EGSÖ: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması

Veli Duyan\*<sup>1</sup>, Selahattin Gelbal<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Introduction:** Passivity, assertiveness and aggression are the patterns of communication that people use to express their emotions and thoughts. In this respect, a need for a valid and reliable assessment tool for these three communication patterns has arisen. In order to meet this need, our study seeks to assess validity and reliability of PAAI (Personal Assertion Analysis Inventory), which was developed by Hedlund ve Lindqvist (1984) **Methods:** This study is conducted with 328 university students with an average age of 21,03 (SS=2,14). For the language reliability of the scale, professional translation, reverse translation and consistency of these translations are examined. For the reliability, test, re-test and Cronbach Alpha coefficient is calculated, which indicates the internal validity of the scale items. The total test points and correlations power index is declared acceptable at 0,20 and above. After calculating the reliability and item selectivity of each dimension, confirmatory factor analysis is conducted for validity. **Results:** There are 10 items for each sub-category within the original scale. Among the model-data consistency indicators, CFI (0.91), NFI (0.81), AGFI (0.87) values are calculated in the confirmatory factor analysis. Moreover, the consistency index IFI, which indicates the probability of SRMR value independently of the sample, is calculated as 0.91. In addition, the 90% contingent confidence interval of RMSEA value is calculated as 0.042-0.053. Finally, it is found out that SRMR value (0.053), which indicates the consistency of the model's standardized error, is acceptable. **Conclusion:** The findings of the study show that the PAAI is composed of 3 dimensions: passivity, assertiveness and aggression and the results are valid and reliable.

**Key words:** Passivity, assertiveness, aggression, scale, reliability and validity

## ÖZET

**Giriş:** Edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık insanların duygu ve düşüncelerini ifade etmede kullandıkları iletişim kalıplarıdır. Bununla birlikte, insanların edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık durumlarını geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı ile değerlendirme gereksinimi hissedilir olmuştur. Bu gereksinimi karşılamak üzere gerçekleştirilen çalışma, Hedlund ve Lindqvist (1984) tarafından geliştirilen EGS (Personal Assertion Analysis Inventory) Ölçeği'nin geçerliğini ve güvenilirliğini belirlemeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** Bu çalışma, yaş ortalaması 21,03 (SS=2,14) olan 328 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin dil geçerliliği için uzman kanısına dayalı çeviri, ters çeviri ve bu çevirilerin tutarlılığı incelenmiştir. Güvenirliği için, test-tekrar test ve ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeği oluşturan maddelerin toplam test puanları ile korelasyonları hesaplanarak, madde ayırıcılık gücü indeksleri hesaplanmıştır. Madde ayırıcılık gücü indeksleri, 0,20 ve üzerinde olması kabul edilebilir ölçüt olarak alınmıştır. Her bir boyuttaki maddelerin oluşturduğu ölçeğin güvenirliliği ve madde ayırıcılıkları hesapladıktan sonra, geçerlilik için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. **Bulgular:** Ölçeği oluşturan üç alt boyut için 10'ar madde, ölçeğin orijinalinde belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde, model-veri uyumu göstergelerinden olan CFI (0.91), NFI (0.81), AGFI (0.87) değerleri bulunmuştur. Ayrıca, örneklemden bağımsız olarak SRMR değerinin olasılığını veren uyum indeksi IFI değeri 0.91 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, RMSEA değerinin % 90 olasılıklı güven aralığının 0.042-0.053 olduğu saptanmıştır. Son olarak modelin standartlaştırılmış hatalarına ilişkin, model uyumunu veren SRMR değerinin (0.053) kabul edilebilir olduğu görülmektedir. **Sonuç:** Araştırma sonucunda, EGS Ölçeği'nin edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık olmak üzere üç boyuttan oluştuğu, geçerli ve güvenilir sonuçlar verdiği belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Edilgenlik, girişkenlik, saldırganlık, ölçek, geçerlik ve güvenirlik

Received / Geliş tarihi: 25.08.2016, Accepted / Kabul tarihi: 18.11.2016

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü \*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Veli Duyan, Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara  
E-mail: duyanveli@yahoo.com

Duyan V, Gelbal S. Edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık ölçeği - EGSÖ: güvenirlik ve geçerlik çalışması. TJFMPC, 2016;10(4): 233-242.

DOI: 10.21763/tjfm.271329

## GİRİŞ

İnsanlar, ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla farklı iletişim biçimleri geliştirmişlerdir. İnsanların kullandığı bu iletişim biçimlerinin sonucunda ise, her bireyin kendine özgü davranış kalıpları ortaya çıkmaktadır. Kişilerin duygu ve düşüncelerini ifade ederken üç temel davranışta bulduklarını söylemek mümkündür. Bu davranış biçimleri bir doğru üzerinde ele alınır; bir uçta edilgenlik, diğer uçta saldırganlık ve ortada da girişkenlik olmak üzere yerleştirilebilir. Edilgen (-), Girişken (+), Saldırgan (-).<sup>1</sup>

### Edilgenlik – Girişken – Saldırgan Kişilik Tipleri

Edilgen, girişken ve saldırgan davranışlar gösteren bireylerin kişilik tiplerinin anlaşılabilmesi için edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık kavramlarının tanımlanmalarının yapılarak tartışılması gerekmektedir.

### Edilgenlik

Edilgen sözcüğü, TDK Türkçe Sözlüğüne göre “yapılan işten etkilenen, pasif, etken karşıtı” anlamlarıyla sıfat olarak kullanılmaktadır.<sup>2</sup> Edilgenlik ise edilgen olma, yapılan bir işten etkilenme durumuna işaret etmektedir. Edilgen tarz içindeki bireyler ele alındığında, edilgen tarz içindeki bireylerin literatürde çekingen bireyler olarak da nitelendirildikleri dikkat çekmektedir.

Edilgen bireyler, duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edemeyen, diğerleri ile sınır koyma, hayır diyebilme, kendi kararlarını verme konusunda zorluk yaşayan ve kaygılı bireyler oldukları için, öfke ya da yetersizlik duygusunu yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar.<sup>3</sup> Edilgenlik, bireyin duygu, düşünce ve inanç gibi kendine özgü niteliklerini göstermede yeterli olmaması ve haksızlığa uğradığında karşı koyamaması ve kendini savunamaması olarak ifade edilmektedir.<sup>4</sup>

Edilgen bireyler, tanımadığı insanların bulunduğu sosyal ortamlarda sakarlık korkusu veya sosyal ortama dâhil olmayı başaramama kaygısı yaşadıkları için etkileşime girmekten kaçınmaktadırlar. Bu durum da, böyle bireylerin sosyal ortamlarından uzaklaşmalarına ve pasifleşmelerine sebep olmaktadır. Edilgen bireylerin karakteristik özelliği, bulunduğu sosyal ortama katılırken insanlara karşı kontrollü davranış sergilemeleri ve insanların dikkatini üzerine çekmeye çalışmamalarıdır. Edilgen bireyler, yaşadıkları duygusal stresin etkisiyle negatif değerlendirilmekten sakındıkları için, bireysel aktivitelere katılmaktan korkarlar ve katılmak istemezler.<sup>5</sup>

DSM-V-TR’ e göre edilgen (çekingen) kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şunlardır:<sup>6</sup>

- Eleştirilecek, beğenilmeyecek ya da dışlanacak olma korkusuyla, çok fazla kişiler arası ilişki gerektiren mesleki etkinliklerden kaçınır,
- Sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemez,
- Mahcup düşeceği ya da alay konusu olacağı korkusuyla, yakın ilişkilerde tutukluk gösterir,
- Toplumsal durumlarda eleştireceği ya da dışlanacağı üzerine kafa yorar,
- Yetersizlik duyguları yüzünden, yeni kişilerle aynı ortamda bulunduğu durumlarda ketlenir,
- Kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel olarak albenisi olmayan biri olarak ya da başkalarından aşağı görür,
- Mahcup düşebileceğinden ötürü, kişisel girişimlerde bulunmak ya da yeni etkinliklere katılmak istemez.

Birey, bu tanı ölçütlerden dördünü ya da daha fazlasını karşılayacak tutum ve davranışlar sergiliyorsa, “çekingen kişilik bozukluğu”na sahip olduğu kabul edilmektedir.

### Girişkenlik

Girişken sözcüğü, TDK Türkçe Sözlüğüne göre “kendi kendine iş, uğraş yaratabilen, bir işe çekinmeden girebilen, başkalarıyla kolayca ilişki kurabilen, girişkin” anlamlarıyla sıfat olarak kullanılmaktadır. Girişkenlik ise, girişken olma, bir işe çekinmeden girebilme durumuna işaret eder.<sup>7</sup> Girişken tarz içindeki bireyler ele alındığında, girişken tarz içindeki bireylerin literatürde atılgan bireyler olarak değerlendirildikleri görülmektedir.

Girişkenlik, insanların kendi haklarını korurken, başkalarının haklarını da göz önünde bulundurarak, duygularını, düşüncelerini ve inançlarını dürüst ve uygun bir şekilde ortaya koyması olarak tanımlanmaktadır.<sup>8</sup> Girişkenlik; “güvenli girişkenlik”, “bireyin kendine güveni” olarak kavramlaştırılmıştır. Girişken bireyler, düşüncelerini, duygularını ve inançlarını doğrudan, dürüst, uygun yollarla ifade etmekte ve başkalarının haklarını gözeterek ortaya koymaktadırlar. Girişken bir kişi etkin bir biçimde dinler, tartışır ve başkalarında, kendisiyle işbirliği içinde olma isteği uyandırır.<sup>4</sup>

Girişkenlik, kişiler arası ilişkilerin iyileştirilmesinde temel uyum ögesi olarak değerlendirilerek, sosyal beceri bağlamında önem kazanmıştır.<sup>9,10</sup> Sosyal bir beceri olan girişkenlikle ilgili literatürde birçok araştırma mevcuttur. Yapılan araştırmalarda, öğrencilerin benlik saygısı ve girişkenlik düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.<sup>11</sup> Ockey ise yaptığı çalışmada, girişkenlik düzeyi ile iletişim



becerisi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlemiştir.<sup>12</sup>

Girişkenlik, bir davranış biçimi olarak kabul edilmektedir. Girişken bireyler, hem kendisinin, hem de çevresindekilerinin haklarına saygı göstererek olumlu ve olumsuz düşüncelerini, açık ve dürüstçe ifade edebilmekte, kendi duygu, davranış ve düşüncelerinin sorumluluklarını kabullenebilmektedirler.<sup>13</sup>

### Saldırganlık

Saldırgan sözcüğü ise, TDK Türkçe Sözlüğüne göre “başkasına saldıran, yapısında saldırma özelliği olan, agresif, mütecaviz” anlamlarıyla sıfat olarak kullanılmaktadır. Saldırganlık ise “bireyin kendi düşünce ve davranışlarını dıştaki direnmelere karşı, zorla karşısındakine benimsetme çabası” olarak anlaşılmaktadır.<sup>14</sup>

Uygun bir şekilde yönlendirildiği takdirde, bir toplum için yapıcı bir kuvvete ve enerjiye dönüşebilen saldırganlık eğilimi ise, düşmanlık, imha etmek ve hücum etmek anlamlarını taşımaktadır. Saldırganlığın, çeşitli etkenler sonucu oluşan davranış sapmaları olarak tanımlanmış amaçlı ve amaçsız olmak üzere ikiye ayrıldığı belirtilmiştir.<sup>4</sup> Perlman ve Cozby, saldırganlığın, kişinin başkalarına zarar verme isteği olduğunu; Gergen ise saldırganlığın sadece davranışsal bir öge olmadığını buna öfkenin, düşmanlık gibi çeşitli duygusal öğelerin eşlik ettiğini belirtmişlerdir.<sup>15,16</sup>

Pasif-agresif kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şunlardır:<sup>6</sup>

- Rutin, sosyal ve mesleki tasarıları tam karşılamaya pasif direnç gösterme,
- Başkaları tarafından takdir edilmemekten ve yanlış anlaşılmaktan yakınma,
- Asık yüzlü ve tartışmacı olma,
- Otoriteyi küçük görme ve eleştirileri mantıksız bulma,
- Görünüşte daha şanslı olmaya yönelik kıskançlık ve gücenme gösterme,
- Kişisel şanssızlıktan devamlı yakınma ve abartılı olarak dile getirme,
- Pişmanlık duyma ve düşmanca meydan okuma arasında değişiklik gösterme.

Birey, bu tanı ölçütlerden dördünü ya da daha fazlasını karşılayacak tutum ve davranışlar sergiliyorsa, “pasif agresif kişilik bozukluğu”na sahip olduğu kabul edilmektedir.

Literatürde, edilgen bireylerin saldırgan olma durumlarını da inceleyen çalışmalar mevcuttur. Böyle bireylere, pasif-agresif veya pasif-saldırgan bireyler de denilmektedir. Pasif -saldırgan bireyler inatçı, işleri ağırdan alan ve geciktiren tutumlar sergilemektedir. Ailesinde yeteri kadar ilgi göremeyen çocukların, bu yaşadıklarını dışa vurarak böyle bir kişiliğe sahip oldukları düşünüldüğünden dolayı bireylerin küçük yaşta yaşadıkları önem teşkil etmektedir.

Dökmen, edilgen, girişken ve saldırgan bir bireyin davranış şeklini şöyle örneklendirmiştir: “Bir kişinin kuyrukta sıra beklediği düşünülürse; önüne izinsiz olarak birisi geçtiğinde, kişi eğer kızdığı halde sesini çıkarmazsa, edilgen davranmış olur; eğer bu kişiyle kavga ederse saldırgan davranmış olur; eğer bu kişiye, kuyruğun sonuna geçmesi gerektiğini uygun bir dille söylese girişken davranmış olur.”<sup>17</sup>

Türkiye’de, insanların edilgenlik, girişkenlik ya da saldırgan bir şekilde ifade edip etmediklerini güvenilir ve geçerli bir biçimde ortaya koyacak, bir ölçme aracına gereksinim duyulmaktadır. Hedlund ve Lindqvist tarafından geliştirilen Personal Assertion Analysis Ölçeği (PSA), insanların bilgilerini, görüşlerini ve duygularını edilgen, girişken ya da saldırgan bir şekilde ifade edip etmediklerini değerlendirmeye olanak sağlamaktadır.<sup>18</sup> Bu nedenle, EGS Ölçeği’nin Türkçe uyarlamasının bu gereksinimi büyük ölçüde karşılayacağı düşünülmektedir.

### Amaç

Bu çalışmanın amacı, Hedlund ve Lindqvist (1984) tarafından geliştirilmiş olan EGS Ölçeği’nin (Personal Assertion Analysis), bir grup üniversite öğrencisi üzerinde Türkçe uyarlamasını yapmaktır.

### YÖNTEM

#### Çalışma Grubu

Tablo 1’de EGS Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına katılan üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Tablo 1’den de anlaşılacağı üzere, uyarlama çalışması farklı bölümlerinde okuyan ve yaş ortalaması 21,03 (SS=2,14) olan 328 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir.

#### EGS Ölçeği:

EGS Ölçeği (Personal Assertion Analysis), Hedlund ve Lindqvist (1984) tarafından geliştirilmiş olan, öz



<b>Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri</b>			
<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Bölümü</b>	Sosyal Hizmet	157	47,9
	Sağlık Kurumları Yönetimi	57	17,4
	Hemşirelik	114	34,8
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	224	68,3
	Erkek	104	31,7
<b>Yaş *</b>	18	45	13,7
	19	35	10,7
	20	62	18,9
	21	33	10,1
	22	86	26,2
	23	42	12,8
	24 ve üzeri	25	7,6
	<b>Sınıf</b>	1	73
2		89	27,1
3		97	29,6
4		69	21,0
<b>Doğum Yeri</b>	Kır	46	14,1
	Kent	90	27,4
	Büyükşehir	192	58,5

\* Ort=21,03; SS=2,14; En alt-En üst=18-34

bildirim tarzı bir ölçektir. Bu ölçek, insanların bilgilerini, görüşlerini ve duygularını edilgen, girişken ya da saldırgan bir şekilde ifade edip etmediklerini ölçmek için kullanılmaktadır.

İnsanların edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık eğilimini belirlemeyi amaçlayan Ölçeğin her bir alt Ölçeğinde 10'ar madde olmak üzere toplamda 30 madde bulunmaktadır (Ek 1). Katılımcılardan maddelerde belirtilen her bir ifadeye, "Tam benim gibi = 1", "Çoğu zaman benim gibi = 2", "Kimi zaman benim gibi = 3" ve

"Hiç benim gibi değil = 4" seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir.

Ölçekte yer alan 3,6,11,13,16,21,25,26,27 ve 29. maddeler Edilgenlik Alt Ölçeği'ne, 1,2,4,8,9,14,18,19,20 ve 28. maddeler Girişkenlik Alt Ölçeği'ne, 5,7,10,12,15,17,22,23,24 ve 30. maddeler Saldırganlık Alt Ölçeği'ne ait olup, her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 10 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan düşük puanlar, edilgenlik, girişkenlik ya da saldırganlık özelliğinin yüksek, yüksek puanların ise, edilgenlik, girişkenlik ya da saldırganlık düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir.<sup>18</sup>

### Verilerin Çözümlemesi

Ölçeğin dil geçerliliği için, uzman kanısına dayalı çeviri, ters çeviri ve bu çevirilerin tutarlılığı incelenmiştir. Güvenirliliği için, (ölçekten alınan puanların tutarlılık derecesi ve ölçeğin homojenliğini belirlemek amacıyla) test-tekrar test ve ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeği oluşturan maddelerin toplam test puanları ile, korelasyonları hesaplanarak madde ayırıcılık gücü indeksleri, 0,20 ve üzerinde olması kabul edilebilir ölçüt olarak alınmıştır. Her bir boyuttaki maddelerin oluşturduğu ölçeğin güvenirliliği ve madde ayırıcılıkları hesapladıktan sonra, geçerlilik için doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Ölçeği oluşturan üç alt boyut için 10'ar madde, ölçeğin orijinalinde belirlenmiştir. Bu maddelerin, ilgili alt boyutla uyumlu olup olmadığını belirlemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde ki-kare ile serbestlik derecesi oranına, hata istatistiklerine ve uyum istatistiklerine bakılmıştır.

### BULGULAR

Bu bölümde, ölçeğin uyarılma çalışması ile ilgili izlenen süreçten elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için kurum izni ve öğrencilerin aydınlatılmış onamları alınmıştır. Veriler öğrencilerin sınıf ortamında toplanmıştır. Ölçeğini Türkçe uyarılma çalışması, daha önce de belirtildiği üzere 328 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

### Dil Geçerliliği

Orijinali İngilizce olan EGS Ölçeği, Ankara, Yıldırım Beyazıt ve Hacettepe üniversitelerinde akademisyen olan üç kişinin yanı sıra mütercim-tercümanlık bölümünde doktora yapan iki öğrenciye Türkçe çevirisi yaptırılmıştır. Daha sonra bu çeviriler bir araya getirilerek hepsinin ortak yönleri aranmış ve farklılık gösteren ifadeler, çeviri yapan kişiler ile görüşülerek ortak bir cümle haline getirilmiştir. Uzman görüşüne dayanarak oluşturulan Türkçe formu, tekrar İngilizceye

çevrilmiştir. Ölçeğin orijinal hali ile tekrar İngilizceye çevrilmiş halii Ankara ve Hacettepe Üniversitesinden birer akademisyene inceletirilerek, ikisi arasında farklılığın olmadığı yönünde ortak görüşe varılmıştır. Uzman görüşü referans alınarak elde edilen ölçeğini Türkçe formu ile İngilizce formunun aynı anlamı ifade edip etmediğini, uygulamada görebilmek açısından, iyi derecede İngilizce bilgisine sahip 17'si yüksek lisans ve 9'u doktora olmak üzere toplam 26 öğrenciye uygulanmış, Türkçe ve İngilizce formlardan alınan puanlar arasında, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0.886 ( $p=0.000$ ) olarak bulunmuştur.

Ölçeğin, belirlenen boyutlarının doğrulanması için, doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. EGS Ölçeği'nin geçerlik çalışması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen diyagram Şekil 1'de verilmiştir.

EGS Ölçeği'nin, kuramsal yapısına ilişkin kurulan model Şekil 1'de görülmektedir. Elde edilen uyum indeks sonuçlarına göre, model ve veri arasındaki uyum yüksektir. İyi bir uyum indeksi olmayan Ki-kare değeri manidar bulunmuştur, ancak bu durum modeldeki parametre fazla olduğundan beklenen bir durumdur. Ki-kare değerinin, serbestlik derecesine olan bağımlılığını düzeltmek için, bu değer serbestlik derecesine bölüldüğünde, elde edilen sonuç model-veri uyumuna işaret etmektedir. Buna ek olarak, yine model-veri uyumu göstergelerinden olan CFI (0.91), NFI (0.81), AGFI (0.87) değerleri model ve veri uyumunu göstermektedir. Ayrıca, örneklemden bağımsız olarak SRMR değerinin olasılığını veren uyum indeksi IFI değeri 0.91 olarak belirlenmiştir. Ayrıca RMSEA değerinin % 90 olasılıklı güven aralığının 0.042-0.053 olduğu saptanmıştır. Son olarak modelin standartlaştırılmış hatalarına ilişkin model uyumunu veren SRMR değerinin (0.053) kabul edilebilir olduğu görülmektedir. EGS Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının uyumuna ilişkin istatistikler Tablo 2'de verilmiştir.

### Madde Analizi

Madde analizinde, ayırıcılık gücü indeksi için madde-test korelasyonu hesaplanmıştır. Tablo 3'te EGS Ölçeği'ndeki maddelerin madde-test korelasyonuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bulgularda her maddenin madde-test korelasyonları büyüklüğüne göre verilmiştir.

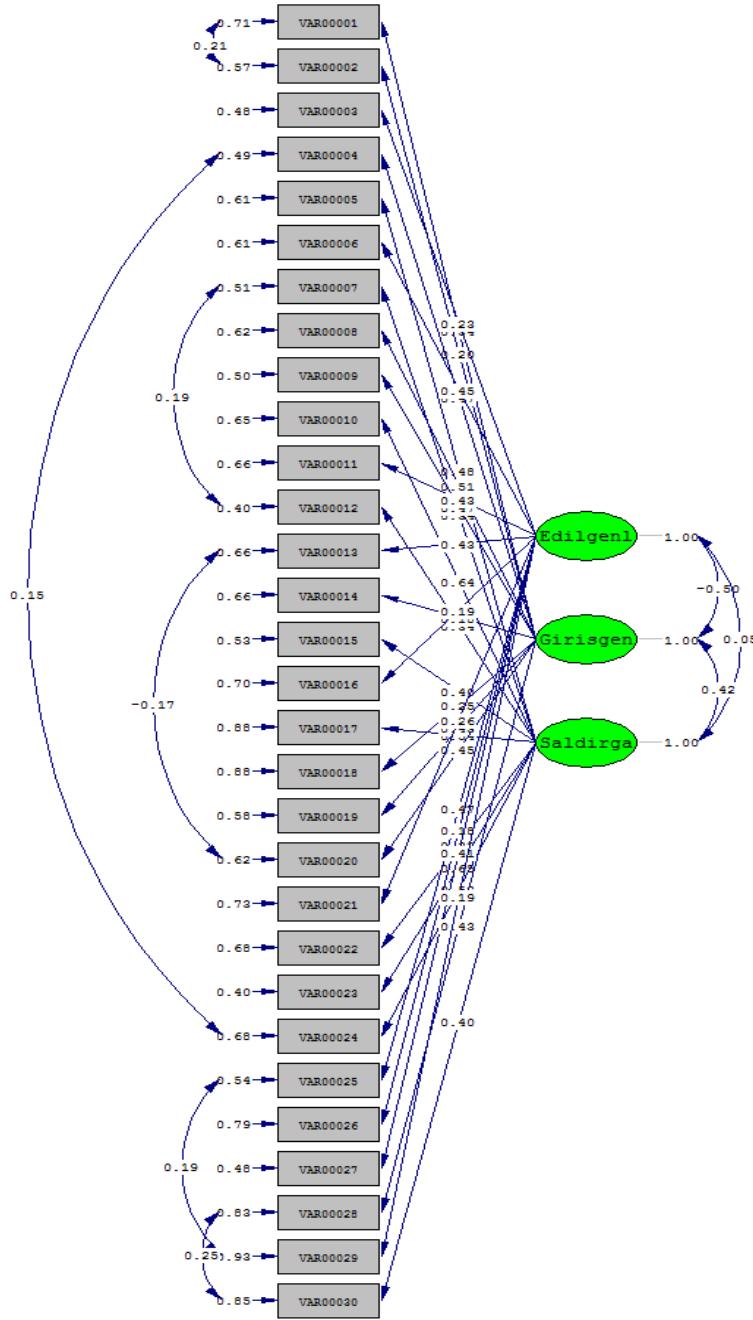
Tablo 3 incelendiğinde, her üç faktörde yer alan her bir maddenin kabul edilebilir düzeyde madde-ölçek korelasyonu olduğu görülmektedir. Edilgenlik boyutu için, en düşük madde-ölçek korelasyonunun 0.225 ile on altıncı maddede ve en

yüksek ise 0.488 ile yirmi beşinci maddede olduğu anlaşılmaktadır. Girişkenlik boyutu için, en düşük madde-ölçek korelasyonu 14. maddede (0.229), en yüksek 20. maddede (0.446) olduğu görülmektedir. Son olarak saldırganlık boyutu için, en düşük madde-ölçek korelasyonu 0.334 ile yirmi ikinci, en yüksek 0.603 ile yirmi üçüncü maddededir.

### SONUÇ

Bu çalışma, Hedlund ve Lindqvist (1984) tarafından geliştirilmiş olan EGS Ölçeği'nin (Personal Assertion Analysis Inventory) bir grup üniversite üzerinde Türkçe uyarlamasını yapmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amacı gerçekleştirmek üzere yöntem bölümünde belirtilen bir dizi işlem yapılmıştır. İlk olarak ölçeğin dil geçerliğine bakılmış ve elde edilen korelasyon katsayısına ve uzman görüşlerine bakılarak, ölçeğin çeviri açısından paralellığın sağlandığı kabul edilmiştir.

EGS Ölçeği edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Her bir alt boyutun 10'ar maddeden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla her bir boyuttan alınabilecek toplam puan, 10 ile 40 arasında değişmektedir. Bu çalışmaya katılan öğrencilerin edilgenlik puanlarının, 11-35 arasında değiştiği ve ortalamasının 19,82 (SS=4,19) olduğu, girişkenlik puanlarının 13-38 arasında değiştiği ve ortalamasının 26,91 (SS=4,41) olduğu ve saldırganlık puanlarının 10-36 arasında değiştiği ve ortalamasının 18,83 (SS=5,37) olduğu saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile, model-veri uyumuna ilişkin hesaplanan istatistiklerden en sık kullanılanların Ki-kare ( $\chi^2$ ),  $\chi^2$ /sd, RMSEA, RMR, GFI ve AGFI olduğunu belirtilmektedir.<sup>19,20</sup> Buna göre hesaplanan  $\chi^2$ /df oranının 5'ten küçük olması, GFI ve AGFI değerlerinin 0.90'dan yüksek olması, RMR and RMSEA değerlerinin ise 0.05'ten düşük çıkması, model-veri uyumunu göstermektedir. Bununla birlikte GFI'nin 0.85'ten, AGFI nin 0.80'den büyük, RMR ve RMSEA değerlerinin 0.10'dan düşük çıkmasının, model veri uyumu için kabul edilebilir alt sınırlar olarak kabul edildiğini ifade edilmektedir.<sup>21,22,23</sup> Model-veri uyumu göstergelerinden olan CFI'nin 0.91, NFI'nin 0.81, AGFI'nin 0.87 değerlerinde olması model ve veri uyumunu göstermektedir. Ayrıca, örneklemden bağımsız olarak SRMR değerinin olasılığını veren uyum indeksi IFI değeri 0.91 çıktığından, model-veri uyumunun uygun olduğu yorumu yapılabilir. Modelin standartlaştırılmış hatalarına ilişkin model uyumunu veren SRMR değerinin 0.08'den küçük olması da, modelle veri uyumunun güçlü bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.<sup>24</sup> Ayrıca RMSEA değerinin % 90 olasılıklı güven aralığının



Şekil 1. EGS Ölçeği'nin maddelerine uygulanan doğrulayıcı faktör analizi diyagramı

Uyum İyiliği Testlerine İlişkin Değerler	EGS Ölçeği
Ki-kare	720.33
Önem düzeyi	P < .05
DF	396
ki-kare/sd	1.82
CFI	0.91
NFI	0.81
AGFI	0.87
IFI	0.91
SRMR	0.053
RMSEA	0.047
90% C.I RMSEA	0.042–0.053

Edilgenlik Cronbach Alpha ,649		Girişkenlik Cronbach Alpha ,694		Saldırganlık Cronbach Alpha ,777	
Madde No	Madde-ölçek	Madde No	Madde-ölçek	Madde No	Madde-ölçek
md03	,259	md01	,338	md05	,446
md06	,351	md02	,260	md07	,441
md11	,364	md04	,409	md10	,514
md13	,324	md08	,434	md12	,448
md16	,225	md09	,436	md15	,432
md21	,257	md14	,229	md17	,428
md25	,488	md18	,245	md22	,334
md26	,236	md19	,387	md23	,603
md27	,401	md20	,446	md24	,477
md29	,246	md28	,355	md30	,352

0.042-0.053 olması, model-veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Model-veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı dikkate alındığında, kurulan modelin veriyle mükemmel yakın uyum verdiği, bu nedenle ölçeğin yapısal geçerliğe sahip olduğu söylenebilir. Oluşturan maddelerin, EGS örtük değişkenini ölçebildiği kabul edilebilir görülmektedir.

EGS Ölçeği'ni oluşturan maddelerin istenilen özelliklerde olması, ölçeğin güvenilirliğinin ve geçerliğinin yüksek olması, bu ölçeğin Türkiye'de edilgenlik, girişkenlik ve saldırganlık düzeyini belirlemede kullanılabileceğini göstermektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Voltan, NA. Üniversite öğrencilerinin güvengenlik düzeylerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2008;342-350.
2. TDK. (2016a). Edilgen. Erişim Tarihi: 15.08.2016 Erişim Adresi: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.57b1953d20e335.97733382](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.57b1953d20e335.97733382)
3. Voltan-Acar N, Arıcıoğlu A, Gültekin F, Gençtanırım D. Üniversite Öğrencilerinin Güvengenlik Düzeylerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 2008;35:342-350.
4. Erdoğan YM, Oto R. Sokakta çalışan ve çalışmayan çocukların atılacak ve saldırganlık davranışları açısından karşılaştırılmaları. Kriz Dergisi 2004;12(3):11-23.

5. Zimbardo PG, Henderson L. Comorbidity in chronic shyness. *Depression and Anxiety* 2000; 12:232-237.
6. DSM-V-TR, Tanı Ölçütleri. (Çeviren: Ertuğrul Köroğlu). HYB: Ankara. 2013; 334-335.
7. TDK. (2016b). Girişken. Erişim Tarihi: 15.08.2016 Erişim Adresi: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.57b195358ce706.62400403](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.57b195358ce706.62400403)
8. Lange A, Jakubowski P. Responsible Assertive Behavior: Cognitive Behavioral Procedures for Trainers. Champaign: Research Press. 1976; 57-91.
9. Kirscher SM, Galassi, JP. Person, situational and interactional influences in assertive behavior. *Journal of Counseling Psychology* 1983; 30:335-360.
10. Snyder M. Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 1974;30(4):526-537.
11. Dinçer F. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana. 2008; 77.
12. Ockey G. Self-Consciousness and assertiveness as explanatory variables of L2 oral ability: A latent variable approach. *Language Learning* 2011;61(3):968-989.
13. Ateş B. İlköğretim 5.sınıf öğrencilerinin atılganlık puanlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2013;50-66.
14. TDK. (2016c). Saldırgan. Erişim Tarihi: 15.08.2016 Erişim Adresi: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.57b195aed18f06.03416715](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.57b195aed18f06.03416715)
15. Patterson, M. L. (1982). A sequential functional model of nonverbal exchange. *Psychological Review*, 89, 231-249.
16. Gergen K. *Social Psychology*. New York. N.Y: Springer- Verlag. 1982;224-235.
17. Dökmen Ü. *İletişim Çalışmaları ve Empati*. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 1995; 25.
18. Hedlund BL, Lindqvist CU. (1984). The development of an inventory for distinguishing among passive, aggressive, and assertive behavior. *Behavioral Assessment* 1944;6, 379-390.
19. Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1993;131.
20. Marsh HW, Hocevar DA. New more powerful approach to multitrait-multimethod analyses: Application of second-order confirmatory factor analysis. *J Appl Psychol* 1988; 73:107-117.
21. Anderson JC, Gerbing DW. The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness of fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika* 1984; 49:155-173.
22. Cole DA. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J Consult Clin Psych* 1987; 55:1019-1031.
23. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness-of-fit indices in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin* 1988; 102:391-410.
24. Hu L, Bentler PM. Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 1999;6:1-55.

## Ek 1: EGS Ölçeği

Aşağıda belirtilen ifadelerin yanında yer alan sütuna, belirtilen ifadelerin size uyma derecesini belirten rakamı yazınız.

	Hiç Benim Gibi Değil	Kimi Zaman Benim Gibi	Çoğu Zaman Benim Gibi	Tam Benim Gibi
1. Terfi etmek istiyorsunuz, neden terfi etmeniz gerektiğini patronunuzla konuşmak için görüşme talep edersiniz.				
2. Bir grup insanla birlikteyken genellikle liderlik rolünü siz alırsınız.				
3. Alışveriştesiniz. Satış elemanı bir malı almanız için ısrar ederse ihtiyacınızı tam olarak karşılamasa da “hayır” demekte zorluk çektiğiniz için o malı satın alırsınız.				
4. Arkadaşınızla birlikte bir proje üzerinde çalışıyorsunuz ancak bütün işleri siz yapıyorsunuz gibi görünüyor. Arkadaşınıza “Sorumlulukları paylaşmak için başka bir yol bulmanız gerektiğini düşünüyorum. Bütün işleri ben yapıyor muyum gibi hissediyorum” dersiniz.				
5. Restoranda yirmi dakika bekledikten sonra sorumlu kişiye bağırarak memnuniyetsizliğinizi söyler ve orayı terk edersiniz.				
6- Hayran olduğunuz çok önemli bir kişi şehrinize konuşma yapmak için geliyor. Yanına gidip onunla tanışma konusunda çekingen davranırsınız.				
7. Anne-babanız evde daha fazla zaman geçirmeniz gerektiğini söylüyor. Onlara “Beni rahat bırakın, siz kendi işinize bakın!” dersiniz.				
8. Komşunuzdan gelen müzik sesi sizi rahatsız ediyor. Komşunuzu arar ve müziğin sesini kısmasını rica edersiniz.				
9. Tamirci size yüksek bir fiyat verirse, ona fiyatın yüksek olduğunu düşündüğünüzü ve hesabı yeniden gözden geçirmesini istediğinizi söylersiniz.				
10. Kuyruktayken biri önünüze geçti, onu kuyruğun dışına doğru itersiniz.				
11. Anne-babanıza ya da eşinize sinirlendiğiniz zaman bu durumu onlara ifade etmekte zorlanırsınız.				
12. Arkadaşınızda uzun süre kaldığınız için evinize oldukça geç saatte geldiniz. Anne-babanız/eşiniz bu duruma kızdığında, ona “Bana bulaşmayın, kendi işinize bakın” dersiniz.				
13. Karşı cinsten biriyle konuşmaya çalıştığımızda gerilirsiniz.				
14. Bir iş görüşmesinde olumlu özellikleriniz kadar olumsuz özelliklerinizi de anlatabilirsiniz.				
15. Arkadaşınızla bir görüşmeye gidiyorsunuz ve arabanın lastiği patladı. Arkadaşınız lastiği değiştirirken ona “Bu lastikle araba kullanmak ancak aptalların işi” dersiniz.				
16. Patronunuzun sorumluluklarınızı yerine getirme konusunda yetersiz				



olduđunuzla ilgili dűşüncesine katılmasanız bile kendi dűşüncenizi ona söylemekte güçlük çekersiniz.				
17. Biriyle tartışırken karşınızdaki sizi iterse, siz de onu itersiniz.				
18. Küçük bir grupta bir konuyu tartışıyorsunuz. Görüşünüzü ifade eder ve tartışmaya hazır olduğunuzu belirtirsiniz, ancak kendinizi tartışmayı kazanmak zorundaymışsınız gibi hissetmezsiniz.				
19. Sinemada yanınızdaki koltukta oturan kişi arkadaşına filmin konusunu anlatıyor. Filme odaklanamadığınızı, bu nedenle ondan sessiz olmasını rica edersiniz.				
20. Tanışmak istediğiniz birini gördüğünüzde genellikle onunla tanışır ve rahatlıkla konuşursunuz.				
21. Komşunuz arabanızı kullanmak istiyor. Arabanızı vermek istememenize rağmen, ona evet derdiniz.				
22. Bir arkadaşınız kendinden daha cűsseli biriyle tartışıyor. Siz de arkadaşınıza “Çenenı kapa! Ağzına geleni söylemeden gerçekten bıktım” diyerek yardım etmek amacıyla araya girersiniz.				
23. Kuyrukta beklerken biri önünüze geçti, ona “Sen kim olduğunu sanıyorsun? Önümden çekil!” dersiniz.				
24. Bir arkadaşınızla konuşuyorsunuz ve o sizi dinliyor gibi görünmüyor. Ona “Beni hasta ediyorsun! Artık beni dinlememenden bıktım” dersiniz.				
25. Topluluk önünde o kadar gerilirsiniz ki, anlaşılır bir şekilde konuşmakta zorluk çekersiniz.				
26. Park edebilmek için bir arabanın park yerinden çıkmasını bekliyorsunuz. Ama arkanızdan bir araba geldi ve korna çalıyor. Arabanın park yerinden çıkmasını beklemeyip devam edersiniz.				
27. Otorite figürü biriyle tartışırken karşıt görüşleri ifade etmekte zorluk çekersiniz.				
28. Öğle yemeğine davet edildiniz ve tam çıkarken sizi davet eden kişi arayıp yemeği iptal ediyor. Ona duygularınızı açık ve samimi bir şekilde ifade eder ve hayal kırıklığına uğradığınızı söylersiniz.				
29. Bir grup içindeyken, genellikle kendi fikrinizi söylemeden önce grubun çoğunluğunun ne istediğini anlamak için beklersiniz.				
30. Arkadaşınızla buluşacaksınız ancak o buluşma yerine gelmedi. İlk fırsatta onu arar ve ondan hesap vermesini istersiniz.				



Review / Derleme

# Management of Sarcopenia in Elderlies

## Yaşlı Bireylerde Sarkopeninin Yönetimi

Hakan Yaman<sup>1</sup>, Ramazan Vural<sup>\*2</sup>

### ABSTRACT

Improvement in living conditions, science and technology has enabled the management of several diseases. However, in elderly people new medical condition, which cannot be explained by other definitions of disease are evolving. These are called geriatric syndromes. Sarcopenia might be one of these syndromes. Commonly it is defined as loss of muscle mass and functionality due to aging. Changes of the body composition, significant decline of the muscle mass and functions due to aging leads to decrease of physical performance, loss of strength, immobility, falls, and physical disability. An interdisciplinary approach is needed for the diagnosis and management of frailty. The diagnosis is based on the evaluation of the muscle mass, muscle strength, and physical performance of the patients by different methods and tests. The management process begins with the diagnosis and could be divided into two parts: non-pharmacological (physical activity and nutritional support) and/ or pharmacological management. Potential drugs, which are under development do not fulfill our expectations, because they are lacking any scientific evidence. Data on mechanism, effectivity, and safety are still missing. Therefore, non-pharmacological methods like sports and nutrition are sustaining their importance. Management approaches to sarcopenia should develop and facilitate sportive exercise and nutritional support programs. Family physicians play an important role during the care of this specific risk group. They might play an important at the early diagnosis, the follow-up and coordination of the care of this condition.

**Key words:** Geriatric syndrome, frailty, sarcopenia, family practice

### ÖZET

Yaşam koşullarının iyileşmesi ile bilim ve teknolojiye gelişmeler, birçok hastalığın yönetimini olanaklı kılmaktadır. Bu çerçevede, yaşlı bireylerin sayıları artmaktadır. Yaşlı hastada, çoğunlukla atipik semptomlarla kendini gösteren ve hastalık tanımı ile açıklanamayan klinik durumları tanımlamak için, geriatric sendrom terimi kullanılmaktadır. Bu terim, yaşlı hastalarda sık görülen, yaşam kalitesini bozup, morbidite ve mortaliteyi arttırabilen klinik durumları ifade etmektedir. Bu sendromlar arasında sarkopeniyi de saymak mümkündür. Yaygın tanımı ile sarkopeni, yaşlılığa bağlı kas kütlesi ve fonksiyon kaybını ifade eder. Yaşlanmayla beden bileşiminde oluşan değişiklikler, kas kütlesi ve işlevlerindeki anlamlı kayıplar ile bedensel verimde azalmalara, güç kaybına, bedensel bağımlılığa, düşmelere ve bedensel engelliliğe neden olmaktadır. Sarkopeni'nin tanısı ve tedavisi interdisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Tedavi süreci tanının konulması ile başlamaktadır. Tanı kas kütlesinin, kas gücünün ve fiziksel performansın değişik yöntem ve testlerle değerlendirilmesi sonuca konulmaktadır. Sarkopeni'nin yönetimini non-farmakolojik (Bedensel Etkinlik ve Nütrisyonel Destek) ya/ ya da ilaç tedavileri olarak iki gruba ayırmak mümkündür. Geliştirilmeye başlanan potansiyel ilaçların kanıt eksiklikleri nedeniyle, henüz beklentilerimizi karşılayabilecek nitelikte olmadıkları anlaşılmaktadır. İlaç tedavilerinin mekanizması, etkinliği ve güvenliği ile ilgili veriler henüz yeterli değildir. Bu nedenle, spor ve nütrisyonel destek gibi non-farmakolojik tedavilerin önemi sürmektedir. Yaklaşımında ise, planlama ve uygulama bakımından sarkopenili bireye özel sporsal alıştırma ve beslenme destek planları geliştirilmeli ve uygulamaya konulmalıdır. Aile hekimlerinin, bu risk grubunun bakımında önemli rolü bulunmaktadır. Sorunun erken tespitinde rol alabileceği gibi, bakımın takibinde ve koordinasyonunda ilgili uzmanlık dallarına desteği mümkündür.

**Anahtar kelimeler :** Geriatric sendrom, düşkünlük, kırılgnlık, sarkopeni, aile hekimliği

Received / Geliş tarihi: 26.03.2016, Accepted / Kabul tarihi: 25.06.2016

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ramazan Vural, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Antalya-TÜRKİYE,

E-mail: ramazanvural@yahoo.com

Vural R, Yaman H. Yaşlı Bireylerde Sarkopeninin Yönetimi. TJFMPC, 2016;10(4): 243-249.

DOI: 10.21763/tjfm.271330

## GİRİŞ

Yaşam koşullarının iyileşmesi ile bilim ve teknolojiye gelişmeler birçok hastalığın yönetimini olanaklı kılmaktadır. Bu çerçevede yaşlı bireylerin sayıları artmaktadır. Bu artış aile hekimlerinin gündelik pratiklerini de etkilemektedir. Geçmişte yaşlı bireylere ilişkin sağlık sorunları ile nispeten nadiren karşılaşılırken, şu anda gündelik rutinlerinin bir parçası haline gelmiştir. Bu sorunlardan bazılarında da “Geriatrik Sendrom” adı verilmektedir. Şahin S ve ark. göre geriatrik sendrom yaşlı hastalarda sıklıkla tipik olmayan yakınmalarla ortaya çıkan ve belirli bir hastalık grubuna dahil edilemeyen klinik bir tablo ya da yakınma olarak ifade edilmektedir.<sup>1</sup> İnouye SK ve ark. ise bu durumu yaşlılarda sık görülen emsalsiz bir durum olarak ifade etmektedirler ve deliryum, düşmeler, inkontinans ve düşüklüğü bu kapsamda ele almaktadırlar.<sup>2</sup>

Sarkopeni ise, düşüklük (kırılganlık) olarak adlandırılan geriatrik sendromun bir parçasıdır. Bu çerçevede, geriatrik bir sendrom olarak ele alınması olasıdır. Sarkopeni terimi Grekçe’den dilimize kazandırılmıştır; “sarx (kas)” ve “penia (kayıp)” kelimelerinden türetilmiştir.<sup>3</sup> Genel anlamda yaşlılığa bağlı kas kütlesi ve işlev kaybı olarak ifade edilebilir.<sup>4</sup> Sarkopeniye, genellikle oturganlık (bedensel inaktivite), hareketlilikte azalma, yürümede yavaşlama ve bedensel dayanıklılıkta azalma eşlik etmektedir.<sup>5</sup> Avrupa Geriatri Derneği (EUGMS)’in kriterlerine göre sarkopeni, ilerleyici ve genel kas kütlesi ve kuvvet kaybı ile giden bir sendrom olarak tarif edilmektedir. Bu sendrom, bedensel engellilik, kötü yaşam niteliği ve mortalite gibi riskler barındırmaktadır. Avrupa Yaşlı Bireylerde Sarkopeni Çalışma grubu (EWGSOP) ise, sarkopeni tanısında kas kütle kaybı artı kas kuvveti kaybı ya da fiziksel performans kaybının ölçümünü ya da belgelenmesini önermektedir. Bu tanıma, kuvvet kaybının sadece kas kütlesi kaybına bağlı olmaması nedeniyle gerek duyulmuştur. Sarkopeni teriminin yaygın kullanımı, dinapeni gibi bu duruma daha uygun düşen isimlendirmenin kullanımını engellemiştir.<sup>6</sup> Sarkopeni, sıklıkla yaşlı bireylerin sorunu olmakla birlikte, genç bireylerde de immobilitate, malnütrisyon ve kaşeksi gibi durumlara bağlı gelişebilmektedir. Sarkopeni, kaşeksiden ayırt edilmelidir. Kaşeksi, altta yatan hastalığa ve yangıya bağlı gelişen; beslenme desteğine zor yanıt veren, istem dışı kilo kaybı ile seyreden kompleks bir sendromdur.<sup>7</sup> Sarkopeni’nin tespiti ve tanımlanmasına ilişkin muhtelif yöntemler bulunmakla birlikte, yaşa bağlı olarak, kas kütlesinin azaldığı kabul edilmektedir. Yetmiş yaşında olan bireylerin birçoğu, 20-30 yaşlarında bulunanların kas kütlesinin tahminen %80’ine sahip iken, yıllık %0.5-1 oranında kas kütlesi kaybına maruz kalacaklardır.<sup>8</sup>

Hastalığın tanısı ve tedavisi, interdisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Gerek günlük pratikte karşılaşılan hastaların tanılarının doğru konulabilmesi, gerekse düzenlenen tedavilerin takibinde aile hekimleri multidisipliner ekibin önemli bir parçasıdır.

Sarkopeni’nin yönetimi, tanının konulması ile başlamaktadır. Tanının doğru konulması önem arz etmektedir ve kas kütlesinin, kas gücünün ve fiziksel performansın değişik yöntem ve testlerle değerlendirilmesi sonucu konulmaktadır. Yönetiminin en uygun biçimde planlamasını yapabilmek için, sarkopeni mekanizmasının kısaca gözden geçirilmesi faydalı olacaktır.

Sarkopeniyi tetikleyebilecek ya da sürmesine neden olabilecek olası farklı açıklamalar bulunmaktadır: Protein-enerji malnütrisyonu, protein sentezi, proteoliz, nöromusküler bütünlük ve kas yağı içeriği.<sup>9</sup>

Kas kütlesindeki azalma, kas liflerindeki azalma ve kas liflerinin atrofisinin kombinasyonu ile oluşur. Motor ünitelerinde gelişen denervasyon ve yavaş motor ünitelerinin reinnervasyonu kas yorgunluğunun artmasına neden olmaktadır.<sup>9,10</sup> Tip I kas liflerinin artışı söz konusudur. Yaşlanmayla birlikte, e satelit hücre sayılarındaki azalma, kas rejenerasyonunu etkileyecek ve sarkopeni’nin gelişimini kolaylaştıracaktır.<sup>9,11</sup>

IGF-1 ve androjen düzeyleri yaşla birlikte azalmakta ve kas gelişimini olumsuz etkilemektedir. Anjiyotensin II’nin kas zayıflığı ve düşük IGF-1 seviyeleri ve insülin direnci ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.<sup>9,12</sup> Yaşlanan bireylerde proinflatuar sitokin, TNF- $\alpha$  ve IL-6 düzeylerinin artış gösterdikleri saptanmıştır.<sup>9,13</sup>

Sarkopeni yönetimini, non-farmakolojik ve ilaç tedavisi olarak iki gruba ayırmak mümkündür:

### A. NON-FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

**Egzersiz ve Bedensel Etkinlik :** Dayanıklılık, kuvvet ya da kombine alıştırmalar

**Nütrisyonel Destek:** Protein, amino asit ve metabolitleri, esansiyel yağ asitleri, vitaminler

### B. İLAÇ TEDAVİLERİ

Anjiyotensin-Converting-Enzim İnhibitörleri (ACE İnhibitörleri), Statinler, Testosterone, Dehydroepiandrosterone (DHEA), Kreatin, Selektif Androjen Reseptör Modülatörleri

### A) NON- FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Sarkopeni’nin iyileşmesinde, en güçlü ve güvenli etken bedensel etkinlik, yaşam tarzı değişiklikleri ve kişiye özel nütrisyonel destektir.<sup>14,15,16,17</sup>

Sarkopenide kuvvet kaybının kas kütlesi kaybı ve protein sentez yetersizliğine; dayanıklılıkta azalmanın ise mitokondri sayısının azalması ve buna bağlı mitokondriye

bağlı aerobik enzim yetersizliğine bağlı olduğu düşünülmektedir. Düzenli bedensel etkinliğin genel yaşam süresini arttırdığı, bedensel güçsüzlük ve kronik hastalık gelişim riskini azalttığı, sedanter yaşam tarzı üzerinde iyileştirici fizyolojik etkisinin olduğu gösterilmiştir.<sup>18</sup> Yaşlılarda, bedensel etkinliğine bağlı riskleri azaltmak için, uygulanacak bedensel etkinlik tipini anlaşılır biçimde belirlemek gerekir.<sup>19</sup>

Bedensel etkinlik tipleri, dayanıklılık alıştırıcıları, kuvvet alıştırıcıları ve kombine olmak üzere üç türdür. Yaşlıları 60-80 arasında olan bireylerde, uygun alıştırıcılarla, dayanıklılıklarında %20-30 oranında artış sağlanabileceği gösterilmiştir. Dayanıklılık alıştırıcılarında, geniş kas grupları belirli sürelerle ritmik olarak hareket ettirilir (yürümek, tempolu yavaş koşma, bisiklete binmek gibi). Kuvvet çalışmalarında da uygun yüklenme protokollerine yer verildiği takdirde, genç bireylere benzer kuvvet artımlarına erişilebileceği bildirilmektedir. Kuvvet alıştırıcıları ise, serbest ağırlıklarla yapılır (ağırlık kaldırma, halter gibi).<sup>20</sup> Dayanıklılığa bağlı yüklenmelerin, kas kütlesi ve gücünün iyileşmesi üzerine az etkisi vardır.<sup>21</sup> Kuvvete dayalı alıştırıcılar, kas kütlesini artırır ve gücünü iyileştirir. Kuvvet alıştırıcıları, yaşlılarda bedensel fonksiyonlarda düşüşü önlemek ve tüm nedenlere bağlı mortaliteye karşı koruma amacıyla sarkopeni için daha spesifik bulunmuştur.<sup>22,23</sup> Progresif kuvvet çalışmaları, yaşlı bireylerde en sık kullanılan alıştırıcı türüdür. Bir sistematik gözden geçirmeye göre, yüksek yoğunlukla yüklenme yapılan yaşlı bireylerin kondisyonel yetilerinde olumlu değişiklikler gözlenmiştir. Sarkopenide, değiştirilebilir ana risk faktörü oturgan (sedanter) yaşam tarzıdır. Yaşlılar için, mevcut tıbbi durumları doğrultusunda bireysel hedefler belirlenerek en uygun alıştırıcı türü, yoğunluğu, şiddeti ve kapsamı seçilmelidir. Dayanıklılık ve kuvvet alıştırıcıları kombine edilerek, düzenli yapılmalıdır. Haftada, en az üç gün, günün başında dayanıklılık ve ara günlerde kuvvet çalışmalarına yer verilmelidir. Yapılan yüklenmelerin dozu önemli olduğu gibi, yüklenme öncesi ısınma ve yüklenme sonrası soğumaya fırsat tanınmalıdır.

### **Terapötik Spor Uygulamalarına İlişkin Genel Öneriler:**

**Yavaş yavaş başlayın:** Yaralanma riskini en aza indirmek için, her türlü faaliyete düşük yoğunlukta ve kısa sürelerle başlanmalıdır. Alıştırıcılar etkin olmadığı takdirde, çalışma programı yeniden gözden geçirilmelidir. Yüklenmelere bağlı bir adaptasyonun gelişebilmesi için, en az 8-12 hafta düzenli spor yapmış olmak gerekir.

**Isınma ve soğuma:** Bedensel etkinlik öncesi (ısınma) ve sonrası (soğuma) özellikle yaşlılar için çok önem arz eder. Bu alıştırıcılar, kişinin kalp atış hızı ve/veya solunumuna göre değiştirilmelidir. Örneğin, dayanıklılık çalışmalarından önce, ısınma kısa aralıklı düşük yoğunluklu hareketler içerebilir (5 dakika yürüyüş gibi).

Dayanıklılık çalışmaları için, yaşlılar günde 30-60 dakika orta yoğunlukta (150-300 dakika/hafta), ya da en az 20-30 dakika şiddetli yoğunlukta (75-150 dakika/hafta) bedensel etkinlik gerçekleştirmek için teşvik edilmelidirler. Alıştırıcıların haftada en az üç gün yapılması önerilir. Hızlı yürüyüş, yüzme ve bisiklete binme gibi etkinlikler genellikle düşükün olmayan yaşlı bireylerde tolere edilebilir.<sup>24</sup>

Spor alıştırıcılarında, haftada iki veya daha fazla ardışık olmayan günlerde, ılımlı (zorlama derecesi 10 üzerinden 5-6) 8-10 alıştırıcıdan oluşan tek bir setten, güçlü (zorlama derecesi 10 üzerinden 7-8) 8-12 alıştırıcıya kadar izin verilir.<sup>25,26</sup> Esneklik alıştırıcıları, haftada en az iki gün, günde 10 dakika ılımlı yüklemelerden başlayıp, yoğun alıştırıcılar kapsamında doğru boyun, omuz, dirsek, el bileği, kalça, diz ve ayak bileği alanlarını kapsayan alıştırıcıların yapılması önerilebilir.<sup>26</sup>

### **Nütrisyonel destek**

Yaşlılıkta azalmış protein, vitamin D ve uzun zincirli poliansatüre yağ asidlerinin alımı, azalmış kas kütlesi işlevi ile ilişkilendirilmiştir. Sarkopeni anoreksi, azalmış kalori alımı ve kilo kaybı ile ilişkilidir.<sup>27</sup> Bu da azalmış kas kütlesi ve artmış mortalite ile ilişkilidir. Bu gerçekler, çoklu tedavi yaklaşımlarının bir parçası olarak, dengeli kalorik desteğin sarkopeni'nin önlenmesi ve iyileştirilebilmesi için yararlı olabileceğini göstermektedir. Bir çok çalışma ve 2 meta-analiz nütrisyonel desteğin, malnütrisyonlu ve/veya hasta yaşlılarda olumlu etkilerinin olduğunu göstermiştir.<sup>28,29</sup>

### **Protein**

Sarkopeni, gücü asıl üreten tip II iskelet kas liflerinin atrofisi ile ilişkilidir. Kas yapısı ve fonksiyonu ise, kas protein yapımı ile ilişkilidir. Yetersiz nütrisyonel alım, emilim sonrası protein sentezindeki bozukluk ve besinlere özellikle amino asitlere hatalı cevap gibi bazı faktörler kas protein sentez kaybına neden olabilir.<sup>30</sup>

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, önerilen 0.8 g/kg/gün protein alımının, sağlıklı yaşlı insanlar için yeterli olmadığını düşündürmektedir. Optimal sağlık durumunu güvence altına almak için, protein alımı 1.2-1.3 g/kg/gün şeklinde artırılmalıdır. 1.5 g/kg/gün düzeyinde bir protein alımı, özellikle yaşlılıktaki inaktif dönemlerde önerilir.<sup>31</sup> Elde edilen bulgular yüksek dozlarla karşılaştırıldığında, düşük doz protein alımının kas protein sentezini uyarmadığını teyit etmektedir.<sup>32</sup>

### **Lösin**

Esansiyel amino asit (EAA) olan lösin, kas metabolizmasını düzenler. Lösin, iskelet kas protein sentezi için gerekli olan mRNA çevirisi ile ilgili, lösin etkileri düzenleyicisi olan rapamisin (mTOR), memeli hedef

üzerinden kas anabolizmayı stimüle eder. Lösin, iskelet kas yıkımını azaltarak proteolitik mekanizmalar ile etkileşir.<sup>33,34</sup> Bu veriler, lösin desteğinin sarkopeni tedavisinde etkili bir yaklaşım olabileceğini göstermektedir, ancak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.<sup>34</sup>

### **Beta hidroksi beta metil butirat (HMB)**

Son zamanlarda, beta hidroksi beta metil butirat (HMB), sitrulin malat, ornitin alfa-ketogluterat gibi diğer amino asitler veya metabolitlerine kas protein sentezi üzerine etkilerini nedeniyle giderek artan bir ilgi vardır. HMB'nin tek başına veya diğer amino asitlerle kombine olarak, yaklaşık %20 oranında proteini arttırdığı gösterilmiştir.<sup>35</sup> Bulgular, HMB'nin yaşlı sarkopenili hastalarda güvenli ve kullanışlı bir nütrisyonel destek olduğunu göstermektedir.

### **Esansiyel yağ asitleri**

Omega-3 yağ asidinin, sarkopeninin tedavisinde olası yararları olabileceği düşünülmektedir.<sup>36</sup> Yaşlı 3000 kişi ile yapılan bir çalışmada yüksek oranda balık yağı tüketiminin, kuvvetli kavrama gücü ile ilişkili olduğu bulunmuştur.<sup>37</sup>

### **Vitamin D**

Düşük D vitamini seviyeleri, zayıf kas gücü ile ilişkilidir.<sup>38,39</sup> Vitamin D seviyesinin düşük olduğu kişilerde, replasman ile güç ve fonksiyonda artış ve düşme sayılarında azalmalar olduğu gösterilmiştir.<sup>40</sup> Vitamin D replasmanı, daha az mortalite ile ilişkilidir.<sup>41</sup> Sarkopenili tüm hastalarda, 25-OH D Vitamin seviyeleri ölçülmelidir. Seviyesi düşük herkes, Vitamin D ile desteklenmelidir.

## **B) İLAÇ TEDAVİLERİ**

### **Anjiotensin-Konverting-Enzim inhibitörleri (ACE inhibitörleri)**

ACE inhibitörlerinin, kas kompozisyonu ve fonksiyonu üzerine direkt olumlu etkilerinin olduğunu gösteren, güçlü kanıtlar vardır. ACE inhibitörlerinin aynı zamanda antienflamatuvar etkileri de bulunmaktadır. Gözlemsel çalışmalar, bu ajanı kullanan bireylerin kas kuvvetinde ve yürüme hızındaki azalmaların daha ılımlı olduğunu göstermiştir.<sup>42</sup> Plasebo ile karşılaştırıldığında, ACE inhibitörleri kullanan yaşlı hastaların (6-dakika yürüme testi dahil) fiziksel performans ölçülerinde önemli bir gelişme gösterilmiştir.<sup>43</sup> Daha düşük ve yürüme hızı düşük olan, kardiyovasküler sorunları daha fazla olan bireylerin, ACE inhibitörlerinden daha fazla yararlanmaları olasıdır.

### **Statinler**

Statinlerin kas yıkımını önleyebildikleri gibi, endotel fonksiyonunu iyileştirerek kas güçsüzlüğünü ve

yorgunluğunu azaltmaları olasıdır.<sup>44</sup> Statinler ayrıca inflamasyonu azaltarak sarkopeniyi önleyebilmektedirler. Ancak, statin kullanımının iskelet kas kütlesi üzerinde olumsuz etkilerinin de bulunduğu hatırlanmalıdır.<sup>45</sup> Bu nedenle statin kullanımı, yaşlı sarkopenili hastalarda sınırlı görülmektedir.

### **Testosteron**

Testosteron, erkeklerde 35 yaşından sonra yıllık %1-3 oranında düşmektedir. Kadınlarda ise bu düşüş menopoz sonrası olmaktadır. Testosteronun, anabolik etkileri, protein yıkımını azaltması ve tip I ve II kas liflerinin liflerin boyutlarının artması biçimindedir.<sup>46</sup> Testosteronun aynı zamanda travmatik hasar sonrası, sinir rejenerasyonunu destekleyen motor nöron üzerinde de olumlu etkisi vardır. Ancak, testosteronun klinik kullanımını prostat kanseri, artan kardiyovasküler olaylar, periferik ödem, kadınlarda virilizm, prostat hiperplazisi, polisitemi ve uyku apnesi gibi yan etkiler nedeniyle sınırlıdır.<sup>47,48</sup> Kas gücünü artırmak için, düşük serum testosteron düzeyine sahip erkeklerde testosteron kullanımı önerilmektedir.<sup>47</sup>

### **Östrojen**

Östrojen seviyesinin düşük olması, kadınlarda kas kütlesi azalması ve osteoporozu neden olmaktadır. Hormon replasman terapisi ile tedavi edilmesinin mümkün olduğu bildirilmektedir.<sup>48</sup> Tedavinin yan etkileri arasında, kanser gelişimi ve venöz tromboembolizm sayılmaktadır.<sup>49</sup>

### **Dehidroepiandrosterone (DHEA)**

Yaşlı erkek ve kadınlarda yapılan bazı araştırmalar, DHEA takviyesinin kemik yoğunluğu, testosteron ve östradiol düzeylerini arttırdığını, ancak kas gücü ya da fonksiyonunu etkilemediğini göstermiştir.<sup>49</sup>

### **Kreatin**

Sarkopeni'nin önlenmesi ve tedavisinde, kreatin kullanımı önerilmektedir.<sup>50</sup> Orta yaşlı ve yaşlı yetişkinlerde, sarkopeni üzerinde kreatin desteğinin etkisi için kanıt olsa da çelişkili sonuçlar vardır. Örneğin, yaşlılarda kreatin desteği ile kuvvet çalışmalarının kombine edilmesi, kas kütlesi ve gücünü düzeltmiştir.<sup>51</sup> Ancak başka bir raporda da, kreatin desteği kas kütlesi üzerinde, toplam beden kütlesinde veya üst ekstremitelerde herhangi bir etki göstermemiştir.<sup>52</sup> Bu çelişkili sonuçlar nedeniyle, yaşlılarda sarkopeni tedavisi için kreatin desteği önerilmemektedir.<sup>53</sup>

### **Selektif Androjen Reseptör Modülatörleri (SARMs)**

SARMs, testosteron tedavisinin potansiyel bir alternatiftir. SARMs, kas dokusunda testosteronla aynı anabolik etkiye sahiptir, ancak gelişmiş doku seçicilikleri nedeniyle aynı yan etkileri yoktur.<sup>54</sup> Yağsız beden kütlesi, kuvvet ve



işlevler üzerine etkilerinin çalışmalarında kullanılan ajanın düşük doz olması nedeniyle ılımlı olduğu tahmin edilmektedir. Kaslarda agonist ve prostat antagonisti olan, daha güçlü ve seçici SARMs gereksinimi olduğu bildirilmektedir. Yağsız beden kütlesi, kuvvet ve işlevler üzerine etkilerinin çalışmalarında kullanılan dozun düşük olması nedeniyle ılımlı olduğu tahmin edilmektedir. Kaslara agonist ve prostat antagonisti olan, daha güçlü ve seçici SARMs gereksinimi olduğu bildirilmektedir.<sup>55</sup> Bu ajanlar, sarkopeni'nin gelecekteki klinik endikasyonları için önemli bir potansiyele sahiptirler.

Sarkopeni'nin tedavisinde, yararları olduğu düşünülen ajanlar arasında, miyostatin inhibitörleri, ursolik asid, proteazom inhibitörleri, siklofilin inhibitörleri, PGC-1alfa, büyüme hormonu, peroxisome-proliferator-activated receptor- $\delta$  ve 5-aminoimidazol-4-carboxamide-1-beta-4-ribofuranosid gibi ajanlar sayılmaktadır.<sup>56,57</sup>

## SONUÇ

Sarkopeni tanımı ile ilgili, önemli ölçüde bir uzlaşma sağlanmış olsa da, ölçümü ve değerlendirilmesi ile ilgili tartışma devam etmektedir. Bu sendromun, medikal tedavisine yönelik bazı farmakolojik ajanlar deneme aşamasındadır. Toplumumuzda, yaygın görülen ve ağırlıkla yaşlı bireyleri etkileyen bu soruna yönelik, bedensel etkinlik ve beslenmenin düzenlenmesi, öneriler arasında geçerliliğini korumaktadır. Aile hekimlerinin, sahada risk altındaki bireylerin erken tespitinde, bakımlarının sürdürülmesinde ve koordinasyonunda önemli rolleri olabileceği gibi, bu hususta gerek yapacakları ev ziyaretleri, gerekse yeni geliştirilecek olan teknolojilerin uygulamaya konulmasında da önemli katkıları olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Şahin S, Cankurtaran M. Geriatrik sendromlar. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2010;49(3):31-37
2. Inouye SK et al. Geriatric syndromes: clinical, research and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc 2007;55(5):780-791.
3. Roseberg IH. Sarcopenia: origins and clinical relevance. J Nutr 1997; 127:990S-991S.
4. Morley JE, Baumgartner RN, Roubenoff R, Mayer J, Nair KS. Sarcopenia. J Lab Clin Med 2001; 137:231-43.
5. Cesar M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, Onder G, Bandinelli S, Maraldi C. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. Am J Clin Nutr 2006; 83:1142-8.
6. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older

- People. European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing 2010; 39:412- 23.
7. Rolland Y, Abellan van Kan GA, Gillette-Guyonnet S, Vellas B. Cachexia vs sarcopenia. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2011; 14:15-21.
8. Mitchell WK, Williams J, Atherton P, Larvin M, Lund J, Narici M. Sarcopenia, dynapenia, and the impact of advancing age on human skeletal muscle size and strength; a quantitative review. Front Physiol 2012; 3:260.
9. Halil M, Ülger Z, Arıoğlu S. Sarkopeniye yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi 2011; 42:123-132.
10. Erım Z, Beg MF, Burke DT, de Luca CJ. Effects of aging on motor-unit control properties. J Neurophysiol 1999; 82:2081-91.
11. Thornell LE, Lindstrom M, Renault V, Mouly V, Butler- Browne GS. Satellite cells and training in the elderly. Scand J Med Sci Sports 2003; 13:48-55.
12. Brink M, Wellen J, Delafontaine P. Angiotensin II causes weight loss and decreases circulating insulin-like growth factor I in rats through a pressor-independent mechanism. J Clin Invest 1996; 97:2509-16.
13. Schaap LA, Pluijm SMF, Deeg DJH, Visser M. Inflammatory markers and loss of muscle mass (sarcopenia) and strength. Am J Med 2006; 119:9-17.
14. Landi F, Abbatecola AM, Provinciali M, et al. Moving against frailty: does physical activity matter? Biogerontology 2010; 11:537-45.
15. Frontera WR, Bigard X. The benefits of strength training in the elderly. Sci Sports 2002; 17:109-116.
16. Frontera WR, Meredith CN, O'Reilly KP, Knuttgen HG, Evans WJ. Strength conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. J Appl Physiol 1988; 64:1038-44.
17. Landi F, Onder G, Carpenter I, Cesari M, Soldato M, Bernabei R. Physical activity prevented functional decline among frail community-living elderly subjects in an international observational study. J Clin Epidemiol 2007; 60:518-24.
18. Landi F, Russo A, Cesari M, et al. Walking one hour or more per day prevented mortality among older persons: results from the ILISI- RENTE study. Prev Med 2008;47: 422-6
19. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Erişim: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>. Erişim tarihi: 01.05.2016.
20. Sundell J. Resistance training is an effective tool against metabolic and frailty syndromes. Adv Prev Med 2011:984683. <http://dx.doi.org/10.4061/2011/984683>
21. Russell B, Motlagh D, Ashley WW. Form follows function: how muscle shape is regulated by work. J Appl Physiol 2000; 88:1127- 32.
22. Borst, SE Interventions for sarcopenia and muscle weakness in older people. Age Ageing 2004; 33:548-55



23. Fielding RA, LeBrasseur NK, Cuoco A, Bean J, Mizer K, Fiatarone Singh MA. High-velocity resistance training increases skeletal muscle peak power in older women. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:655-62.
24. Global recommendation on physical activity for health. Erişim:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf). Erişim tarihi: 21.06.2016.
25. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39:1435-45.
26. Chodzko-zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Salem GJ, Skinner JS. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exer* 2009; 41:1510-30.
27. Morley JE. Weight loss in older persons: New therapeutic approaches. *Curr Pharm Des* 2007; 13:3637-3647.
28. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003288.
29. Stratton RJ, Elia M. Are oral nutritional supplements of benefit to patients in the community? Findings from a systematic review. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2000;(3):311-315.
30. Short KR, Nair KS. The effect of age on protein metabolism. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2000; 8:89-94.
31. Brass EP, Sietsema KE. Considerations in the development of drugs to treat sarcopenia. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59:530-5.
32. Katsanos CS, Kobayashi H, Sheffield-Moore M, Aarsland A, Wolfe RR. Aging is associated with diminished accretion of muscle proteins after the ingestion of a small bolus of essential amino acids. *Am J Clin Nutr* 2005; 82:1065-73.
33. Martone AM, Lattanzio F, Abbatecola AM, et al. Treating sarcopenia in older and oldest old. *Current Pharmaceutical Design* 2015;21(13) 1715-1722
34. Katsanos CS, Kobayashi H, Sheffield-Moore M, Aarsland A, Wolfe RR. A high proportion of leucine is required for optimal stimulation of the rate of muscle protein synthesis by essential amino acids in the elderly. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2006;291: E381-7
35. Eley HL, Russell ST, Tisdale MJ. Mechanism of attenuation of muscle protein degradation induced by tumor necrosis factor-alpha and angiotensin II by beta-hydroxy-beta-methylbutyrate. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2008;295: E1417-26
36. Sakuma K, Yamaguchi A. Novel intriguing strategies attenuating to sarcopenia. *J Aging Res* 2012;251217. doi: 10.1155/2012/251217.
37. Robinson SM, Jameson KA, Batelaan SF, et al. Diet and its relationship with grip strength in community-dwelling older men and women: the Hertfordshire cohort study. Hertfordshire Cohort Study Group. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(1):84-90
38. Visser M, Deeg DJ, Lips P. Low vitamin D and high parathyroid hormone levels as determinants of loss of muscle strength and muscle mass (sarcopenia): The longitudinal aging study Amsterdam. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:5766-5772.
39. Montero-Odasso M, Duque G. Vitamin D in the aging musculoskeletal system: An authentic strength preserving hormone. *Mol Aspects Med* 2005; 26:203-219.
40. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, et al. Effect of vitamin D on falls: A meta-analysis. *JAMA* 2004; 291:1999-2006.
41. Autier P, Gandini S. Vitamin D supplementation and total mortality: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2007; 167:1730-1737.
42. Onder G, Penninx BWJH, Balkrishnan R et al. Relation between use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and muscle strength and physical function in older women: an observational study. *Lancet* 2002;359(9310):926-93.
43. Sumukadas D, Witham MD, Struthers AD, McMurdo ME. Effect of perindopril on physical function in elderly people with functional impairment: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2007; 177:867-74.
44. Aoki C, Nakano A, Tanaka S, et al. Fluvastatin upregulates endothelial nitric oxide synthase activity via enhancement of its phosphorylation and expression and via an increase in tetrahydrobiopterin in vascular endothelial cells. *Int J Cardiol* 2012; 156:55-6193.
45. Armitage J, Bowman L, Collins R, Parish S, Tobert J. MRC/BHF Heart Protection Study Collaborative Group. Effects of simvastatin 40 mg daily on muscle and liver adverse effects in a 5-year randomized placebo-controlled trial in 20, 536 high-risk people. *BMC Clin Pharmacol* 2009; 31:9-6. doi: 10.1186/14726904-9-6.
46. Ferrando AA, Sheffield-Moore M, Paddon-Jones D, Wolfe RR, Urban RJ. Differential anabolic effects of testosterone and amino acid feeding in older men. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:358-62
47. Borst SE, Yarrow JF, Conover CF, et al. Musculoskeletal and prostate effects of combined testosterone and finasteride administration in older hypogonadal men: a randomized, controlled trial. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2014;15(306): E433-42.
48. Siparsky PN, Kirkendall DT, Garrett WE. Muscle changes in aging: understanding sarcopenia. *Sports Health*. 2014 Jan;6(1):36-40.
49. Baulieu EE, Thomas G, Legrain S, et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000; 97:4279-84.
50. Morley JE, Argiles JM, Evans WJ, et al; Society for Sarcopenia, Cachexia, and Wasting Disease.

- Nutritional recommendations for the management of sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11:391-6.
51. Aguiar AF, Januário RS, Junior RP, et al. Long-term creatine supplementation improves muscular performance during resistance training in older women. *Eur J Appl Physiol* 2013; 113: 987-96.
  52. Cooke MB, Brabham B, Buford TW, S et al. Creatine supplementation post-exercise does not enhance training-induced adaptations in middle to older aged males. *Eur J Appl Physiol* 2014; 114:1321-32.
  53. Onder G, Della Vedova C, Landi F. Validated treatments and therapeutics prospectives regarding pharmacological products for sarcopenia. *J Nutr Health Aging* 2009; 13:746-56.
  54. Mohler ML, Bohl CE, Jones A, et al. Nonsteroidal selective androgen receptor modulators (SARMs): dissociating the anabolic and androgenic activities of the androgen receptor for therapeutic benefit. *J Med Chem* 2009; 52:3597-617.
  55. Cesari M, Fielding R, Bénichou O, Bernabei R, Bhasin S, Guralnik JM, et al. Pharmacological Interventions in frailty and sarcopenia: Report by the international conference on frailty and sarcopenia research task force. *J Frailty Aging* 2015;4(3):114-120.
  56. Sakuma K, Yamaguchi A. Novel intriguing strategies attenuating to sarcopenia. *J Aging Res* 2012:251217. doi: 10.1155/2012/251217.
  57. Burton LA, Sumukadas D. Optimal management of sarcopenia. *Clin Interv Aging* 2010 Sep 7; 5:217-28.



Review / Derleme

# The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care

## Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım

Bektaş Murat Yalçın<sup>1</sup>, Onur Öztürk<sup>2</sup>

### ABSTRACT

Depression is may be the most important psychiatric disease for primary care health professionals. Depression is a mood disorder in which the individual always feel sad, melancholic or depressed without a reason, accompanying feelings of a deep distress, unworthiness, powerless, unwillingness, a negative view for life with impaired or slowed speech, motion and some physiological functions. World Health Organization had declared that unipolar major depression is the fifth leading most important health problem around the world in 1990, by the 2020 it will the second ranking health problem just under the ischemic cardiovascular diseases. Mood disorders can be categorized basically as depressive (unipolar) and manic depressive (bipolar) into two and diagnosed with DSM-V-TR criteria. In this condition to aware of depressed patients (search), to diagnose, to differentiate between primary and secondary mood disorders, to start an antidepressant therapy if necessary and consult the success of the therapy and to refer the patient to another health center in necessary conditions can be accounted as the principle duties of the primary care physicians. The aim of this review is to provide the latest knowledge for primary care physicians while managing depression.

**Key words:** Depression, primary care, management

### ÖZET

Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar için belki de en önemli psikiyatrik hastalıktır. Depresyon, belirli bir nedeni olmadan bireyin kendini sürekli üzüntülü, melankolik veya kederli hissetmesi, bu duruma yoğun bir bunaltı, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, olumsuz bir bakış açısı gibi duyguların eşlik ettiği, ayrıca beraberinde düşünce, konuşma, devinim ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın gözlemlendiği bir duygu durum bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü, 1990 yılında unipolar majör depresyonu dünyada en sık izlenen beşinci önemli sağlık sorunu olduğunu bildirirken, 2020 yılında iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci sağlık sorunu olacağını tahmin etmektedir. Duygu durum bozuklukları, depresif (unipolar) ve manik depresif (bipolar) olarak temelde ikiye ayrılır ve tanısı DSM-V-TR kriterlerince konulur. Bu durumda birinci basamak hekiminin temel görevi, duygu durum bozukluğuna sahip hastalarını ayırt etmek (taramak), tanı koymak, birincil ve ikincil duygu durum bozuklukları arasında tanısal ayrımı yapabilmek, gerekse antidepresan tedaviye başlayarak bu tedavinin etkinliğini gözlemek ve gerekli hallerde hastayı bir başka merkeze yönlendirmektir. Bu derlemenin amacı, birinci basamak hekimlerinin depresyon yönetimi sırasında ortaya koyacakları yaklaşım için gerekli olan güncel bilginin sağlanmasıdır.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, birinci basamak, yaklaşım

Received / Geliş tarihi: 09.04.2016, Accepted / Kabul tarihi: 09.09.2016

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup> Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Onur Öztürk, Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi, Samsun-TÜRKİYE, E-mail: dr.onurozturk@yahoo.com

Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım. TJFMPC, 2016;10(4): 250-258.

DOI: 10.21763/tjfm.271331

## GİRİŞ

Genel nüfusta, psikiyatrik rahatsızlıklar açısından yaşam kalitesini artırmak için, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli ilk kez 1978 Alma-Ata Bildirgesi ile vurgulanmış<sup>1</sup> ve ruh sağlığı hizmetlerinin birincil bakıma bütünleştirilmesi önerilmiştir. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) beraber ortaya koydukları 'Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Bildirgesi'nde, tüm toplumlarda sıklığı giderek artan ruhsal hastalıkların olabildiğince erken evrede ve sistematik bir yaklaşımla, kişinin evine ve toplumuna yakın bir ortamda tedavisinin en iyi sonucu doğuracağı vurgulanmıştır.<sup>2</sup> Şüphesiz birinci basamak hekimliği açısından, bu rahatsızlıklar arasında en önemli hastalık depresyondur. Depresyonu olan hastaların %60-75'i, yakınmaları için psikiyatristler yerine, ilk önce bir birinci basamak hekimine başvurmaktadır.<sup>3</sup> Aşağıdaki derlemede, özellikle hayali bir vaka aracılığı ile birinci basamakta depresyon tanısı, tedavisi ve takibi konusunda güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

### VAKA (Bölüm 1)

*"Dr. Mehmet Bey, içeriye giren bir sonraki hastasını gördüğünde içinden karamsar düşünceler geçti. Funda Hanım, 59 yaşında idi ve kendisine dokuz ay önce kayıt yaptırmıştı. O zamandan bu yana, yaklaşık iki veya üç ayda bir sürekli, geçmeyen baş ağrıları şikâyeti ile kendisine gelmekte idi. Birçok medikal tedavi çeşidi denemesine rağmen, baş ağrıları konusunda sonuç alamayınca, hastasının da ısrarı ile Funda Hanım il devlet hastanesinde bir nöroloğa göndermişti. Burada, kendisine bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemleri de dahil çeşitli incelemeler gerçekleştirilmişti, ancak baş ağrısına neden olabilecek herhangi bir soruna rastlanmamıştı. Dr. Mehmet Bey hastasına, onu aile sağlığı merkezine tekrar getiren şikâyetinin ne olduğunu sorduğunda, Funda Hanım cansız, bezgin ve enerjisiz bir ses tonu ile baş ağrıları için ilaç yazdırmaya geldiğini söyledi."*

### Tanım ve Epidemiyoloji

Depresyon, belirli bir nedeni olmadan bireyin kendini sürekli üzüntülü, melankolik veya kederli hissetmesi, bu duruma yoğun bir bunaltı, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, olumsuz bir bakış açısı gibi duyguların eşlik ettiği, ayrıca beraberinde düşünce, konuşma, devinim ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın gözlemlendiği bir duygu durum (mood) bozukluğudur.<sup>4</sup> Özetle, bireydeki duygusal, davranışsal, bilişsel ve somatik regülasyonu etkileyen karmaşık bir sendromdur. Depresyona pek çok psikiyatrik veya psikiyatrik

olmayan hastalıklar eşlik edebilir ve yaşamının ilk altı ayından sonuna kadar herhangi bir zamanda izlenebilir.<sup>5</sup> Eğer hastada bağımlılık yapıcı madde kullanımı veya depresyonla ilişkilendirilebilecek başka bir hastalık yoksa, bu durum birincil duygu durum bozuklukları olarak adlandırılır. Birincil duygu durum bozuklukları, depresif (unipolar) ve manik depresif (bipolar) olarak temelde ikiye ayrılır. Unipolar duygu durum bozuklukları ise, majör depresyon, inatçı depresif bozukluk ve başka türlü sınıflandırılmamış depresyon olarak sınıflandırılmaktadır.

DSÖ 1990 yılında unipolar majör depresyonu, dünyada en sık izlenen beşinci önemli sağlık sorunu olduğunu bildirirken, 2020 yılında iskemik kalp hastalıklarından sonra en önemli ikinci sağlık sorunu olacağını tahmin etmektedir.<sup>6</sup> Depresyonun gerek DALY (Disability Adjusted Life Year / İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı), gerekse de ADL (Activities of Daily Living / Günlük Yaşamsal Faaliyetler) ve yaşam kalitesi ölçümleri bazında insan yaşamında ve işlevlerinde pek çok hastalıktan (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olaylardan v.b.) çok daha fazla kayba yol açtığı düşünülmektedir.<sup>7</sup>

Dünya üzerinde depresyon, birinci basamakta en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Kadınların %20'sinde, erkeklerinde %10'unda, yaşamlarının bir döneminde depresyon görülür.<sup>8</sup> Yapılan geniş epidemiyolojik çalışmaların verilerine göre, yaşam boyu prevalans %4,9 ile %17,1 arası değişmektedir.<sup>9</sup> Weismann ve arkadaşlarının yaptığı ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışması verilerine göre, yıllık unipolar majör depresyon prevalansı %2,6 - %6,2 arasındadır.<sup>10</sup> Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda depresyon yaygınlığı, genel nüfusta %14 - 25, yaşlılarda ise %29 (erkeklerde %24, kadınlarda %33) olarak bildirilmiştir.<sup>11-15</sup> Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ise, 12 aylık unipolar depresif epizot sıklığı yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta % 4 olarak bulunmuştur.<sup>16</sup>

### VAKA (Bölüm 2)

*"Dr. Mehmet Bey, Funda Hanım'ı dinlerken bir yandan da onunla ilgili bildiklerini akıldan geçirdi. Funda Hanım'ın eşi, bir yıl önce takip edildiği akciğer kanseri nedeniyle başka bir ilde ölmüştü. Eşi öldükten sonra, daha önce yaşadığı şehirden ayrılmış ve buraya ikinci bebeğini yeni doğurmuş olan kızının yanına taşınmıştı. Bebeğin bakımındaki ana sorumluluğu kendisi üzerine almıştı. Funda Hanım bu kez uykusuzluktan çok şikâyetçi olduğunu anlatıyordu. Özellikle yattıktan sonra uykuya dalmıyor ve sürekli gece boyunca uyanıyordu. Hayattan zevk alamadığını ve baş*

ağrılarının geçmemesi nedeniyle sürekli ağlamak isteğini anlattı. Dr. Mehmet Bey, daha önce bu şikâyetleri duymuştu ama bunları hastasının yaşadığı kayba bağlı yas reaksiyonu olarak değerlendirmişti.”

### Depresyon İçin Tanı Kriterleri

Depresyon tanısı DSM-V TR ölçütleri ile konulmaktadır.<sup>4</sup> Buna göre; çökkün duygu durum, ilgilere karşı azalma, kilo ve uyku problemleri, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik hisleri, konsantrasyon azlığı ve ölüm düşüncesi gibi bulguların en az

beşinin aynı kişide bulunması tanıyı koydurtur. Bu belirtilerden en az biri, ya çökkün duygu durum, ya da hastanın sevdiği bir şeye karşı ilgisini yitirmesi veya zevk almaması olmalıdır. Bu belirtiler arasında, özellikle insomnia ipucu olması açısından önemlidir. Çünkü, yurt dışı çalışmalarda, birinci basamak hekimlerinin en çok bu belirtiden yola çıkarak tanı koydukları izlenmiştir.<sup>17</sup>

Bu belirtilerle ilgili ayrıntılı bilgi Tablo-1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Majör depresyon için tanı kriterleri<sup>18</sup>**

A. Genel Tanı Kriterleri (2 Haftalık sürede en az beş bulgu olmalıdır)	
Bulgular	Açıklama
1.Çökkün Duygu Durum (Deprese mod)	Hastada nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunmalıdır. Bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (Örneğin üzüntülüdür, kendini boşlukta hissediyor ya da umutsuzdur), ya da bu durum başkalarının gözlenir.
2.Anhedoni	Bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma, ya da bunlarda zevk almama, nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre veya gözlemlenir).
3.Kilo değişimi	Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken), çok kilo verme ya da kilo alma (Örneğin bir ay içinde ağırlığının %5 inden daha çok alan bir değişiklik), ya da nerdeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4.Uyku düzenindeki değişiklikler	Hemen her gün uykusuzluk (Insomnia) veya aşırı uyuma, uykuya dalamama, sık uyanma ve yeterince uyuduğu halde uykudan yorgun kalkma.
5.Psikomotor ajitasyon veya retardasyon.	Nerdeyse her gün psiko derinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarının gözlenebilir; yalnızca, öznel dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil) izlenmesi.
6.Enerji azlığı veya yorgunluk	Nerdeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
7. Suçluluk veya değersizlik duyguları	Nerdeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil) hissedilmesi.
8. Konsantre olmada zorluk çekme	Nerdeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarının gözlenir).
9. Ölüm düşüncesi	Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürme üzere bir eylem tasarlama.
B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.	
C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.	
D. Depresyon döneminin ortaya çıkışı, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk, ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.	
E. Hiçbir zaman bir manik dönemi, ya da bir hipomanik dönem geçirilmemiştir.	

### Depresyon İçin Risk Faktörleri ve Ayırıcı Tanı

Depresyonun etyopatolojisinin çok fazla faktörden etkilendiği düşünülmektedir. Genetik, psikososyal

ve nörobiyolojik faktörlerin birbirleri ile karmaşık bir etkileşim içinde depresyonu ortaya çıkartmaktadırlar. Norepinefrin, serotonin ve dopamin salınım düzensizlikleri nörobiyolojik



fizyopatolojide etkindir. Özellikle postsinaptik transmitter miktarının artırılması ile semptomlar düzelmektedir. Adrenal, tiroid ve büyüme hormonu eksenleri depresyonda rol oynayan başlıca nöroendokrin mekanizmalardır.<sup>19</sup>

Yapılan çalışmalarda, depresyon için bazı kişilerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin risk oluşturduğu gösterilmiştir.<sup>20</sup> Kadınlar arasında,

düşük sosyoekonomik düzeyi olanlarda, stresli yaşam olayları yaşayanlarda, aile veya arkadaş çevresinin kaybı halinde, depresyon veya intihar açısından aile hikâyesi olanlarda depresyon sık izlenmektedir. Daha önce intihar

girişimi hikâyesi olanlarda, postpartum dönemde, herhangi bağımlılık yapıcı madde kullanımı varsa ve eşlik eden anksiyete gibi diğer bir psikiyatrik hastalık varlığında depresyon açısından uyanık olunmalıdır. Erkeklerde 55 yaşından sonra, kadınlarda ise 35-45 yaşlarından sonra daha sık izlenmektedir. Bazı hastalıkların varlığında özellikle depresyon sık izlenebilir. bu durumda altta yatan komorbidite çözülmeden, depresyon etkin bir şekilde çözülemez. İkincil olarak duygu durum bozukluğu yapabilecek hastalıklar ve durumlar Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2. İkincil unipolar duygu durum bozukluğu sebepleri<sup>18</sup>**

<p><b>Beslenme yetersizlikleri</b> Vit B 12, folat, demir, tiamin, niasin eksikliği</p> <p><b>Romatolojik hastalıklar</b> Sistemik lupus eritematozus Romatoid artrit Sarkoidoz</p> <p><b>Kardiyak hastalıklar</b> Mitral valv prolapsusu Miyokard enfarktüsü Hipertansiyon</p> <p><b>Gastrointestinal hastalıklar</b> Siroz Pankreatit Enflamatuvar bağırsak hastalıkları</p> <p><b>Hematolojik hastalıklar</b> Orak hücreli anemi Hemofili</p>	<p><b>Endokrin hastalıklar</b> Hiper/hipotiroidizm Diabetes mellitus Hiperkalsemi Menopoz</p> <p><b>Nörolojik hastalıklar</b> İnme Alzheimer Huntington hastalığı Multiple skleroz Kontrolsüz epilepsi Parkinson Migren</p> <p><b>Dermatolojik hastalıklar</b> Psöriasis Saç dökülmesi</p> <p><b>Renal hastalıklar</b> Üremi Kronik Böbrek Yetmezliği</p>	<p><b>Enfeksiyöz hastalıklar</b> Hepatit İnfluenza İnfeziyöz mononükleoz Tüberküloz AIDS</p> <p><b>Neoplastik hastalıklar</b> Pankreas ca Lenfoma Lösemi Akciğer ca</p> <p><b>Madde ve toksinler</b> Barbitürat, benzodiazepin, simetidin, betabloker, steroid, indometazin, alfa-metildopa, oral kontraseptif, sülfonamid, kokain, dijitaler</p>
--	---	---

### VAKA (Bölüm 3)

“Dr. Mehmet Bey, sorgusunu derinleştirdiğinde Funda Hanım’ın uzun zamandır hayattan hiç zevk almadığını, gündüz zamanının büyük kısmını torununa bakarak geçirdiğini, şu an torununa bakmaktan başka hiçbir şeyin kendisine zevk vermediğini, ama çoğu zaman kolunu bile kaldıracak gücü bulamadığını öğrendi. Funda Hanım kilo vermeye çalışmamasına rağmen, son dönemde 7 veya 8 kilo verdiğini anlattı. Eskiden resim yapmaktan ve resim dersi vermekten çok hoşlandığını, ama taşındıktan sonra resim yapmak için gerekli eşyaları kolilerden bile çıkartmak için bir neden bulamadığını belirtti.”

### Depresyon Tarama ve Tanı Testleri

Birinci basamakta depresyonun rutin olarak taranması konusunda farklı görüşler mevcuttur. USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force / Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü) tüm adölesanlar (12-18 yaş arası) ve erişkinlerde (> 18 yaş) hasta tanı, tedavisi ve takibi için multidisipliner (Psikiyatrist, psikolog, terapist

vb.) bir hizmet sunumu sağlayan kurumlarda tüm bireylerin depresyon açısından taranması gerektiğini belirtmektedir.<sup>21</sup> USPSTF, özellikle tarama yaparken hastalara DSM-V TR tanı kriterlerinde de vurgulanan iki kritik sorunun önemini altını çizmiştir. Bunlar “Son iki haftadır kendini nedensiz yere mutsuz hissediyor musunuz?” ve “Eskiden yapmaktan zevk aldığınız ve ilgi duyduğunuz şeylere karşı son iki haftadır ilginizde azalma oldu mu?” sorularıdır. Bu iki sorudan birisine bile evet diyen bir bireye uygulanacak daha uzun bir tanı ve /veya tarama testi, belirgin şekilde depresyon lehinde anlamlı sonuç vermektedir. Farklı yaş ve hastalar için değişik depresyon tarama ve tanı testleri mevcuttur.<sup>22</sup> Bu testlerin güvenilirlikleri yüksek iken (%80-90), duyarlılıkları daha ortalama düzeydedir (%70-80). Bu testler, hastanın kendi kendine veya bir hekim eşliğinde yüz yüze uygulananlar olarak ikiye ayrılırlar. Ülkemizde, hastanın kendi kendine uyguladıkları ölçekler arasında, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Zung Depresyon Anketi sayılabilir.<sup>23</sup> Hekimin, hastasına yüz yüze uyguladıkları arasında, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme



Ölçeği örnek gösterilebilir. Belirli yaş grupları için geliştirilmiş depresyon ölçekleri arasında ise Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği bulunmaktadır. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, Cornell demansta depresyon ölçeği ve Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği gibi belli tıbbi duruma sahip kişiler içinde geliştirilmiş ölçeklerde mevcuttur.

#### Vaka (Bölüm 4)

*“Dr. Mehmet Bey, Funda Hanım’ın yakın zamanda yapılan laboratuvar tetkiklerini tekrar gözden geçirirken, sistematik bir şekilde bazı sorular yöneltti. Funda Hanım devlet hastanesine sevk edildiği zaman yapılan tam kan sayımı incelenmesi, kan biyokimyası ve tam idrar tahlili değerleri normaldi. Funda Hanım’ın şu an için düzensiz aldığı analjezikler dışında, kullandığı herhangi başka bir*

*ilaç yoktu. Dr. Mehmet Bey, en kısa zamanda Funda Hanım’dan bir tiroit fonksiyon testi isteyebileceğini düşündü ve doldurmasını rica ederek bir BDE verdi.”*

#### Konsültasyon veya Sevk Kriterleri

Birinci basamak hekiminin, depresyon tanısı alan bir hastası olduğunda ilk yapması gereken, hastanın başka bir merkeze sevk edilip edilmeyeceğine karar verilmesidir. Bu açıdan, depresyon hastasının intihar riskini değerlendirmek hayati önem taşımaktadır. Hastada intihar düşüncesi ve bununla ilgili herhangi bir plan varlığında, hasta vakit geçirilmeden ciddi psikiyatrik yardım sunan bir merkeze yönlendirilmelidir. İntihar girişimi ve tamamlanmış intihar girişimi için risk faktörleri Tablo 3’te sunulmuştur. Hastanın günlük işlevselliğinde ciddi azalma, günlük işlevleri etkileyecek düzeyde eşlik eden bilişsel bozukluk, psikotik semptom, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, daha öncesinde bipolar hastalık hikayesi ve / veya ciddi başka bir psikiyatrik bozukluk varlığında hasta bir psikiyatriste zaman kaybedilmeden sevk edilmelidir.<sup>25</sup> Ayrıca etkin dozda ve sürede en az iki tedavi denemesine karşılık hasta semptomlarında değişiklik olmuyor veya istenen düzeyde değilse hasta Elektrokonzülziv tedavi (EKT) açısından değerlendirilmek üzere yine bir psikiyatriste sevk edilebilir.<sup>26</sup>

Tablo 3: İntihar girişimi ve tamamlanmış intihar girişimi için risk faktörleri <sup>24</sup>	
Girişim*	Tamamlanmış Girişim†
Kadın cinsiyeti	Erkek cinsiyeti
Yaş <30 yıl	Yaş > 55 yıl
Tek başına yaşama	Berberinde kronik bir hastalık (Kanser, Diyabet vb.)
Eşlik eden ciddi psikososyal stres (İş kaybı, ayrılık)	Sosyal izolasyon (Boşanmış, dul)
Madde kullanımı (alkol, esrar vb.)	Ailede intihar hikâyesi
Eşlik eden bir kişilik bozukluğu	Madde kullanımı (alkol, esrar vb.)
Depresyon	Depresyon veya depresyon için aile hikayesi
*Ölümlerle sonuçlanmayan kendi hayatına son vermeye yönelik her türlü eylem	
† Ölümlerle sonuçlanan kendi hayatına son vermeye yönelik her türlü eylem	

#### Vaka (Bölüm 5)

*“Funda Hanım envanterden toplam 41 puan alıyordu. Bu puana göre Dr. Mehmet Bey, Funda Hanım’ın şiddetli depresif belirtiler gösterdiğini anladı. Funda Hanım’ın diğer belirtilerini de değerlendiren Dr. Mehmet Bey, hastasındaki yas reaksiyonunun normale göre çok uzun sürdüğünü ve bipolar majör depresyon atağı geçirdiğini düşündü. Dr. Mehmet Bey, Funda Hanıma hiç canına kıymayı düşünüp, düşünmediğini ve bunun için bir tasarısı olup olmadığını sordu. Funda Hanım ağlamaya başlayarak, kızının ve torununun kendisine ihtiyacı olduğunu ve böyle bir şeyi düşünmediğini, ama hayatın ona çok boş geldiğini anlattı. Funda Hanım’a, eşine kanser teşhisi konduktan beş yıl önce, adını bilmediği bir depresyon ilacı başlanmıştı ve ilacı altı ay kadar kullanmıştı. Kendi ifadesi ile ilaçtan oldukça yarar*

*görmüştü. Dr. Mehmet Bey, hastasına şu anki klinik durumu ile ilgili bilgi verdi ve Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI) grubu bir antidepresan ilaç kullanmasını önerdi. Bir hafta sonrasına randevu verdi ve mümkünse bu randevuda Funda Hanım’ın kızıyla da konuşmak istediğini belirtti.*

#### Tedavi

Depresyon tedavisi bireysel olmalıdır. En başarılı tedavi sonuçları, biyopsikososyal yaklaşımla planlanan terapilerden elde edilebilir. Farmakolojik tedavinin yanı sıra, sosyal çevre desteği ve psikoterapi çok başarılı sonuç verebilir. Tedavinin ilk basamağında, hastanın özelliklerine göre tercih edilen bir antidepresif ilaç, en az üç haftası etkin, tolere edilen en üst dozdan, ortalama altı haftalık bir süre için kullanılmalıdır. Bu süreden sonra, tedavi sonuçları değerlendirilerek gerekiyorsa başka

bir alternatif ilaca geçilebilir. Hastanın daha önceden kullandığı ve yarar gördüğü bir ilaç varsa ilk tercih olarak seçilmelidir.<sup>20,24</sup>

Farmakoterapinin etkinliği, kişinin sosyal ve hastalık özellikleri ile değişmektedir. Erken tedaviye başlandığı, distimik veya depresyon sürelerinin kısa olduğu durumlarda, başta psikoz olmak üzere kişinin ilave bir psikiyatrik hastalığının olmadığı hallerde, alkol veya başka bağımlılık yapıcı madde kullanımı yoksa farmakoterapi çok daha etkin sonuçlar vermektedir. Ayrıca, kişinin hastalık öncesi sosyal aktivitelerinin yeterli düzeyde olması, başta aile olmak üzere sosyal ve iş çevresinden yeterli destek gördüğü hallerde, olumsuz hayat olaylarının sıklığı ve şiddetinin belirli bir düzeyde kaldığı hallerde tedavi daha başarılı olmaktadır.<sup>1</sup>

Hamile ve emziren kadınlarda B kategorisindeki (FDA) antidepresanlar verilebilir (Sertralin). Gebeliğin ilk 3 ayında tek seçenek EKT'dir. EKT, yine, yaşlılarda major depresyonda etkinliği bilinen ve en sık kullanılan tedavi seçeneklerinden biridir.<sup>27,28</sup>

Tedaviden istenilen düzeyde fayda sağlanamıyorsa, ilaç dozları tedricen artırılarak gerektiğinde en yüksek tedavi dozuna yükseltilmelidir. Hastada iyileşme sağlandıktan sonra, tedaviye aynı dozda 6 ay-1 yıl daha devam edilmelidir. Bazı hallerde, sık tekrarlayan depresyon atakları olan hastalarda fayda sağlayan ilaca ömür boyu devam edilmesi önerilmektedir.<sup>29,30</sup>

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar Tablo 4'de gösterilmiştir. Birinci basamakta, günümüzde gelişmiş güvenlik ve tolerabilite özellikleri sebebiyle, SSRI ve serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleri (SNRI) daha sıklıkla kullanılmaktadır. Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar (TCA) artık çok daha az miktarda tercih edilmektedir. Antidepresan ilaç tedavisi sırasında alkol alınması önerilmemektedir.<sup>31</sup>

Bunların dışında; bilişsel terapi, davranışsal terapi, hipnoterapi gibi psikolojik yaklaşımların, alkol ve/ veya sigara gibi kötü alışkanlıkların terkinin, egzersiz, fototerapi/akupunktur gibi tamamlayıcı yaklaşımların ve bazı bitkisel tavsiyelerin (sarı kantaron otu, ginko biloba) hafif ve orta düzeyde depresyonda etkili olduğu gösterilmiştir.<sup>32-38</sup>

## Vaka (Bölüm 6)

*“Dr. Mehmet Bey, SSRI grubu bir anti depresan başladığı Funda Hanım'ı iki ay sonra gördüğünde,*

*başlangıçtaki belirtilerin oldukça gerilediğini fark etti. İlaç tedavisine başlayalı altı kez görüşmüşlerdi ve bu görüşmelerde Funda Hanım giderek daha az baş ağrılarından bahsetmişti. Funda Hanım, çok daha iyi uyuduğunu belirtirken, Dr. Mehmet Bey, hastasının sesine enerji geldiğini fark etti. Funda Hanım, kızının başı sıkıştığında torununun bakımına destek oluyordu, ama bu konudaki ana sorumluluğu kızına ve yeni bakıcıya bırakmıştı. Funda Hanım, tekrar resim yapmayı düşündüğünü ve hatta ileride bu konuda öğrencilere kurs vermeyi düşündüğünü anlattı. Dr. Mehmet Bey, BDE'yi tekrarladığında Funda Hanım'ın envanterden 12 puan aldığı gördü. Funda Hanım'ın, tedavinin ne kadar süreceğini sorması üzerine, en az dört ay daha aynı şekilde ilacı kullanmasını önerdi.*

## İzlem

Bir depresyon hastasının, ortalama izlem süresi 6 ile 12 ay arası değişebilir. Farmakoterapi başladıktan sonraki ilk haftada, özellikle ağır majör depresyon hastalarında intihar olasılığı arttığı unutulmamalıdır. Bu nedenle, bu tarz bir girişimde bulunacağı konusunda en ufak bir şüphe bulunan hastalar yakın takibe alınmalıdır. Yeni tedavi başlanmış hastaların, ilk ay içinde haftada bir takip esnasında bir iki ayda bir gözlenmesi çok yararlıdır. Tedavinin etkinliğini değerlendirmek için, birinci basamak hekimi tarama veya tanı koyma esnasında kullanılan depresyon değerlendirme ölçeklerinden birini takipte kullanılmalıdır. Tercih edilen anketin, başlangıç değerlendirilmesindeki skorunda %50 ve üzeri bir düzelme tedaviye yanıtı gösterir. Her ölçek için tanımlanmış belli skor değerine inilmesi, hastada remisyona ulaşıldığını (düzelmeyi) göstermektedir.<sup>39</sup>

Tedaviye direnç ve nüks depresyon tedavisinde önemli bir sorundur. Bu durumlarda, bir psikiyatristten konsültasyon istemek veya hastayı başka bir merkeze yönlendirmek gerekebilir. Barkow ve ark., 12 aylık izlem sonunda, birinci basamakta tedavi edilen hastaların %33,5'inde depresyonun devam ettiğini görmüşlerdir.<sup>40</sup> Yapılandırılmış ve kısa (<beş dakika) telefon konsültasyonlarının hasta izlemlerinde etkili olduğu bilinmektedir. Simon ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, anti depresif tedavi başladıktan sonraki 8. ve 16. haftalarda yapılan 10-15 dakikalık iki telefon görüşmesinden sonra, ayaktan izlenenlere kıyaslandığında telefonla görüşülen hastaların, ilaç uyumlarının daha iyi olduğu ve depresif belirtilerinde %50 azalma olduğu saptanmıştır.<sup>41</sup>

<b>Tablo 4. Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar<sup>30-32</sup></b>				
<b>Sınıf, Etki Mekanizması</b>	<b>Yan Etki</b>	<b>Doz</b>	<b>Not</b>	
<b>SSRI</b> Seçici Serotonin geri alımı inhibisyonu	Bulantı, kusma ishal, baş ağrısı, tremor, sedasyon, ağız kuruluğu, cinsel yan etkiler (cinsel isteksizlik, empotans, geç boşalma v.b.)	Sitalopram 20-60 mg		
		Essitalopram 10-30 mg	İlaç etkileşimi az	
		Fluoksetin 20-80 mg	Uzun Yarı Ömür	
		Fluvoksamin 100-300 mg		
		Paroksetin 20-60 mg	Kilo alımı problemleri sık izleniyor	
		Sertralin 50-200 mg		
<b>SNRI</b> Serotonin ve noradrenalin geri alımı inhibisyonu	Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, tremor, ağız kuruluğu, cinsel yan etkiler ( cinsel isteksizlik, empotans, geç boşalma v.b.)	Venflaksin 75-225 mg	Kan basıncı yükseklği	
		Duloksetin 60 mg		
		Milnasipran 50-100 mg	Asıl atılım yolu böbrekler olduğundan böbrek yetmezliklerinde dikkatli kullanılmalıdır.	
<b>NRI</b> Noradrenalin geri alımını inhibisyonu	Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, taşikardi, idrar retansiyonu	Reboksetin 4-8 mg		
<b>NDRI</b> Noradrenalin ve dopamin geri alımını inhibisyonu	Ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, bulanık görme, konvülviz atak geçirme riski	Bupropion 150-300 mg	Daha az cinsel yan etki izlenir	
<b>NaSSA</b> Noradrenalin ve serotonerjik etki, $\alpha_2$ antagonizma	Uyuklama, aşırı kilo alımı	Mirtazapin 15-45 mg	Uyku problemi olanlarda tercih edilebilir. Cinsel yan etki az	
<b>SARI</b> Serotonin antagonizması/ geri alım inhibisyonu	Aşırı sedasyon, nadir priyapizm	Trazodon 50-300 mg	Uyku problemi olanlarda tercih edilebilir	
<b>TCA</b> Serotonin ve noradrenalin geri alımını inhibisyonu	Antikolinerjik etkiler; ağız kuruluğu, konstipasyon, tremor, üriner retansiyon, uyuklama, aşırı sedasyon, sersemlik, postür al hipotansiyon. Bulantı, baş ağrısı, ağrısı, konvülviz atak geçirme riski, cinsel yan etkiler ( cinsel isteksizlik, empotans, geç boşalma v.b.)	Amitriptilin 75-300 mg	Uyku problemi olanlarda tercih edilebilir.	
		Klomipramin 75-300 mg	OKB'de etkilidir	
		Maprotilin 25-150 mg	Konvülviz atak eşliğini çok azaltmaktadır	
<b>MAO İnhibitörleri</b> Serotonin, noradrenalin ve dopamin yıkımı inhibisyonu		Moklobemid 300-600 mg		

## SONUÇ

Ülkemizde, 2008 yılından bu yana reçetelenen antidepresan ilaçların, yarısından fazlası birinci basamak hekimlerince yazılmaktadır. Birinci basamak hekimliği için, en önemli psikiyatrik

rahatsızlık olan depresyon konusunda, aile hekimlerinin bilgi ve becerisinin yeterli olmasının önemi aşikârdır. Örnek vermek gerekirse, İsveç'te birinci basamakta çalışan hekimlere yapılandırılmış, depresyonun tanı ve tedavisi konusunda bir eğitim verilmesiyle, genel nüfusta depresyon sıklığında ve ortalama intihar sayısında belirgin bir azalma tespit edilmiştir.<sup>42</sup> Yıldırım ve ark., yaptığı bir çalışmada ise aile hekimlerinin %19,2'si kendilerini depresyon tanı, tedavi ve izlem konusunda yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, ilk kez depresyon tanısı koydukları hastalarına %54,2'sine kendilerinin tedavi başladığı, %20,0'ine tedavi başlamadan psikiyatriste yönlendirdikleri ve %25,8'ine kendilerinin tedavi başlayıp, kontrole psikiyatriste yönlendirdikleri görülmektedir. Kendilerine verilen eğitimin, yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin oranı ise %72,7 gibi dikkat çekici bir değerdir.<sup>43</sup> Birinci basamakta çalışan hekimlerin, depresyon konusunda bilgi ve becerilerini arttıracak eğitim programlarının bu konudaki hekimlerimizin etkinliğini daha da arttıracığı düşünülebilir.

## TEŞEKKÜR

Yazının hazırlanma sürecindeki desteklerinden ötürü, Sn. Psikiyatrist Hilal Yılmaz'a teşekkürlerimizi iletiyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Tezvaran Z, Akan H, İzbrak G. Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon yönetimi. *Turkish Family Physician* 2010; 1(3):1-7.
2. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. [http://www.who.int/mental\\_health/.../mentalhealthaltintopriarycare/.../index.html](http://www.who.int/mental_health/.../mentalhealthaltintopriarycare/.../index.html) Erişim tarihi: 15.11.2012
3. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Int Med* 1999; 14: 569-80.
4. DSM-V-TR. Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. (Edi. Köroğlu E.). Birinci Baskı HYB Yayınları İstanbul 2013; s. 194-97.
5. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, s 447-59.
6. Michaud CM, Murray CJL, Bloom PB. Burden of disease-implications for future research. *JAMA*, 2001; 285(5):535-9.
7. WHO. The World report: Solving mental health problems: principles of care. <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/en/index1.html> Erişim tarihi: 10.2.2010
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR ve ark. National comorbidity survey replication. the epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 18; 289 (23): 3095-105.
9. Korf VM. Improving depression care. *J Fam Prac* 2001;50(6): 529-32.
10. Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ. Affective disorders in psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Edited by Robins LN, Regier DA. New York, Free Press, 1991, 53-80.
11. Kırpınar I, Gozum S, Pasinlioglu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010; 19: 422-31.
12. Kırpınar İ, Tepeli İÖ, Gözüm S, Pasinlioglu T. Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısı dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 16-23.
13. Unsal A, Tozun M, Ayrancı U. Prevalence of depression among postmenopausal women and related characteristics. *Climacteric* 2011; 14:244-51.
14. Kitiş Y, Karaçam Z. Postpartum depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Türkiye'de Psikiyatri* 2009; 11(2): 67-74.
15. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıover S, Kırpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 174-8.
16. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C ve ark. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24: 1-18.
17. Barret JR. Treatment of Dsthymia and minor depression in primary care. *J Fam Prac*; 2001;50(5):405-13.
18. Smith WT, Kendrick T. Diagnosing and treating depression. *BMJ* 2000;320: 1602-10.
19. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2008: 21-32.
20. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar: depresyon ve anksiyete. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2012;3(2):1-7
21. U.S. Preventive Services Task Force. Depression in adults: Screening. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/depression-in-adults-screening> (Son Erişim Tarihi: 10.6.2015)
22. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler bir başvuru kaynağı. Üçüncü Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul; 1997: 13-20.

23. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011; 186; 1: 39-47.
24. Yüksel N. 'Ruhsal hastalıklar. 3. Baskı MN Medikal & Nobel. İstanbul 2006; s. 183-220.
25. Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *Am Fam Physician* 2001; 64:641-8.
26. Hickie IB, Andrews G, Davenport TA: Measuring outcomes in patients with depression or anxiety: an essential part of clinical practice. *MJA* 2002; 177(4): 205-7.
27. Özten E, Sayar GH. Gebelikte depresyonun somatik tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2015; 7(3):244-254.
28. Topbaş E, Eroğlu MZ, Zabun S, Güneş T, Çalışkan M. Depresyon ve parkinson hastalığı birlikteliğinde elektrokonvülsif tedavi kullanımı: bir olgu sunumu. *Cukurova Medical Journal* 2014;39(1):185-188.
29. Keller MB, Klerman GL. Long term outcome of episodes of major depression; clinical and public health significance. *JAMA*, 1984; 252:788-92.
30. Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database of Systematic Review* 2009; 3:CD007954
31. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology, neuroscientific basis and applications. 3. Baskı, New York: Cambridge University Press, 2008: 511-666.
32. Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2004;20(1):1-7.
33. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27(3):318-26.
34. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *Int J Clin Exp Hypn* 2007;55(2):147-66.
35. Mead GE, Morley W, Campbell IP, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. London:Wiley. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(Suppl 6):p587-S97.
36. Linde K, Mulrow CD, Berner M, Egger M. St John's wort for depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. London:Wiley. p. 65.
37. Hardy M, Coulter I, Morton SC. S-adenosyl-L-methionine for treatment of depression, osteoarthritis, and liver disease. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) guideline; 2002. Erişim <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hserta&part=A101701> Erişim tarihi:1.5.2014
38. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* 2016; 77:42-51
39. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12): 1925-32.
40. Barkow K, Maier W, Üstün TB, Gansicke M, Wittchen HU, Heun R. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Disord* 2003; 76: 157-69.
41. Simon EG, Vonkorff M, Rutter C, Wagner E: Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000; 320:550-4.
42. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland an intensive study of all suicides before and after a depression training programme for general practitioners. *J. Affect Disor* 1995;35(4):147-152.
43. Yıldırım A, Gönüllü OG, Eradamlar N, Erkıran M. İstanbul ili genelinde görev yapan aile hekimlerinin antidepresan reçetelemesini etkileyen faktörler. *Düşünen Adam; The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014; 27:242-249.





Review Article / Derleme

# Community Integration and Social Rights in Mental Health Area

## Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar

Hüsnünur Aslantürk\*<sup>1</sup>

### ABSTRACT

Community integration is accepted as one of the important purpose of community-based mental health services in the mental health area. To ensure social integration, the only hospital-based services from the application of the new model is not a goal that can be achieved with the transition to community-based services. To be integrated into community of individuals with mental illness, health, education, employment, social security and social aids, there is a need for support in areas such as social assistance. That need only can be transferred by the application with the rights recognized in these areas. At this point, the use of social rights takes place in a central location. In this study, with emphasis on the concept of community integration, social rights granted to individuals with mental illness will be examined in our country in the light of this conceptual framework and using data on the use of these rights, it will try to uncover the effects of community integration.

**Key words:** Community integration, mental health, social rights.

### ÖZET

Toplumsal entegrasyon, ruh sağlığı alanında toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin en önemli amaçlarından birisi olarak kabul edilmektedir. Toplumsal entegrasyonun sağlanması, sadece hastane temelli verilen hizmetlerden yeni modellerin uygulandığı toplum temelli hizmetlere geçiş ile ulaşılabilecek bir hedef değildir. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin topluma entegre olmaları için sağlık, eğitim, istihdam, sosyal güvenlik, sosyal yardımlar gibi alanlarda desteklenmelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaç, ancak bu alanlarda tanınan haklarla uygulamaya aktarılabilir. Bu noktada sosyal hakların kullanımı merkezi bir konumda yer alır. Bu çalışmada toplumsal entegrasyon kavramı üzerinde durularak, bu kavramsal çerçeve ışığında ülkemizde ruhsal bozukluğu olan bireylere verilen sosyal haklar incelenecek ve bu hakların kullanımı ile ilgili veriler kullanılarak, sosyal hakların toplumsal entegrasyona etkileri ortaya çıkarılmaya çalışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Toplumsal entegrasyon, ruh sağlığı, sosyal haklar.

---

Received / Geliş tarihi: 17.08.2016, Accepted / Kabul tarihi: 09.09.2016

<sup>1</sup> Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hüsnünur Aslantürk, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Eskişehir-TÜRKİYE, E-mail: husnunuraslanturk@anadolu.edu.tr

Aslantürk H. Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar, TJFMPC, 2016;10(4): 259-270.

DOI: 10.21763/tjfmpe.271333



## GİRİŞ

Ruh sağlığı, ruhsal bozukluğun sadece tıbbi tedavisi ile sınırlandırılmayacak kadar geniş bir alandır ve literatürde sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorun olarak ele alınmaktadır.<sup>1</sup> Bu noktada ruh sağlığı psikiyatri, psikoloji, halk sağlığı, toplum sağlığı, aile hekimliği, sosyal hizmet, ekonomi, hukuk gibi birçok alanı içine alan disiplinler arası bir bakış açısıyla üzerinde durulması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmi olarak 1947 yılında kabul edilen sağlığın “sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasından itibaren, “sosyal iyilik hali” boyutuna yapılan vurgu dikkat çekicidir.<sup>2</sup> Ayrıca sağlığın sosyal boyutuna yapılan bu vurgu ruh sağlığı alanında paradigmanın dönüşümü olarak değerlendirilen, ruhsal sorunları sadece bireysel sağlık sorunları olarak ele alan yaklaşımdan uzaklaşılmasının başlangıç noktası olarak ele alınabilir.<sup>3</sup> Bu noktada bireyin sosyal işlevselliğini amaçlayan bir disiplin olarak ruh sağlığı alanındaki dönüşümde önemli yere sahip olan sosyal hizmet, ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin topluma tam olarak entegre olmalarını ve bu amacın gerçekleştirilmesinde hak savunuculuğu rolüyle, haklarından etkin olarak faydalanmalarını sağlamayı hedeflemektedir.

Sağlık istatistikleri incelendiğinde, ruh sağlığı, niceliksel olarak toplumun büyük bir kısmını içinde barındıran önemli bir alan olarak ele alınmaktadır. Dünyadaki toplam hastalık yükünün %11’lik bölümü, ruhsal ve davranışsal bozukluklardan kaynaklanmaktadır.<sup>4</sup> Türkiye’deki duruma bakıldığında ise, toplumdaki her altı erişkinden birinin son bir yıl içinde tanı konulabilir bir ruhsal bozukluğu olduğu görülmektedir.<sup>5</sup> Bu veriler ışığında ruh sağlığı, toplumun önemli bir bölümünü ilgilendiren bir konu olarak değerlendirilebilir. Ancak konunun yaygınlığını sadece ruhsal bozukluğu sahip olanlara ilişkin verilerle ele almamak gerekir. Ruhsal bir bozukluğa sahip olmak bireysel etkilerinin yanında doğrudan veya dolaylı olarak kişinin ailesini, çevresini ve toplumu da etkileyen bir durum olması nedeniyle çok daha geniş kitleleri ilgilendirmektedir.

Bu kadar geniş kitleleri ilgilendirmesi nedeniyle, engellilerin toplumsal entegrasyonu konusunda devletin sorumluluğu Anayasa’nın 61. Maddesinde de “Devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır” ifadesiyle açık bir şekilde dile getirilmektedir. Bu amacın gerçekleştirilmesi için sosyal politika düzeyinde yapılan uygulamalarla, sosyal hakların

uygulama boyutunda ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hayatlarında yer bulmaları amaçlanır. Engellilere yönelik olarak oluşturulan sosyal politikaların engellilerin istihdam ve gelirlerinin artırılması gibi sosyal durumlarının iyileştirilmesine katkıda bulunan istikrar fonksiyonu ve engellilerin topluma kazandırılmasını sağlayan bütünleşme fonksiyonu olmak üzere iki temel fonksiyonu vardır.<sup>6</sup> Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin çalışma hayatında yerlerini alarak gelirlerinin artmasının da toplumsal entegrasyon fonksiyonu ile olan ilişkisi göz önüne alındığında, sosyal politikaların bu konudaki en önemli amacının engellilerin tam anlamıyla topluma entegre olmalarını sağlamak olduğu sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada ruhsal bozukluğa sahip bireylerin toplumsal entegrasyonunun sağlanmasında sosyal hakların yeri ve bu hakların kullanımıyla ilgili verilerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu genel amaç çerçevesinde öncelikle toplumsal entegrasyon ele alınarak, kavramsal gelişimine değinilmiştir. Daha sonra ruh sağlığı alanında sosyal hakların değerlendirilmesi, eğitim, sağlık, istihdam, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar ve sivil toplum alanlarında sunulan sosyal haklar ve bu hakların kullanım düzeyleri ile ilgili olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010<sup>7</sup> verileri kullanılarak yapılmıştır. (Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’nda ruhsal bozukluğa sahip olanların %20 ve üzeri özür oranına sahip ruhsal ve duygusal engelliler grubu içinde değerlendirilmiştir. Ruhsal ve duygusal engelli “duygu, düşünce ve davranışlardaki normalden farklı örüntüler nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini tamamlamada, kişiler arası ilişkilerini devam ettirmede güçlük yaşayan kişiler” olarak tanımlanmış; depresyon ve şizofreni gibi hastalıkların da bu gruba girdiği belirtilmiştir.)

## TOPLUMSAL ENTEGRASYONUN KAVRAMSAL GELİŞİMİ

Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon giderek daha fazla ilgi çeken bir konu olarak göze çarpmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel amacı<sup>8</sup> olarak üzerinde durulan kavramın birçok çalışmanın merkezinde yer alması, iyileşme süreciyle arasındaki sıkı ilişkiye bağlanabilir.<sup>9</sup> Ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin iyileşmelerinin kanıtlarından birisi topluma tam anlamıyla entegre olmaları olarak değerlendirilebilir.

Toplumsal entegrasyonun kavramsal gelişimine bakıldığında, öncelikle engellilik (zihinsel ve gelişimsel engellilik) alanında yapılan çalışmalarda kullanıldığı görülür.<sup>10</sup> Kavramının çikış noktalarından birisi olarak değerlendirilen

normalleştirme (normalization) ilkesi, Wolfensberger ve Thomas'ın çalışmalarının odağında yer alır. Bu çerçevede Wolfensberger ve Thomas, normalleştirmeyi engelli bireylerin günlük yaşam, oyun ve iş hayatını sürdürmek konusunda engelli olmayan bireylerle aynı fırsatlara sahip olması olarak tanımlamışlardır.<sup>11</sup> Bu tanımlamada normalleştirme, engelli olmayan bireylerle aynı fırsatlara sahip olma ekseninde ele alınmıştır. Ancak entegrasyon kavramının daha geniş kapsamlı ve ayrıntılı olarak tanımlanmasına duyulan ihtiyaç sonucunda Wolfensberger "Normalization and Social Valorization" başlıklı çalışmasında ise toplumsal entegrasyonu normalleştirme ilkesinden hareketle, ancak daha geniş bir bakış açısıyla ele alarak fiziksel entegrasyon ve sosyal entegrasyon olmak üzere iki boyutlu bir analize taşımıştır. Fiziksel entegrasyon özürsüz olmayan (nondevalued) kişilerin buldukları sıradan ortamlarda, aktivitelerde ve şartlarda, engelli (devalued) kişi ya da kişilerin de fiziksel olarak bulunmaları anlamını içerirken; sosyal entegrasyon, engelli kişi ya da kişilerin kültürel olarak niteliksel ve niceliksel boyutta normal kabul edilen engelli olmayan vatandaşlarla sosyal etkileşim ve ilişkileri ile, saygın ya da en azından normal ortamlarda ve şartlarda yer alabilmesi anlamını taşır.<sup>12</sup> Böylece engelli bireylerin, hem fiziksel olarak engelli olmayan bireylerin buldukları ortamlarda var olma durumları hem de sosyal etkileşim ve iletişim kurmalarına vurgu yapılarak kavramın yelpazesi genişletilmiştir.

Storey ise toplumsal entegrasyonu, sosyal yönden önemli insanlar olarak tanımlanan sosyal ağ (social networks) kavramı ile birleştirmiş ve toplumsal entegrasyonun bireyin sahip olduğu sosyal ağların büyüklükleri, yapıları, işlevleri ve gelişimsel engeli olan insanları destekleme konusundaki yeterlilikleri ölçülerek değerlendirilebileceği üzerinde durmuştur.<sup>13</sup>

Toplumsal entegrasyonun kavramsallaştırılması konusunda literatürde önemli bir başvuru kaynağı olarak görülen Wong ve Solomon ise, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla değerlendirerek, toplumsal entegrasyonu çatı bir kavram olarak ele almışlardır. Konuyla ilgili yapılan tüm çalışmaları gözden geçirerek üç boyutlu bir kavramsal yapı öneren araştırmacılar, toplumsal entegrasyonun sadece fiziksel boyutuna vurgu yapılmasının eksikliğine işaret etmişlerdir. Fiziksel entegrasyonu bireyin evinin dışında zaman geçirerek, topluma katılması ve toplumda var olan mal ve hizmetlerden yararlanması; psikolojik entegrasyonu bireyin kendisini toplumun bir parçası olarak hissetmesi; sosyal entegrasyonu ise bireyin toplumun diğer üyeleriyle sosyal etkileşim içinde bulunması olarak ele almışlardır.<sup>14</sup>

Günümüzde engelli bireylerin tamamıyla topluma bağlandığı ya da entegre olduğu ideali, gerçekçi olmayan bir amaç olarak görülmektedir. Bunun birçok önemli nedeni vardır. Bu sebeplerin en başında engelli bireylerin toplumun bir parçası haline gelmek için daha fazla fırsata sahip olmaları gerekliliği gelmektedir.<sup>15</sup> Engellilerin bu fırsatlara sahip olması, onlara tanınan haklar ve bu hakların kullanılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Toplumsal entegrasyonun sağlanmasının bir vatandaşlık hakkı olarak ele alınması,<sup>16</sup> konuyla ilgili taleplerin ve sunulan hizmetlerin bu çerçevede değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır

Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon idealinin hayata geçirilişine bakıldığında konuyla ilgili taleplerin bir hareket olarak başladığını vurgulamak gerekir. Toplumsal entegrasyon hareketi, sivil haklar ve engellilik hakları hareketinin deneyimlerine dayanır. Çünkü ruh sağlığı uygulamasından faydalananlar (psikiyatri hastalığı olanlar ve aileleri) engellilik hareketinin ulusal engellilik politikası üzerinde baskın bir güce sahip olması gibi, bir sonraki yüzyılda toplum ruh sağlığı politikaları üzerinde şekillendirici bir güç haline gelme amacını taşımışlardır. Bu hareketin içinde yer alanların ortak amacı, engellilik tanısı almış herkesin toplumsal katılımı ve toplumun bir üyesi olmanın getirdiği tüm haklara sahip olmaları gerektiğidir. Ayrıca toplumsal entegrasyon hareketi, bu amacın sadece profesyonel hizmetlerle başarılamayacağı; akran desteği ve kendine yardım faaliyetlerinin yanında, özürsüz olmayan bireylerle ilişkiler, toplumsal aktiviteler, barınma ve iş olanakları ile fiziksel, mesleki ve sosyal entegrasyonun yaygın hale getirilmesi gerektiği üzerine vurgu yapar.<sup>17</sup>

## **RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HAKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyonun yeri ile ilgili literatür incelemesi yapıldığında, kurumsal temelli hizmetlerden vazgeçmenin, psikiyatri kliniklerini kapatmanın tek başına, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumun içinde tanımlanmasına yetmeyeceğine yapılan vurgu dikkat çeker.<sup>18</sup> Toplum içinde olmak, toplumun bir parçası olmak ya da topluma entegre olmak daha geniş anlamlar içeren ve alt boyutları olan bir kavramsallaştırmaya işaret eder. Bu alt boyutların toplumsal hayattaki somut yansımalarına bakıldığında ise, ruhsal bozukluğa sahip bireylere tanınan hakların neler olduğu, bu hakların kullanım düzeyleri ve etkin kullanımının ön plana çıktığı görülür.

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sosyal haklarını kullanmaları boyutunda "engelli" olarak ele alındıkları gerçeğinden hareketle öncelikle

engellilik tanımını ele alarak, arka planında yer alan bakış açısını incelemek gerekir. Bu açıdan engellilik konusunda en kapsayıcı ve diğer yasal düzenlemeleri de bağlayıcı olması açısından “5378 Sayılı Engelliler Hakkındaki Kanun”da<sup>19</sup> yer alan engelli tanımına bakmak gerekir. Bu kanun uyarınca engelli “fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey” olarak tanımlanmıştır. Bir yandan ruhsal bozukluğa sahip bireyleri kapsaması, diğer yandan toplumsal entegrasyonun sağlanmasında toplumdaki diğer bireylerle eşit haklara sahip olmanın gerekliliğini belirtmesi açısından kanunda yer alan engellilik tanımı, politika düzeyinde engelliliğe bakış açısıyla ilgili de ipuçları vermektedir.

Engelliliğin tam olarak nasıl tanımlanması gereği, konuyu ele alan yaklaşımlara göre farklılık göstermektedir. İnsanları sadece fiziksel özellikleri ve sahip oldukları hastalıklar çerçevesinde tanımlayan tıbbi model çerçevesinde mi, yoksa insanların fiziksel özelliklerinden dolayı değil toplumun yaklaşımı ve bakış açısı tarafından mı engelli kılındığı yönündeki anlayışın hakim olduğu sosyal model<sup>20</sup> çerçevesinde mi tanımlanacağı önemli bir çıkış noktasıdır. Ülkemizde sosyal modelin ön planda olduğu bir bakış açısının çıktılarının ruh sağlığı alanında sunulan hizmetlere yansıdığı görülmektedir. Sosyal modelin toplumsal sorumluluk anlayışından hareketle, devletin, özrürlürlere tüm ekonomik ve sosyal hakları sağlamakla yükümlü olan mercii olarak görüldüğü bir yapı söz konusudur.<sup>21</sup> Sosyal haklar sadece engelliler için değil, tüm vatandaşlar için devletin olumlu bir edimde bulunma görevini taşıdığı haklardır.<sup>22</sup> Diğer yandan engelliler gibi toplumdaki dezavantajlı gruplar için önemini vurgulanması açısından sosyal hakların amacının toplumda var olan sosyal eşitsizlikleri azaltarak sosyal adaleti sağlamak ve ekonomik açıdan zayıf olanları korumak olduğunun vurgulanması gerekir.<sup>23</sup> Balkır sosyal hakları, toplumda ekonomik yönden dezavantajlı olarak kabul edilen kişilere hayatlarını sürdürebilmeleri için tanınmış haklar olarak tanımlar.<sup>24</sup>

Ülkemizde ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin sosyal hakları incelendiğinde, bu alandaki haklardan faydalanmak için mevzuatta yer alan “engellilik kriterleri” nin karşılanması ve ne oranda engele sahip olduğunun sağlık raporu ile kanıtlanması gerekmektedir. Bu noktada bu engellilik tanımının tüm ruhsal hastalıkları kapsamadığının da altını çizmek, bahsedilecek hakların ruh sağlığı alanındaki kapsamının sınırlılığına dikkat çekmek açısından önem taşımaktadır. Yılmaz’ ın Türkiye’de ruh sağlığı

politikaları konusunda yaptığı değerlendirmede, sağlık kurulu raporuna göre engel oranının % 40 ve üzerinde olan psikiyatrik teşhis alan tüm bireylerin engellilere tanınan bütün haklardan ve ayrıcalıklardan faydalanabildikleri belirtilmektedir.<sup>25</sup>

Öncelikle yaygınlık olarak ruhsal ve duygusal engelliliğe bakıldığında, kayıtlı engellilerin %3.9’unun ruhsal ve duygusal özürürlülerden oluştuğu görülmektedir.<sup>7</sup> Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı verilerine göre<sup>26</sup> de ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sadece altıda biri uzman yardımı almaktadır. Bu noktada ruhsal bozukluğa sahip olanların hepsinin sistemde kayıtlı olmadığı, sadece kayıtlılar üzerinden yapılan bir değerlendirme olduğunu belirtmek gerekir.

### Eğitim

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin Anayasa’nın 10. Maddesi gereğince eşit eğitim hakkına sahip oldukları görülmektedir. Milli Eğitim Temel Kanunu’nda yer alan<sup>27</sup> “mecburi ilköğrenim çağında buldukları halde zihnen, bedenlen, ruhen ve sosyal bakımdan özürürlü olan çocukların özel eğitim ve öğretim görmeleri sağlanır” ibaresi temel eğitimden tüm vatandaşlar gibi ruhsal bozukluğa sahip olanların da eşit şekilde yararlandırılması esasını ve dolayısıyla eğitim hakkındaki eşitliği vurgulanması açısından önemlidir.

Ruhsal ve duygusal özürürlülerin %24’ünün okur-yazar olmadığı, %12,7’sinin okur-yazar olup herhangi bir okul bitirmediği, %33’ünün ilkökul mezunu olduğu, %15,2’sinin ilköğretim/ortaokul ve dengi okul mezunu olduğu, %15,1’inin lise ve daha üstü eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir.<sup>7</sup> Bu veriler ışığında ruhsal ve duygusal özürürlülerin büyük bir çoğunluğunun okur-yazar olmadığı göze çarpmaktadır. Türkiye genelinde TÜİK 2013 verilerine göre okur-yazar olmayanların oranının %4,74 olduğu görülmektedir.<sup>28</sup> Okur-yazarlık oranı açısından Türkiye geneliyle karşılaştırıldığında göze çarpan bu büyük oransal farkın, ruhsal ve duygusal engellilerin eğitim alanında sahip oldukları dezavantajlı durumu işaret etmesi açısından önemi büyüktür.

Eğitim alanında engellilere verilen haklar ve bu bağlamda sunulan hizmetlerin uygulanması açısından Milli Eğitim Bakanlığı’nın ön planda olduğu görülmektedir. Bu çerçevede verilen hizmetler engelli bireyler için oluşturulmuş özel eğitim sınıfları, danışmanlık ve yönlendirme faaliyetlerinin yürütüldüğü rehberlik ve araştırma merkezleri, özel eğitim kurumları, rehabilitasyon merkezleri, eğitim uygulama okulları ve iş eğitim merkezleri olarak sıralanabilir.

Genel olarak özel eğitim konusundaki amaç, özel eğitim gerektiren bireylerin, milli eğitim sistemini düzenleyen genel esaslar çerçevesinde eğitimlerini, toplumda bir iş ve meslek sahibi olarak bütünleşmelerini sağlamaktır. Özel eğitim uygulamaları toplumsal entegrasyon çerçevesinde ele alındığında kaynaştırma uygulaması, önemli bir adım olarak değerlendirilebilir. MEB Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği Üçüncü Kısım Madde 21’de kaynaştırma “özel eğitim ihtiyacı olan bireylerin akranlarıyla karşılıklı etkileşim içinde bulunmalarını sağlamak ve eğitim amaçlarını en üst düzeyde gerçekleştirmek için geliştirilmiş eğitim ortamlarında yürütülmesi” olarak tanımlanmıştır.<sup>29</sup> Kaynaştırma uygulamasının uygulamadaki yansımaları çerçevesinde ele alınabilecek bir gösterge olması sebebiyle ruhsal ve duygusal engellilerin eğitim tercihleri incelendiğinde %33,6’sının aynı özre sahip olanlarla eğitim almayı tercih ederken, %32’si özürlü olmayanlarla aynı sınıf içinde eğitim almayı tercih etmekte olduğu, %32,6’sının ise konuya ilişkin fikri olmadığı görülmektedir.<sup>7</sup> Ruhsal ve duygusal engele sahip bireylerin %65’lik bir kısmının aynı özre sahip olmayan bireylerle eğitim almayı tercih etmesi ya da bu konuya ilişkin fikir beyan etmemesi, kaynaştırma eğitimine mesafeli bir duruş olarak değerlendirilebilir. Kaynaştırma eğitiminin uygulanmasında yaşanan sıkıntılar ve sosyo-kültürel bir bakış açısıyla ele alınarak öğrencinin tüm işlevsel özelliklerinin değerlendirilmesi gerektiğine yönelik eleştiriler ve kaynaştırma uygulamasının öğrenciyi etiketlediği ve kaynaştırma raporu alan öğrencinin toplumsal entegrasyonunu güçleştirdiği yönündeki bulgular<sup>30</sup> da literatürde dikkat çekmektedir.

Ruhsal bozukluğa sahip bireyleri engellilik tanımı içerisinde değerlendirildiğinde her ne kadar bu alandaki uygulamalardan ve haklardan faydalanabilecekleri gibi bir durum söz konusu olsa da, sahip oldukları süreğen hastalığın ve dolayısıyla eğitim alanındaki ihtiyaçlarının farkı göz önünde bulundurulduğunda, tanınan bu hakların eğitim alanında yaşadıkları sorunların çözmekten uzak olduğu söylenebilir. Yapılandırılan özel eğitim faaliyetlerinin daha çok diğer engel türlerinin sorunlarına hitap ettiği, ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin eğitim haklarını kullanma konusunda yaşadıkları sorunları çözmeye yönelik farklı politikaların geliştirilmesinin gerekliliği göze çarpmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda da ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin eğitimlerini tamamlamada zorluklar yaşadıkları ve bu durumun meslek sahibi olmalarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir.<sup>26</sup>

Ruhsal bir bozukluğa sahip olmak özellikle eğitim hayatını devam ettirip sonuçlandırma aşamasında önemli bir engel olarak

değerlendirilebilir. Bu nedenle eğitim alma sürecinde bu grubun desteklenmesini, sürecin kolaylaştırılmasını; eğitim, toplumsal olana entegre olma sürecinde önemli bir alan ve temel sosyal haklardan biri olarak düşünüldüğünde ilerleyen aşamada istihdam edilebilmelerini, üretken olabilmelerini sağlamak adına önemli bir adım olarak ele almak gerekir.

## İstihdam

Toplumsal entegrasyon amacının gerçekleştirilmesi açısından bakıldığında istihdam önemli bir alan olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda toplumun bir parçası olmakla çalışma hayatında aktif yer almak arasında önemli bir ilişki kurulmaktadır. Anayasa’nın 49. Maddesinde çalışma, herkes için hem bir hak, hem de bir ödev olarak düzenlenmiştir. Özel olarak engellilerin istihdamı ile ilgili olarak ise Anayasa’nın 50. Maddesinde “kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunur” ibaresi yer almaktadır. Bu Madde, özellikle ruhi yetersizliğe işaret etmesi ve ruhsal bozukluğa sahip olan bireyleri kapsamı açısından önem teşkil etmektedir. Anayasa’da belirlenen bu ana prensiplerin uygulamadaki karşılığının izi sürüldüğünde, tüm sosyal politikalara yön vermesi ve diğer yasal düzenlemeleri bağlayıcı rolü ön plana çıkmaktadır. Bu noktada engellilerin istihdamı konusunda bu genel prensiplerin uygulamadaki tezahürü açısından, Engellilik Hakkında Kanun’un ilgili maddelerine bakıldığında, “İstihdam” başlığı altında düzenlenen 14. madde karşımıza gelmektedir. Bu maddeye göre;

Engellilerin iş gücü piyasası ve çalışma ortamında sürdürülebilir istihdamı için kendi işini kurmaya rehberlik ve mesleki danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi de dâhil olmak üzere gerekli tedbirler alınır.

İşe başvuru, alım, önerilen çalışma süreleri ve şartları ile istihdamın sürekliliği, kariyer gelişimi, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları dâhil olmak üzere istihdama ilişkin hiçbir hususta engelliliğe dayalı ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz.

Çalışan engellilerin aleyhinde sonuç doğuracak şekilde, engelinden dolayı diğer kişilerden farklı muamelede bulunulamaz.

Çalışan veya iş başvurusunda bulunan engellilerin karşılaşılabileceği engel ve güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik istihdam süreçlerindeki önlemlerin alınması ve engellilerin çalıştığı iş yerlerinde makul düzenlemelerin, bu konuda görev,



yetki ve sorumluluğu bulunan kurum ve kuruluşlar ile işverenler tarafından yapılması zorunludur.

Engellilik durumları sebebiyle iş gücü piyasasına kazandırılmaları güç olan engellilerin istihdam edildiği korumalı işyerlerinin statüsü ve bu işyerleriyle ilgili usul ve esaslar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca müştereken çıkarılan yönetmelikle düzenlenir.<sup>19</sup>

Yukarıda yer alan kanun maddeleri incelendiğinde, engellilerin istihdamı konusunda ayrımcılığın önlenmesine yönelik uygulamalara vurgu yapıldığı ve bu konuda bir yandan ilgili resmi kurum ve kuruluşlara, bir yandan da işyerlerine sorumluluk yüklendiği görülmektedir.

Ruhsal engellilerin istihdamına yönelik politikalara bakıldığında zorunlu kota rejimi (compulsory quota) ve engellilere yönelik ayrımcılığı ortadan kaldırma amacını taşıyan kanunlaştırma (anti-discrimination legislation) hareketi olmak üzere iki tür politikanın varlığı dikkat çekmektedir.<sup>31</sup> Zorunlu kota yöntemi engelli bireylerin çalışma hayatına girmelerini ve aktif olarak bulunmalarını kolaylaştırıcı yöntemlerin başında gelmektedir. Bu yöntem, kamu ve özel sektörde belirli sayının üzerinde işçi çalıştıran işyerlerine, mevzuatta belirtilen oranda özürülü çalıştırılmasına yönelik bir yükümlülük getirmektedir.<sup>32</sup> Kota yönteminin ülkemizde de engellilerin istihdamlarının sağlanması konusunda yaygın olarak kullanılmakta olduğu görülmektedir.<sup>6</sup> Kota yöntemi ile ilgili yasal düzenleme 4857 Sayılı İş Kanunu Madde 30'da yer almaktadır. Bu maddede "İşverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde %3 engelli, kamu işyerlerinde ise %4 engelli ve %2 eski hükümlü işçiyi veya 21/6/1927 tarihli ve 1111 sayılı Askerlik Kanunu veya 16/6/1927 tarihli ve 1076 sayılı Yedek Subaylar ve Yedek Askeri Memurlar Kanunu kapsamına giren ve askerlik hizmetini yaparken 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununun 21. maddesinde sayılan terör olaylarının sebep ve tesiri sonucu malul sayılmayacak şekilde yaralananları meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler" ifadesi ile engellilere yönelik kota uygulamasının detayları belirlenmiştir.<sup>33</sup>

Mevzuatta yer alan kota yöntemiyle ilgili bu düzenlemelerin toplumsal hayata yansımalarına bakılacak olursa, İŞKUR 2015 yılı engellilerin engel gruplarına göre dağılımına ilişkin istatistikleri incelendiğinde, 2446'sı erkek, 397'si kadın olmak üzere toplam 2843 ruhsal hastalıklar grubunda yer alan engellinin işe yerleştirme için başvuruda bulunduğu, ancak bu başvurulardan 760 erkek, 69

kadın toplam 829 engellinin işe yerleştirildiği görülmektedir.<sup>34</sup> Ruhsal engellilerin kota sisteminden yararlanma düzeyleri göz önüne alındığında diğer engel gruplarıyla kıyaslandığında iş bulma imkanı az olan engel gruplarından birisi olduğu için bu gruba özel istihdam olanaklarını arttırmaya yönelik düzenlemelerin yapılmasının gerekliliği açıktır.<sup>35</sup> Ayrıca cinsiyetler arasındaki büyük fark göz önünde bulundurulduğunda ruhsal engelli kadınlara yönelik ayrıca teşvik edici uygulamalara olan ihtiyaç da hissedilmektedir.

Diğer yandan engellilere yönelik ayrımcılığın mevzuatta yapılan düzenlemeler yoluyla da önüne geçilmesi yolunu içeren uygulamaların varlığı da, Anayasa ve Engelliler Hakkında Kanun'un yukarıda bahsi geçen maddelerinden açıkça takip edilebilir.

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin istihdamı konusunda önemli hizmet modellerinden birisi de korumalı işyerleridir. Engellilik Hakkında Kanun'da korumalı işyeri "iş gücü piyasasına kazandırılmaları güç olan zihinsel veya ruhsal engellilere mesleki rehabilitasyon sağlamak ve istihdam oluşturmak amacıyla Devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklenen ve çalışma ortamı özel olarak düzenlenen işyeri" olarak tanımlanmaktadır.<sup>7</sup> İstihdam konusunda en dezavantajlı grup olarak değerlendirilen zihinsel ve ruhsal engelli bireyler için öngörülen bu haktan, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ne kadar faydalandığı ile ilgili net bir istatistiki bilgiye ulaşılmamıştır. Ancak Çavuş ve Tekin, Türkiye'de "Engellilerin İstihdam Yöntemi Olarak Korumalı İşyeri" başlıklı çalışmalarında, İŞKUR'a bağlı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstihdam ve Sosyal Güvenlik Dairesi Başkanlığı ile yaptıkları görüşme sonucunda 14 kuruluşun korumalı işyeri statüsü almak için başvuru yaptığı bilgisine ulaştıklarını belirtmişlerdir.<sup>36</sup>

Yapılan bütün düzenlemeler, geliştirilen yeni hizmet modelleri çerçevesinde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin istihdamıyla ilgili Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010 verilerine bakıldığında; ruhsal ve duygusal özürlülerin %7.6'lık kısmının çalıştığı, çalışmayan %92.4'lük bölümün ise %8.1'inin iş aradığı görülmektedir.<sup>7</sup> Ayrıca çalışanların %66.5'inin ücretli, maaşlı, yevmiyeli çalıştığı, %17.7'sinin işveren ya da kendi hesabına çalışan olduğu, %15.8'inin ise ücretsiz aile işçisi olduğu görülmektedir.<sup>7</sup> Çalışma oranının düşüklüğü ve çalışmayan grubun içinde iş arayanların azlığı, yasal mevzuatta yapılan düzenlemelerin istihdam alanında ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerden oluşan grupta hareketlilik yaratmakta sınırlı kaldığı şeklinde yorumlanabilir. Düzenlemelerin çoğunlukla tüm özür gruplarına yönelik olduğu, sadece ruhsal ve duygusal engelli olarak tanımlanan

grupta yer alan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin özellikleri ve ihtiyaçları göz önüne alınarak planlanması gereken düzenlemelere olan ihtiyaç bu noktada belirtilmelidir.

Ruhsal ve duygusal engellilerin çalışmama ya da iş aramama nedenlerine bakıldığında %51,8'inin çalışmayacak durumda ağır özürlü olduğu, %13'ünün emekli, öğrenci, ev işleri ile meşgul ya da yaşlı olduğu, %22,9'unun özrü nedeniyle kendisine iş verilmeyeceğini düşündüğü, %3'ünün ise ailesinin çalışmasına izin vermediği, %20,4'ünün ise diğer seçeneğini işaretlediği görülmektedir.<sup>7</sup> Engel durumundan dolayı iş verilmeyeceğini düşünenlerin oranının yüksekliği, halihazırda politika belgelerinde de sıkça bahsi geçen istihdam alanındaki ayrımcılığın tam olarak engellenememesinin kanıtı olarak görülebilir. Bu noktada kota rejiminin uygulanmasına rağmen istihdam oranlarındaki düşüklük sebebiyle ilgili olarak özel sektöre ilişkin bir değerlendirme fırsatı Uğuzer Karçkay'ın engelli çalıştırma yükümlülüğü bulunan 124 özel sektör işvereni ile yaptıkları çalışmanın bulgularında bulunabilir. Yapılan çalışma sonucunda engellilerin istihdam edilmemesinin en önemli gerekçesi olarak işverenlerin engellilerin rehabilitasyon almamaları ve eğitim düzeylerinin düşüklüğünü gösterdiklerini belirtmişlerdir.<sup>37</sup> Bu noktada ayrı ayrı ele alınarak değerlendirilen tüm alanların (eğitim, sağlık, sosyal yardımlar, istihdam) birbirleriyle yakın ilişkili olduğu ve bu alanların herhangi birinde yeterince faydalanılmayan sosyal hakların diğer alanı da doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği sonucuna varılabilir.

## Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardımlar

Sosyal güvenlikle ilgili yasal düzenlemelere bakıldığında, öncelikle Anayasası'nın 60. maddesinde yer alan "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir" ifadesi ile karşılaşılmaktadır. Bu çerçevede devlet, çalışarak sosyal güvenlik hakkına sahip olanların dışında kalan grubun da bu haktan faydalanması konusunda gerekli düzenlemeleri yapmakla ilgili sorumluluğa sahiptir. Ruhsal ve duygusal engelli bireylerin çalışma oranlarının düşüklüğü göz önüne alındığında, sosyal güvenlik çatısı altında yer alabilmek için bu konuda uygulanacak sosyal politikalara duyulan ihtiyaçla karşılaşılmaktadır.

Diğer yandan ruhsal bozukluğa sahip bireyler, sağlık durumunun çalışmasına engel olduğu durumlarda malullük hakkından da faydalanmaktadırlar. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Madde 25'e göre "Meslekte kazanma gücünün %60 ya da daha fazlasını sürekli olarak kaybeden bireylere malullük aylığı bağlanır."<sup>38</sup>

Sosyal güvenlik hakkının kullanımına ilişkin olarak verilere göre, çalışan ruhsal ve duygusal engellilerin %41,6'sının SGK'ya kayıtlı olduğu, %58,4'ünün ise SGK'ya kayıtlı olmadığı anlaşılmaktadır.<sup>7</sup> Çalışma hayatının getirilerinden olan sosyal ve ekonomik haklardan faydalanma konusunda önemli bir ön koşul olan SGK'ya kayıtlı olarak çalışanların, aktif çalışan ruhsal ve duygusal engellilerin yarısından az olması dikkat çekici bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ruhsal engellilik ile ekonomik yoksunluk arasındaki ilişki istihdam, sosyal güvenlik ve eğitim alanındaki dezavantajlı duruma işaret eder. Özellikle ağır ruhsal sorunlar yaşayanların yoksulluk sınırı altına düşme risklerinin toplumun geneli ile kıyaslandığında daha yüksek olduğu görülmektedir.<sup>25</sup> Bu noktada gelir desteğine ilişkin sosyal haklara bakıldığında, 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanununda düzenlenen bakıma muhtaç özürlü aylığı uygulaması dikkat çeker.<sup>39</sup> Yine ruhsal engelliler gelir desteği kapsamında, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ve Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından verilen aynı ve/veya nakdi yardımlardan da, belirlenen kriterlere uygun olması (ekonomik ihtiyacın ispatlanmasına yönelik) durumunda faydalanabilmektedirler. Ayrıca belediyeler tarafından sunulan gelir desteği programları da bulunmaktadır.

Ruhsal ve duygusal engellilerin %53,8'inin sosyal yardımlardan yararlandığı görülmektedir. Sosyal yardımdan yararlananların %41,0'mın özürlü aylığı aldığı (2022 sayılı kanun kapsamındaki özürlü aylığı), %14,7'sinin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü aynı ve nakdi yardım aldığı, %7,7'sinin SHÇEK'in aynı ve nakdi yardımlarından faydalandığı, %5,3'ünün hayırsever kişiler tarafından yapılan yardımlardan faydalandığı, %1,5'inin ise diğer şıkkını işaretlediği görülmektedir.<sup>7</sup>

## Sağlık

Sağlıkla ilgili diğer tüm alanlarda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da tedavi yöntem ve yaklaşımlardaki farklılaşmalarla birlikte farklı hizmet modelleri geliştirilmektedir. Dünyada ruh sağlığı alanındaki modeller incelendiğinde, hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli olmak üzere üç farklı hizmet modelinin bulunduğu görülür. Hastane temelli model "hastalara sunulan hizmeti poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a)mayan hastaların 50-60 yıla kadar



uzanan süreyle hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması” olarak özetlenebilecek bir modeldir. Toplum temelli model ise ruh sağlığı hizmetinin coğrafi temelli yapılandırılması, ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi ile her tanımlanmış bölgeye sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması temelleri üzerine kurulmuş bir model olarak tanımlanır. Toplum-hastane denge modeli ise psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetlerini ülke sathına yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları açılarından yüksek maliyetli olması sebebiyle psikiyatri hastanelerinin belli bir yatak sayısı altına düşürülerek korunması, ayrıca toplum psikiyatrisi uygulamasının da kurulmasına dayanır.<sup>26</sup> Ülkemizdeki uygulamalara bakıldığında bir yandan hastanede verilen ruh sağlığı hizmetlerinin korunduğu, bir yandan da toplum ruh sağlığı merkezlerinin ülke genelinde açılarak yaygınlaştırıldığı toplum-hastane denge modelinin uygulandığı görülmektedir. Ancak 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin önerildiği ve ülkemizde ruh sağlığı alanında reform olarak nitelendirilebilecek bu sürecin bu metninde yer alan önerilerle başladığı görülmektedir. Ana tema olarak ruh sağlığı uygulamasının toplum temelli bir yapıya kavuşturulması olarak özetlenebilecek bu metinde, ruh sağlığı alanına ayrılan bütçenin ve insan gücünün artırılması, hizmet kalitesinin artırılması, mevzuatın hazırlanması, eğitim, araştırma çalışmalarının artırılması ve damgalanmaya karşı hasta haklarının savunulması gibi önerilere de yer verilmiştir.<sup>40</sup>

Ruh sağlığı alanında sadece tedavi amacını güden yaklaşımdan, tedavinin yanında rehabilitasyonu da içeren ve en önemli çıktılarında birisi hastaların topluma entegrasyonunu sağlamak olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş, hem felsefi olarak hem de uygulamada farklı bir bakış açısının habercisi olarak değerlendirilebilir. Bu geçiş her ne kadar diğer ülkelerle eşzamanlı olarak gerçekleşmemiş olsa da, ülkemizde de sadece yataklı tedavi kurumları ekseninde verilen ruh sağlığı hizmetlerinden, hastaların topluma entegrasyonunu hedef alan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş sürecinde kurulmaya başlanarak ülke çapında yaygınlaştırılan toplum ruh sağlığı merkezleri, bu yeni anlayışın bir çıktısı olarak değerlendirilebilir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinin uygulamaya konulmasının ilk basamağı olarak Sağlık Bakanlığı, Nisan 2009’da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı almış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek

ilgili yönerge Şubat 2011’e yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır.<sup>26</sup> İlk olarak Bolu’da pilot uygulama olarak başlayan TRSM, günümüzde 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Bakan onayı ile yürürlüğe giren TRSM Hakkında Yönerge çerçevesinde hizmet vermektedirler. Yönergenin amacı “ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere TRSM kurulması ve işleyişi, asgari standartlarına ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır” şeklinde ifade edilmiştir. TRSM’nin hizmet verdiği hedef grup olarak tanımlanan ağır ruhsal bozukluk ise “bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar” olarak tanımlanmıştır.<sup>41</sup>

Multidisipliner bir ekip anlayışı çerçevesinde hizmet vermesi planlanan merkezlerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, sağlık memurundan oluşan ve ruh sağlığı alanının her boyutuna dokunan bir yapı öngörülmüştür.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde amaç “kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılması” olarak belirlenmiş ve bu amaç çerçevesinde “hastaların toplumun dışına atılmadan ve dışlanmadan toplumla birlikte yaşamaları”nın sağlanacağı vurgulanmıştır.<sup>41</sup> Politika düzeyinde toplumsal entegrasyona kavramsal olarak vurgu yapılması, ruh sağlığı alanında konunun önemini gözler önüne sermektedir.

Yapılan bu düzenlemeler çerçevesinde sağlık alanındaki sosyal hakların kullanımına bakıldığında ruhsal ve duygusal özürülülerin %32,2’sinin sağlık ve eğitim hizmetlerinden faydalandığı; faydalanılan hizmetlere göre dağılım incelendiğinde ise %29,2’sinin psikoterapi, psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinden, %4,6’sının fizik tedavi, rehabilitasyondan, %4,1’inin öz bakım becerileri, bağımsız yaşam becerileri eğitiminden, %2,6’sının ise iş ve uğraşı terapisi hizmetlerinden faydalandığı görülmektedir.<sup>7</sup>

Bu alanda yapılan çalışmalara rağmen sağlık hakkının kullanım düzeyinin düşüklüğü, tedavinin önündeki engellerin neler olduğunun belirlenmesi konusunda yapılacak çalışmalarla ortaya

çıkartılabilir. Bu kullanım düzeyini arttırmak ve sağlık kontrollerini aksatmayacak bir grup oluşturmak için bu alanda verilen hizmetlerin çeşitlendirilmesi, özellikle yerel düzeyde hasta grubuna bire bir ulaşma imkanının yüksek olması sebebiyle aile hekimliği uygulamasının etkinliğinin artırılması gerekmektedir. Konuyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün ortaklaşa hazırladığı raporda, ruh sağlığının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gerekliliği ile ilgili olarak yedi nedene dikkat çekilmiştir:

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesinin ruhsal hastalıktan kaynaklanan bireysel ve toplumsal maliyetleri halinde bu maliyetin düşürücü etkisinin olması,

Fiziksel ve ruhsal hastalıkların birbirinin içine geçmiş bir yapı sergilemesi, yani ruhsal bozukluğa sahip bireylerin aynı zamanda fiziksel hastalığa da sahip olmaları ya da tam tersi şekilde fiziksel bir hastalık sebebiyle birinci basamak sağlık hizmeti alan bireylerin eşzamanlı olarak ruhsal bir bozukluğa sahip olmaları,

Ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile tedaviye ve bakıma ulaşanlar arasında belirgin bir farkın olması,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ruh sağlığı ile ilgili tedavilere ulaşılabilir ve süreci kolaylaştırıcı etkisi,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ruhsal bozuklukların tedavisinde damgalama ve ayrımcılığı önlemesi, ayrıca psikiyatri hastanelerinde muhtemel insan hakları ihlalleri riskini ortadan kaldırması,

Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin ekonomik ve uygun maliyetli olması,

Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri özellikle ikinci basamak sağlık hizmetleriyle bağlantılandırıldığında sağlık açısından etkili sonuçlar ortaya koyması.<sup>42</sup>

Ülkemizdeki ruh sağlığının birinci basamağa entegrasyonu değerlendirildiğinde, henüz uygulamada birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda önemli bir yeri olmadığı gibi aile hekimliği uygulamasında ise ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl verileceği de tam olarak netlik kazanmamıştır.<sup>25</sup> Ruh sağlığı konusunda bütüncül bir yaklaşımla verilecek hizmetlerin bu değerlendirmeler ışığında gözden geçirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

## Sivil Toplum

Sosyal haklar ele alındığında, bu hakların savunuculuğunun yapılması ve talep edilmesi boyutunda sivil toplum kuruluşlarının rolü büyüktür. Özellikle taleplerin sistematik bir hale getirilmesi ve örgütlü bir şekilde dile getirilmesinde önemli yeri olan sivil toplum kuruluşlarına üye olma durumları ve sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarını değerlendirme boyutu önemli bir veri olarak görülür. Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırmasının sivil toplum alanındaki verileri değerlendirildiğinde, ruhsal ve duygusal özrüli bireylerin %96,9'unun herhangi bir özrüli dernek ve vakfa üye olmadığı, %3,2'lik bölümünün ise kendisinin ve/veya aile üyelerinden birisinin üye olduğu görülmektedir. Özürlü dernek ve vakıfların çalışmaları konusundaki düşüncelerine bakıldığında ise, ruhsal ve duygusal özrüli olanların %17,4'ünün bu çalışmaları beğendiği, %16,8'inin güvendiği, %51,4'ünün etkili bulduğu, %24,9'unun ise herhangi bir fikrinin olmadığı dikkat çekmektedir. Bu veriler ışığında bir sivil toplum kuruluşuna üye olmakla bu kuruluşların çalışmalarını beğenme ya da etkili bulma düzeyleri arasında ters bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Ruhsal ve duygusal özrüli olanların çok küçük bir bölümü (%3,2) herhangi bir dernek veya vakfa üye olduğunu belirtirken, %51'lik bölümü bu kuruluşların çalışmalarını etkili bulduklarını belirtmişlerdir.<sup>7</sup>

## SONUÇ

Çalışmada eğitim, istihdam, sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar ve sivil toplum alanlarına ilişkin yapılan yasal düzenlemeler ve bu düzenlemeler çerçevesinde sunulan hizmet modellerinin ruhsal bozukluğa sahip bireylere ulaşması konusunda bir değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda ruhsal ve duygusal engellilerin tüm alanlarda dezavantajlı oldukları ve sosyal haklarından tam olarak faydalanmadıkları görülmüştür. Eğitim, özellikle de mesleki eğitim ve rehabilitasyon hakkında tam olarak faydalanamayan ruhsal engellilerin çalışma hayatına girme konusunda sıkıntı yaşadıkları, bu çerçevede sosyal güvenlik hakkında faydalanmadıkları ve düzenli bir gelire sahip olamadıkları görülmektedir. Bu noktada sosyal hizmetlere ve sosyal yardımlara duyulan ihtiyaç, aynı zamanda ruhsal bozukluğa sahip bireylerin düzenli olarak sağlık hizmetinden faydalanma oranlarının düşüklüğü ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin tüm bileşenleriyle henüz ülkemizde uygulanamıyor oluşu gibi nedenler tüm bu alanların birbirleriyle bağlantılarını gözler önüne sermektedir. Ayrıca ülkemizde sivil toplum deneyiminin ruh sağlığı alanında da henüz tam olarak yerleşmeyişi, hak temelli bir yaklaşımın henüz tam olarak oturmadığının işareti olarak değerlendirilebilir.

Bu noktada kültürel olarak değerlendirildiğinde ülkemizde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımının sağlanması konusunda ailenin ön planda olduğu bir yapının varlığından da söz etmek gerekir.<sup>43</sup> Toplumsal yapı itibarıyla yasal hakların kullanımını kısıtlayıcı bir etki yaratması açısından, bu tür sorunların aile içinde çözümüne yönelik uygulamalara sıklıkla rastlanmaktadır

Ruhsal ve duygusal engelli bireylerin, %84,9'u sosyal yardım ve desteklerin artırılması, %75'i sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, %41,4'ü bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması, %28,7'si iş bulma olanaklarının artırılması, %17,6'sı eğitim olanaklarının artırılması, %14,3'ü fiziksel çevre ve ulaşım imkanları konusunda düzenlemelerin yapılması konusunda kamu kurum ve kuruluşlarından beklentilerinin olduğunu belirtmişlerdir.<sup>7</sup> Beklentileri göz önüne alındığında bu alanlarda sağlanan mevcut hakları yetersiz buldukları sonucuna ulaşılabilir.

Sosyal haklar söz konusu olduğunda, sadece bu haklara ilişkin yasal mevzuatın düzenlenmesi ve yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi yeterli olmamaktadır. Engelli bireylerin toplumdaki diğer bireylerle kıyaslandığında dezavantajlı olmalarının yanında, ruhsal bozukluğa sahip bireyler diğer engel gruplarına göre de dezavantajlı bir konuma sahiptirler. Bu bağlamda ruhsal bozukluğa sahip bireylerin iki kat dezavantaj yaşadıkları söylenebilir.

Ayrıca toplum temelli yaklaşımın en önemli temellerinden birisi olan disiplinlerarası bir yaklaşımın etkinleştirilmesi gereklidir. Özellikle politikaların belirlenmesi, mevzuatın düzenlenmesi, mevzuat gereğince planlanan hizmetlerin uygulanması aşamalarında aile hekimliği, psikiyatri, sosyal hizmet, psikoloji, hemşirelik, ekonomi, hukuk, sosyoloji gibi disiplinlerin süreçte etkin rol almalarının sağlanması ruhsal bozukluğa sahip bireylerin toplumsal entegrasyonunun sağlanması konusundaki ihtiyaçlarının çok yönlü değerlendirilmesi imkanını sağlaması açısından önemlidir.

Ayrıca çalışma boyunca bahsi geçen sosyal hakların ve bu çerçevesinde sunulan hizmetlerin farklı örgütsel yapılar içinde sunulmasını, her örgütsel yapının kuruluş amaçları ve yapısı itibarıyla farklı yaklaşımları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle kurumlar arası eşgüdüm ve işbirliğinin sağlanmasının, bu hakların kullanım düzeylerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sosyal hakları talep eden bir grup oluşturmak için sosyal hizmet mesleğinin hak

savunuculuğu rolünün hizmet sunumunda daha etkin bir şekilde kullanılabilmesi, ruhsal bozukluğa sahip bireyleri hakları konusunda bilgilendirici ve destekleyici ekip üyesi olarak sosyal hizmet uzmanının ön plana çıkarılmasının genel olarak ruh sağlığı alanına önemli katkı yapabileceği düşünülmektedir.

\*Bu çalışma "Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Toplumsal Entegrasyonunda Sosyal Hakların Kullanımı" başlığı ile sözel bildiri olarak sunulmak üzere özet metin şeklinde Uluslararası Sosyal Hizmet Kongresi 2016'ya gönderilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık, M. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46 (1): 25-29.
2. Fişek N. Halk sağlığına giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2; 1983. p.1.
3. Oral M, Tuncay T. Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* Ekim 2012; 23(2): 93-114.
4. Haden A, Campanini B. The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization (WHO), 2001. p.3.
5. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili araştırması, Ana Rapor. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 1998. p.92.
6. Selek Öz C, Orhan S. Özürlü istihdam yöntemlerinin uygulanabilirliği üzerine bir değerlendirme, *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2012; 3(2): 36-48.
7. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırması, 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011.
8. Fellin P. Reformulation of the context of community based care, *The Journal of Sociology & Social Welfare* 2015; 20, 57-67.
9. Abdallah C, Cohen CI, Sanchez-Almira M, Reyes P, Ramirez P. Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia, *Psikiyatri Serv* Dec 2009; 60(12): 1642-1648.
10. Flynn R, Aubry TD. Integration of persons with developmental or psychiatric disabilities: Conceptualization and measurement. In: RJ. Flynn, R. Lewey editor. A quarter-century of normalization and social role valorization, Canada: University of Ottawa Press. 1999. p. 271-304.

11. Wolfensberger W, Tullman S. A brief outline of the principle of normalization. *Rehabilitation Psychology* 1982; 27(3):131-145. doi:10.1037/h0090973.
12. Wolfensberger W. Thomas S. PASSING (Program analysis of service systems' implementation of normalization goals): Normalization criteria and ratings manual. 2nd ed. Toronto(Ont), Canada: National Institute on Mental Retardation; 1983.
13. Storey KA. Proposal for assessing integration. *Education and Training in Mental Retardation* 1993; 28(4): 279-287.
14. Wong YL, Solomon PL. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research* 2002; 4:13-28.
15. Townley G, Miller H, Kloos B. A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *Am J Community Psychol* 2013; 52:84-96.
16. Racino JA. Community living for adults with developmental disabilities: A housing and support approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps* 1995; 20(4): 300-310.
17. Carling PJ. Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities. New York: Guilford, 1995. p. 21-22.
18. Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services* 2007; 58(4): 469-474.
19. 5378 Sayılı Engelliler Hakkındaki Kanun. T.C. Resmi Gazete, 25868, 07 Temmuz 2005.
20. Arıkan Ç. Sosyal model çerçevesinde özürllülüğe yaklaşım. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi* 2002; 2(1):11-25.
21. Okur N, Erbil Erdugan F. Sosyal haklar ve özürllüler: Özürllülük modelleri bağlamında tarihsel bir değerlendirme. II. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2010: 245-263.
22. Gülmez M. İnsan hakları olarak sosyal haklar ve sosyal haksızlıklar. *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu*, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 22-23 Ekim 2009. p. 3-17.
23. Tanör B. Anayasa hukukunda sosyal haklar, İstanbul: May Yayınları; 1978. p.92.
24. Balkır ZG. Türk anayasa yargısında sosyal hakların korunması. Ankara: Kuban Matbaacılık; 2009. p.238
25. Yılmaz, V. İnsan hakları ve karşılaştırmalı sosyal politika ışığında Türkiye'de ruh sağlığı politikaları: Tespitler ve öneriler. RUSİHAK Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Girişimi Derneği. İstanbul: Karika Matbaacılık; 2012, [www.rusihak.org](http://www.rusihak.org) Erişim tarihi: 05.08.2016.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal ruh sağlığı eylem planı 2011-2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011.
27. 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 14574, 24 Haziran 1973.
28. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 Okuryazarlık Oranları, Türkiye İstatistik Kurumu, 2013, <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=18619> Erişim tarihi:25.07.2016.
29. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 23937, 18 Ocak 2000.
30. Sart H, Ala H, Yazlık Ö, Yılmaz FK. Türkiye kaynaştırma eğitiminde nerede?: Eğitimciye öneriler. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı 6-7 Temmuz 2004, Malatya, 2004.
31. Uşan M. Mesleki eğitim ve istihdam, devlet personel rejimi ve iş mevzuatı, E-Akademi, Sayı 15, Mayıs 2003, <http://www.E-Akademi.org/makaleler/fusan-1.htm> Erişim tarihi: 05.08.2016.
32. Makas R. Korumalı iş yeri, Çimento İşveren Dergisi, Sayı: 6 Cilt: 25, Kasım 2011, s. 5. [www.ceis.org.tr/dergi/2011kasim/makale1.pdf](http://www.ceis.org.tr/dergi/2011kasim/makale1.pdf) Erişim tarihi:05.08.2016.
33. 4857 Sayılı İş Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 25134, 22 Mayıs 2003.
34. İŞKUR İstatistik Yıllıkları 2015, İŞKUR, 2015, <http://www.iskur.gov.tr/kurumsalbilgi/istatistikler.aspx> Erişim tarihi: 05.08.2016.
35. Kayacı E. Özürllüler için verimli bir engelli politikası oluşturulması. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi; 2007. p.102.
36. Çavuş, ÖH, Tekin, A. Türkiye'de engellilerin istihdam yöntemi olarak korumalı işyeri, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2015; 30(1): 145-165.
37. Uğuzer Karçkay K. Employment policies and their implications for disabled population in Turkey, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü; 2001. p.130-145.
38. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 31 Mayıs 2006.
39. 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete, 15642, 10 Temmuz 1976.
40. Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni, TC. Sağlık Bakanlığı; 2006. p.53-85.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011.

42. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organization 2008, p.3.

43. Kusgozoglu T, Akbıyık DI. Development of social services and psychiatric social work in Turkey, International Journal of Mental Health 2007; 36(3): 29-37.