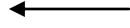


Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**FARKLI TIP ALANLARININ TEMEL HASTA
ÖZELLİKLERİ KAYDI AÇISINDAN ÇEŞİTLİLİKLERİNİN
BELİRLENMESİ VE ORTAK DÜZEN KURGULAMASI**

MEHMET GÜVEN GÜNVER

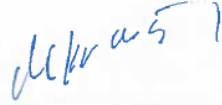
**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ERAY YURTSEVEN**

**BIYOİSTATİSTİK ANABİLİM DALI
BIYOİSTATİSTİK VE TIBBİ BİLİŞİM PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI**DOKTORA TEZİ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Programında Doktora öğrencisi Mehmet Güven GÜNER tarafından Doç Dr. Eray YURTSEVEN'in danışmanlığında hazırlanan "FARKLI TIP ALANLARININ TEMEL HASTA ÖZELLİKLERİ KAYDI AÇISINDAN ÇEŞİTLİLİKLERİNİN BELİRLENMESİ VE ORTAK DÜZEN KURGULAMASI" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 23 /05/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



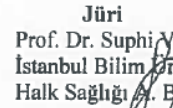
Jüri Başkanı
Prof Dr. Mehmet Sarper ERDOĞAN
İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.
Halk Sağlığı A. B. D.



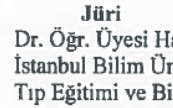
Jüri-Danışman
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN
İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.
Halk Sağlığı A. B. D.



Jüri
Dr. Öğr. Üyesi Alev BAKIR KAYI
Haliç Ünv. Tıp Fak.
Biyoistatistik A. B. D.



Jüri
Prof. Dr. Suphi VEHİD
İstanbul Bilim Ünv. Tıp Fak.
Halk Sağlığı A. B. D.



Jüri
Dr. Öğr. Üyesi Hayriye VEHİD
İstanbul Bilim Ünv. Tıp Fak.
Tıp Eğitimi ve Bilişim A. B. D.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesinde belirttiğimi, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Mehmet Güven GÜNVER

İTHAF

Çalışmam süresince desteğini ve bana olan güvenini benden esirgemeyen, her zaman yanımda olan annem Şerife Selma GÜNVER'e, babam Ömer GÜNVER'e, sevgili eşim Mevlüde Nurdan GÜNVER'e ve biricik kızım Neva GÜNVER'e teşekkürlerimi bir borç bilirim.



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli ve danışman statüsünü hakkıyla yerine getiren Doç. Dr. Eray YURTSEVEN'e, Gerek yüksek lisans tezimde, gerekse doktora tezimde kılavuzum olan C.T.F. Biyoistatistik Bölüm Başkanı Prof Dr. Mustafa Şükrü ŞENOCAK'a, tezin temelini oluşturan anketin tasarımı ve yöntemi konusunda çok büyük destek aldığım doktora tez izleme kurulu üyem Prof. Dr. Mehmet Sarper ERDOĞAN'a teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum. Teşekkürlerin az kalacağı diğer üniversite hocalarımdan da bana bu süre boyunca kazandırdıkları her şey için ve beni gelecekte söz sahibi yapacak bilgilerle donattıkları için hepsine teker teker teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 24116

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Yaş	2
2.2. Vücut Kitle İndeksi	7
2.3. Sigara	8
2.4. Alkol	9
2.5. Meslek.....	10
2.6. Sağlık Geçmişi	13
2.7. Aile (Soy) Hastalık Geçmişi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
4. BULGULAR.....	23
4.1. Yaş	23
4.2. Sigara Kullanımı	23
4.3. Alkol Kullanımı	24
4.4. Vücut Kitle İndeksi	24
4.5. Meslek.....	25
4.5.1. Dahiliye.....	25
4.5.2. Genel Cerrahi	26
4.5.3. Göğüs Hastalıkları.....	27
4.5.4. Kardiyoloji	28

4.5.5. Kulak – Burun – Boğaz.....	28
4.5.6. Psikiyatri	29
4.6. Kişinin Kendi Hastalık Geçmişi	30
4.6.1. Dahiliye	30
4.6.2. Genel Cerrahi	31
4.6.3. Göğüs Hastalıkları.....	32
4.6.4. Kardiyoloji	33
4.6.5. Kulak Burun Boğaz.....	33
4.6.6. Psikiyatri	34
4.7. Aile Hastalık Geçmişi	35
4.7.1. Dahiliye	35
4.7.2. Genel Cerrahi	36
4.7.3. Göğüs Hastalıkları.....	37
4.7.4. Kardiyoloji	37
4.7.5. Kulak Burun Boğaz.....	38
4.7.6. Psikiyatri	38
5. TARTIŞMA	40
KAYNAKLAR	48
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	51
ÖZGEÇMİŞ	52

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1 Uluslararası Vücut Kitle İndeksi Standardı.....	8
Tablo 3-1 Ankete Davet Edilen Öğretim Üyelerinin Dağılımı.....	17
Tablo 3-2 Anket Soruları	19
Tablo 3-3 Ankete Katılan Klinisyenler.....	20
Tablo 4-1 Yaş - Grup Sayıları.....	23
Tablo 4-2 Sigara Kullanımı - Grup Sayıları	23
Tablo 4-3 Alkol Kullanımı - Grup Sayıları	24
Tablo 4-4 Vücut Kitle İndeksi - Grup Sayıları	24
Tablo 4-5 Dahiliye - Meslekler.....	25
Tablo 4-6 Genel Cerrahi – Meslekler	26
Tablo 4-7 Göğüs Hastalıkları – Meslekler.....	27
Tablo 4-8 Kardiyoloji - Meslekler	28
Tablo 4-9 Kulak Burun Boğaz - Meslekler	28
Tablo 4-10 Psikiyatri - Meslekler	29
Tablo 4-11 Dahiliye - Hastalık Geçmişi	30
Tablo 4-12 Genel Cerrahi - Hastalık Geçmişi	31
Tablo 4-13 Göğüs Hastalıkları - Hastalık Geçmişi.....	32
Tablo 4-14 Kardiyoloji - Hastalık Geçmişi	33
Tablo 4-15 Kulak Burun Boğaz - Hastalık Geçmiş.....	33
Tablo 4-16 Psikiyatri - Hastalık Geçmişi	34
Tablo 4-17 Dahiliye - Aile Hastalık Geçmişi	35
Tablo 4-18 Genel Cerrahi - Aile Hastalık Geçmişi	36
Tablo 4-19 Göğüs Hastalıkları - Aile Hastalık Geçmişi.....	37
Tablo 4-20 Kardiyoloji - Aile Hastalık Geçmişi	37
Tablo 4-21 Kulak Burun Boğaz - Aile Hastalık Geçmişi.....	38
Tablo 4-22 Psikiyatri - Aile Hastalık Geçmişi.....	38
Tablo 5-1 Meslek Önerileri.....	43
Tablo 5-2 Hastalık Önerileri	44
Tablo 5-3 Aile Hastalık Geçmişi Önerileri.....	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 - Uluslararası Yaş Dağılımı Standardı - 1	4
Şekil 2 - Uluslararası Yaş Dağılımı Standardı - 2	5
Şekil 3 - Uluslararası Yaş Dağılımı Standardı - 3	6
Şekil 4 - Sigara Formu Örneği	9
Şekil 5 - Alkol Kullanım Limitleri (Örnek)	10
Şekil 6 - Bir Meslek Grubu Listesi	12
Şekil 7 - Bir Hastalık Gruplaması Örneği	14
Şekil 8 - Aile Hastalık Geçmişi Örneği	15
Şekil 9 - Ankete Davet Edilen ve Ankete Katılan Klinisyenler	21

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

WHO	World Health Organization – Dünya Sağlık Örgütü
KBB	Kulak Burun Boğaz
BMI	Body Mass Index – Beden Kitle İndeksi
ICD	International Classification Of Diseases - Uluslararası Hastalık Sınıflaması
O.M.Ü.	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
K.T.Ü.	Karadeniz Teknik Üniversitesi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
K.B.Y.	Kronik Böbrek Yetmezliği

ÖZET

Günver M.G. (2018). Farklı Tıp Alanlarının Temel Hasta Özellikleri Kaydı Açısından Çeşitliliklerinin Belirlenmesi Ve Ortak Düzen Kurgulama. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler: Muayene, Sınıflandırma, Rehber, Anket, Tutarlılık

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 24116

Hasta muayenesi, tıptaki en zor aşamalardan biridir. Muayene, bilimden öte sanat olarak değerlendirilir. Bilimin yanısıra sanat olarak ele alınması, klinisyenlerin muayenede elde ettikleri bulguları farklı şekillerde değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır. Bu sebeple tez çalışmasında, klinisyenlere “Muayenede elde edilen verileri nasıl kategorize ediyorsunuz?” sorusu sorulmuş ve 7 temel (belirleyici) medikal durum değişkenini; yaş, vücut kitle indeksi, kişinin kendi hastalık geçmişi, kişinin soy hastalık geçmişi, meslek, sigara kullanımı ve alkol kullanımını nasıl kategorize ettiklerini anlamak amacıyla bir anket çalışması yapılmıştır. Verilen cevaplar içinde tutarlılık – örüntü aranmıştır.

Tez çalışmasına konu olan örneklemin Türkiye’deki klinisyenleri uygun şekilde temsil edebilmesi adına, 14 ayrı ilde bulunan, 18 üniversitenin tıp fakültesinde görevli Kulak Burun Boğaz, Genel Cerrahi, Dahiliye, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları ve Psikiyatri kliniklerinde görevli 1.270 klinisyen ankete davet edilmiş ve bunların 77’si ankete katılım sağlamıştır.

Ankete verilen cevaplar değerlendirildiğinde; halihazırda kabul edilmiş gruplama standartları bulunan yaş ve vücut kitle indeksi özellikleri için, genelgeçer gruplanmaların kullanıldığı görülmüştür. Sigara ve alkol kullanımı hakkında nihai bir kategorizasyona erişilememiştir. Ayrıca sigara ve alkol tüketimi hakkında, gerek genel gerekse klinik bazda nihai kategorizasyona erişilebilmesi için, delphi çözüm süreci yürütülmesi önerilmiştir. Meslek, hastalık geçmişi ve aile hastalık geçmişi olgularında ise, her branş özelinde kategorizasyon önerileri sunulmuştur.

ABSTRACT

Gunver M. G. (2018). The determination of diversity of different medication domains according to main patient characteristics records and the editing of common systems. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Biostatistics. PhD Thesis. İstanbul.

Key Words: Medical Interview, Categorization, Textbooks, Survey, Coherence

The present work was supported by the Research Fund of İstanbul University. Project No. 24116

The medical interview is one of the most challenging topics in medicine. It is called as art rather than science. This situation is because, the outcomes of medical interview are evaluated in different ways by clinicians. Therefore, the clinicians were asked “how do you categorize the outcomes of the medical interview?”, for specified 7 fundamental medical domains; age, body mass index, (patient’s own) health history, (patient’s parents) health history, occupation, smoke usage and alcohol usage in this thesis.

In order to generate a proper sampling to represent Turkey’s clinicians, all clinicians occupied in 14 different province (18 university hospitals), working in; otology, general surgery, internal medicine, cardiology, pulmonary disease and psychiatry clinics were invited to the survey. 1.270 clinicians in total were invited to the survey and 77 of them were attended.

As the answers received by survey were evaluated; for age and body mass index, which currently have generally accepted categorization in textbooks, the clinicians are tend to fallow the current categorization. For smoke usage and alcohol usage, no eventual categorization were developed and the delphi technique is offered for both general and in-clinic categorizations. For occupation, patient’s health history and parents’ health history, in-clinic categorizations developed and presented.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta muayenesi, Tıptaki en zor aşamalardan biridir. Muayene, bilimden öte sanat olarak değerlendirilir. Klinisyenlere “Muayenede elde edilen verileri nasıl kategorize ediyorsunuz?” sorusu sorulmuş ve 7 temel (belirleyici) medikal durum değişkenini; yaş, vücut kitle indeksi, kişinin kendi hastalık geçmişi, kişinin soy hastalık geçmişi, meslek, sigara kullanımı ve alkol kullanımını nasıl kategorize ettiklerini anlamak amacıyla bir anket çalışması yapılmıştır. Verilen cevaplar içinde tutarlılık – örüntü aranmıştır.

Amaç farklı klinik alanlarda, hekimlerin, alanlarının tüm olası tanıları için önem taşıyabilecek bazı özelliklerde, yine kendi alanları çerçevesinde belirledikleri neredeyse standartlaşmış özgün sınıflamalara, kategorilere sahip olup olmadıklarını belirlemektir. Bu özgün kategoriler alanlarının farklı tanıları için kendiliğinden oluşmuş olabileceği gibi zaman içinde geçerliliği belirlenen bazı kılavuz yaklaşımlara artık neredeyse zorunlu olarak uyulması yönünde de karşımıza çıkabilir.

Bu tür standartların gözlenemediği klinik alanlar çok geniş tanı etiyolojileri nedeni ile böylesi yapılanmaları hiç yansıtamayacakları gibi bazen de sınıf çeşitliliğinin küçük girişimlerle veya artışlarla düzenlenmesinin, genellenebilir bir sonuca erişilmesi için yeterli olacağı durumlar ortaya çıkabilir.

Klinik alanlar içinde ve arasında bazı temel demografik ve klinik soruların standart kategorizasyonlarını sorgulayarak, bulunabilecek uygun sonuçları gelecekte kurgulanabilecek olan büyük olgu kayıt sistemlerinin temel yapısının biçimlendirilmesine katkıda bulunmak, standardize edilemeyecek kadar geniş çeşitlilik gösteren alanları ve özellikleri belirleyerek belki de alttip kayıt formları kurgulanmasına ışık tutmak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Hasta muayenesi, Tıptaki en zor aşamalardan biridir. Muayene, bilimden öte sanat olarak değerlendirilir. Hasta muayenesi konusunda yapılan okumalar, bunu bizzat tecrübe etme ile kıyaslanamaz; okumanın miktarı da bu hususta yetersiz kalır. Birçok klinisyen, hastaların tıbbi geçmişlerini; gerek fiziksel muayene, gerek laboratuvar sonuçları gerekse temel tıbbi olguları sınıflama eğilimindedirler. Yapısal olarak klinik muayene, klinisyenin amacına hizmet eden, klinisyenin kafasındaki belli sorulara cevap arayan karşılıklı bir konuşmadır. Yine birçok klinisyene göre, klinik muayenenin en zor yönetilen kısmı, hastanın ve klinisyenin defterleridir. Klinisyen, muayeneyi kendi kural setine göre yönetmek isterken, hastanın sorunlarını mümkün olduğunca açık olarak ortaya çıkarmasını sağlamalıdır. [Lichstein 1990, Bertakis ve diğ. 1991]

Hemen hemen tüm klinik branşlarda, muayene, hastayı tanıma adına “Sağlığı Geliştirme” (Health Promotion) yaklaşımı ile başlar. Burada; hastanın (ve ailesinin) sağlık geçmişi, bilinen temel risk faktörleri (sigara, alkol, kilo, diyet) ve sosyal durumu (yaş, meslek) sorgulanır. Bu çalışmanın amacı, klinik branşlarda sağlığı geliştirme açısından yapılan muayene girişini gözler önüne sermektir. [Suchman ve diğ. 1997, Haidet ve Paterniti 2003]

2.1. Yaş

Tüm klinik branşlarda, cinsiyet ile birlikte iki kurucu değişkenden biridir. Bazı hastalıklar belli yaş gruplarında toplanır (kızamık çocukta, kanser orta yaşta, diyabet, arterioskleroz ve femur başı kırıkları yaşlılıkta ve ihtiyarlıkta daha sık görülür). Bundan başka, aynı bir hastalığa ilişkin ölüm hızları da değişik yaş gruplarında farklılıklar gösterir (örneğin pnömoni latelitesi 5 yaşından küçüklerde ve yaşlılarda yüksektir). Bu bakımdan mortalite ve morbidite hızları, yaş gruplarına göre hesaplanmalıdır. Bu suretle, nüfuslarının yaş gruplarına göre dağılımları değişik olan toplumlarda karşılaştırmalar kolaylaşır. Aynı bir toplumda değişik yaş – cinsiyet gruplarına ilişkin hızların zamanın akışı içinde incelenmesinde değişikliklere rastlanabilir. Örneğin son senelerde, akciğer tüberkülozu mortalite hızının genç kadınlarda kuvvetli, orta yaşlı erkeklerde ise çok yavaş bir düşüş göstermekte olduğu tesbit edilmiştir. Gerek

hastalığın teşhisi, gerekse belirlenecek tedavi konusunda çok büyük öneme sahiptir. Klinisyenler, kendilerine başvuran hastaları muayene kapsamında sorgularken ilk sordukları soru genellikle kaç yaşında olduklarıdır. Muayeneye sebep olan şikayet (Disease), hemen her durumda yaşa bağlı bir seyir izler ve yine tedavi, herşeyden önce yaş göz önüne alınarak planlanır. Klinik araştırmalarda yaş olgusunun nasıl değerlendirilmesi gerektiği ile ilgili pek çok bilimsel araştırma yayınlanmıştır. Aşağıda, Birleşmiş Milletler (United Nations) 'in 1982 yılında yayınladığı yaş kırılımı tablosu yer almaktadır. Ülkeler için ortalama yaşam beklentisi grafiğine [bu linkten](#) ulaşılabilir. [Ueki ve diğ 2006, Shimada ve diğ. 1984, Horng ve diğ. 2001]



Table 1. Recommended standard international age classifications
(in years, unless otherwise noted)

s.y. = single years
y.gr. = year groups
o = day(s)
m = month(s)
u = under

Subject area	Level of detail		
	1-Highest	2-Medium	3-Lowest
A. Population			
1. Size and geographical distribution	s.y. 0-99; 100+	u 1; 1-4; 5 y.gr. 5-99; 100+	u 1; 1-4; 5 y.gr. 5-14; 15-24; 20 y.gr. 25-64; 65+
2. Births by age of mother	u 10; s.y. 10-49; 50+	u 10; 5 y.gr. 10-49; 50+	u 10; 10-14; 15-24; 25-44; 45+
3. a. Deaths other than infant	s.y. 0-89; 90+	u 1; 1-4; 10 y.gr. 5-74; 75+	u 1; 1-14; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
b. Deaths - infant	u 10; s.d. 1-6; 7-13 d; 14-20 d; 21-27 d; 28 d - u 2 m; s.m. 2-12 (but under 1 y)	u 10; 1-6 d; 7-27 d; 28 d - u 3 m; 3-5 m; 6 m - u 1 y	u 7 d; 7-27 d; 28 d - u 1 y
4. Internal migration	s.y. 0-24; 5 y.gr. 25-84; 85+	5 y.gr. 0-24; 10 y.gr. 25-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
5. International migration	s.y. 0-24; 5 y.gr. 25-84; 85+	5 y.gr. 0-24; 10 y.gr. 25-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
6. Institutional population	s.y. 0-24; 5 y.gr. 25-84; 85+	5 y.gr. 0-24; 10 y.gr. 25-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
B. Family formation, families and households			
1. Marriage and divorce	u 15; s.y. 15-29; 5 y.gr. 30-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Family and household composition	u 15; s.y. 15-29; 5 y.gr. 30-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
C. Learning and education services			
1. Enrolment in regular and adult education	s.y. 2-24; 5 y.gr. 25-74; 75+	2-4; 5 y.gr. 5-24; 10 y.gr. 25-64; 65+	2-14; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Educational attainment	o.y. 15-24; 5 y.gr. 25-74; 75+	5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-64; 65+	15-24; 25-44; 45-64; 65+
3. Illiteracy	s.y. 10-24; 5 y.gr. 25-74; 75+	5 y.gr. 10-24; 10 y.gr. 25-64; 65+	10-24; 25-44; 45-64; 65+
D. Earning activities and the inactive			
1. Labour force participation	u 10; s.y. 10-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Employment/unemployment/ underemployment	u 10; s.y. 10-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+

Şekil 1 - Uluslararası Yaş Dağılımı Standardı - 1

Subject area	Level of detail		
	1-Highest	2-Medium	3-Lowest
3. Employment compensation	u 10; s.y. 10-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
4. Inactive population	u 10; s.y. 10-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
Z. Distribution of income, consumption and accumulation			
1. Total household income	u 15; s.y. 15-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Current transfers and social benefits	u 15; s.y. 15-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
3. Household consumption expenditure	u 15; s.y. 15-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
F. Social security and welfare services			
1. Coverage by social security and similar schemes	u 1; s.y. 1-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 5 y.gr. 0-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Recipients of social security, social assistance and similar benefits	u 1; s.y. 1-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 5 y.gr. 0-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
G. Health, health services and nutrition			
1. Morbidity and handicaps (for mortality see 1)	u 1; s.y. 1-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 1; 1-4; 10 y.gr. 5-74; 75+	u 1; 1-14; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Usage of health services	u 1; s.y. 1-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 1; 1-4; 10 y.gr. 5-74; 75+	u 1; 1-14; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
3. Food consumption	u 1; s.y. 1-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 1; 1-4; 10 y.gr. 5-74; 75+	u 1; 1-14; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
4. Malnutrition	u 1; s.y. 1-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 1; 1-4; 10 y.gr. 5-74; 75+	u 1; 1-14; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
H. Housing and its environment			
1. Characteristics of occupied living quarters	u 15; 5 y.gr. 15-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Time used for travel	u 15; 5 y.gr. 15-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+

Şekil 2 - Uluslararası Yaş Dağılımı Standardı - 2

Subject area	Level of detail		
	1-Highest	2-Medium	3-Lowest
I. Public order and safety			
1. Characteristics of offenders and dispositions	u 10; s.y. 10-24; 5 y.gr. 25-64; 65+	u 10; 5 y.gr. 10-24; 10 y.gr. 25-64; 65+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Characteristics of victims	5 y.gr. 0-84; 85+	u 15; 10 y.gr. 15-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
3. Persons in correctional institutions	u 10; s.y. 10-24; 5 y.gr. 25-64; 65+	u 10; 5 y.gr. 10-24; 10 y.gr. 25-64; 65+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
J. Time use			
1. Time budgets	5 y.gr. 0-84; 85+	5 y.gr. 0-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
K. Leisure and culture			
1. Participants in, and users of, leisure and cultural activities	5 y.gr. 0-84; 85+	5 y.gr. 0-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Consumption expenditure on leisure and cultural activities	u 15; s.y. 15-24; 5 y.gr. 25-54; s.y. 55-74; 5 y.gr. 75-84; 85+	u 15; 5 y.gr. 15-24; 10 y.gr. 25-54; 5 y.gr. 55-74; 75-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
L. Social stratification and mobility			
1. Socio-economic groups	5 y.gr. 0-84; 85+	u 15; 10 y.gr. 15-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+
2. Intra-generational mobility	5 y.gr. 0-84; 85+	u 15; 10 y.gr. 15-84; 85+	u 15; 15-24; 25-44; 45-64; 65+

Şekil 3 - Uluslararası Yaş Dağılımı Standardı - 3

2.2. Vücut Kitle İndeksi

Vücut kitle indeksi, muayeneye konu olan birçok şikayette temel risk faktörüdür. Hastanın şikayeti, hastanın boyu ve kilosu (ve bunların birbirlerine göreli oranları) gözönüne alınarak değerlendirilmelidir. Vücut kitle indeksi için belirlenmiş ve kabul edilmiş uluslararası bir standart bulunmaktadır ve aşağıdaki tabloda verilmiştir. Her ne kadar belirlenmiş ve kabul edilmiş uluslararası bir standart bulunsa da, bazı klinisyenlerin kendilerine has kategorizasyon kullandıkları bilinmektedir. Bugünkü obez sayısı, 1975'teki obez sayısının yaklaşık 3 katıdır. 2016 yılında 1,9 milyar kişi yüksek kilolu, 650 milyon kişi ise obez olarak tahmin edilmiştir [WHO 2004, Freedman ve diğ. 2009]. Şişmanlığın zararları şu şekilde özetlenebilir;

- Özellikle hayat sigortası istatistiklerine göre, şişmanlar arasında ölüm hızı yüksektir. Bir araştırmaya göre, normal kilonun 4,5 kilo aşılması mortaliteyi %8, 18 kilo aşılması %45, 40,5 kilo aşılması %116 oranında yükseltmektedir.
- Şişmanlar arasında diyabet insidansı yüksektir. Beta hücrelerinin fazla insülin salgılamasına zorlanması nedeniyle yorulması sonucu insülin salgılama kapasitesinin düşmesi.
- Arterioskleroz, şişmanlar arasında fazla görülür. Bunun nedeni muhtemelen yağların fazla yenmesidir.
- Kalp Yetersizliği : Şişmanlarda, yüksek oranlarda görülür. Bunda sebep kalbin yağlanması, koroner sklerozu, perikard'da yağ infiltrasyonu, kalbin uzun yıllar fazla bir yük taşıma mecburiyetinde kalması ve şişmanlıkta sık görülen hipertansiyondur.
- Solunum Yetmezliği : Şişmanlar arasında çok sık görülür. Bunun sebepleri arasında, göğüs cidarının ve perikard'ın yağlanması, ayrıca karın içindeki yağların fazlalığı sebebiyle diyafragmanın yükselmesi sonucu olarak solunum alanının küçülmesi ve karın yağlarının artışı nedeniyle yüklenen diyafragmada hareket genişliğinin azalması.
- Böbrek Yetersizliği : Bunda muhtemelen böbrek glomerüllerinin sklerozu esas rolü oynamaktadır.

Tablo 2-1 Uluslararası Vücut Kitle İndeksi Standardı

	BMI (kg/m ²)	Disease Risk* Relative to Normal Weight and Waist Circumference		
		Obesity Class	Men 102 cm (40 in) or less Women 88 cm (35 in) or less	Men > 102 cm (40 in) Women > 88 cm (35 in)
Underweight	< 18.5		-	-
Normal	18.5–24.9		-	-
Overweight	25.0–29.9		Increased	High
Obesity	30.0–34.9	I	High	Very High
	35.0–39.9	II	Very High	Very High
Extreme Obesity	40.0 +	III	Extremely High	Extremely High

2.3. Sigara

Birçok hastalık ve risk faktörü için gözönüne alınması gereken bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, sigara, sigara içenlerin yarısına kadarının ölümünden sorumludur. Dünyada her yıl yaklaşık 7 Milyon insan sigara temelli sağlık problemleri sebebiyle ölmektedir (bunların 890 Bin'i, sigara kullanmadığı halde pasif maruziyet dolayısıyla ölmektedir). [Smith ve diğ. 2000, Leslie ve diğ. 2008, Pierce ve diğ 2008]

No. Question

1 What is your current cigarette smoking behavior (including hand-rolled cigarettes)?

A Daily smoker (at least one cigarette per day, disregarding religious fasting) ☐

B Occasional smoker (less than one cigarette per day) ☐

C Ex-smoker of cigarettes ☐

D Non-smoker of cigarettes ☐

2 Have you ever smoked 100 cigarettes or more in your life?

A Yes ☐

B No ☐

3 Did you ever smoke cigarettes regularly, i.e., at least one cigarette per day?

A Yes ☐

B No ☐

4 If you ever smoked cigarettes regularly: At what age did you start to smoke regularly? _____ years

5 If you are an ex-smoker of cigarettes: For how long have you quit now? _____ years + _____ months + _____ days

6 If you ever quit regular cigarette smoking: For how long did you quit altogether?
Please add together any separate periods of quitting. _____ years + _____ months + _____ days

7 What brand of cigarettes / hand-rolled tobacco did you predominantly smoke in the last 12 months of smoking? Name of brand: _____

8 On average, how many cigarettes / cigars / pipes do / did you smoke per day?

		Manufactured cigarettes	Hand-rolled cigarettes	Cigars	Pipes
A	Currently (last 3 months)	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day
B	1 year ago	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day
C	5 years ago	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day
D	10 years ago	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day
E	15 years ago	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day
F	20 years ago	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day
G	> 20 years ago	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day	☐ none ☐ less than 1 per day _____ per day

Şekil 4 - Sigara Formu Örneği

2.4. Alkol

Birçok hastalık ve risk faktörü için gözönüne alınması gereken bir olgudur. Dünya’da her yıl 3.3 milyon ölüm (ki bu, Dünya’daki yıllık ölümlerin %5,9’una tekabül eder) yoğun alkol tüketimi sebebiyle gerçekleşmektedir. Yoğun alkol tüketimi, 200’den fazla hastalık ve risk faktörünün temel sebebidir [Sillanaukee ve diğ. 2001, Edwards ve diğ. 1981, Levine ve diğ. 1975]. Toplumlardaki gerçek alkolizm prevalansı hızının bulunması çok güçtür. Çünkü birçok vaka gözden kaçmaktadır. Bununla beraber, bazı anket sonuçları, problemin genişliği ve ağırlığını açıkça göstermektedir.

Yale Alkolizm İnceleme Komitesi'nin bir araştırmasına göre, A.B.D'de bütün nüfusta “problem alkolikler” (kendileri ile uğraşılması gereken alkolikler) in miktarı %2,4'tür. Alkolizmin en fazla görüldüğü 20 yaşından büyük (fakat, sadece genç erişkin

ve erişkin) erkekler grubu ayrı olarak ele alınırsa, bu gruptaki alkolizm prevalansı %7,5'tir. Endüstride yapılan birçok araştırmada çalışan kişiler arasında “problem alkolikler”in oranı %3 - %6 düzeyinde seyretmektedir. Türkiye’de psikiyatri kliniklerine alınan vakaların %7 - %8’ini alkolizm komplikasyonları oluşturmaktadır. Alkol tüketiminin en yüksek olduğu ülke, kişi başı yıllık 22 litre alkol tüketimi ile Fransa’dır. Fransa’da, karaciğer sirozu, başta gelen ölüm nedenleri arasında 4. sıradadır (A.B.D’de 10. sıradadır).



Şekil 5 - Alkol Kullanım Limitleri (Örnek)

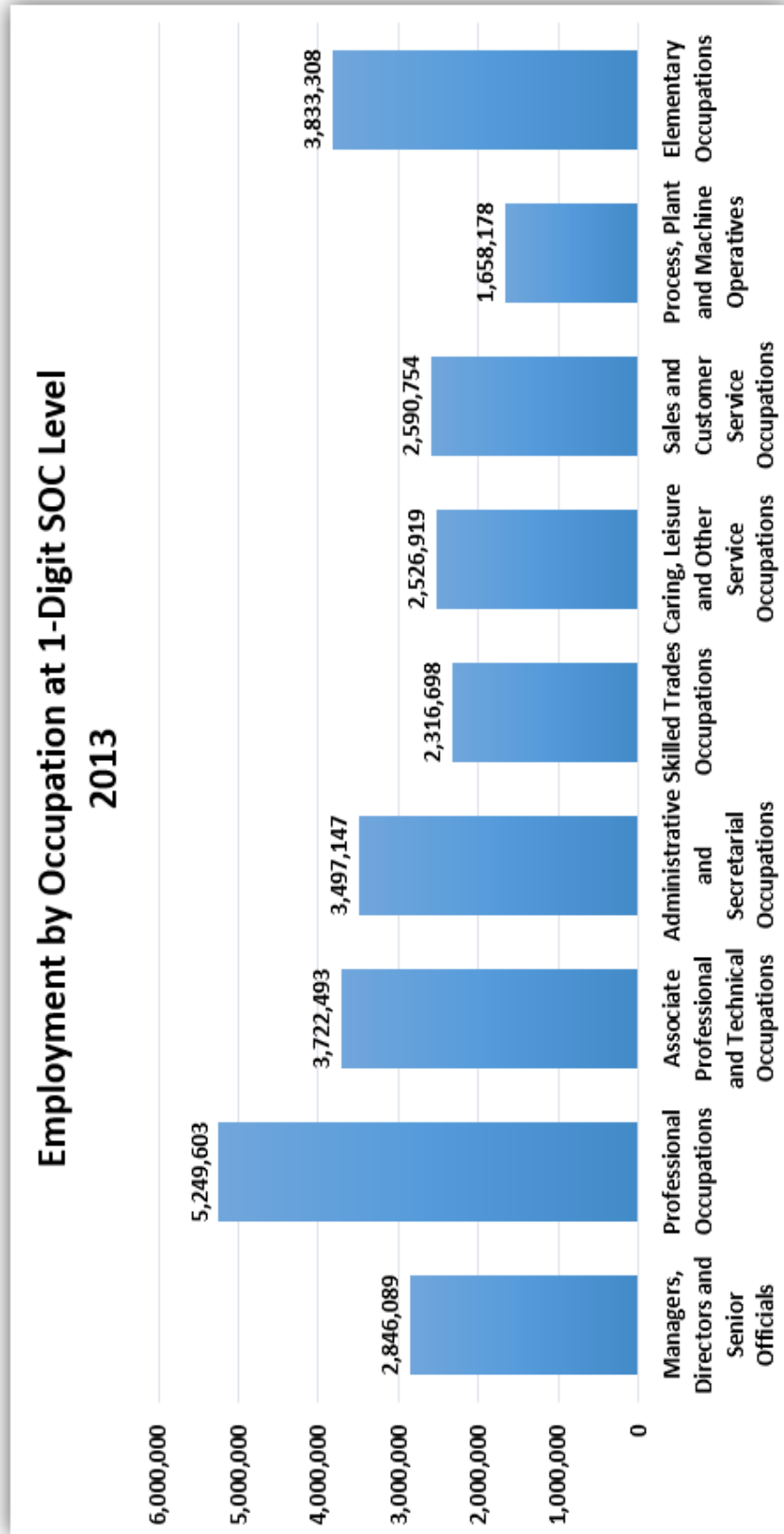
2.5. Meslek

Gerek fiziksel, gerek mental şikayetlerde, hastalığın seyri, takibi ve tedavisi için önemli bir olgudur. Her 100 Bin çalışandan 14’ünün iş kazası ya da işe bağlı hastalıklar

sebebiyle öldüğü, yılda ortalama 335.000 iş kazası gözlemlendiği bildirilmiştir [Ganzeboom ve diğ. 2010, Schnitzer ve diğ. 1995, Gerhardsson ve diğ. 1986]. İngiliz sosyal sınıflaması 5 sosyal sınıfı kapsamaktadır [Velicangil 1980];

- Üst ve Orta Sınıf : Hekim, mühendis, mimar, yazar, bilim adamı, büyük iş adamı, ticaret ve sanayi kesiminde sevk ve idareci direktörler gibi yüksek meslek sahibi olanlar.
- Ara Sınıf : Öğretmen, eczacı, müdürler, çiftlik sahibi, küçük işyeri sahibi ve benzeri.
- Usta İşçiler ve Büro Memurları Sınıfı : El sanatçıları, memurlar, ustalar, usta başları ve benzerleri.
- Ara Sınıf : Fabrika ve tarım işçileri ve benzerleri.
- Kalifiye Olmayan İşçiler : İşçi, hizmetçi, geçici işçi ve benzeri

Bu sınıflama, toplu bir şekilde gözden geçirildiğinde üç esas sınıf ve iki ara sınıftan oluşmuş olduğu görülür. İngiliz özet sınıflaması, görüldüğü gibi daha çok meslek faktörüne dayanır.



Şekil 6 - Bir Meslek Grubu Listesi

2.6. Sağlık Geçmişi

Hastanın şikayetine sebep olan olgu ya da olgular, hemen hemen her zaman kişinin sağlık geçmişi ile ilintilidir. Klinisyen, muayeneye sebep olan durumu net olarak belirleyebilmek ve uygun tedavi önerebilmek adına, hastanın tıbbi kayıtlarını ve hastanın bilgi sahibi olduğu sağlık geçmişini denetlemek durumundadır. Hastalıkların birbirleri ile ilişkisi, Tıbbın en karmaşık ve geniş alanlarından biridir. Epidemiyoloji bilim dalı ile yakın ilişki içindedir.

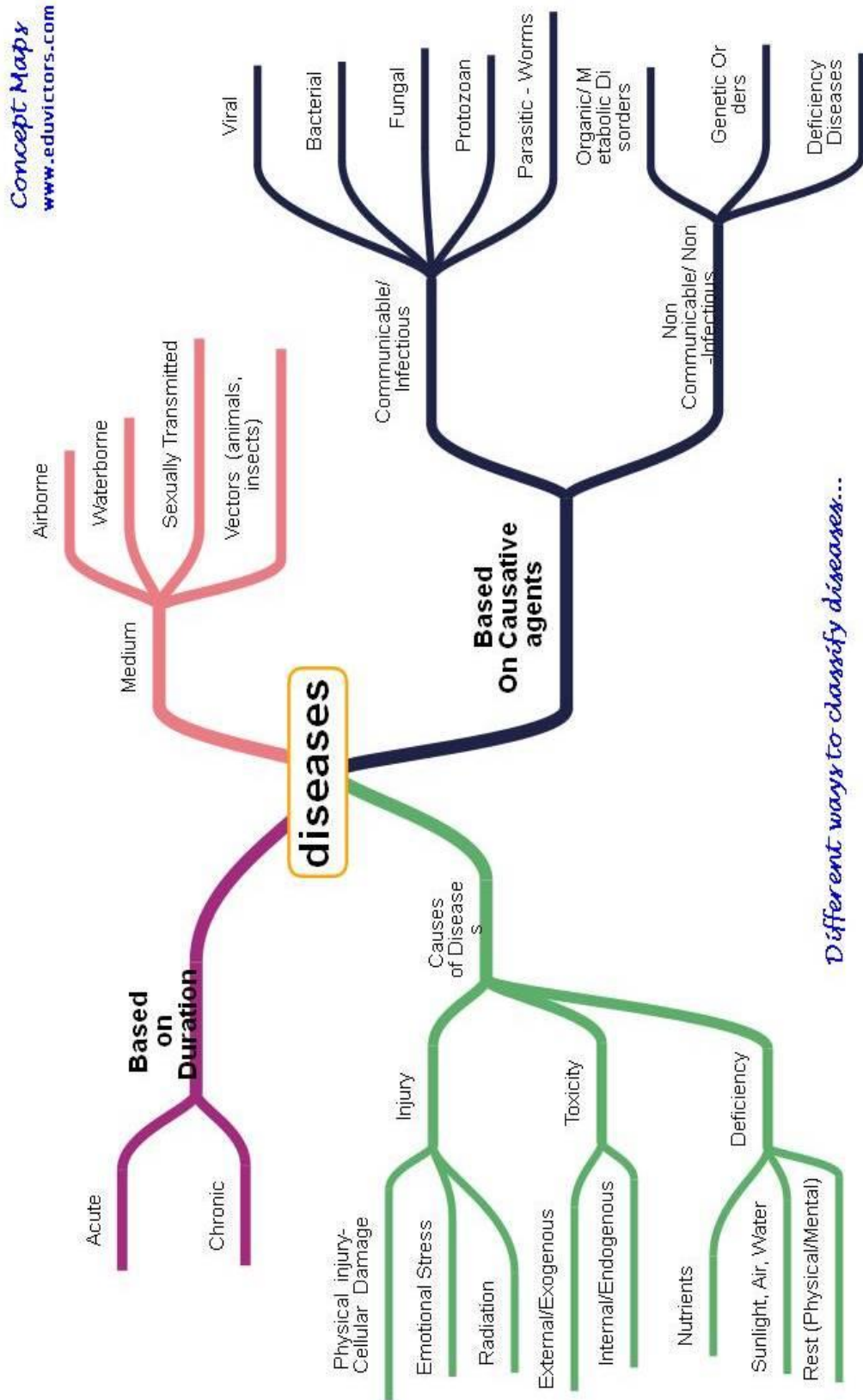
Özellikle, uygulanacak tedavi konusunda, hastanın sağlık geçmişini ayrıntılı olarak sorgulamak büyük önem taşır. Uygulanmak istenen tedavi için seçilen ilaçlar, diyet, egzersiz vb. unsurlar, hastanın mevcut sağlık geçmişi ile bağdaşmayabilir. [Bamford ve diğ. 1991, World Health Organization 1992, Walton ve Natrass. 1954]

Hastalıkları gruplamak için, uluslararası hastalık sınıflama sistemi (ICD → International Classification of Disease) geliştirilmiştir. History of ICD

İlk sınıflama, International Statistical Institute tarafından, uluslararası ölüm sebepleri listesi (the International List of Causes of Death) adıyla 1893 yılında yayımlanmıştır.

1948 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (WHO → World Health Organisation) bünyesine alınan ICD, yine bu yıl, sakat kalmaya yol açan (morbidity) hastalıkları da içeren 6. versiyonunu yayımlamıştır.

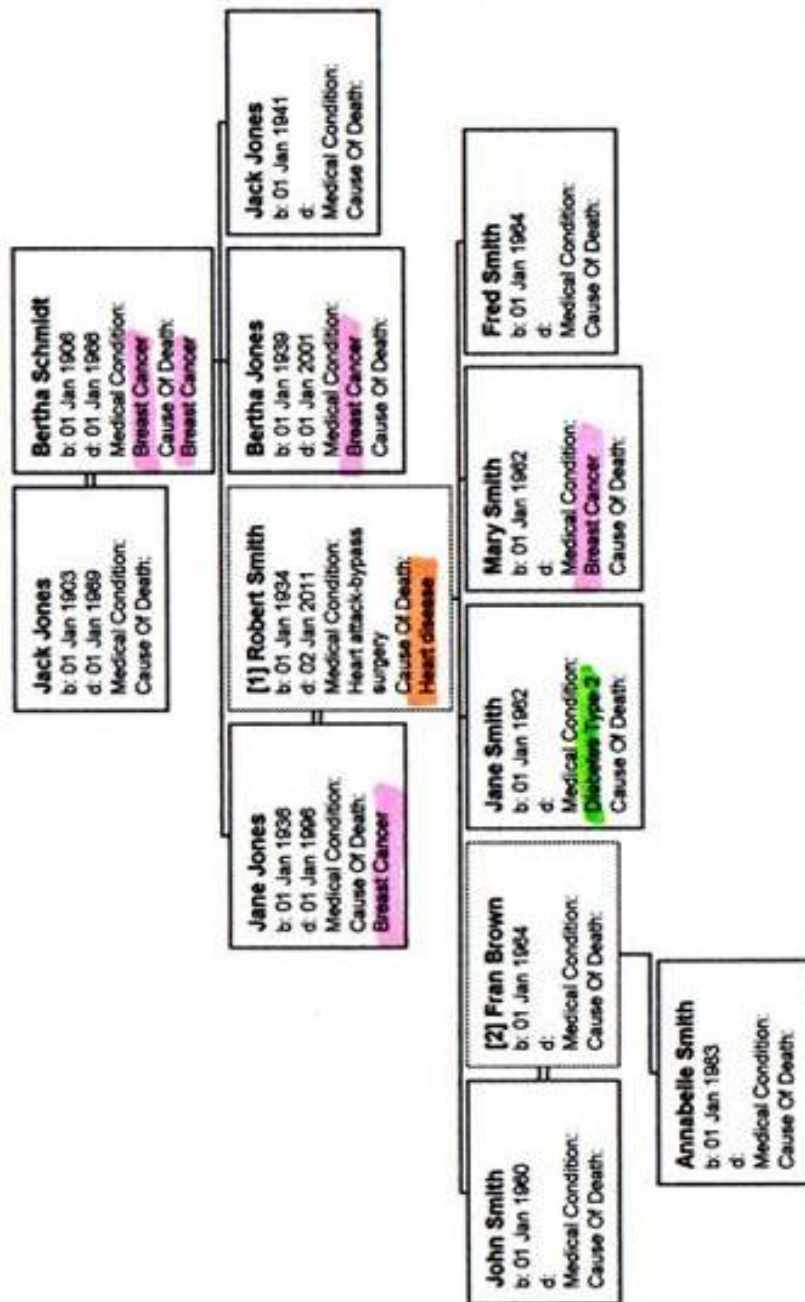
Yıllar içinde genişleyerek yeni versiyonlarla yayımlanan ICD, şu an için en güncel formuna 1990 yılında ICD-10 versiyonu ile kavuşmuştur. Bu versiyon, bugüne kadar 20.000'den fazla akademik yayında refere edilmiştir. 2018 yılı içinde ICD-11 versiyonu yayımlanacaktır.



Şekil 7 - Bir Hastalık Gruplaması Örneği

2.7. Aile (Soy) Hastalık Geçmişi

Muayene esnasında şikayete konu olan olguların önemli bir kısmı, genetik temelli olabilmektedir. Bu sebeple, klinisyenin, hastanın ailesinin hastalık geçmişi irdelemesi gerekmektedir. [Riggs ve Jacobvitz 2002, Hartsough ve Lambert 1985, Stronks ve diğ. 2009]



Şekil 8 - Aile Hastalık Geçmişi Örneği

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Özellikle klinik araştırmalarda, sürekli ya da nominal verilerin kategorize edilmesi büyük önem taşımaktadır. Sürekli veriler özelinde, olgunun dağılımına bağlı olmak üzere, belli bazı kategorizasyon önerileri olsa da, araştırma sonucu üzerinde oldukça büyük bir öneme sahip olan verilerin nasıl kategorize edildiği/edileceği ile ilgili bir mutabakat bulunmamaktadır. Bu sebeple 14 ilde bulunan 18 tıp fakültesi (bu tıp fakülteleri; nüfus, gelir düzeyi, coğrafi özellikler gibi etmenler gözönüne alınarak, tüm Türkiye'yi temsil edecek şekilde belirlenmiştir.) hastanesindeki tüm; kulak burun boğaz, genel cerrahi, dahiliye, kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve psikiyatri kliniklerinde görevli öğretim elemanlarına (akademik ünvanı, Prof. Dr., Doç. Dr., Yrd. Doç. Dr. olan) 7 temel (belirleyici) medikal durum değişkenini; yaş, vücut kitle indeksi, kişinin kendi hastalık geçmişi, kişinin soy hastalık geçmişi, meslek, sigara kullanımı ve alkol kullanımını nasıl kategorize ettiklerinin sorgulanacağı bir anket çalışması yapılmıştır. Klinisyenler, ankete tez danışma kurulu üyesi Prof Dr. Mustafa Şükrü Şenocak'ın kaleme aldığı davet metni ile, e-posta yolu ile davet edilmişlerdir;

Değerli Öğretim Üyesi, Anabilim dalımızca bir doktora tezine de konu olacak bir araştırma yürütmeyi planlıyoruz. Çalışmanın amacı, farklı klinik alanlarda öncül ve temel hasta kayıt bilgilerinin yapılandırılmasıyla ilgili olacak. Doğal olarak farklı klinik alanlar kendi olası tanı özellikleri çerçevesinde temel demografik soruları belli kalıplar içinde sorabilirler. Örneğin; alkol/sigara tüketimi, meslek, yaş aralığı vb.. Bu sorgulama hem önem taşır hem de klinik alana göre yapısı farklılaşabilir. Araştırmamız klinik çalışmaların en yoğun düzeyde sürdürüldüğü üniversiter araştırmalar özelinde klinik alanlar arasında doğal olarak var olabilecek farkları ortaya koymak, aynı klinik alan içinde gözlemlenebilecek farklı yaklaşımları belirlemek ve buradan hareketle gereğinde sizlerin kurgulayacağı bir "Delphi Havuz Süreci" ne olanak tanımaktır. Bu çerçevede, aşağıdaki linkle erişebileceğiniz ankete katılarak bu çabaya ortak olmanızı diliyoruz. Sonuçlar sadece biyoistatistik çalışmanın ötesinde ilgili klinik alanlara da hem güncel bilgiyi sunmak hem de gelişimine ilişkin ipucu üretmek açısından önem

taşıyacağı için, katılımınızın değeri bir kat daha artmaktadır. Sonuç bilgiler katılımcılara yollanacak ve izleyen dönemlerde gereğinde uluslararası boyutlara ^{**1} da taşınacak olan delphi toplantılarıyla sürdürülebilecektir. Katkılarınızı bekler, en iyi dileklerimi sunarım.

Tablo 3-1 Ankete Davet Edilen Öğretim Üyelerinin Dağılımı

İl	Tıp Fakültesi	Dahiliye	Genel Cerrahi	Göğüs	Kardiyoloji	Kulak Burun Boğaz	Psikiyatri	Toplam
Adana	Çukurova	21	12	4	9	6	5	57
Ankara	Ankara	55	17	20	19	9	17	137
Ankara	Hacettepe	51	11	10	12	12	13	109
Antalya	Akdeniz	22	12	3	14	6	5	62
Bursa	Uludağ	24	10	6	9	5	5	59
Edirne	Trakya	9	7	6	8	4	6	40
Erzurum	Atatürk	19	10	6	11	7	3	56
İstanbul	Cerrahpaşa	45	30	11	12	13	8	119
İstanbul	Çapa	50	27	9	10	7	10	113
İstanbul	Koç	1	8	3	3	3	3	21
İstanbul	Marmara	28	10	6	9	5	6	64
İzmir	Dokuz Eylül	39	12	6	12	6	10	85
İzmir	Ege	60	16	11	15	9	16	127
Kayseri	Erciyes	28	8	4	7	9	4	60
Malatya	İnönü	8	5	1	1	5	4	24
Samsun	O.M.Ü	20	11	5	6	7	6	55
Trabzon	K.T.Ü	17	10	4	9	5	4	49
Van	Yüzüncü Yıl	8	8	6	6	3	2	33
TOPLAM		505	224	121	172	121	127	1270

Anket formu, online olarak erişilebilir şekilde tasarlanmış ve belirlenmiş bir internet adresi² üzerinden erişilebilir hale getirilmiştir. Anket katılımcılarına, 5 kere mail gönderilmiş ve mail yolu ile ankete katılmayan davetliler 3'er kere aranmışlardır. Anket çalışması için, kilinisyenlere, çalıştıkları kurumun internet sayfasında bulunan e-

¹ https://www.researchgate.net/profile/Guven_Gunver

² <http://anket.bulgu.web.tr/index.php/317298?token=CM7gO&lang=tr>

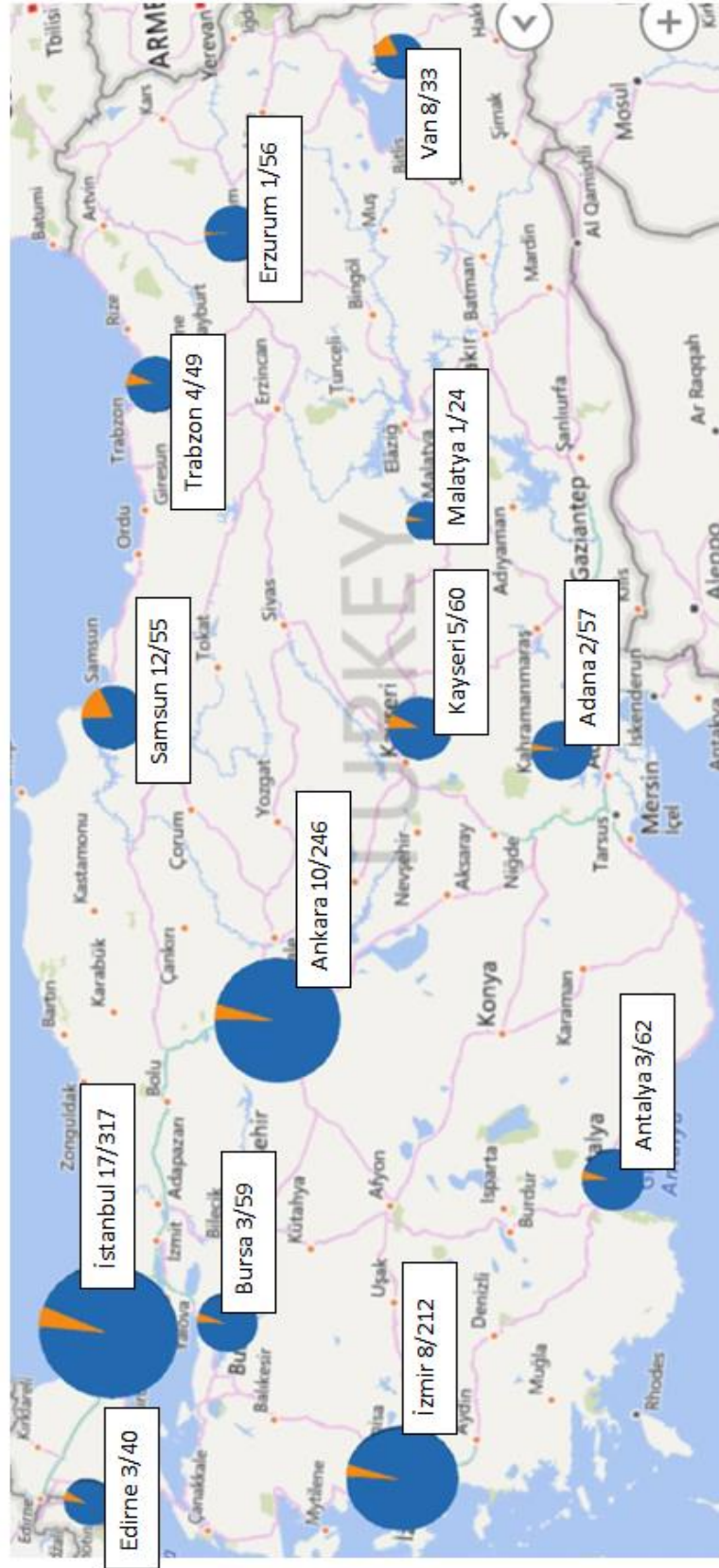
posta adresleri ve dahili telefon numaralarından ulaşılmaya çalışılmış ve ankete katılmaları istenmiştir. Klinisyenlerin halihazırda nasıl kategorizasyon yaptıkları öğrenilmek istendiği için, anket sorularının cevaplarında şık ve benzeri yönlendirmelere yer verilmemiştir. Ancak, klinisyenlerin sorulan soru özelinde en az belli sayıda cevap vermeye zorunlu tutulmuşlardır (örneğin, “klinik araştırmalarınızda yaş değişkenini nasıl kategorize edersiniz?” sorusuna verilen cevap için, önceden belirlenmiş bir skalayı seçmeleri istenmemiş, kendi tercih ettikleri yaş kategorilerini free text olarak kodlamışlardır. Ancak, en az 4 kategori (örneğin; 0-15 , 16-30 , 31-50 , 51+) girmeleri zorunlu tutulmuştur.) Anketin sonunda (eğer varsa) klinisyenlerin meslek kıdemi, akademik ünvan, klinik, hastanenin bulunduğu il/bölge çerçevesinde bir mutabakat bulunup bulunmadığı sorgulanmıştır.

Tablo 3-2 Anket Soruları

Medikal Durum Değişkeni	Soru	Örnekler	Beklenen Cevap Sayısı
YAŞ	Sizin alanınızdaki bir klinik araştırmada, hastaların yaşlarını en uygun olarak nasıl gruplamayı uygun görürsünüz?	0-15 16-30 30-50 51-75 76+	4
SİGARA KULLANIMI	Sizin alanınızdaki bir klinik araştırmada, hastaların sigara kullanımını en uygun olarak nasıl gruplamayı uygun görürsünüz?	Ortalama 0-10 adet 15 yıldır içiyor Ortalama 21-30 adet 25 yıldır içmiş	5
ALKOL KULLANIMI	Sizin alanınızdaki bir klinik araştırmada, hastaların alkol kullanımını en uygun olarak nasıl gruplamayı uygun görürsünüz?	Haftada 2 kez düşük alkol 15 yıldır içiyor Haftada 5+ kez yüksek alkol 20 yıl içmiş	5
VÜCUT KİTLE ENDEKSİ	Sizin alanınızdaki bir klinik araştırmada, hastaların vücut kitle indeksini en uygun olarak nasıl gruplamayı uygun görürsünüz?	20> 21-25 26-30 31-35 35<	
MESLEK	Sizin alanınızdaki bir klinik araştırmada, hastaların mesleğini en uygun olarak nasıl gruplamayı uygun görürsünüz?	Mühendis Öğretmen Çiftçi Gazeteci	7
HASTALIK GEÇMİŞİ	Sizin alanınızdaki bir klinik araştırmada, hastaların hastalık geçmişinde en uygun olarak hangi hastalıkları dikkate alırsınız?	Bel Fıtığı KOA Alerji[detaylandırabilirsiniz]	5
AİLE HASTALIK GEÇMİŞİ	Sizin alanınızdaki bir klinik araştırmada, hastaların aile hastalık geçmişinde en uygun olarak hangi hastalıkları dikkate alırsınız?	Kardiyovasküler Diyabet Anksiyete Glokom	5

Tablo 3-3 Ankete Katılan Klinisyenler

İl	Tıp Fakültesi	Dahiliye	Genel Cerrahi	Göğüs	Kardiyoloji	Kulak Burun Boğaz	Psikiyatri	Toplam
Adana	Çukurova	1/21	0/12	1/4	0/9	0/6	0/5	2/57
Ankara	Ankara	2/55	0/17	2/20	0/19	1/9	1/17	6/137
Ankara	Hacettepe	1/51	0/11	2/10	0/12	0/12	1/13	4/109
Antalya	Akdeniz	1/22	1/12	0/3	0/14	1/6	0/5	3/62
Bursa	Uludağ	1/24	0/10	1/6	0/9	1/5	0/5	3/59
Edirne	Trakya	1/9	0/7	0/6	1/8	0/4	1/6	3/40
Erzurum	Atatürk	0/19	0/10	0/6	1/11	0/7	0/3	1/56
İstanbul	Cerrahpaşa	4/45	3/30	0/11	1/12	1/13	1/8	10/119
İstanbul	Çapa	2/50	3/27	0/9	0/10	0/7	0/10	5/113
İstanbul	Koç	0/1	2/8	0/3	0/3	0/3	0/3	2/21
İstanbul	Marmara	0/28	0/10	0/6	0/9	0/5	0/6	0/64
İzmir	Dokuz Eylül	2/39	1/12	2/6	1/12	1/6	0/10	7/85
İzmir	Ege	0/60	1/16	0/11	0/15	0/9	0/16	1/127
Kayseri	Erciyes	1/28	0/8	0/4	1/7	2/9	1/4	5/60
Malatya	İnönü	0/8	0/5	0/1	0/1	0/5	1/4	1/24
Samsun	O.M.Ü	3/20	4/11	2/5	1/6	1/7	1/6	12/55
Trabzon	K.T.Ü	0/17	3/10	0/4	0/9	0/5	1/4	4/49
Van	Yüzüncü Yıl	0/8	4/8	3/6	0/6	0/3	1/2	8/33
Toplam		19/505	22/224	13/121	6/172	8/121	9/127	77/1270



Şekil 9 - Ankete Davet Edilen ve Ankete Katılan Klinisyenler

Dahiliye branşı için katılım oranı %4, genel cerrahi branşı için %10, göğüs hastalıkları branşı için %11, kardiyoloji branşı için %3, kulak burun boğaz branşı için %7, psikiyatri branşı için %7 olmuştur.

Adana ili için katılım oranı %4, Ankara için %4, Antalya için %5, Bursa için %5, Bursa için %8, Erzurum için %2, İstanbul için %6, İzmir için %4, Kayseri için %8, Malatya için %4, Samsun için %22, Trabzon için %8, Van için %24 olmuştur.

Ankete genel katılım oranı ne yazık ki %6 olarak gerçekleşmiştir.



4. BULGULAR

Anket'e katılan klinisyenlerin verdiği cevaplar gruplanmış ve bu bölümde özetlenmiştir.

4.1. Yaş

Tablo 4-1 Yaş - Grup Sayıları

	3	4	5	6	7	8	9	† ³	TOPLAM
Dahiliye	4	6	3	2	1			3	19
Genel Cerrahi		17	2	1				2	22
Göğüs	2	6	2	1		1		1	13
Kardiyoloji		4		1	1				6
Kulak Burun Boğaz		2		3			1	2	8
Psikiyatri	3	1	1	3			1		9
TOPLAM	9	36	8	11	2	1	2	8	77

4.2. Sigara Kullanımı

Tablo 4-2 Sigara Kullanımı - Grup Sayıları

	2	3	4	5	6	7	9	10	† ⁴	‡ ⁵	TOPLAM
Dahiliye	1		1	5	2	1	1		7	1	19
Genel Cerrahi			1	6	4	4			4	3	22
Göğüs		1	1	2	3				5	1	13
Kardiyoloji	1			1	3	1					6
Kulak Burun Boğaz	1		1		2			1	3		8
Psikiyatri		1		2	3				3		9
TOPLAM	3	2	4	16	17	6	1	1	22	5	77

Sigara kullanımında ankete yanıt veren 72 klinisyenden 70'i, günde kaç adet/paket sigara içildiğini dikkate almıştır. 42 klinisyen, kaç adet/paket sigara içildiğinin yanında ne kadar süre ile sigara içildiğini dikkate almıştır. 5 klinisyen, kaç adet/paket sigara içildiğinin yanında sigarayı bir süre içip bırakmış olmayı da dikkate

³ Cevap vermemiştir.

⁴ Cevap vermemiştir.

⁵ Gruplama yapmadığını, ya da paket-yıl'ı gruplamadan kullandığını beyan etmiştir.

almıştır. 18 Klinisyen, kaç adet/paket sigara içildiğinin yanında hem ne kadar süre ile sigara içildiğini hem de sigarayı içip bırakmış olmayı dikkate almıştır. 2 klinisyen, pasif maruziyeti dikkate almıştır. 1 klinisyen, sigaranın hangi saatlerde içildiğini dikkate almıştır.

4.3. Alkol Kullanımı

Tablo 4-3 Alkol Kullanımı - Grup Sayıları

	2	3	4	5	6	7	8	9	≥ ⁶	TOPLAM
Dahiliye	1	2		6		1		1	8	19
Genel Cerrahi		1	3	6	3	1	1		7	22
Göğüs	2		3	4					4	13
Kardiyoloji			1	3	1				1	6
Kulak Burun Boğaz		1	1	2	2		1		1	8
Psikiyatri		1	2	2	1		2		1	9
TOPLAM	3	5	10	23	7	2	4	1	22	77

	Sıklık	Süre	Miktar	İçip Bırakmış	Düşük/Yüksek Alkol
Dahiliye	47%	47%	42%	26%	47%
Genel Cerrahi	64%	45%	14%	5%	36%
Göğüs	54%	31%	23%	8%	8%
Kardiyoloji	83%	33%	17%	33%	33%
Kulak Burun Boğaz	88%	63%	63%	13%	50%
Psikiyatri	44%	11%	67%	0%	56%
Toplam	60%	40%	34%	13%	38%

4.4. Vücut Kitle İndeksi

Tablo 4-4 Vücut Kitle İndeksi - Grup Sayıları

	2	3	4	5	6	7	I ⁷	TOPLAM
Dahiliye			2	11	3	1	2	19
Genel Cerrahi			5	10	2	1	4	22
Göğüs	1		4	7			1	13
Kardiyoloji		1	1	3	1			6
Kulak Burun Boğaz			1	6			1	8
Psikiyatri		1		4	1		3	9
TOPLAM	1	2	13	41	7	2	11	77

⁶ Gruplama yapmamış ya da sadece miktarı direk olarak kullandığını beyan etmiştir.

⁷ Gruplama yapmamıştır

4.5. Meslek

4.5.1. Dahiliye

Tablo 4-5 Dahiliye - Meslekler

Cevap Veren : 15 kişi	
Çiftçi	10
İşçi	10
Memur	7
Öğretmen	6
Ev Hanımı	6
Emekli	5
Öğrenci	5
İşsiz	5
Ofis	5
Sağlık Çalışanı	4
Mühendis	4
Doktor	2
Asker	2
Kimya Metalurji	2
Sanatçı	2
Hakim	2
İşadamı	1
Fabrika	1
Açık Alan	1
Kas Gücü	1
Serbest Meslek	1
İnşaat işçisi	1
Gazeteci	1
Ekonomist	1
Denizci	1
Madenci	1

2 klinisyen işçi sınıflamasını hafif – orta – yüksek olarak alt gruplara ayırmıştır.

4.5.2. Genel Cerrahi

Tablo 4-6 Genel Cerrahi – Meslekler

Cevap Veren : 14 Kişi	
Çiftçi	9
Memur	8
İşçi	7
Esnaf	6
Öğretmen	6
İşadamı	5
Doktor	5
Mühendis	5
Sağlık Çalışanı	5
Ofis	4
Ev Kadını	4
Öğrenci	2
Sporcu	2
Emekli	2
Turizmci	2
Şoför	2
Hakim	2
Polis	2
Madenci	2
Gazeteci	2
İşsiz	1
Hizmet Sektörü	1

1 klinisyen oturarak çalışmayı, 4 klinisyen ayakta çalışmayı, 1 klinisyen eğilerek çalışmayı meslek sınıfı olarak belirtmiştir. 2 klinisyen, yaralanma riskini meslek grubu olarak belirtmiştir. 2 klinisyen, eğitimi meslek sınıflaması olarak kullanmıştır. 1 klinisyen dikotom binary sınıflama kullanmıştır; Masabaşı – değil / 10 saatten az-fazla.

4.5.3. Göğüs Hastalıkları

Tablo 4-7 Göğüs Hastalıkları – Meslekler

Cevap Veren: 11 Kişi	
İşçi	9
Çiftçi	7
Ev Hanımı	5
Memur	5
Öğretmen	5
Mühendis	4
İşsiz	3
Esnaf	3
Öğrenci	3
Ofis	2
Sağlık Çalışanı	2
Madenci	2
Emekli	1
Polis	1
Doktor	1
Gazeteci	1
Metal Sanayi	1
Kuaför	1
Mobilyacı	1
Kuş Besleyen	1

2 Klinisyen sigortasız çalışan olmayı meslek sınıfı olarak belirtmiştir. 2 klinisyen solunumsal meslek riski taşıyan meslekleri meslek olarak belirtmiş, 1 klinisyen işçi ve memur emeklisini ayırmıştır. 2 Klinisyen ek iş yapıyor mu sorusunu sormuştur. 1 klinisyen tarafından, kum ocağı işçisi ayrı zikredilmiştir.

4.5.4. Kardiyoloji

Tablo 4-8 Kardiyoloji - Meslekler

Cevap Veren : 4 Kişi	
Akademisyen	4
Çiftçi	3
Öğretmen	3
İşsiz	2
Esnaf	2
Mühendis	2
Doktor	2
Ev Hanımı	2
Hakim	2
Memur	1
İşçi	1
Sağlık Personeli	1
Sporcu	1

2 klinisyen, masabaşı – bedenlen çalışmayı meslek gruplamasına dahil etmiştir.

4.5.5. Kulak – Burun – Boğaz

Tablo 4-9 Kulak Burun Boğaz - Meslekler

Cevap Veren : 5 kişi	
Çiftçi	4
Öğretmen	4
İşçi	3
Öğrenci	2
Yazar	2
İmam	2
Güneşe Maruziyet	2
Mühendis	1
Kasap	1
Serbest Meslek	1
Sağlık Personeli	1
Turizmci	1
Sanatçı	1
Marangoz	1
Mobilyacı	1
Doktor	1
Madenci	1
Ofis	1
Çocuk	1
Ev Hanımı	1

Cevap Veren : 2 Kişi	
Dış Ortam	
İç Ortam	
Gürültülü Ortam	
Gürültüsüz Ortam	
Kas Gücü	
Oturarak	
Çalışmayan	

4.5.6. Psikiyatri

Tablo 4-10 Psikiyatri - Meslekler

Cevap veren : 7 Kişi	
İşsiz	6
Ev Hanımı	4
Memur	4
Öğrenci	3
Esnaf	3
Emekli	2
Bürokrat	2
Doktor	1
Mühendis	1
İşçi	1
Öğretmen	1
Hemşire	1
Kamu	1
Polis	1
Teknik Eleman	1

4 klinisyen, “çalışan” adı ile meslek sınıfı tanımlamıştır. 1 Klinisyen sadece çalışan – çalışmayan olarak meslek gruplaması yapmıştır.

Malatya İnönü Üniversitesi’nden Prof. Dr. Süheyla Ünal’ın yapmış olduğu kategorizasyon, diğer klinisyenlerin yaptığı meslek gruplamasına uymamakla beraber, dikkate değer olduğu için ayrıca belirtilmiştir;

- Kamu Üst Düzey
- Kamu Alt Düzey
- Özel Yönetici
- Özel Alt Düzey
- Kendi İşi Üretici
- Kendi İşi Satıcı
- Ev Hanımı
- Ev Hizmetlisi
- Emekli

4.6. Kişinin Kendi Hastalık Geçmişi

4.6.1. Dahiliye

Tablo 4-11 Dahiliye - Hastalık Geçmişi

Cevap Veren: 18 Kişi	
Diyabet	13
Hipertansiyon	11
Koah	10
Kanser	9
Kalp Yetmezliği	8
Koroner Arter	6
Derin Ven Trombozu	5
Nöropsikiyatrik	5
Alerji	4
Ameliyat	4
Karaciğer	4
Enfeksiyon	3
Kby	3
Dislipidemi	3
Kaza	2
Meslek Hastalığı	2
Otoimmün	1
Hastane Yatışı	1
Osteoporoz	1
Hipotiroidi	1
Romatizmal	1
Üriner	1
Hematoloji	1
Sindirim Sistemi	1
Geriatrik	1
Astım	1

4.6.2. Genel Cerrahi

Tablo 4-12 Genel Cerrahi - Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 20 Kişi	
Koroner Arter	18
Diyabet	12
Koah	10
Kanser	10
Hipertansiyon	8
Ameliyat	8
Alerji	6
Renal	5
Akciğer Hastalığı	4
Nörolojik	3
Karaciğer	2
Kemoterapi	1
Radyoterapi	1
Damar İçi Pıhtılaşması	1
Kolesterol	1
Artroz	1
Kısırlık	1
Granülamotoz Mastit	1
Metabolizma	1
Psikiyatrik	1
Genetik	1
Malnütrisyon	1
Tüberküloz	1
Tiroid	1

4.6.3. Göğüs Hastalıkları

Tablo 4-13 Göğüs Hastalıkları - Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 13 Kişi	
Alerji	12
Koah	9
Koroner Arter	7
Pulmoner	7
Astım	6
Tüberküloz	6
Diabet	5
Hipertansiyon	4
Kanser	4
Pıhtılaşma Sorunu	3
Nörolojik	3
Hipotiroidi	1
Romatizmal	1
Deri Hastalıkları	1
Gastrointestinal	1
Hematolojik	1
Psikiyatrik	1
Damar Hastalığı	1

2 Klinisyen tarafından, öksürük hastalık olarak nitelendirilmiştir.

4.6.4. Kardiyoloji

Tablo 4-14 Kardiyoloji - Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 4 Kişi	
Diyabet	3
Enfraktüs	2
Hipertansiyon	2
Kalp Yetmezliği	2
Ameliyat	2
Serbrovasküler	1
Periferik Arter	1
Hiperlipidemi	1
Stent	1
Komorbid	1
Akut Eklem Romatizması	1
Böbrek Hastalığı	1
Koah	1
Felç	1

4.6.5. Kulak Burun Boğaz

Tablo 4-15 Kulak Burun Boğaz - Hastalık Geçmiş

Cevap Veren : 7 Kişi	
Alerji	6
Koah	5
Kalp Hastalığı	3
Hipertansiyon	2
Astım	2
Diyabet	2
Ameliyat	2
Kulak Atrezisi	2
Koanal Atrezi	2
Kanser	2
Radyoterapi	1
Enfeksiyon	1
Travma	1
Otoimmün	1
Lenfoma	1
Otit	1
Baş Dönmesi	1
Çınlama	1

4.6.6. Psikiyatri

Tablo 4-16 Psikiyatri - Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 6 Kişi	
Diyabet	4
Psikiyatri	4
Hipertansiyon	2
Genetik	2
Alkol Madde Bağımlılığı	2
Koah	1
Karaciğer	1
Böbrek	1
Koroner Arter	1
Damar	1
Demans	1
Depresyon	1
Travma	1
İntihar Girişimi	1
Tiroid	1
Kronik	1
Nörolojik	1
Malüliyet	1

1 klinisyen tarafından dikotom/Binary gruplama kullanılmıştır; Fiziksel rahatsızlık var/yok – Psikolojik rahatsızlık var/yok.

Malatya İnönü Üniversitesi'nden Prof. Dr. Süheyla Ünal'ın yapmış olduğu kategorizasyon, diğer klinisyenlerin yaptığı hastalık gruplamasına uymamakla beraber, dikkate değer olduğu için ayrıca belirtilmiştir;

- Uzun süreli yeti yıkımı oluşturmeyen, ancak kısa süreli işlev bozukluğu oluşturan kısa süreli fiziksel hastalıklar, travmalar.
- 6 aydan kısa süren, belirgin işlev bozukluğuna yol açmayan ruhsal hastalıklar.
- 6 aydan kısa süren hafif yeti yıkımı oluşturan fiziksel hastalıklar.
- 6 aydan kısa süren hafif yeti yıkımı oluşturan ruhsal hastalıklar.
- 6 aydan uzun süren orta düzeyde yeti yıkımı oluşturan, sürekli tedavi gerektirmeyen fiziksel hastalıklar.

- 6 aydan uzun süren orta düzeyde yeti yıkımı oluşturan, sürekli tedavi gerektirmeyen ruhsal hastalıklar.
- 6 aydan uzun süren, orta düzeyde yeti yıkımı oluşturan sürekli tedavi gerektiren fiziksel hastalıklar.
- 6 aydan uzun süren, orta düzeyde yeti yıkımı oluşturan sürekli tedavi gerektiren ruhsal hastalıklar.
- 6 aydan uzun süren, sürekli tedavi gerektiren ağır düzeyde yeti yıkımı oluşturan fiziksel hastalıklar.
- 6 aydan uzun süren, sürekli tedavi gerektiren ağır düzeyde yeti yıkımı oluşturan ruhsal hastalıklar.

4.7. Aile Hastalık Geçmişi

4.7.1. Dahiliye

Tablo 4-17 Dahiliye - Aile Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 17 Kişi	
Diyabet	15
Kardiyovasküler	14
Hipertansiyon	11
Kanser	11
Nörolojik	3
Psikiyatrik	2
Alerji	1
Otoimmün	1
Hepatit	1
Enfeksiyon Hastalığı	1
Akdeniz Ateşi	1
Koah	1
Kby	1
Üriner Taş	1
Metabolik	1
Genetik	1
Kas İskelet Hastalıkları	1
Kolesterol	1
Obezite	1

1'er klinisyen tarafından, ani ölüm ve sigara içiciliği, aile hastalık geçmişine dahil edilmiştir.

4.7.2. Genel Cerrahi

Tablo 4-18 Genel Cerrahi - Aile Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 20 Kişi	
Kardiyovasküler	20
Kanser	18
Diyabet	16
Psikiyatri	4
Hipertansiyon	3
Genetik Sendromlar	3
Pıhtılaşma Bozukluğu	2
Akciğer	2
Tüberküloz	2
Enfeksiyon	1
Kolesterol	1
İmmünoloji	1
Fıtık	1
Akdeniz Ateşi	1
Thalassemi	1
İnme Felç	1

4.7.3. Göğüs Hastalıkları

Tablo 4-19 Göğüs Hastalıkları - Aile Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 13 Kişi	
Kardiyovasküler	11
Kanser	9
Diyabet	7
Astım	7
Tüberküloz	5
Alerji	5
Koah	4
Glokom	2
Pıhtılaşma Sorunu	2
Akciğer	2
Anksiyete	1
Enfeksiyon	1
Hipertansiyon	1
Böbrek Hastalığı	1
Tiroid	1

4.7.4. Kardiyoloji

Tablo 4-20 Kardiyoloji - Aile Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 5 Kişi	
Diyabet	5
Koroner Arter	3
Hiperlipidemi	2
Hipertansiyon	2
Aort Diseksiyonu	2
Ani Ölüm	2
Serebrovasküler	1
Kalp Yetmezliği	1
Kapak Hastalığı	1
Aritmi	1
Genç Kardiyovasküler	1
Genetik	1
Koah	1
Kby	1
Felç	1

4.7.5. Kulak Burun Boğaz

Tablo 4-21 Kulak Burun Boğaz - Aile Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 5 Kişi	
Diyabet	4
Kardiyovasküler	4
Genetik	3
İşitme Kaybı	3
Alerji	3
Kanser	3
Hipertansiyon	1
Metabolik	1
Psikiyatrik	1
Astım	1

1 Klinisyen, ailede akrabalık olgusunu bu soru altında belirtmiştir.

4.7.6. Psikiyatri

Tablo 4-22 Psikiyatri - Aile Hastalık Geçmişi

Cevap Veren : 6 Kişi	
Diyabet	3
Kardiyovasküler	3
Psikiyatrik	3
Alzheimer	2
Tiroid	2
Kanser	2
Solunum	1
Madde Kullanımı	1
Damar	1
İntihar	1
Hormonal	1
Kronik	1
Duygudurum	1
Psikotik	1
Anksiyete	1
Nörolojik	1

1 klinisyen, ailede psikiyatrik öykü var/yok olarak gruplama yapmıştır.

Malatya İnönü Üniversitesi'nden Prof. Dr. Süheyla Ünal'ın yapmış olduğu kategorizasyon, diğer klinisyenlerin yaptığı aile hastalık geçmişi gruplamasına uymamakla beraber, dikkate değer olduğu için ayrıca belirtilmiştir;

- Kronik, sürekli tedavi gerektiren fiziksel hastalıklar.
- Kısa süreli geçirilmiş uzun süre tedavi gerektirmeyen ruhsal hastalıklar (Panik atak, depresyon).
- Uzun süre tedavi gerektiren, belirgin yeti yıkımına yol açmayan ruhsal hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, konversiyon bozuklukları).
- Uzun süre tedavi gerektiren, belirgin yeti yıkımına yol açan ruhsal hastalıklar (duygudurum bozuklukları, psikozlar, demans, madde bağımlılığı).



5. TARTIŞMA

Anket çalışmasında göze çarpan ilk bulgu, ankete katılımın düşük düzeyde olmasıdır. Ankete katılım %6 oranında gerçekleşmiştir. Bunun sebepleri arasında, ankete davet edilen klinisyenlerin iletişim bilgilerinin, üniversite web sayfalarında güncel olmayışı da bulunmaktadır. Ancak bunun bu denli büyük bir kayıp oluşturabileceği düşünülmemelidir. Klinisyenler ankete üniversite web sayfalarında bulunan iletişim bilgileri (e-posta, ofis telefonu, nadiren cep telefonu) vasıtasıyla davet edilmişlerdir. İletişim bilgileri güncel olmayan klinisyenlere ulaşamadığı için, anketin önkabullü katılımcıları olmalarına rağmen anket kendilerine ulaşmadığı için katılım sağlayamamışlardır.

Bu konuda ikinci neden olarak, klinisyenlerin, yüksek lisans / doktora tezi için gerçekleştirilen anket çalışmalarına katılmadaki ataletleridir. Anket, web ortamında tasarlanırken, anketi gerçekleştiren şirketin (Bulgu Araştırma) yetkilisi Sn. Oğuz Koç, klinisyenler ile yapılan anket çalışmalarında, hedeflenen anket sayısının 10 katı kişiye ulaşmanın sonucu sağladığı bilgisini bizimle paylaşmıştır. Ayrıca, anket davetinin, halka açık mail hesaplarından (gmail, yahoo, hotmail vb.) gönderilmesi durumunda, ankete davet edilen klinisyenlerin davet mailini okumadan silecekleri düşünülmüş, bu sebeple e-posta gönderimleri bu yöndeki yayınlar çerçevesinde [Cohen ve Hersh. 2005], iu.edu.tr uzantılı mail adresinden gerçekleştirilmiştir (mehmetguven.gunver@ogr.iu.edu.tr).

Ankete katılım oranının düşük olmasındaki son ve en önemli husus ise, anketin yapısıdır. Ankette sorulara verilen cevaplar, klinisyenleri yönlendirmemek adına, serbest metin (free text) olarak istenmiştir. Klinisyenlerden cevaplar belli bir kalıp içinde istenmediği, klinisyenin iş yapış şekli irdelendiği için, anketin doldurma süresi uzamıştır (Bulgu araştırma firmasından aldığımız bilgiye göre bu süre yaklaşık 15 dakikadır). Bu durumu henüz anketin ilk sorusunda fark eden klinisyenlerin, anketi tamamlamadan terk ettikleri düşünülmektedir.

Anketle ilgili dikkat çeken diğer bir nokta, klinisyenlerin verilen örneklere meyletmiş olmasıdır. Örneğin göğüs hastalıkları branşında aile hastalık geçmişi branşında cevap veren 13 klinisyenden ikisi, glokomu sınıflandırmaya konu hastalıklar arasında değerlendirmiştir. Göğüs hastalıkları ile glokom arasında ilişki olup

olmadığına dair literatür taraması yapılmış ancak sonuca ulaşamamıştır. Klinisyenlerin, örnekten etkilenecek bu cevabı yazdıkları düşünülmektedir.

Anketin ilk olgusu olan yaş için, klinisyenlerin 4'lü gruplamayı benimsediği görülmüştür (16-29, 30-49, 50-64, 65+). Klinisyenler, yaş aralıklarında küçük değişiklikler belirtmiş olsalar bile, yaş olgusu için cevap kodlayan 69 klinisyenden 36'sı (%52) 4'lü gruplamayı tercih etmiştir. Klinik branşlar ayrımında, herhangi bir farklı gruplama benimsendiği gözlemlenmemiştir.

Anketin 4. olgusu olan vücut kitle indeksi için, klinisyenlerin ankette belirtilen örneği kabul ettiği gözlemlenmiştir. (20>, 21-25, 26-30, 31-35, 35<) vücut kitle indeksi için cevap kodlayan 66 klinisyenden 41'i (%62) anketteki örneği cevap olarak doldurmuş, bunlardan 18'i ise, (%44) cevap kısmına “örnekteki kategorizasyon uygundur” yazmışlardır. Klinik branşlar ayrımında, herhangi bir farklı gruplama benimsendiği gözlemlenmemiştir.

Yaş ve vücut kitle indeksi özelinde dikkat çekilmesi gereken husus, bu iki olgunun gruplanması hakkında zaten uzun yıllardan beri birçok araştırma yürütülmüş, ders kitaplarına bile indirgenmiş uluslararası bir mutabakat sözkonusudur. Klinisyenlerin, branş bağımsız olmak üzere bu gruplamaları benimsediği gözlemlenmiştir.

Anketin 2. olgusu, sigara kullanımıdır. Sigara kullanımı ile ilgili verilen yanıtlardan yola çıkarak nihai bir kategorizasyon önerisi geliştirilememiştir. Sigara kullanımı ile dikkat çeken husus, klinisyenlerin öncelikle günde ne kadar sigara içildiğiyle (%97), daha sonra ne kadar süre ile sigara içildiğiyle (%58) ilgilenmeleridir.

Anketin 3. olgusu, alkol kullanımıdır. Alkol Kullanımı ile ilgili olarak, sigara kullanımında olduğu gibi, yine nihai bir kategorizasyona ulaşamamıştır. Ancak, klinisyenlerin önce ne sıklıkla alkol tüketildiğine (%60), daha sonra ne kadar süredir alkol tüketildiğine (%40) daha sonra ise tüketilen alkolün içeriğine (düşük alkol – yüksek alkol) (%38) dikkat ettikleridir. Klinikler arası bakıldığında;

- Kulak-Burun-Boğaz ve Kardiyoloji kliniklerinin ne sıklıkla alkol tüketildiğine diğer branşlardan daha fazla dikkat ettiği (sırasıyla %88 ve %83)

- Kulak-Burun-Boğaz kliniğinin, ne süre ile alkol tüketildiğine diğer branşlardan fazla önem verdiği (%63)
- Kulak-Burun-Boğaz ve Psikiyatri kliniklerinin tüketilen alkol miktarına diğer branşlardan daha fazla önem verdiği (sırasıyla %63 ve %67)
- Genel Cerrahi, Göğüs ve Psikiyatri kliniklerinin alkol kullanımını sonlandırmış olmaya (içip bırakmış) diğer branşlardan daha az önem verdiği (sırasıyla %5, %8 ve %0)
- Dahiliye, Kulak-Burun-Boğaz ve Psikiyatri kliniklerinin, tüketilen alkolün muhteviyatı (düşük-yüksek alkol) ile daha fazla ilgilendikleri (sırasıyla %47, %50 ve %56)

Gözlemlenmiştir.

Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili, klinisyenleri yönlendirecek nihai bir kategorizasyona erişilememiştir. Bunun sebeplerinin başında, ilgili olguların klinisyenler tarafından farklı başlıklar altında (tüketim süresi, tüketim sıklığı vb.) kategorize edilmiş olması gösterilebilir. Sigara ve alkol tüketimi hakkında, gerek genel gerekse klinik bazında nihai kategorizasyona erişilebilmesi için, delphi çözüm süreci yürütülmesi uygun sonuçlar alınmasına vesile olacaktır. [McKenna 1994, Keeney ve diğ. 2006]

Anketin 5. olgusu meslek, genel olarak klinisyenlerin gruplamada en fazla zorlandıkları olgudur. Çalışmamızda; her bir klinik branş için, meslek sorusuna cevap veren klinisyenler arasında üçte birden fazla tekrarlanmış meslekler, o branş özelinde meslek için gruplama önerisi olarak verilmiştir. Belirtilen meslekler, ankette zikredilme sıklığına göre, siktan nadire doğrudur.

Tablo 5-1 Meslek Önerileri

DAHİLİYE	GENEL CERRAHİ	GÖĞÜS HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	K.B.B	PSİKİYATRİ
Çiftçi	Çiftçi	İşçi	Akademisyen	Çiftçi	İşsiz
İşçi	Memur	Çiftçi	Çiftçi	Öğretmen	Ev Hanımı
Memur	İşçi	Ev Hanımı	Öğretmen	İşçi	Memur
Öğretmen	Esnaf	Memur	İşsiz	Öğrenci	Öğrenci
Ev Hanımı	Öğretmen	Öğretmen	Esnaf	Yazar	Esnaf
Emekli	İşadamı	Mühendis	Mühendis	İmam	
Öğrenci	Doktor		Doktor	Güneşe Maruziyet	
İşsiz	Mühendis		Ev Hanımı		
Ofis	Sağlık Çalışanı		Hakim		

Anketin 6. olgusu, kişinin kendi hastalık geçmişidir. Her bir klinik branş için, hastalık geçmişi sorusuna cevap veren klinisyenler arasında üçte birden fazla tekrarlanmış hastalıklar, o branş özelinde hastalık için gruplama önerisi olarak verilmiştir. Belirtilen hastalıklar, ankette zikredilme sıklığına göre, sıktan nadire doğrudur.

Tablo 5-2 Hastalık Önerileri

DAHİLİYE	GENEL CERRAHİ	GÖĞÜS HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	K.B.B	PSİKİYATRİ
Diyabet	Koroner Arter	Alerji	Diyabet	Alerji	Diyabet
Hipertansiyon	Diyabet	KOAH	Enfraktüs	KOAH	Enfraktüs
Koah	Koah	Koroner Arter	Hipertansiyon	Kalp Hastalığı	Hipertansiyon
Kanser	Kanser	Pulmoner	Kalp Yetmezliği		Kalp Yetmezliği
Kalp Yetmezliği	Hipertansiyon	Astım	Ameliyat		Ameliyat
Koroner Arter	Ameliyat	Tüberküloz			
		Diyabet			

Anketin 7. ve son olgusu, aile hastalık geçmişi. Her bir klinik branş için, aile hastalık geçmişi sorusuna cevap veren klinisyenler arasında üçte birden fazla tekrarlanmış hastalıklar, o branş özelinde aile hastalığı için gruplama önerisi olarak verilmiştir. Belirtilen hastalıklar, ankette zikredilme sıklığına göre, sıklıktan nadire doğru.

Tablo 5-3 Aile Hastalık Geçmişi Önerileri

DAHİLİYE	GENEL CERRAHİ	GÖĞÜS HASTALIKLARI	KARDİYOLOJİ	K.B.B	PSİKİYATRİ
Diyabet	Kardiyovasküler	Kardiyovasküler	Diyabet	Diyabet	Diyabet
Kardiyovasküler	Kanser	Kanser	Koroner Arter	Kardiyovasküler	Kardiyovasküler
Hipertansiyon	Diyabet	Diyabet	Hiperlipidemi	Genetik	Psikiyatrik
Kanser		Astım	Hipertansiyon	İşitme Kaybı	Alzheimer
		Tüberküloz	Aort Diseksiyonu	Alerji	Tiroid
		Alerji	Ani Ölüm	Kanser	Kanser

Sonuç Olarak;

Yukarıdaki tablolardan da yararlanarak çalışmanın sonuçlarının şu 3 grup altında toplanabileceği görülmüştür;

- Neredeyse her klinik alan için temel kabul gören düzenlemeler:

Yaş ve vücut kitle indeksi, bu grup içinde değerlendirilebilir. Gelecek için hazırlanabilecek temel kalıp örnekleri, gereğinde küçük değişikliklerle (klinik ya da hasta grubu bazında) klinisyenlere hizmet edecek ölçekler oluşturulabilir. Bu iki olgunun neredeyse her klinik alan için temel kabul gören düzen üretebilmesinin en bilinen nedeni, bu olgular hakkında yüzyıllardır süregelen ortak payda arayışlarının sonuca ulaşmış olmasıdır.

- Her kliniğin kendi içinde temel kabul gören düzenlemeler:

Meslek, hastalık geçmişi ve aile hastalık geçmişi, bu grup içinde değerlendirilebilir. Klinisyenler, mensubu oldukları kliniklerin doğası gereği, bu sorular için kendi içinde tutarlı cevap setleri üretmişlerdir. Tezin sonuç ve tartışma kısmında detaylı olarak yer verilen sonuçlar, gereğinde küçük değişikliklerle, gelecek için hazırlanabilecek temel kalıp örneklerine altyapı sağlayabilir.

- Bir klinik alanda bile yapılandırılmayacak kadar çok fazla çeşitlilik gösteren özellikler:

Sigara ve alkol kullanımı, bu grup içinde değerlendirilebilir. Bu olguların tüketimleri, vücutta ve çevrede (sigara olgusunda pasif içicilik, alkol kullanımında alkolizme bağlı aile bireylerinde depresyon vb.), klinikler içinde bile farklılaşan;

- Sigara olgusu ile, kliniğin doğası gereği en yoğun şekilde ilgilenen göğüs hastalıkları kliniğine mensup klinisyenlerin %23'ü sigarayı içip bırakmış olmayı kategori olarak nitelemişken, dahiliye kliniğinde bu oran %47'dir.

- Psikiyatri kliniğinden bir klinisyenin ise cevapları tam olarak şu şekildedir;
 - 1-5/5 sene
 - 6-15/10 sene
 - 16-20/ 10 sene
 - 20 ve yukarsı geri kalan dönemde
 - 30-40 yaş arası 20 sigara içenin en sık bıraktığı yaş grubu
 - 40 yaştan sonra bırakmak daha fazla zorlaşıyor. Bu yaşta azalan beyin salgılarının yerine nikotin ikame ediliyor. Rahatladığı için bırakmak daha zor.
- Alkol kullanımında, süre, sadece bir psikiyatr tarafından kategori olarak belirtilmişken, 10 genel cerrah alkol kullanım süresini kategori olarak değerlendirmiştir.
- Yine alkol kullanımında, alkol içme saati, alkole başlama yaşı ve cinsiyet, farklı kliniklerden klinisyenler tarafından birer kere kategori olarak belirtilmiştir.
- Dahiliye kliniğinden bir klinisyenin cevapları tam olarak şu şekildedir;
 - Haftanın x gunu x şişe bira içiyor. X yıldır devam ediyor.
 - X yıl önce bırakmış. Daha önce x yıl haftada x şişe sarap içmiş.

Alkol ve sigara olguları için, her kliniğin kendi içinde (ulusal ve uluslararası kongreler vs.) etkinlikler düzenleyerek, bir gruplamaya ulaşması önerilmiştir.

Çalışma, sadece uzaktan (e-mail ve telefon) davet ile yapıldığı için, katılımın düşük gerçekleştiği düşünülmektedir. İleriki çalışmalarda, uzaktan davetin yanında, yüzyüze görüşme ile ankete katılımın artırılması uygun olacaktır. Ayrıca, hasta muayene kayıtları üzerinde bir çalışma yapılırsa, nasıl bir kategorizasyon yapılması öngörüldüğü sorgulandığı için, çalışmaya akademik ünvanı olan klinisyenler davet edilmiştir. Ancak bazı klinisyenler, muayene kayıtları üzerinde çalışma yapmamakta ya da yapsa bile bu çalışmaların tasarımını tamamen istatistik uzmanına terkedebilmektedir. Bu bağlamda, bu konu üzerinde ileride kurgulanacak çalışmalarda,

hasta verisi kaydı üzerinde kendi tecrubesi, bilgisi ve vizyonunu kullanmak isteyen klinisyenlerin tesbit edilerek, ankete bu kişilerin davet edilmesi, katılımı ayrıca artıracak ve daha geçerli sonuçlar alınmasını sağlayacaktır.



KAYNAKLAR

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/methods/en/takala.pdf
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

- Lichstein, P. R. (1990). The medical interview.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Jama*, 277(8), 678-682.
- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putnam, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32(2), 175-182.
- Haidet, P., & Paterniti, D. A. (2003). Building a history rather than taking one: A perspective on information sharing during the medical interview. *Archives of Internal Medicine*, 163(10), 1134-1140.
- Ueki, K., Hayashida, T., & Kobayashi, T. (2006, April). Subspace-based age-group classification using facial images under various lighting conditions. In *Automatic Face and Gesture Recognition, 2006. FGR 2006. 7th International Conference on* (pp. 6-pp). IEEE.
- Shimada, H., Chatten, J., Newton, W. A., Sachs, N., Hamoudi, A. B., Chiba, T., ... & Misugi, K. (1984). Histopathologic prognostic factors in neuroblastic tumors: definition of subtypes of ganglioneuroblastoma and an age-linked classification of neuroblastomas. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 73(2), 405-416.
- Horng, W. B., Lee, C. P., & Chen, C. W. (2001). Classification of age groups based on facial features. *淡江理工學刊*, 4(3), 183-192.
- WHO, E. C. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* (London, England), 363(9403), 157.
- Freedman, D. S., Wang, J., Thornton, J. C., Mei, Z., Sopher, A. B., Pierson, R. N., ... & Horlick, M. (2009). Classification of body fatness by body mass index-for-age

- categories among children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(9), 805-811.
- Smith, C. J., Perfetti, T. A., Rumple, M. A., Rodgman, A., & Doolittle, D. J. (2000). "IARC group 2A Carcinogens" reported in cigarette mainstream smoke. *Food and Chemical Toxicology*, 38(4), 371-383.
- Leslie, R. D. G., Kolb, H., Schloot, N. C., Buzzetti, R., Mauricio, D., De Leiva, A., ... & Hunter, S. (2008). Diabetes classification: grey zones, sound and smoke: Action LADA 1. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 24(7), 511-519.
- Pierce, J. P., León, M. E., Secretariat, I. A. R. C., & IARC Handbook Volume 13 Working Group. (2008). Effectiveness of smoke-free policies.
- Sillanauke, P., & Olsson, U. (2001). Improved diagnostic classification of alcohol abusers by combining carbohydrate-deficient transferrin and γ -glutamyltransferase. *Clinical Chemistry*, 47(4), 681-685.
- Edwards, G., Arif, A., & Hadgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 59(2), 225-242.
- Levine, J. M., Kramer, G. G., & Levine, E. N. (1975). Effects of alcohol on human performance: An integration of research findings based on an abilities classification. *Journal of Applied Psychology*, 60(3), 285.
- Ganzeboom, H. B. (2010, May). A new International Socio-Economic Index (ISEI) of occupational status for the International Standard Classification of Occupation 2008 (ISCO-08) constructed with data from the ISSP 2002-2007. In *Annual Conference of International Social Survey Programme*, Lisbon(Vol. 1).
- Schnitzer, P. G., Olshan, A. F., & Erickson, J. D. (1995). Paternal occupation and risk of birth defects in offspring. *Epidemiology*, 577-583.
- Gerhardsson, M., Norell, S. E., Kiviranta, H., Pedersen, N. L., & Ahlbom, A. (1986). Sedentary jobs and colon cancer. *American Journal of Epidemiology*, 123(5), 775-780.
- Bamford, J., Sandercock, P., Dennis, M., Warlow, C., & Burn, J. (1991). Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *The Lancet*, 337(8756), 1521-1526.

- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1). World Health Organization.
- Walton, J. N., & Nattrass, F. J. (1954). On the classification, natural history and treatment of the myopathies. *Brain*, 77, 169-231.
- Riggs, S. A., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 195.
- Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(2), 190.
- Stronks, K., Kulu-Glasgow, I., & Agyemang, C. (2009). The utility of 'country of birth' for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience. *Ethnicity & health*, 14(3), 255-269.
- Cohen, A. M., & Hersh, W. R. (2005). A survey of current work in biomedical text mining. *Briefings in bioinformatics*, 6(1), 57-71.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing?. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1221-1225.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 205-212.
- Velicangil, S. (1980). *Koruyucu ve sosyal Tıp. Filiz Kitabevi.*
- Cohen, A. M., & Hersh, W. R. (2005). A survey of current work in biomedical text mining. *Briefings in bioinformatics*, 6(1), 57-71.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

FARKLI TIP ALANLARININ TEMEL HASTA ÖZELLİKLERİ KAYDI AÇISINDAN ÇEŞİTLİLİKLERİNİN BELİRLENMESİ VE ORTAK DÜZEN KURGULAMASI

ORJİNALLİK RAPORU

% 0	% 0	% 0	% 0
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.library.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
2	www.fizijatri.org İnternet Kaynağı	<% 1

Alıntıları çıkart üzerinde Eşleşmeleri çıkar < 5 words
Bibliyografyayı Çıkart üzerinde