

HEKİMLERİN DİYABET VE RİSK FAKTÖRLERİNİN AZALTILMASINA YÖNELİK FARKINDALIK OLUŞTURMA DURUMLARI VE SORUNLARI*

A. Önder PORSUK¹, Muzaffer Eskiocak², Armağan Tuğrul³

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı hekimlerin DM ve/veya risk faktörleri hakkında sosyal farkındalık yaratma konusundaki mevcut durumu ve sorunlarını belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma 2010 yılında Kırklareli'nde yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Araştırma evreni, Kırklareli ilinde araştırma tarihinde çalışan tıp doktorlarıdır. Genel katılım oranı %88,9'dur (N = 312). Veri toplamada araştırmacılarca geliştirilmiş anket formları kullanılmıştır. Veriler SPSS programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %69,9'u erkek ve yaş ortalaması kadınlarda 36,5, erkeklerde 44,3 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %64,7'si DM'nin büyük ölçüde önlenilebileceğini düşünmektedir. Katılımcıların %41,0'inin toplumsal farkındalık yaratmak amacıyla gerekli gördükleri yaklaşımları uygulayamadıkları tespit edilmiştir. **Sonuç:** Katılımcıların yarısından fazlası kendisini DM açısından riskli olup olmama durumu bakımından yanlış grupta konumlandırmışlardır. Hekimlerin ağır iş yükleri ve ekonomik sorunlarının sosyal farkındalık yaratmada öncelikli sorunlar olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, hekimlerin periyodik eğitimler almaları ve ekonomik ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerektiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Toplumsal Farkındalık, Diyabetin Önlenmesi

SITUATIONS AND PROBLEMS OF PHYSICIANS ABOUT CREATING AWARENESS FOR REDUCING DIABETES AND RISK FACTORS

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to determine the current status and problems of physicians about creating social awareness on Diabetes and/or risk factors. **Materials and Methods:** The study was a descriptive and cross-sectional survey conducted in Kırklareli in 2010. The population of the study consisted of physicians working in Kırklareli. Overall participation rate was 88,9% (N=312). A questionnaire developed by researchers was used for data collection. The data were evaluated by SPSS program. In the analysis of data, descriptive statistics, chi-square tests were used. **Results:** 69,9% of the respondents were male, and mean age was 36,5 for women and 44,3 years for men. 64,7% of the participants thought that Diabetes could be prevented to a large extent. It was determined that 41.0% of the participants could not implement the approaches they deemed necessary to create social awareness. **Conclusion:** More than half of the participants positioned themselves in the wrong group in terms of Diabetes risk status. It was determined that the heavy workloads and economic problems of the physicians were ranked as primary problems in creating social awareness. Finally, it was found that physicians should be educated periodically and their economic and working conditions should be improved.

Keywords: Diabetes, Social Awareness, Prevention of Diabetes

*Bu çalışma Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında 2012 yılında yapılmış olan Kırklareli ilinde Çalışan Hekimlerin Tip 2 Diyabet ve Tip 2 Diyabetin Risk Faktörlerinin Saptanması ve Azaltılmasına Yönelik Hizmet Verdikleri Toplumda Farkındalık ve Davranış Değişikliği Yaratma Açısından Durumları ve Sorunlarının Değerlendirilmesi isimli doktora tezinden üretilmiştir.

¹ Dr. Halk Sağlığı Phd. Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, onderporsuk@gmail.com

² Prof. Dr. Tü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne

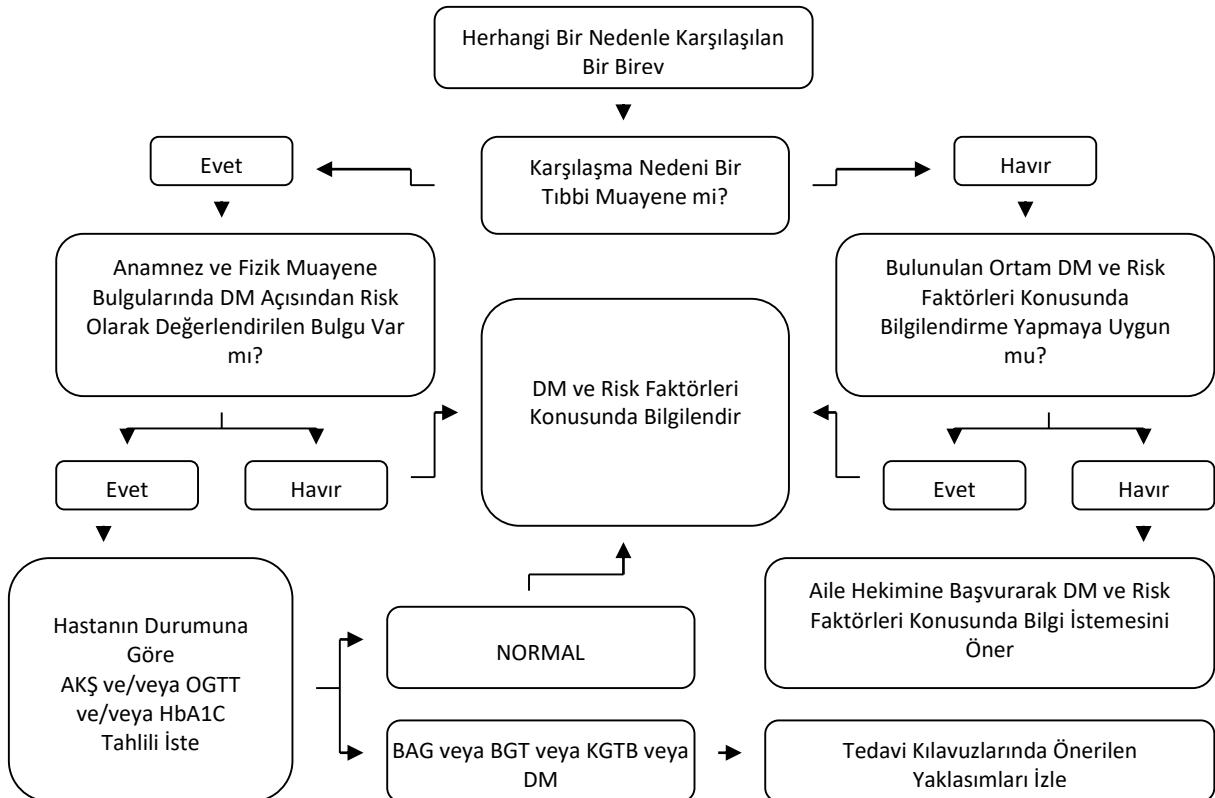
³ Prof. Dr. Tü Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

GİRİŞ

Ülkemizde artan gelişmişlik düzeyi ile birlikte hastalık örüntüleri de değişime uğramakta, bundan 20 - 30 yıl öncesinde bulaşıcı hastalıklar çok daha öncelikli iken, bugün farklı hastalık grupları önem kazanmakta, beklenen yaşam sürelerinin uzaması, kronik hastalıklarla mücadeleyi zorunlu hale getirmektedir. Bu kronik hastalıklardan biri olan Diabetes Mellitus (DM), sık görülmesi, yüksek mortalite ve morbidite oranı ve yol açtığı büyük ekonomik kayıplar nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu niteliği kazanmıştır. DM, vücutta çeşitli nedenlerle insülin üretiminde, kullanımında veya her ikisinde de anormallik olması sonucu ortaya çıkan, değişik tipleri bulunan, spesifik özelliği kanda glukoz seviyesinin yükselmesi olan, vücutta çok sayıda sistemi ve organı etkileyen, kronik olduğu kabul edilen bir metabolik ve endokrinolojik bozukluk tablosu olarak tanımlanabilir (Porsuk ve ark., 2012). DM, mikrovasküler komplikasyonlarına bağlı olarak (nöropati, nefropati, retinopati), makrovasküler komplikasyonlarına bağlı olarak (iskemik kalp hastalığı, inme, periferik damar hastalığı) morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan kronik bir hastalıktır. Komplikasyonları nedeniyle yaşam kalitesini düşürür ve yaşam süresini kısaltır (WHO, 2006).

2010 itibarı ile tüm dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %6,6 olduğu ve 2030 yılında %18 artışla bu değer %7,8 olacağı, başka bir deyişle günümüzde 285 milyon olan diyabetli nüfusun yirmi yıl sonra 438 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Sicree ve ark., 2009). Ülkemizde ise 1998 yılında tamamlanan TURDEP çalışmasında, yirmi yaş ve üzeri toplumun %7,2'sinde DM saptanmıştır (Satman ve ark., 2002). 2010 yılında sonuçları açıklanan TURDEP II çalışmasına göre ise, erişkin Türk toplumunda DM'nin %13,7'ye ulaştığı görülmüştür. Bilinen diyabetlilerin toplam diyabetlilere oranı şeklinde tanımlanan DM farkındalığının en yüksek olduğu bölgede dahi %61,6 olması, farkındalık konusunda ciddi bir sorun olduğunu düşündürmektedir (Satman ve ark., 2011).

DM ve komplikasyonlarının neredeyse tüm tıp branşlarını ilgilendirmesi nedeniyle, konu hakkında toplumsal farkındalık yaratmak amacıyla yapılacak çalışmalarda uzmanlık alanına bakılmaksızın her hekime görev düşüğü düşünülmemekte ve Şekil 1'de görülen algoritma önerilmektedir (Porsuk ve ark., 2012).



Şekil 1: Herhangi Bir Branştan Hekimin DM ve Risk Faktörleri Konusunda Toplumsal Farkındalık Yaratmak Amacıyla İzlemesi Önerilen Algoritma (Şekil 1'deki kısaltmalar; AKŞ: Açlık Kan Şekeri, BAG: Bozulmuş Açlık Glukozu, BGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı, KGTB: Kombine Glukoz Tolerans Bozukluğu, OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi)

Bu çalışmanın amacı, Kırklareli ilinde çalışan hekimlerin DM ve risk faktörlerinin saptanması ve azaltılmasına yönelik hizmet verdikleri toplumda farkındalık ve davranış değişikliği yaratma açısından durumlarını ve sorunlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir araştırmaya geçmişe yönelik olarak bakarak, ilgililerin günümüzdeki mevcut durumu değerlendirmesine ve sorunların belirlenerek çözümler üretilebilmesine ışık tutacak verileri paylaşmak suretiyle konuya katkıda bulunmaktadır.

YÖNTEM

Çalışma, Kırklareli İlinde, 2010 yılı Ağustos - Aralık ayları arasında yürütülmüş, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Kırklareli İlinde çalışma tarihi itibarıyla toplam 41 Aile Sağlığı Merkezi'nde 94 Aile Hekimliği Birimi, her ilçede bir tane olmak üzere 8 Toplum Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. İlde ayrıca iki halk sağlığı laboratuvarı, iki ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, 3 verem savaş dispanseri ve 13 acil sağlık hizmetleri istasyonu hizmet vermektedir. Çalışma yapıldığı sırada özel birinci basamak sağlık kuruluşu olarak 39 muayenehane ve 30 işyeri sağlık birimi hizmet vermektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında 5 devlet hastanesi, 3 özel hastane, 4 tıp merkezi ve 1 özel diyaliz merkezi bulunmaktadır. İl sınırları içerisinde 3. basamak sağlık kurumu bulunmamaktadır (Porsuk ve ark., 2012). Araştırma bölgesinin seçilmesinin nedenleri arasında, araştırmacılar tarafından bölgede çalışan hekimlerin konu hakkında yaşadıkları sorunların yoğun olduğunun düşünülmesi, yapılan literatür taramasında bölgeye ait veri bulunamamış olması ve araştırmacıların uzun yıllardır Kırklareli'nin de içinde yer aldığı Trakya Bölgesinde çalışıyor olmaları ve bölgeyi iyi tanıdıklarını düşünmeleri sayılabilir.

Çalışma başlangıcında ilde 171 uzman hekim ve 180 pratisyen hekim olmak üzere, toplam 351 hekimin çalıştığı tespit edilmiştir. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Bu hekimlerden, 312 kişi (N=312) çalışmaya katılmışlardır ve genel katılım oranı %88,9'dur.

Çalışmaya katılan uzman hekimler, araştırmacılar tarafından dahili branşlar ve cerrahi branşlar olarak sınıflandırılmışlardır. Dahili branşlara aile hekimliği, anestezi ve reanimasyon, klinik biyokimya, çocuk hastalıkları, iç hastalıkları, deri ve zührevi hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, fizik tedavi, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, klinik mikrobiyoloji, nöroloji, nükleer tıp, patoloji, psikiyatri ve radyoloji uzmanları dahil edilmiştir. Cerrahi branşlara ise, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun boğaz, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi, plastik cerrahi ve üroloji uzmanları dahil edilmiştir.

Katılımcıların DM ve/veya risk faktörlerine karşı farkındalık yaratmak amacıyla önermeyi gerekli gördüklerini bildirdikleri yaklaşımlar, ulusal ve uluslararası kılavuzlarda yapılan önerilere göre "önerilen yaklaşımlar" ve "önerilmeyen yaklaşımlar" olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre risk faktörlerine yönelik anamnez, vücut kitle endeksi hesaplatma, hastalık ve risk faktörleri hakkında eğitim, AKŞ, HbA1C, tansiyon ölçtürmelerini ve OGTT yaptırılmalarını önerme yanıtları önerilen yaklaşımlara dahil edilmiştir. Lipid tahlili yaptırma, tokluk kan şekeri ölçtürme ve diğer seçeneği altında belirtilen aslında DM hastalığının takip ve tedavisinde önemli olduğu halde tanı ve farkındalık için önerilmeyen benzeri yaklaşımlarla, fikrim yok ve hiçbirini gerekli görmüyorum yanıtları önerilmeyen yaklaşımlara dahil edilmiştir. Bir de DM ve/veya risk faktörlerine yönelik doğrudan tarama testi olarak önerilen yaklaşımlar olarak bir sınıflama yapılarak bu sınıflamaya da AKŞ, OGTT ve HbA1C alınmıştır.

Bu sınıflamalarda tartışma yaratabilecek olan HbA1C ölçümüdür. Çünkü bazı uluslararası kuruluşlar tarafından bu ölçümün bir tanı testi olarak kullanılabilmesi bildirilmektedir (Diab Care 2011). Oysa Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) çalışma yapıldığı tarihteki en son kılavuzunda, HbA1C ölçümünün ülkemiz için bir tanı testi olarak uygun olmadığını belirtmektedir. Buna gerekçe olarak da ülkemizde bu teste ulaşımdaki zorlukları ve standardizasyon sorunlarını göstermektedir (TEMED,2009). Ancak araştırmanın yürütüldüğü bölgede bu konuda nispeten sorunların daha az yaşandığı, hem birinci basamak, hem de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde laboratuvar kullanımında fazla sorun olmadığı düşünüldüğü için uluslararası kılavuzlara uyularak HbA1C önerilen yaklaşımlar arasında konumlandırılmıştır.

Çalışmada, araştırmacılarca geliştirilmiş anket formları kullanılmıştır. Anket formları katılımcılara üzerinde herhangi bir işaret bulunmayan zarflar içerisinde ulaştırılmış, kendileri açısından uygun olan bir zamanda doldurmaları istenmiş ve ikinci ziyarette geri toplanmıştır. Anket formunun doldurulmuş olması katılımcının onamı olarak kabul edilmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testleri kullanılmış, değerlendirmede SPSS paket programından yararlanılmıştır. Farklılıkların belirlenmesinde $p < 0,05$ olduğu sonuçlar anlamlı fark olarak kabul edilmiştir.

Kırklareli İlinde çalışan hekimlerin tamamının araştırmaya dahil edilememesi, çalışmanın yapıldığı tarih aralığının, AH sistemine geçişin ilk aylarına denk gelmesi nedeniyle, çalışmaya katılan hekimlerin bir kısmı buldukları kurumlarda sadece birkaç aydır çalışmakta olan hekimler olmaları, boy, kilo, bel çevresi vb. niceliksel değerler ölçüm yoluyla değil, katılımcıların beyanlarından elde edilmiş olması, anket formlarının katılımcılar tarafından gözlem altında olmaksızın doldurulmasının yarattığı sorunlar araştırmanın kısıtlılıkları olarak sayılabilir.

BULGULAR

Katılımcılardan bazıları yaşlarını ve cinsiyetlerini bildirmemişlerdir. Beyan edilenlerle yapılan değerlendirmede, katılımcıların yaş ortalaması kadınlarda $36,5 \pm 8,7$ (min 25, maks 61, ortanca 36), erkeklerde $44,3 \pm 9,6$ (min 27, maks 72, ortanca 43) olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n= 311)

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	% (Genel)
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%		
25 – 29	22	7,1	12	3,9	34	10,9
30 – 34	13	4,2	16	5,1	29	9,3
35 – 39	27	8,7	39	12,5	66	21,2
40 – 44	11	3,5	45	14,5	56	18,0
45 – 49	6	1,9	28	9,0	34	10,9
50 – 54	4	1,3	25	8,0	29	9,3
55 – 59	1	0,3	17	5,5	18	5,8
60 yaş ve üstü	3	1,0	16	5,1	19	6,1
Toplam	87	28,0	198	63,7	285	91,6
Yaşını Beyan Etmeyen	6	1,9	20	6,4	26	8,4
TOPLAM	93	29,9	218	70,1	311	100,0

Çalışmaya katılan hekimlerin içinde %51,9'la (n= 162) en yüksek oranın pratisyen hekimlerde olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Branşlarına Göre Dağılımları

Branş	Sayı	%
Pratisyen Hekim	162	51,9
Dahili Branşlar Toplamı	77	24,7
Cerrahi Branşlar Toplamı	56	17,9
Uzman (Alanını Belirtmemiş)	17	5,4
Toplam	312	100,0

Çalışma başlangıcında merak edilen konulardan biri, katılımcıların DM ve risk faktörleri açısından kişisel uygulamaları ve farklılık durumlarıdır. Katılımcılara hareketsiz yaşam açısından yaşam tarzları da sorulduğunda en sıklıkla işaretlenen seçenek %53,2 (n= 166) ile "çok nadir de olsa egzersiz yaparım" seçeneği olmuştur. Katılımcılar sebze meyve tüketimleri açısından değerlendirildiğinde, sayıca en yoğun olan grubun %44,2 ile (n= 138) günde iki öğün/defa sebze meyve tüketen grup olduğu görülmüştür. Kendi tansiyonlarını düzenli olarak takip ettiklerini bildiren hekimlerin oranı %57,1 (n= 178) olarak saptanmıştır. Bu amaçla sorulan sorulara verilen yanıtlar Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların DM Risk Faktörü Kabul Edilen Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Kişisel Özellik	Evet		Hayır*	
	Sayı	%	Sayı	%
45 - 54 Yaş Grubunda	63	20,2	249	79,8
55 - 64 Yaş Grubunda	35	11,2	277	88,8
65 Yaş ve Üstü Grubunda	2	0,6	310	99,4
BKİ ≥ 25 ve ≤ 30 kg/m ²	147	47,1	165	52,9
BKİ > 30 kg/m ²	41	13,1	271	86,9
Bel Çevresi (Kadın) ≥ 80 ve ≤ 88 cm	12	12,9**	81	87,1**
Bel Çevresi (Kadın) > 88 cm	6	6,5**	87	93,5**
Bel Çevresi Bilinmeyen (Kadın)	56	60,2**	37	39,8**
Bel Çevresi (Erkek) ≥ 94 ve ≤ 102 cm	34	15,6**	184	84,6**
Bel Çevresi (Erkek) > 102 cm	20	9,2**	198	80,8**
Bel Çevresi Bilinmeyen (Erkek)	133	61,0**	85	39,0**
Düzenli Olarak Egzersiz Yapıyor	118	37,8***	193	61,9***
Sebze - Meyve Tüketimi Günde 1 Öğün/Defadan Az	6	1,9	306	98,1
Yakınlarında DM Var	93	29,8	219	70,2
Hipertansiyon Var	37	11,9	275	88,1
Gestasyonel DM Tanısı Almış	1	1,1**	92	98,9**
Doğum Tartısı 4 kg Üzerinde Doğumu	5	1,6**	88	98,4**

* Bilinmeyenler bu gruba dahil edilmiştir.
**Kendi cinsiyeti içinde oran
*** n= 311

Katılımcılara DM hastalığı açısından kendilerini riskli grupta görüp görmedikleri sorulduğunda %36,5'i (n= 114) evet, %63,5'i (n= 198) hayır yanıtını vermişlerdir. IDF'nin önerdiği "Diyabet Risk Testi"ne göre katılımcıların DM açısından riskleri hesaplanmış, 174 katılımcının (%55,8) kişisel risk algısıyla, hesaplanan risk durumlarının örtüşmediği görülmüştür (Tablo 4). Bu katılımcıların uzman olup olmama durumlarına göre dağılımlarının farklı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 0,583$, $sd= 1$, $p= 0,445$). İlginç bir bulgu da riskli grupta olduklarını bildiren ve DM'nin büyük oranda engellenebileceğini düşünen (veya bilen) katılımcılardan (n= 79), %21,5'inin (n= 17) son bir yıl içerisinde DM açısından inceleme yaptırmamış olmalarıdır.

Tablo 4: Katılımcıların Diyabet Risk Testine Göre Hesaplanmış Riskleriyle, Kendilerini DM Riski Açısından Nasıl Algıladıklarının Karşılaştırılması

Katılımcının Algısı	Diyabet Risk Testine Göre Hesaplanmış Risk*						Toplam
	Risk Yok		Düşük Risk		Yüksek Risk		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
DM Açısından Riskli Gruptayım	17	14,9	35	30,7	62	54,4	114
DM Açısından Riskli Grupta Değilim	41	20,7	85	42,9	72	36,4	198
Toplam	58	18,6	120	38,5	134	42,9	312

* Bilinmeyen değerler "0" kabul edilmiştir.

Katılımcıların DM hastalığıyla ilgili mezuniyet sonrası eğitim etkinliklerine katılımları incelendiğinde, DM hakkında oturumlar içeren kongrelere son bir yıl içinde katılımları açısından uzmanlık alanlarına göre dağılımlarında anlamlı fark olduğu, pratisyen ve dahili branşlarda çalışan hekimlerin, uzman olduğunu bildiren ancak uzmanlık alanını belirtmeyen ve cerrahi branşlarda çalışan hekimlere göre DM hakkında oturumlar içeren kongrelere daha fazla katıldıkları görülmüştür ($\chi^2= 16,134$, $sd= 3$, $p= 0,001$). Benzer şekilde konusu DM olan günlük toplantı katılımı açısından hekimlerin uzmanlık alanlarına göre anlamlı fark olduğu ve pratisyen ve dahili branşlarda çalışan hekimlerin, uzman olduğunu bildiren ancak uzmanlık alanını belirtmeyen ve cerrahi branşlarda çalışan hekimlere göre daha fazla katıldıkları saptanmıştır ($\chi^2= 16,426$, $sd= 3$, $p= 0,001$). Katılımcıların son bir yılda DM hakkında bilgi alabilecekleri toplantılara katılımlarının uzmanlık alanlarına göre dağılımı Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5: Katılımcıların Son Bir Yılda DM Hakkında Bilgi Alabilecekleri Toplantılara Katılımlarının Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımı

Toplantı Türü	Katılan Hekimler								Toplam	
	Pratisyen		Dahili Branşlar		Cerrahi Branşlar		Uzman (Alanını Belirtmemiş)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ana Konusu DM Olan Kongreler	27	8,7	15	4,8	5	1,6	1	0,3	48	15,4
DM Hakkında Oturumlar İçeren Kongreler	52	16,7	24	7,7	5	1,6	1	0,3	82	26,3
Konusu DM Olan Günlük Toplantılar	68	21,8	21	6,7	10	3,2	2	0,6	101	32,4
DM Konusunda Sertifikalandırılan Eğitimler	21	6,7	10	3,2	4	1,3	1	0,3	36	11,5
DM Konulu Başka Tür Eğitimler	36	11,5	11	3,5	5	1,6	3	1,0	55	17,6

Katılımcılara DM hastalığının, risk faktörlerine yönelik girişimlerle engellenmesi veya en azından geciktirilmesi amacıyla yapılan çalışmalar hakkındaki düşünceleri sorulduğunda, katılımcıların %79,7'sinin ($n= 249$) DM vakalarının yarı yarıya veya daha fazla oranda engellenebileceğini düşündükleri görülmektedir. DM ve risk faktörleri yönünden riskli olduğunu düşündükleri bir bireyle karşılaşırlarsa, tutumlarının ne olacağına yönelik soruya katılımcıların en sıklıkla verdikleri cevap "Eğitim Vermeli ve Öğütlerde Bulunmalıyım + Anamnez Almalıyım + Fizik Muayene Yapmalıyım + Gerekli Tahlilleri Yaptırmalıyım" olmuştur (Tablo 6). Bu seçenek en yüksek oranda ($n= 121$, %74,7) pratisyen hekimlerce işaretlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2= 31,335$, $sd= 3$, $p= 0,000$). Dikkat çeken bir bulgu da dahili branşlarda çalışan hekimlerin %42,9'unun ($n= 33$) eğitim verip, öğütlerde bulunmayı yeterli görmeleridir. Bu bulgu da istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 16,438$, $sd= 3$, $p= 0,001$).

Tablo 6: Katılımcıların DM Yönünden Riskli Bir Bireyle Karşılaştıklarında Tutumlarının Dağılımı ($n= 308$)

Beyan Edilen Tutum	Sayı	%
Konuyla İlgili Bir Görevim Olduğunu Düşünmüyorum	14	4,5
Eğitim Vermeli ve Öğütlerde Bulunmalıyım	90	29,2
+ Anamnez Almalıyım	7	2,3
+ Fizik Muayene Yapmalıyım	7	2,3
+ Gerekli Tahlilleri Yaptırmalıyım	190	61,7
Toplam	308	100,0

Katılımcılara, DM açısından riskli olarak değerlendirilebilecek somut bulguları olan bir bireyle karşılaştıklarında uygulayacaklarını beyan ettikleri davranışları da sorulmuştur. Derhal sevk ederim yanıtını en düşük oranda (%18,8), buna mukabil konsültasyon isteyebilirim, ama tedavi düzenleme ve takip benim görevim seçeneğini en yüksek oranda (%58,1) pratisyen hekimlerin tercih etmesi ve bu bulguların istatistiksel açıdan anlamlı olması ilgi çekici bir bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: Uzmanlık Alanına Göre Katılımcıların Riskli Bulguları Olan Bireylere Karşı Uygulayacaklarını Beyan Ettikleri Davranışları (n= 310)

Uzmanlık Alanı	Beyan Edilen Davranış															
	Derhal Sevk Ederim				Tedavisini Düzenleyemem, Ama Takip Ederim				Konsültasyon İsteyebilirim, Ama Tedavi Düzenleme ve Takip Benim Görevim				Komplikasyon Olmadıkça Konsültasyona Gerek Görmem			
	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	p
Pratisyen Hekim	30	18,8	30,135 (sd= 3)	0,000	25	15,6	3,796 (sd= 3)	0,284	93	58,1	28,409 (sd= 3)	0,000	12	7,5	5,676 (sd= 3)	0,128
Dahili Branşlar	29	37,7			15	19,5			29	37,7			4	5,2		
Cerrahi Branşlar	27	48,2			15	26,8			14	25,0			0	0,0		
Uzman (Alanını Belirtmemiş)	11	64,7			4	23,5			2	11,8			0	0,0		
Toplam	97	31,3			59	19,0			138	44,5			16	5,2		

Katılımcılara riskli olarak değerlendirilebilecek bir bireyle karşılaştıklarında bir girişimi gerekli görüyorlarsa kimleri hedef grup olarak kabul edecekleri sorulduğunda, %49,7 ile (n= 155) en çok işaretlenen seçenek “karşılaştığım riskli olabilecek insanları” olmuştur ve istatistiksel açıdan fark vardır ($\chi^2= 11,201$, sd= 3, p= 0,011) (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcı Bir Girişimi Gerekli Görüyorsa Hedef Grup Olarak Kabul Ettiği Grupların Dağılımı (n= 297)

Hedef Grup	Pratisyen		Uzman		χ^2 (sd)	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Polikliniğe Başvuran Bireyleri	25	15,6	30	21,9	11,201 (3)	0,011
Kayıtlı Olan Bireyleri	23	14,4	5	3,6		
Karşılaştığı Riskli Olabilecek İnsanlar	79	49,4	76	55,5		
Karşılaştığı Tüm İnsanlar	33	20,6	26	19,0		
Toplam	160	100	137	100		

Hizmet verdikleri toplumda, riskli olduğunu düşündükleri kişilerde, DM ve/veya risk faktörlerine karşı farkındalık yaratmak amacıyla hangi yaklaşımları önermeyi gerekli gördükleri sorulduğunda, en çok bildirilen yaklaşımın %76,6 (n= 232) ile “Açlık Kan Şekeri Ölçtürme” olduğu görülmüştür (Tablo 9). AKŞ ölçtürmeyi pratisyen hekimlerin %79,6’sının (n= 129), uzman hekimlerin %68,7’sinin (n= 103) gerekli gördükleri ve katılımcıların uzmanlık durumlarına göre farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 4,910$, sd= 1, p= 0,027). Katılımcıların DM hakkında bilgi alabilecekleri kongrelere ($\chi^2= 1,916$, sd= 1, p= 0,166) veya kongre dışı toplantılara ($\chi^2= 1,967$, sd= 1, p= 0,161) katılımlarına göre AKŞ ölçtürme hakkındaki tutumları arasında fark tespit edilmemiştir. Sıklık açısından ikinci sırada (n= 222, %73,0) işaretlenen “Hastalık ve Risk Faktörleri Hakkında Eğitim” seçeneğini işaretleyen katılımcıların uzmanlık durumlarına göre fark olmadığı ($\chi^2= 0,466$, sd= 1, p= 0,495), ancak bu katılımcıların kongrelere katılımlarına göre dağılımlarında ise anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 5,761$, sd= 1, p= 0,016). Kongrelere katılan katılımcıların %80,9’u (n= 72) DM ve risk faktörlerine yönelik farkındalık yaratmak amacıyla eğitimi gerekli görürken, katılmayanlarda bu oran %67,3 (n= 150) olarak tespit edilmiştir.

DM ve risk faktörleri açısından toplumsal farkındalık yaratmak amacıyla önerilmeyen yaklaşımlar içerisinde en sıklıkla işaretlenen yaklaşımın lipid tahlili yaptırma (n= 158) olmuştur. Bu seçeneği kongrelere katılan katılımcıların %62,9'unun (n= 56), katılmayanların %45,7'sinin (n= 102) tercih ettiği ve farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2= 7,513$, sd= 1, p= 0,006). Aynı şekilde, lipid ölçtürmeyi gerekli gören katılımcıların kongre dışı toplantılara katılımlarına göre dağılımlarının da farklı olduğu bulunmuştur. Kongre dışı toplantılara katılan katılımcıların %58,8'i (n= 83) DM ve risk faktörlerine yönelik farkındalık yaratmak amacıyla lipid tahlili gerekli görürken, bu kez katılmayanlarda bu oran %36,2 (n= 75) olarak saptanmıştır ($\chi^2= 15,547$, sd= 1, p= 0,000).

Tablo 9: Katılımcıların DM ve/veya Risk Faktörlerine Karşı Farkındalık Yaratmak Amacıyla Önermeyi Gerekli Gördüğü Yaklaşımların Dağılımı

Gerekli Görülen Yaklaşım*	Sayı
Açlık Kan Şekeri Ölçtürme	232
Hastalık Ve Risk Faktörleri Hakkında Eğitim	222
HbA _{1c} Ölçtürme	158
Lipid Tahlili Yaptırma	158
Tansiyonlarını Ölçtürme	154
Tokluk Kan Şekeri Ölçtürme	151
Vücut Kitle Endeksi Hesaplatma	144
Risk Faktörlerine Yönelik Anamnez	126
OGTT Yaptırmalarını Önerme	117
Diğer	8
Fikrim Yok	5
Hiçbirini Gerekli Görmüyorum	1
* Bu soruya katılımcılar birden fazla yanıt verebilmişlerdir.	

Katılımcılara günlük pratiklerinde DM konusunda farkındalık yaratmak amacıyla gerekli gördüğü girişimleri uygulayabilme durumları sorulduğunda verilen yanıtlar Tablo 10'da görülmektedir.

Tablo 10: Katılımcıların DM ve/veya Risk Faktörlerine Karşı Farkındalık Yaratmak Amacıyla Gerekli Gördükleri Girişimleri Uygulayabilme Durumları

Uzmanlık Alanı	Yeterli Düzeyde Uygulayabiliyor		Yeterli Düzeyde Uygulayamıyor		Toplam	χ^2 (sd)	p
	Sayı	%	Sayı	%			
Pratisyen Hekim	100	61,7	62	38,3	162	2,820 (3)	0,420
Dahili Branşlar	45	58,4	32	41,6	77		
Cerrahi Branşlar	32	57,1	24	42,9	56		
Uzman (Alanını Belirtmemiş)	7	41,2	10	58,8	17		
Toplam	184	59,0	128	41,0	312		

Katılımcılara DM konusunda farkındalık yaratmak amacıyla meslektaşlarının uygulamaları hakkında düşünceleri sorulduğunda en çok işaretlenen seçenek %32,7 (n= 102) ile “büyük bir bölümünü uygulayabiliyorlar” olmuştur. Katılımcıların kendi uygulamaları hakkındaki beyanlarıyla, meslektaşlarının uygulamaları hakkındaki görüşleri birlikte değerlendirilirse, 107 katılımcının kendi uygulamalarının meslektaşlarının uygulamalarıyla örtüşmediğini düşündükleri anlaşılmaktadır (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların DM ve/veya Risk Faktörlerine Karşı Farkındalık Yaratmak Amacıyla Kendi Uygulamaları ve Meslektaşlarının Uygulamaları Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı (n= 272)

Katılımcının Düşüncesi	Meslektaşlarının Uygulamalarını Yeterli Görüyor	Meslektaşlarının Uygulamalarını Yetersiz Görüyor
Kendi Uygulamalarını Yeterli Görüyor	99	64
Kendi Uygulamalarını Yetersiz Görüyor	43	66

Çalışmada katılımcılara yöneltilen “Hekimlerin DM ve hastalığın risk faktörlerine yönelik hizmet verdikleri insanlarda farkındalık yaratma konusunda sorunları olduğunu düşünüyorsanız nedenleri sizce neler olabilir?” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 12’de görülmektedir.

Tablo 12: Katılımcıların DM ve Risk Faktörlerine Yönelik Hizmet Verdikleri İnsanlarda Farkındalık Yaratma Konusunda Sorunları Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı

Hekimlerin Beyan Ettikleri Düşünceleri	Sayı	%
1) Aşırı Poliklinik Yükü Nedeniyle Aklına Gelmemek	148	47,4
2) Zaman Yetersizliği	121	38,8
3) Aşırı İş Yükünden Kaynaklanan Yılgınlık	110	35,3
4) Hizmet İçi Eğitimlerin Yetersizliği	102	32,7
5) Sorunu Benimsememek	65	20,8
6) Ekonomik Kaygılar (Döner Sermaye, İkinci İş V.B)	59	18,9
7) Kongre, Seminer, Toplantı v.b. Etkinliklerin Yüksek Maliyeti	56	17,9
8) Hastaların Anlamayacağı Veya Uyum Sağlamayacağı Kaygısı	45	14,4
9) Ödeme Sisteminin Korumaya Yönelik Tedavileri Kabul Etmemesi	43	13,8
10) Herhangi Bir Sorun Olduğunu Düşünmüyorum	40	12,8
11) Umursamazlık	36	11,5
12) Çalışılan Kurum Yöneticilerinin Hasta Başına Ayrılan Zamanı Kısıtlama Çabaları	24	7,7
13) Mesleğini Sevmemek	21	6,7
14) Kanıtı Dayalı Tıp Kavramına Güvenmemek	11	3,5
15) Diğer	4	1,3

TARTIŞMA

Bu çalışmanın yapılmasını teşvik eden ana soru, Diyabet 2020 Projesi kapsamında yapılan çalıştaylarda gündeme gelen “Tip 2 DM ve risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik toplumsal farkındalık ve davranış değişikliği yaratma açısından mevcut durum ve sorunlar nelerdir?” sorusudur. Çalışma yapılırken katılımcılara yöneltilen sorularda ise sadece “Diyabet” hastalığından bahsedilmiş, tip ayrımı yapılmamıştır. Bunun nedeni katılımcıların uzmanlık ve çalışma alanlarının geniş bir dağılımı olmasıdır. Örneğin birinci basamakta çalışan uzman veya pratisyen aile hekimi “diyabet” denildiğinde, diyabetin tüm tiplerini düşünebilecekken, bir çocuk hastalıkları uzmanının ağırlıklı olarak tip 1 veya bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının ağırlıklı olarak GDM düşünmeleri olasıdır. Ancak görülen tüm DM hastalığı tiplerinin yaklaşık %90’ının tip 2 olduğu göz önüne alınırsa elde edilen sonuçların bu soruya yanıt niteliği taşıyacağı düşünülmektedir.

Çalışma grubumuzu oluşturan hekimlerin yarısından fazlası, kendisini DM açısından riskli olup olmama durumu bakımından yanlış grupta konumlandırmışlardır. Bu bulgunun ciddi bir tıbbi teknik bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabileceği ve hekimlere yönelik konu hakkında düzenli ve sürekli hizmet içi eğitimler yürütülmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Nitekim Edirne’de yapılan bir çalışmada, hekimlerin %93,6’sının düzenli hizmet içi eğitime gereksinim duydukları saptanmıştır. Çalışmanın yayınlandığı makalede de benzer biçimde, 1991 yılında yürütülen bir çalışmaya göre pratisyen hekimlerin %85’inin sürekli olarak hizmet içi eğitim

verilmesinden yana oldukları ve bir diğerinde de pratisyen hekimlerin %92'sinin hizmet içi eğitimin zorunlu olması yönündeki görüşleri bildirilmektedir (Erdoğan ve ark., 2000). 2010 yılında Adana'da, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerle yapılan bir diğer çalışmada da, çalışmaya katılan hekimler arasında düzenli Türkçe tıbbi yayın izleme oranı %10 iken, düzenli olarak yabancı tıbbi yayın izleyen hekim olmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hekimlere koruyucu sağlık hizmetleri konusunda hizmet içi eğitim verilerek farkındalıklarının artırılmasının, hastalarına daha iyi koruyucu sağlık hizmeti vermelerini ve hasta memnuniyetinin daha da artmasını sağlayabileceği öne sürülmektedir (Mutlupoyraz ve Akpınar, 2010).

Sağlık profesyonellerinin sadece teknik bilgilerinin üst düzeyde olması yeterli olmayıp, bunu topluma aktarabilmeleri için kişisel zaman yönetimi, iletişim ve halk eğitimi konularında da iyi eğitim almış ve bu konuda istekli olmaları da önemlidir. Çalışmamızın en önemli sonuçlarından biri, çalışmaya katılan hekimlerin, DM ve risk faktörlerine karşı farkındalık yaratma amacıyla yapılacak faaliyetlerde öncelikli sorun olarak ağır iş yüklerini ve bunların yarattığı sorunları bildirmiş olmalarının tespitidir. 2003 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada, hekimlerin %89'unun mesleğini kendi isteğiyle seçmiş olmalarına rağmen, yalnızca %66'sının "tekrar aynı mesleği seçerdim" dediği ve %61'inin çocuğunun hekim olmasını istemediğini belirttiği bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada hekimlerin %8'inin kurumundaki işinden ayrılmayı düşündüğü ve pratisyen hekimlerin %33'ünün Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlandığı saptanmıştır (Özyurt ve Hayran, 2003).

DM ve risk faktörlerine karşı toplumsal farkındalık yaratma açısından mevcut durumun güçlü yönü, hekimlerin DM hastalığının engellenebileceğine olan inancı olarak tespit edilmiştir. Katılımcılarımızın %90'a yakını DM hastalığının çeşitli oranlarda engellenebileceğini düşünmektedir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen bulgular, hekimlerin DM ve risk faktörleri açısından toplumsal farkındalık yaratma konusunda teknik bilgi düzeyleriyle ilgili sorunları olduğunu gösterdiğinden, sorunlara yönelik olarak yeni önlemler alınması ve mevcut hizmet içi eğitim programlarının bu bilgiler ışığında yeniden gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Hekimlerin, toplumda halk sağlığını ilgilendiren konularda farkındalık yaratma amacıyla faaliyet göstermeleri için, kendilerini günlük iş yükü altında ezilmiş ve tükenmiş hissetmeyecekleri çalışma ortamları sağlanmalıdır. Yürürlükte olan mevzuatın tedavi edici hizmetleri ödüllendirdiği ve desteklediği, buna karşın koruyucu sağlık hizmetlerini aynı oranda desteklemediği görülmektedir. Kanıta dayalı ve maliyet etkin koruyucu sağlık hizmetleri teşvik edilmeli ve bu faaliyetler hekimlere angarya gibi görünmekten kurtarılmalıdır. Hekimler hasta eğitimi için harcayacakları sürede, yapacakları poliklinik muayenelerinden elde edilecek döner sermaye gelirlerinden mahrum kalma kısır döngüsünden kurtarılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Porsuk ÖA, Eskiocak M, Tuğrul A. Kırklareli ilinde çalışan hekimlerin tip 2 diyabet ve tip 2 diyabetin risk faktörlerinin saptanması ve azaltılmasına yönelik hizmet verdikleri toplumda farkındalık ve davranış değişikliği yaratma açısından durumları ve sorunlarının değerlendirilmesi (tez). Edirne: TÜ Tıp Fak Halk Sağlığı AbD; 2011
- World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Geneva: 2006.
- Sicree R, Shaw J, Zimmet P. The global burden diabetes and impaired glucose tolerance. In: Diabetes Atlas, 4th Edition. Brussels: Hoorens Printing NV; 2009.
- Satman İ, Yılmaz MT, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S ve ark. Population-based study of diabetes risk characteristics in turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diab Care 2002; 25 (9):1551-56.
- Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Kalaça S, Tütüncü Y, Çolak N ve ark. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti. http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2_sonuclarinin_aciklamasi.pdf. erişim tarihi: 21.03.2011
- Standards of medical care in diabetes-2011 (editorial). Diab Care 2011; 34 (1).
- TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. 4. Baskı. Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti; 2009.
- Erdoğan MS, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne ili sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin hizmetiçi eğitime ilişkin değerlendirmeleri. Çalışma Ortamı 2000; 52.

Mutlupoyraz F, Akpınar E. Adana'daki birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve bu kurumlarda çalışan hekimlerin iş doyumunun saptanması (tez). Adana: Çukurova Ü Tıp Fak Aile Hekimliği; 2010.

Özyurt A, Hayran O. İstanbul hekimlerinin iş doyum ve tükenmişlik düzeyleri-2003 (tez). İstanbul: Marmara Ü Sağlık Bilimleri Ens Halk Sağlığı AbD; 2003.