



Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 80

"PUBMED" Veri Tabanında Dumansız Hava Sahası Düzenlemesi Olan İki Ülkede Tütün Kontrolü Konulu Makalelerin Değerlendirilmesi: Avustralya ve Türkiye Örnekleri 90

Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama 96

Beş Aylık Bir Bebeğe Koledokolitiazisin Medikal Tedavisi 102

Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler 105

Bilinci Kapalı Çocuğa Acil Yaklaşım 115



Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner Doç. Dr. Aysun B. Odabaşı
Dr. Berkan Kaplan Dr. Yılmaz Yıldız

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)

Dr. Tolga İnce (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)

Prof. Dr. Esra Önal (Neonatoloji)

Prof. Dr. İmran Özalp (Metabolizma)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Prof. Dr. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Alper Büyükakkuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Şamih Demli

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Mehmet Özen

Dr. Alfert Sağdıç

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nesrin Erbörü

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Dr. Sibel Kıran

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül

(Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent Ertuğrul İnan

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Araştırma/Research

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 80
Funda Özpulat, Birsen Bilgen Sivri

"PUBMED" Veri Tabanında Dumansız Hava Sahası Düzenlemesi Olan İki Ülkede Tütün Kontrolü Konulu Makalelerin Değerlendirilmesi:
Avustralya ve Türkiye Örnekleri 90
Dr. Gülnaz Ulusoy, Dr. Dilek Aslan

Derleme/Review Article

Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama 96
Dr. Arda Karagöl, Dr. Deniz Çalışkan, Dr. Murat Beyazyüz

Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler 105
Dyt. Simge Yılmaz, Ayla Açıkgöz, Celalettin Çevik, Kevser Tarı Selçuk, Dr. Reyhan Uçku

Bilinci Kapalı Çocuğa Acil Yaklaşım 115
Dr. Halise Akça, Dr. Nilden Tuysun, Dr. Can Demir Karacan

Olgu Sunumu/Case Report

Beş Aylık Bir Bebekte Koledokolitiazisin Medikal Tedavisi 102
Dr. Serdar Moralioğlu, Dr. Oktav Bosnalı, Dr. Kamber Göksu, Dr. Neslihan Gülçin, Dr. Ayşenur Cerrah Celayir



Kapak Fotoğraf:
"Koyunlar Atlatma"

Murat Seyit
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012
Başarı Ödülü

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Meka
Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234
Ticaret Sicil No: 131/133



Merhaba,

Sayın Özpulat ve Sivri "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" isimli çalışmanın amacını 55 yaş ve üzerindeki kadınların sosyodemografik özelliklerinin ve sağlık alışkanlıklarının saptanması, elde edilen sonuçlar doğrultusunda, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında uygulanabilir önerilerin geliştirilebilmesi olarak belirtmişler. Araştırma sonuçları bizlere birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında önemli ipuçları sunmakta: özellikle yaş gruplarını ve kişilerin sosyoekonomik düzeylerini dikkate alarak sunulacak hizmetlerin ve düzenlenecek eğitimlerin önemine dikkat çekmekte. Yaşlılardaki duyuşsal ve zihinsel yeti kayıpları dikkate alınarak düzenlenecek küçük grup eğitimleri, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarını ve sürdürmelerini sağlamanın yanı sıra, birbirleri ile olan iletişimlerini artırmada da etkili olacaktır.

Doktor Ulusoy ve Dr. Aslan "PUBMED" Veri Tabanında Dumansız Hava Sahası Düzenlemesi Olan İki Ülkede Tütün Kontrolü Konulu Makalelerin Değerlendirilmesi: Avustralya ve Türkiye Örnekleri Konulu Makalelerin Değerlendirilmesi: Avustralya ve Türkiye Örnekleri" isimli araştırmalarında tütün kontrolü ile ilgili kapsamlı yasalara sahip olan Türkiye ve dünyada bu konuda öncü ülkeler arasında yer alan Avustralya orijinli tütün ve tütün kontrolü konulu kimi makalelerin incelenmesini amaçladıklarını belirtmektedirler. Tütün kontrolü çalışmalarının birçok bileşeni bulunmakta: Yasal düzenlemeler, sivil toplum örgütü çalışmaları, kamusal hizmetler, bilimsel araştırmalar bu bileşenler arasında öne çıkmaktadır. Bu bileşenler arasındaki uyumun gücü, tütün kontrolü etkinliklerinin bilimsel altyapısına katkı sağlayabilir.

Doktor Karagöl ve arkadaşları "Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama" isimli çalışmalarında ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanmayla

karşılaşmalarının küresel düzeyde bir sorun olduğunu vurgulamaktalar. Makalede yazarlar günümüzde, dünyada ve Türkiye'de etkinlikte bulunan çeşitli damga karşıtı girişimler ve programlar, var olan damgalamaya karşı farkındalık yaratmaya ve toplumu bilinçlendirmeye çalışmakta olduğunu bizlerle paylaşmaktalar.

Doktor Moraloğlu ve arkadaşları "Beş Aylık Bir Bebekte Koledokolitiazisin Medikal Tedavisi" isimli çalışmalarında koledokolitiazisin, bebek ve çocuklarda nadir görülmekle birlikte, gün geçtikçe sıklığının arttığını belirtiyorlar. Bu yaş grubundaki hastalarda tedavinin halen tartışmalı olduğu anımsatılırken tanı ve tedavi süreçleri bu ilgi çekici olgu ile dikkatlerimize sunuluyor.

Diyetisyen Yılmaz ve arkadaşları "Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler" isimli çalışmalarında yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar oluştuğunu belirtmekteler. Sağlıklı yaşlanma için sağlıklı ilişkili önerilerin yanı sıra, ekonomik, sosyal, toplumsal, kültürel alanlarda da gelişmelerin sağlanması gerektiği vurgulanıyor. Makalede Türkiye ile seçilmiş bazı ülkelerde yaşlılara yönelik sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler karşılaştırılmış.

Doktor Akça ve arkadaşları "Bilinci Kapalı Çocuğa Acil Yaklaşım" isimli makalede bilinci, kişinin kendisini ve çevresini algılayabilmesi ve uyarılara uygun yanıt verebilmesi durumu olarak tanımlamışlar. Bilinç değişikliği, acil servislere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu durum, beyin hasarını ve ölümü önlemek için erken tanı ve tedavi gerektirmektedir. Makalede yazarlar bilinç düzeyini saptamanın, olayın ağırlığını anlamada, bilinç düzeyindeki değişikliği izlemede ve tedaviye yanıtı değerlendirmede önemi üzerinde duruyorlar.

Bilimsel ve dostça ...

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Healthy Life-styles Behavior in Women of
55 Years of Age and Over Applying to Primary Health Care

Araştırma



Research

Funda Özpulat*, Birsen Bilgen Sivri*

Geliş tarihi : 31.05.2013

Kabul tarihi: 22.06.2013

Öz

Amaç: Bu çalışmada, 55 yaş ve üzerindeki kadınların sosyodemografik özelliklerinin ve sağlık alışkanlıklarının saptanması, elde edilen sonuçlar doğrultusunda, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında uygulanabilir önerilerin geliştirilebilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Konya ili Akşehir ilçesinde 1, 2 ve 3 No.lu sağlık ocaklarına tetkik ve tedavi için başvuran 55 yaş ve üstü 131 kadına uygulanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. Toplanan verilerin analizinde SPSS-15 istatistik Paket Programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Kolmogorov-Smirnov Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal-Wallis Testi, Mann-Whitney U testi ve Ki-Kare önemlilik testi kullanılmıştır. Veriler $p < 0,05$ anlamlılık derecesi ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaşları 55 ile 82 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları $62,8 \pm 6,8$, sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği puan ortalamaları $107,81 \pm 1,07$ olarak bulunmuştur. Kadınların yaklaşık yarısının (%44,3'ü) okuma yazma bilmediği, %12,2'sinin ise okuryazar olduğu, ancak herhangi bir öğrenim seviyesine sahip olmadığı görülmüştür. Kadınların aylık gelir ortalaması $747,6 \pm 492,7$ TL olarak bulunmuştur ve %50'si gelir durumunu orta olarak nitelemektedir.

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, kadınların SYBDÖ puan ortalamalarının öğrenim durumlarına göre değiştiği ($p < 0,05$) saptanmıştır. Aylık gelir ile hastalık bulunma durumu arasında ilişki saptanmazken ($p > 0,05$), eğitim düzeyi ve medeni durum ile kadınların aylık gelirleri arasında ilişki bulunmuş ($p < 0,05$), aylık gelirleri ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği puanları arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişkinin ($p = 0,303 > 0,01$, $r = 0,123$) olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaşları ile SYBDÖ puanları arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki vardır ($p = 0,004 < 0,01$, $r = -0,306$).

Sonuç: Araştırma sonuçları, özellikle yaş gruplarını ve kişilerin sosyoekonomik düzeylerini dikkate alarak sunulacak hizmetlerin ve düzenlenecek eğitimlerin önemine dikkat çekmektedir. Bu hizmetlerin sunulmasında da birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Özellikle yaşlılardaki duyuşal ve zihinsel yeti kayıpları dikkate alınarak düzenlenecek küçük grup eğitimleri, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarını ve sürdürmelerini sağlamanın yanı sıra, birbirleri ile olan iletişimlerini artırmada da etkili olacaktır.

Anahtar sözcükler: 55 yaş ve üzeri kadın, Sosyodemografik özellikler, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

Abstract

Objective: This study of women over 55 years of age and over was performed to determine some socio-demographic characteristics and healthy life style behavior of the women

and to develop suggestions suitable to be applied at primary health care services in accordance with the results of the study.

Method: 131 women 55 years of age and older, applying to the primary health care centers numbered 1, 2 and 3 for evaluation and treatment in the town of Akşehir of Konya province were accepted to the study. Data were collected through a questionnaire developed by the researchers.

SPSS 15 statistical software package was used for data analyses. Kolmogorov-Smirnov test, One-Way Analysis of Variance, Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U Test and chi-square test were used for data evaluation. Significance level was taken as 0.05 and the data were evaluated by 95 % confidence interval.

Results: The age of the participants ranged from 55 to 82 and the mean age was 62.8 ± 6.8 . and point average of the healthy life-style behaviors was found as 107.81 ± 1.07 . Of the women in the study, 44.3% were illiterate, 12.2% were literate without any formal training; 62 and lower aged women were graduates of primary school by 84.9%; of the 63 years and over women, 93.1% were primary school graduates. The average monthly income of the women was found to be $747,6 \pm 492,7$ and 50% of the participants described their incomes as moderate.

As a result of the statistical analyses, women's point averages of healthy life-style behaviors varied by educational status ($p < 0.05$). While no relationship was found between monthly income and occurrence of illness ($p > 0.05$), there was a relationship between monthly income and education level, also marital status ($p < 0.05$). There was a positive but poor relationship between monthly income and points of healthy life-style behaviors ($p = 0,303 > 0,01$, $r = 0,123$).

The age of the participants was negatively related to the healthy life-style points ($p = 0,004 < 0,01$, $r = -0,306$).

Conclusion: The results highlight the importance of services and educational programs organized with consideration to different age groups and their socio-economic levels. Primary health care units have an important role in providing these services. Small group trainings organized in consideration of the losses of sensorial and cognitive abilities in the elders will be effective to promote their communication skills as well as developing and maintaining healthy life-style behaviors.

Key words: Women of 55 years and over, Sociodemographic features, Healthy life-style behaviors.

*Öğr. Gör.; Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık YO, Konya

Giriş

Bilim ve teknolojideki gelişmelerin sağlık hizmetlerine etkisiyle, 1950-2000 yılları arasında dünya genelinde yaşam süresi 20 yıl artmıştır. Önümüzdeki yıllarda da bu artışın sürmesi beklenmektedir (1). Yaşam süresinin uzaması, insan organizmasının yaşlanması anlamına gelmektedir. Zaman içinde insan vücudunda görme, işitme hareket yeteneği gibi fonksiyonlarda fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişikliklerin artması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (2).

Yaş ile birlikte yürüyüş hızı, merdiven çıkma yeteneği ve alt ekstremitte kuvveti azalmakta, denge ve eşgüdüm bozulmaktadır. Ayrıca mobilitede azalma da beklenen bir durumdur (3). Bunun yanı sıra yaşlanma ile birlikte



Fotoğraf "Hoş Sohbet" Dr. Burcu Tokuç
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012 Sergi Ödülü

koroner arter hastalıkları, akciğer hastalıkları, diyabet, osteoporoz ve benzeri sağlık sorunları da gelişmektedir. Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere, kronik hastalıklar, psikososyal sorunlar, hareketsizliğin yol açtığı sonuçlar eşlik edebilmekte, böylece kısır bir döngü oluşmaktadır. Yaşlı ölümleri genellikle bu hastalıklara ve komplikasyonlarına bağlı olmaktadır (2).

Ekonomik durumun yetersizliği, dış sağlığı sorunları, hastalıklar nedeniyle tüketilen besin miktarının azalması, fazla ilaç kullanımı, tek başına alışveriş yapamama, tek başına yemek yeme gibi nedenler yaşlıların beslenme durumunu olumsuz etkileyen fizyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörler arasındadır (4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığın geliştirilmesinde önemli bir bileşen olup, uzun dönem sonuçları yaşamın uzaması ve yaşam kalitesinin artmasıdır. Günümüzde doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşanan yılların nitelikli olması gerekliliğini de gündeme getirmiş, dolayısıyla, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hemen bütün toplumların ulaşmak istedikleri evrensel bir boyut kazanmıştır. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü, genelde sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi, özelde de beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili sağlıklı davranışların önemli ölçüde artırılması stratejilerini 2015 yılına kadar ulaşılması gereken 21. yüzyıl hedefleri arasına almıştır (5).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmemesi ve uygulanmaması, şişmanlık, kalp- damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz gibi hastalıkların oluşumunu ve seyrini önemli ölçüde etkilemektedir. Yaşlılık dönemindeki fizyolojik, sosyal ve psikolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkan sorunlar ve bunların sağlık üzerine etkileri ile bu sorunlara ilişkin çözüm önerilerinin sağlık personeline tartışılması gerekmektedir.

Bu nedenlerle bu çalışmada 55 yaş ve üzerindeki kadınların sosyodemografik özelliklerinin ve sağlık alışkanlıklarının saptanması, elde edilen sonuçlar doğrultusunda, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında uygulanabilir önerilerin geliştirilebilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi
Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışma, 15 Mayıs-31 Mayıs 2010 tarihleri arasında Konya ili Akşehir ilçesi sınırları içindeki 1, 2 ve 3 No.lu sağlık ocaklarına tetkik ve tedavi için başvuran 55 yaş ve üstü 150 kadından 131'ine uygulanmıştır.

Verilerin Toplanması

Çalışmada, 55 yaş ve üstü kadınların sosyodemografik özelliklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını saptamaya yönelik hazırlanan anketler, 15 Mayıs-31 Mayıs 2010 tarihleri arasında uygulanmıştır. Formların anlaşılabilirliğini kontrol etmek amacıyla 55 yaş ve üstü 20 kadına anketlerin ön uygulaması yapılmış, verilen yanıtlar doğrultusunda anketler üzerinde gerekli düzeltmeler yapılarak, anketler asıl uygulamaya hazır duruma getirilmiştir. 1, 2 ve 3 No.lu sağlık ocaklarına tetkik ve tedavi için başvuran 55 yaş ve üstü 150 kadın araştırmaya alınmak istenmiş, katılımcılara araştırmanın amacı, nasıl yürütüleceği ve sonuçların paylaşılma biçimi ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak, araştırmanın etik ilkelere uygun yürütülmesine özen gösterilmiştir. 150 kadından 131'i (%87,3) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara yanıtlamaları için yeterli süreler verilerek anketler dağıtılmış, anketör tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulama gerçekleştirilmiştir.

Kişisel bilgi formu, 55 yaş ve üstü yaş gruplarında yer alan kadınların yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu gibi tanıtıcı özelliklerini ve bazı yaşam alışkanlıklarını saptamaya yönelik hazırlanan 25 sorudan oluşmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile, SYBDÖ) 1987'de Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması 1997'de Esin tarafından yapılmıştır. Ölçekteki sorular, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak, sağlığını geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmuştur ve 6 alt grubu vardır. Alt gruplar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Ölçeğin tümünün puanı; SYBDÖ toplam puanını oluşturmaktadır. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. Yanıtlara "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin tümü için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin analizinde SPSS-15 İstatistik Paket Programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov Testi, Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal-Wallis Testi, iki grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi ve Ki-Kare önemlilik testleri kullanılmıştır. Veriler $p < 0,05$ anlamlılık derecesi ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Etik Yaklaşım

Çalışmanın planlama aşamasında İlçe Sağlık Grup Başkanlığı'ndan gerekli yazılı izinler alınmış, uygulama öncesinde de araştırmanın amacı, nasıl yürütüleceği ve sonuçların paylaşılma şekli ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak kadınların sözlü onamları alınmış, çalışmaya katılımı gönüllülük esasına dikkat edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sonuçları yalnızca yapıldığı ilçedeki 1, 2 ve 3 No.lu sağlık ocaklarına tetkik ve tedavi için başvuran 55 yaş ve üstü kadınlar ile sınırlı tutulmuştur. Başlangıçta 65 yaş ve üstü kadınların sosyodemografik özelliklerinin ve sağlık alışkanlıklarının saptanması, elde edilen sonuçlar doğrultusunda, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında uygulanabilir önerilerin geliştirilebilmesi amaçlanmış, ancak araştırmaya katılmayı kabul eden, 65 yaş ve üstü yaş grubunda yer alan, yalnızca 70 kadına ulaşılmış olması nedeniyle, araştırma 55 yaş ve üstü kadınları kapsayacak biçimde yeniden planlanmıştır.

Tablo 1. Kadınların yaş, çocuk sayısı ve aylık gelir durumlarına göre özellikleri

Özellik	Arit. Ort. *	p	r**
Yaş	62,8 ± 6,8	0,004	-0,306
Çocuk Sayısı	4,2 ± 1,7	0,215	0,136
Aylık Gelir	747,6 ± 492,7	0,303	0,123

*Aritmetik ortalaması hesaplanmıştır. **Korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 2. Kadınların sosyodemografik özellikleri

Özellik	N	%	F	SD	p
Öğrenim Durumu			3,962	6	0,002
Okuryazardeğil	58	44,3			
Okuryazar	16	12,2			
İlkokul	42	32,1			
Ortaokul	5	3,8			
Lise	6	4,6			
Üniversite	3	2,3			
Y.Lisans/Doktora	1	0,7			
Toplam	131	100,0			
Medeni Durum	N	%	6.111	2	0,003
Evli	82	62,6			
Bekar	4	3,0			
Dul	45	34,4			
Toplam	131	100,0			
Çalışma Durumu	N	%	3,503	2	0,035
Evet	7	5,4			
Hayır	121	93,1			
Diğer	2	1,5			
Toplam	130	100,0			
Sosyal Güvence	N	%	1,143	1	0,288
SGK	124	94,7			
Özel Sigorta	1	0,7			
Yok	6	4,6			
Toplam	131	100,0			
Gelir Durumu	N	%	1,083	3	0,361
İyi	26	20,0			
Orta	65	50,0			
Kötü	30	23,1			
Çok Kötü	9	6,9			
Toplam	130	100,0			

*One Way Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaşları 55 ile 82 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları $62,8 \pm 6,8$, çocuk sayılarının ortalaması $4,2 \pm 1,7$, aylık gelirlerin ortalaması $747,6 \pm 492,7$ 'dir. Kadınların sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği (SYBDÖ) toplam puanları 73 ile 154 arasında değişmektedir ve puan ortalamaları $107,8 \pm 1,07$ olarak saptanmıştır. (Tablo 1).

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, kadınların SYBDÖ puan ortalamalarının öğrenim durumlarına göre değiştiği ($p < 0,05$) saptanmıştır. Aylık gelir ile hastalık bulunma durumu arasında ilişki saptanmazken ($p > 0,05$), eğitim düzeyi ve medeni durum ile kadınların aylık gelirleri arasında ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 3. Katılımcıların yaşadığı konutların özellikleri

	N	%	Mann-Whitney U	Z	p
Konut Türü					
Müstakil	63	48,1	552,000	-3,215	0,001
Apartman	68	51,9			
Toplam	131	100,0			
Konutta Yaşama Şekli	N	%	X²	SD	P
Kendi evinde yalnız	24	18,3	5,578	3	0,134
Kendi evinde eşi ile	37	28,2			
Kendi evinde eşi ve çocuklarıyla	38	29,0			
Çocukların evinde onlarla	25	19,1			
Diğer	7	5,4			
Toplam	131	100,0	X ²	SD	P
Konut Durumu	N	%	5,240	3	0,155
Kendisine ait	95	72,5			
Kira	18	13,7			
Çocuklarının	13	9,9			
Diğer	5	3,9			
Toplam	131	100,0			
Evin Güneş Alma Durumu	N	%	Mann-Whitney U	Z	P
Evet	110	84,0	419,500	-1,286	0,198
Hayır	21	16,0			
Toplam	131	100,0			
Isınma Şekli	N	%	Mann-Whitney U	Z	P
Kalorifer	53	41,1	494,000	-3,299	0,001
Soba	76	58,9			
Toplam	129	100,0			
Evin Havalandırma Sayısı	N	%	X²	SD	P
Günde 1-2defa	49	38,0	8,365	4	0,079
Günde 3-4defa	39	30,2			
Günde 5-6defa	14	10,9			
Günde 7 ve üstü	5	3,8			
Diğer	22	17,1			
Toplam	129	100,0			
Evin Havalandırma Süresi	N	%	X²	SD	P
Günde 0-30dak	62	49,2	8,551	4	0,073
Günde 30-dak-1 saat	18	14,3			
Günde 1-2 saat arası	15	11,9			
Günde 2-3 saat arası	7	5,6			
Günde 4 saat ve üstü	24	19,0			
Toplam	126	100,0			

*Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Tablo 4. Kadınların bazı yaşam biçimi alışkanlıkları		
Kahve Tüketimi	N	%
Evet	1	1,0
Hayır	102	99,0
Toplam	103	100,0
Şeker Tüketimi	N	%
Çok tüketir	18	13,7
Şeker tüketimi normal	59	45,0
Şeker tüketimi normalin altında	31	23,7
Şekerli gıdaları sevmez	23	17,6
Toplam	131	100,0
Yemelerde Kullanılan Yağ Türü	N	%
Margarin	3	2,3
Sıvı yağ	87	66,9
Hayvansal yağ	9	6,9
Zeytin yağı	31	23,9
Toplam	130	100,0
Çay Tüketimi	N	%
Hayır	16	12,2
Evet	115	87,8
Toplam	131	100,0
Beslenme Şekli	N*	%*
Bol proteinli	36	20,6
Bol yağlı, enerji verici	11	6,3
Bol karbonhidratlı tok tutucu	51	29,1
Meyve ve sebzelerden zengin	77	44,0
Toplam	175	100,0
Tuz Tüketimi	N	%
Tuzlu tüketir	11	8,4
Tuzsuz buldu ise tuz ilavesi yapar	21	16,1
Az tuzlu tüketmeyi tercih eder	56	42,7
Tuz Kullanmaz	43	32,8
Toplam	131	100,0

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Katılımcıların yaşları ile SYBDÖ puanları arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki ($p=0,004 < 0,01$, $r=-0,306$), aylık gelirleri ile SYBDÖ puanları arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişki ($p=0,303 > 0,01$, $r=0,123$) bulunmaktadır.

Çalışmadaki 55 yaş ve üstü kadınların %62,6'sı evli, %34,4'ü duldur. İlkokul mezunu %32,1 olup, %44,3'ü ise okuma yazma bilmemektedir. Halen çalıştığını belirten 7 kadın bulunmakta, büyük bir çoğunluğunun (%94,7) sosyal güvencesinin SGK olduğu görülmektedir. Kadınların %16,8'i emekli sandığına bağlıyken, %11,5'i yeşil kartlıdır (Tablo 2).

Kadınların %51,9'u apartmanda, %58,9'u sobalı evde oturmakta, %29'u kendi evinde eşi ve çocukları ile yaşadığını belirtmektedir. Müstakil evlerin %95,2'si sobalı, apartmanların %74,6'sı kaloriferlidir. Büyük bir bölüm (%84) evlerinin güneş aldığını belirtmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%49,2) günlük olarak 0-30 dakika arası evlerini havalandırdığını, %14,3'ü evlerini havalandırma sürelerinin 30 dakika ile bir saat arasında değiştiğini, yakın bir yüzde ile %11,9'u havalandırma süresinin 1 ile 2 saat arasında değiştiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Sigara içen beş kadın bulunmakta ve günlük kullandığı sigara miktarları 10 ile 36 arasında değişmektedir. Kadınların %99'u kahve içmediğini belirtirken, %87,8'i çay içmektedir. Çay içtiğini belirten 115 kişinin günlük tüketimi 1 ile 10 çay bardağı arasında değişmektedir ve günlük çay tüketimleri 3.6+2.0'dir (Tablo 4).

Kadınların %42,7'si yiyeceklerini az tuzlu, %32,8'i tuzsuz tükettiğini, %45'i şeker tüketiminin normal olduğunu belirtmektedir. Katılanların %66,9'u sıvı yağını, %23,9'u zeytinyağını yemeklerinde öncelikle tercih etmektedir (Tablo 4).

Kadınlardan 50 kişi (%38,2) öncelikli olarak tedavi olmak, 56 kişi (%42,8) öncelikli olarak ilaç yazdırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadır (Tablo 5). Görme sorunu bulunan 4 kadından 2'sinin uzağı görememe yakınması vardır. Üç kişiye miyopi tanısı konmuş ve bir kişinin birinc derece yakınında da görme sorunu bulunmaktadır. Kas-iskelet sistemi ile ilgili yakınması olan 8 kişiden 6'sında ağrı yakınması varken, 4 kadının birinci derece yakınında da kas-iskelet sistemi ile ilgili bir sorun olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 6).

Tablo 5.Kadınların sağlık ocağını kullanım amaçları

Sağlık ocağı kullanım amaçları	N	%
Tedavi olmak	50	38,2
İlaç yazdırmak	56	42,8
Hastalık izlemi-kontrolü	15	11,4
Diğer	10	7,6
Toplam	131	100,0

*Aritmetik ortalaması hesaplanmıştır.

**Korelasyon analizi yapılmıştır.



Fotoğraf "Alışveriş" Dr. Ayşe Meral Egüz
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011 Sergi Ödülü

Tartışma

Bir ülkenin refah ve mutluluğu; o ülke insanların nitelikli ve sürekli bir eğitim almalarına bağlıdır. Eğitim düzeyini ileri noktalara taşıyan ülkeler her alanda bunun olumlu sonuçlarını görmüşlerdir (6). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisi ve hekim önerisine uyum açısından düşük öğrenim düzeyi özellikle risk olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

Çalışmamızda kadınların yaklaşık yarısının (%44,3'ü) okuma yazma bilmediği, %12,2'sinin ise okuryazar olduğu, ancak herhangi bir öğrenim seviyesine sahip olmadığı görülmüş, yapılan istatistiksel analizler sonucunda, kadınların SYBDÖ puan ortalamalarının öğrenim durumlarına göre değiştiği ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 2).

Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının (2010) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı grupları ile yaptığı çalışmada yüksek öğrenim ve yüksek gelire sahip olanların özbakım gücünün daha yüksek olduğu bulunurken (8), Ertem'in (2010) yaptığı çalışmada, kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt puan ortalamalarında eğitim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır (9). Sönmezerin (2009) çalışmasında ise, araştırma grubuna katılan kadınların meme muayenesi, pap smear, kemik dansimetresi ölçtürme, mamografi çektirme, hemoglobin ölçtürme düzeyleri, ortaöğretim ve altında öğrenim görenlerde daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kadınların öğrenim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları anlamlı ölçüde farklı bulunmuş, eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının da yükseldiği görülmüştür (10).

Çalışmamızda, kadınların aylık gelir ortalaması $747,6 \pm 492,7$ olarak belirlenmiştir ve %50'si gelir durumunu orta olarak nitelemektedir. Aylık gelir ile hastalık bulunma durumu arasında ilişki saptanmazken ($p>0.05$), eğitim düzeyi ve medeni durum ile kadınların aylık gelirleri arasında ilişki bulunduğu ($p<0.05$), aylık gelirleri ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği puanları arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişkinin ($p=0,303 >0.01$, $r=0,123$) olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Kadınların bazı sağlık sorunları ve özellikleri

Sağlık Sorunu	Yakınma		Tanı		İlaç		1. Derece akraba	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Görme ile ilgili	4	17,3	4	20,0	1	6,2	1	20,0
İşitme ile ilgili	1	4,4	-	-	-	-	-	-
Kas-iskelet sistemi ile ilgili	8	34,7	7	35,0	6	37,8	4	20,0
Böbrekler ile ilgili	2	8,7	2	10,0	1	6,2	-	-
Kan hastalıkları ve kan değerleri ile ilgili	1	4,4	1	5,0	1	6,2	-	-
Kardiyo-sistem ile ilgili	4	17,3	4	20,0	4	25,0	2	20,0
Solunum sistemi ile ilgili	1	4,4	1	5,0	1	6,2	1	20,0
Endokrin	1	4,4	1	5,0	1	6,2	1	20,0
Kadın hastalıkları ile ilgili	1	4,4	-	-	1	6,2	-	-
Toplam	23	100,0	20	100,0	16	100,0	9	100,0

Deveci ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, kadınların %42,5'i ailesinin en önemli sorununun ekonomik sıkıntılar olduğunu belirtmiş, kronik bir hastalığı olduğunu belirtenlerin aylık gelir ortalaması, kronik hastalığı olmayanlardan daha düşük bulunmuş; yine kendi sağlık durumunu iyi ve orta olarak belirtenlerin aylık gelirlerinin kötü olarak nitelendirenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (11). Doğanay ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, gelir algısı kötüleştikçe iki yıl içinde yeni koroner olay gelişiminin arttığı belirlenirken (12), Gümüş ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında algılanan gelir düzeyinin kötü olmasının umutsuzluk düzeyini artırdığı (13), Balcı ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise düşük gelir durumunun depresyonu artırdığı saptanmıştır (14).

Çalışmamızda, kadınların %51,9'luk bir bölümünün apartmanda, %58,9'luk bölümünün ise sobalı evde oturduğu görülmüştür. Müstakil evlerin %95,2'si sobalı, apartmanların %74,6'sı kaloriferlidir (Tablo 3). Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, ısınma biçimi ile oturlan evin müstakil ya da apartman dairesi olması arasında ilişki olduğu, apartmanda oturanların ve ısınma türü kalorifer olan katılımcıların SYBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Büker ve arkadaşlarının (2008) şehir ve kırsal kesimdeki yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada, kırsal kesimde yaşayanların %86,3'ünün müstakil evde yaşadığı (15), Türkiye'de alerjilerin prevalansı ve risk faktörlerini saptamaya yönelik çalışmada ise; kırsal bölgelerde

müstakil evde oturmanın, evlerde yapı malzemesi olarak odun ve briket kullanımının daha sık olduğu, kırsal bölgelerde odunun, kentsel bölgelerde kömürün evlerde ısınma için kullanılan temel yakıt olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Bu çalışma, apartmanda yaşayanlara kıyasla gecekondular tarzı evde yaşayanlarda alerjik solunum hastalıklarının ve solunum belirtilerinin daha fazla olabileceği iddiasını desteklemektedir (16).

Beslenmenin obezite dışında da kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet gelişimi üzerinde etkileri olduğu iyi bilinmektedir. Sağlıklı beslenmenin ve doğal gıda öğelerinin, yaşlanmayla sıklığı artan diğer birçok hastalığın engellenmesinde rolü henüz yeni anlaşılmaktadır (17).

Çalışmamızda 130 kadının verdiği 175 yanıtı göre, kadınların %44'ü meyve ve sebzelerden zengin, %29,1'i bol karbonhidratlı ve tok tutucu beslenmeyi tercih etmektedir. %42,7'si yiyeceklerini az tuzlu, %32,8'i tuzsuz tükettiğini, %45'i şeker tüketiminin normal olduğunu belirtmektedir. %66,9'u sıvı yağ, %23,9'u zeytinyağını yemeklerinde öncelikle tercih etmektedir. Kadınların %99'u kahve içmediğini belirtirken, %87,8'i çay içmektedir. Çay içtiğini belirten 115 kişinin günlük tüketimi 1 ile 10 çay bardağı arasında değişmektedir ve günlük çay tüketimleri 3.6+2.0'dir.

Kıray ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, araştırmaya katılan yaşlıların %6,0'sinin hiç et (kırmızı ya da beyaz et) tüketmediği, yaşlıların

yaşadıkları yere göre et tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, hiç süt tüketmeyenlerin oranının %5,5 olduğu, yaşlıların yaşadıkları yere göre süt tüketimi yönünden istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada, yaşlıların %8,5'i iştahının kötü olduğunu belirtmiş, iştahının kötü olduğunu belirtenlerin %58,8'inin huzurevinde yaşadığı görülmüştür (18).

Çakıroğlunun (2011) yapmış olduğu çalışmada yaşlıların %18,0'sinin katı yağları, %45,3'ünün kırmızı et, %56,7'sinin tam yağlı yoğurt, %64,7'sinin tam yağlı peynir, %68,0'inin beyaz ekmeği, %48,0'inin hamur tatlılarını tercih ederek kötü beslenme alışkanlıkları sergiledikleri belirlenmiştir. Aynı araştırmada besinlerin tüketim şekilleri incelendiğinde, %30'unun etleri pişirmede kızartma, kavurma, ızgara yöntemini tercih ettikleri, çalışmaya katılan kalp hastası yaşlıların %26,0'inin yemeklerde aşırı tuz kullandıkları bulunmuştur (19).

Özetle, yaşlıların sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık sorunlarının, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yaşla ilişkisi, bu araştırma da içinde olmak üzere çeşitli araştırmalardaki ortak özelliklerdendir.

Sonuç ve öneriler

DSÖ' nün sağlıklı yaşlanma yaklaşımı, her yaşta insanın sağlıklı, güvenli ve sosyal açıdan aktif olabileceği bir yaşam biçimini öngörmektedir. Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunlar ancak sağlıklı yaşamın özendirilmesi ve "sağlıklı yaşlanma" kavramının yaşama geçirilmesiyle aşılabılır. Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psikososyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir.

Yapılan araştırmada, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanının yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve aylık gelire göre değişmediği saptanmasına karşın; yaşları ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği puanları arasında negatif yönde ve aylık gelirleri ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

Araştırma sonuçları, özellikle yaş gruplarını ve kişilerin sosyoekonomik düzeylerini dikkate

olarak sunulacak hizmetlerin ve düzenlenecek eğitimlerin önemine dikkat çekmektedir. Bu hizmetlerin sunulmasında da birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Özellikle yaşlılardaki duyuşsal ve zihinsel yeti kayıpları dikkate alınarak düzenlenecek küçük grup eğitimleri, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarını ve sürdürmelerini sağlaması yanı sıra, birbirleri ile olan iletişimleri artırmada da etkili olacaktır.

Ayrıca, "Yaşlı sağlığının korunması" ve "sağlıklı yaşlanma" politikalarının geliştirilmesi açısından koruyucu sağlık hizmetleri ve yaşlı sağlığı ile ilgili çalışmalar başta birinci basamak sağlık çalışanları olmak üzere bütün sağlık profesyonelleri tarafından ele alınmalı, sağlık hizmetlerinde önemli görev alanları bulunan hemşireler de yaşlı sağlığını koruyacak ve sağlıklı yaşlanma kavramının etkin bir şekilde uygulanmasını sağlayacak etkinliklerde ön planda rol almalıdır.

İletişim: Funda Özpuolat

E-posta: funda-ozpulat@hotmail.com

Kaynaklar

- 1.Kinsella K, Velkoff AV. International population reports. An aging world: 2001. Washington. DC: U.S. Government Printing Office, Census Bureau Series P95/01; 2001. p.7-23.
- 2.World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO Technical Report Series. No: 916; 2003. p. 4-12.
3. Butler AA, Menant JC, Tiedemann AC. Age and gender differences in seven tests of functional mobility. J Neuroeng Rehabil 2009; 30-1.
- 4.De Groot CPGM, Sette S, Zajkás G, Carbajal A, Amorim-Cruz JA. Nutrition and the elderly in Europe. Nutritional status: anthropometry. Eur J Clin Nutr 1991; 45(3): 31-42.
5. Şenol V, Soyuer F, Ünalın D. Geriatrik popülasyonda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisi. Halk Sağlığı Etkinlikleri - HASUDER, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim 22.07.2013, <http://kongre.hasuder.org.tr/>
- 6.T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Politika Dokümanı: Kadın ve eğitim. Ankara: Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları; 2008. s. 9-11.

7. Şimşek H, Uçku R. Sağlıkta eşitsizlikler ve yaşlılık, Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; Temmuz 2012.
8. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Bakar N, Demir N. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında anksiyete-depresyon, yaşam kalitesi ve özbakım gücü. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
9. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Derg 2010; 7 (1): 469-83.
10. Sönmez H. Kayseri il merkezinde seçilmiş bir sağlık ocağı bölgesinde 18-64 yaş grubu kadınların sağlıklıyla ilgili yaşam biçimi davranışları. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
11. Deveci ES, Açık Y, Rahman S. Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. TAF Prev Med Bull 2010; 9(1): 45-50.
12. Doğanay S, Uçku R. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? İçinde: 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Bildiri Kitabı, 03-07 Ekim 2011. Trabzon.
13. Gümüş Babacan A, Özgür G, Yıldırım S. Huzurevinde yaşayan yaşlıların umutsuzluk düzeyleri ve etki eden faktörler. Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007; 23 (2): 105-16.
14. Balcı E, Şenol V, Elmalı F, Eşel E. Kayseri'de yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin malnütrisyon durumu ile depresyon arasındaki ilişkinin saptanması. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010. İzmir.
15. Büker N, Altuğ F, Kitiş A, Cavlak U. Şehirde ve kırsal kesimdeki yaşlıların ev güvenliğinin incelenmesi. TAF Prev Med Bull 2008; 7(4): 297-300.
16. Kurt E, Metintaş S, Başyigit I, Bulut I, Coşkun E, Dabak S, Deveci F. Türkiye'de allerjilerin prevalansı ve risk faktörleri (PARFAIT): Yetişkinlerde yapılan çok merkezli kesitsel bir çalışmanın sonuçları. European Respiratory Journal 2009; 4 (2): 83-90.
17. Aydın ZD. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Derg 2006; 13(4): 43-8.
18. Kıray Bilgin V, Zencir G, İnci H. F. Üç farklı yerleşim alanında yaşlıların beslenme durumunun karşılaştırılması. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim 22.07.2013, <http://kongre.hasuder.org.tr/>
19. Çakıroğlu PF. Kalp hastası kadın ve erkek yaşlıların beslenme alışkanlıkları ve kan bulgularının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14 (1): 54-62.

"PUBMED" Veri Tabanında Dumansız Hava Sahası Düzenlemesi Olan İki Ülkede Tütün Kontrolü Konulu Makalelerin Değerlendirilmesi: Avustralya ve Türkiye Örnekleri*

Evaluation of the Published Articles in the "PUBMED" Database on Tobacco Control from Two Countries Having Smoke Free Legislation: Australia and Turkey Examples

Araştırma



Research

Dr. Gülnaz Ulusoy**, Dr. Dilek Aslan***

Geliş tarihi : 22.06.2013

Kabul tarihi: 14.07.2013

Öz

Amaç: Bu çalışmada tütün kontrolü ile ilgili kapsamlı yasalara sahip olan Türkiye ve dünyada bu konuda öncü ülkeler arasında yer alan Avustralya orijinli tütün ve tütün kontrolü konulu kimi makalelerin incelenmesi amaçlanmıştır. İnceleme, makalelerin içeriklerinde yer alan bilgilerin, ülkelerin tütün kontrolü kapsamında yaptıkları ile örtüşme durumlarına ilişkin süreç değerlendirmesine ek olarak, ülkeler arasında küresel bir bakış açısıyla tütün kontrolüne yaklaşımlarda farklılıklar ve benzerliklerin değerlendirilmesi yoluyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma kapsamında "PubMed" veri tabanında 06.06.2012 tarihinde "tobacco", "smoking", "Australia", "Australian", "Turkey", "Turkish" anahtar sözcükleri kullanılmış ve bu anahtar sözcüklere karşılık gelen 199 Avustralya kaynaklı ve 33 Türkiye kaynaklı makaleye ulaşılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında incelenen makalelerin çoğunluğu Avustralya kaynaklı araştırmalardır (%85,8; 232 makale). Türkiye'den 33 makale veri tabanında yer almıştır. Avustralya'dan yayımlanan en eski makale 1938 yılında, Türkiye'den yayımlanan en eski makale ise 1998 yılına aittir. Her iki ülkede tütün konulu makale sayılarında yıllar içinde artma eğilimi görülmektedir. Tütün kontrolü ile ilgili çalışmaların ülkelere göre tarihsel farklılığı, incelenen veri tabanında bilimsel literatüre yansımıştır.

Sonuç: Tütün kontrolü çalışmalarının birçok bileşeni bulunmaktadır. Yasal düzenlemeler, sivil toplum örgütü çalışmaları, kamusal hizmetler, bilimsel araştırmalar bu bileşenler arasında öne çıkmaktadır. Bu bileşenler arasındaki uyumun gücü, tütün kontrolü etkinliklerinin bilimsel altyapısına katkı sağlayabilir.

Anahtar sözcükler: Tütün, Sigara, Avustralya, Avustralyalı, Türkiye.

Abstract

Objective: In this study, the evaluation of the published scientific articles on Turkey which has comprehensive tobacco control legislation and on Australia, one of the leading countries on tobacco control in the world was intended. The evaluation was carried out by comparing the consistency of the countries' published articles with the anti-tobacco activities as well as determining the similarities and differences between the countries' approaches to tobacco control in a globalized perspective.

Materials and Method: In this descriptive research, we evaluated 199 Australia originated and 33 Turkey originated articles published on the PubMed data base using the key words "tobacco", "smoking", "Australia", "Australian", "Turkey", "Turkish" on 6 June 2012.

Results: Majority of the accessed published articles were Australia originated (85.8%; 232 articles). There were 33 articles from Turkey. The oldest publication date in Australia belonged to 1938 whereas 1998 was the oldest date of the published Turkish article. There is an increasing trend in number of the published articles by years. Historical backgrounds of the tobacco control activities inside the countries were reflected to the content of the articles.

Conclusion: There are many components of tobacco control efforts. Legal regulations, the activities of the civil society organizations, public services, scientific research stands out among all. The power of the harmony within all these components may contribute to the scientific infrastructure of the tobacco control activities.

Key words: Tobacco, Smoking, Australia, Australian, Turkey.

*Bu araştırmanın sonuçları 2-6 Ekim 2012, Bursa 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuş, kongre kitabında yayımlanmıştır. (15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2012. s. 433.)

**Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

***Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

Giriş

Dünyada tütün kontrolünde bazı ülkeler öncü olmuştur. İrlanda, Kanada, Avustralya bu ülkelerin başında gelmektedir. Bu ülkelerden Avustralya, 1920'li yıllardan bu yana yaptığı olumlu uygulamalarla bugün de öncü özelliğini sürdürmektedir (1). Avustralya'da 2008 yılında yönetim değişikliğinin de etkisiyle sağlık alanında koruyucu hekimliğe yönelik çalışmalara ağırlık verilmiş, hükümet tarafından tütün vergilerinde %25 artış ve düz pakete geçiş kararı alınmıştır (2).

Avustralya'da 1 Ekim 2012 itibariyle üretimin, 1 Aralık 2012 itibariyle da satışın düz paket şeklinde olacağı kararı alınmış olup uygulamaya geçilmiştir. İhlal durumunda 1 milyon 100 bin Avustralya doları para cezası uygulanacağı belirlenmiştir (3). 1976 yılında radyo ve televizyonlarda tütün reklamları, 2002'de ise spor alanında tütün firmalarının sponsorluğu yasaklanmıştır. Bu uygulamaların başlıca amacı, hedef kitle olan gençlerin ve çocukların hiç sigara reklamlarıyla karşılaşmamalarıdır. Çalışmaların bir sonucu olarak, 35 yıl önce Avustralya'da erkekler arasında sigara içme sıklığı yüzde 45 iken, günümüzde bu değer %15'e kadar gerilediği bilinmektedir. Son dönemde, 22 Eylül 2010 tarihinde yürürlüğe giren yasağa göre, tüm taşıt araçlarında araç içinde çocuk bulunduğu takdirde sigara içilmesinin önlenmesi amaçlanmıştır. Avustralya'da halen havaalanları, devlet daireleri, klinikler ve işyerlerinde sigara içmek yasaktır ve buna ek olarak da ülkede birçok eyaletteki restoranlar ve alışveriş merkezlerinde de sigara içilmemektedir (4).

Türkiye'de ise tütün kontrolü konusundaki yoğun sistematik girişimler 1990'lı yılların başlarına rastlamaktadır (2,5). Bu dönem aynı zamanda, Türkiye'de sigara içiminin zararları konusunda kapsamlı çalışmaların yapıldığı ve yayınlandığı yıllardır (6). Bu dönemde, TEKEL'in varlığına karşın, yabancı sigaraların Türkiye pazarında yer almaya başladığı 1986-1993 yılları arasında sigara içme sıklığı yıllık yaklaşık %3 düzeyinde artma eğiliminde olmuştur. Yabancı sigara tüketiminin başlaması, hız kazanması ile ne yazık ki özellikle çocukları ve gençleri hedef alan reklam-tanıtlar hızlanmıştır (7). Bu değişim ise yıllık tütün tüketimindeki artışın 1994-1997 yılları arasında %7,7'ye yükselmesine neden

olmuştur. Ancak, ülkemizde, "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun", ısrarlı çabalar sonucunda 7 Kasım 1996 tarihinde kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (8). Bu yasa, Türkiye'deki tütün kontrolü çalışmaları bakımından önemli bir dönüm noktası olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS), 21 Mayıs 2003 tarihinde 56. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilmiştir. Bu sözleşme ve MPOWER politika ve müdahaleleriyle uyumlu bir Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008-2012 yıllarını kapsayacak bir Tütün Kontrolü Eylem Planı hazırlanmıştır. Bu yasa ve sonrası uygulamaları nedeniyle ülkemiz dünyada tütün kontrolünde önemli çalışmalar yapan ülkeler arasına girmiştir (9).

Tütün ve tütün mamulleri kullanımı ile mücadele konusunda politikaların geliştirilmesi ve uygulanması için bilimsel verilere dayalı sonuçların olması gerekir. Bilimsel anlamda kanıtlanmış verilerden elde edilen sonuçlarla, tütün ve tütün ürünleriyle mücadelenin yönü, nasıl yapılacağı; sağlık, ekonomik ve çevre yönünden zararlarıyla ilgili daha kapsamlı, sonuç alıcı çalışmalar ve politikaların uygulanması sağlanabilir. Yapılan bilimsel çalışmaların literatürde yer alması başka ülke deneyimlerinin paylaşılmasına yol açacak, tütün kontrolünde küresel düzeyde bir davranış geliştirebilecektir. Bu nedenle literatüre yansımış olan bilimsel çalışmaların analizi son derece önemlidir.

Bu gerekçelere bağlı olarak, bu araştırmada tütünlü ilgili kapsamlı bir yasaya sahip olan Türkiye ve dünyada öncü ülkeler arasında yer alan Avustralya'da tütün ve tütün kontrolü konulu kimi makalelerin incelenmesi, bu makalelerin içeriklerinde yer alan bilgilerin, ülkelerin tütün kontrolü kapsamında yaptıkları ile örtüşme durumlarına ilişkin sürecin ve gelişmiş-gelişmekte olan ülkeler açısından konuya yaklaşımın farklı olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmada tütün ve tütün kontrolü konusunda Türkiye ve Avustralya'da "PubMed" veri tabanında yayımlanmış olan makaleler taranmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma kapsamında "PubMed" veri tabanında 06.06.2012 tarihinde ilk basamak olarak "tobacco", "smoking", "Australia", "Australian", "Turkey", "Turkish" anahtar sözcükleri kullanılmış ve bu anahtar sözcüklerine karşılık gelen 376 makaleye ulaşılmıştır (Şekil 1).

Araştırmanın verileri SPSS 15.0 istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri araştırmanın tipi, konusu, yayımlanma yılı, yapıldığı yıl, yapıldığı ülke, çıkar çatışması, hangi cinsiyete uygulandığı, özel bir grupta yapılıp yapılmadığı, bağımlılık ölçümü, öneriler şeklinde belirlenmiştir.

Bu araştırma yazısı web tabanlı olduğu için Etik Kurul Onayı gereksinimi duyulmamıştır.

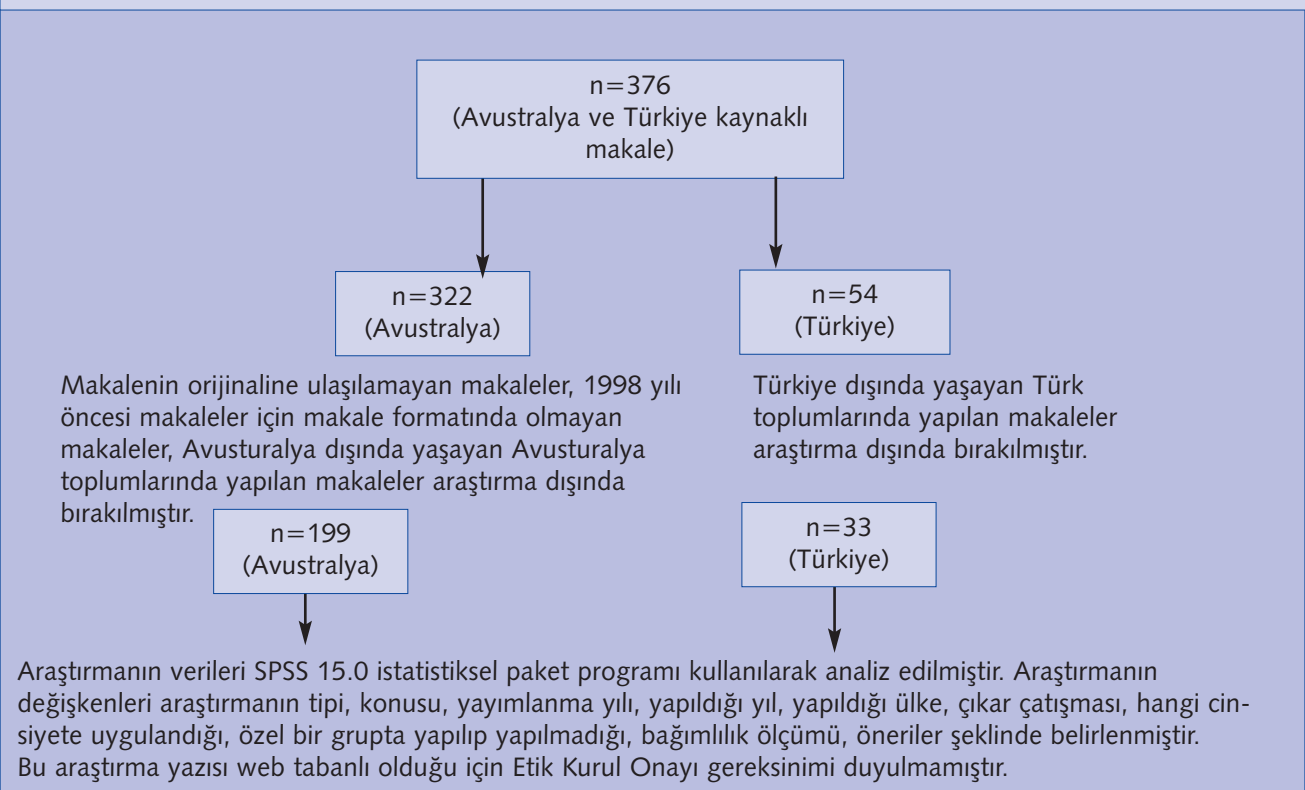
Bulgular

Tablo 1'de her iki ülke kaynaklı yayımlanmış makalelere ilişkin bazı özellikler görülmektedir. Araştırma kapsamında incelenen makalelerin çoğunluğu Avustralya kaynaklı araştırmalardır (%85,8; 232 makale).

Avustralya kaynaklı çalışmalara ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur:

- Ulaşılan en eski makale 1938 yılına aittir.
- Araştırmaların 154'ü (%77,4) orijinal (özgün) makale ve 38'i (%19,1) derlemedir.
- Araştırmaların 49'u (%24,6) 3 yazarlı, 34'ü (%17,1) 2 yazarlı, 30'u (%15,1) 5 yazarlı, 25'i (%12,6) 4 yazarlıdır.
- Araştırma sayılarında 1998 yılından sonra artış olmuştur. Çalışmaların 121'i (%60,8) üniversite ve 67'si (%33,7) kamu kuruluşu adreslidir.
- Makalelerin 96'sı (%48,2) tanımlayıcı tipte, 52'si (%26,1) kesitsel tipte, 37'si (%18,6) kohort tipinde araştırmadır.
- Makalelerin 57'sinde (%28,6) hastalık ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaların 50'si (%25,1) tütün ve tütün ürünlerinden korumak amacıyla, 39'u (%19,6) sigara içme sıklığını araştırmak amacıyla ve 19'u (%9,5) izleme amacıyla yapılmıştır.

Şekil 1. Serviks kanserinde korunma düzeyleri (16).



Tablo 1. Araştırma kapsamında incelenen makalelerin bazı özellikleri				
Özellik	Avustralya		Türkiye	
	Sayı	%	Sayı	%
Özgün(orijinal)	154	77,4	31	93,9
Derleme	38	19,1	2	6,1
Ortalama yazar sayısı	3,5		4,1	
Yapıldığı yer				
Üniversite	121	60,8	25	75,8
Kamu kuruluşu	67	33,7	7	24,2
Araştırma tipi				
Tanımlayıcı	96	48,2	18	54,5
Kesitsel	52	26,1	10	30,3
Vaka kontrol	-	-	4	12,1
Kohort	37	18,6	1	3
Araştırma içeriği				
Hastalık ilişkisi	57	28,6	10	30,3
Koruma	50	25,1	10	30,3
Sıklık	39	19,6	-	-
İzleme	19	9,5	-	-
Diğer konular			13	39,4
Çıkar çatışması belirtilmesi				
Evet	81	40,7	3	9,1
Hayır	118	59,3	30	90,9

- Çalışmaların 116'sının(%58,3) birden fazla kurumda yapılmış olduğu belirlenmiştir (okul, hastane, sağlık kurumu).

- Makalelerin 118'nde (%59,3) çıkar çatışması belirtilmemiştir.

Türkiye kaynaklı makalelerin sayısı 33'tür (%14,2). Türkiye kaynaklı çalışmalara ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur:

- En eski makale 1998 yılında yayımlanmıştır, araştırmaların yapıldığı en eski tarih ise 1989 yılıdır.

- Araştırmaların 31'i (%93,9) özgün araştırmadır.

- Makalelerin 25'i (%75,8) üniversite kaynaklıdır.

- Makalelerin 18'i (54,5) tanımlayıcı tipte, 10'u (%30,3) kesitsel tipte, 4'ü (%12,1) vaka kontrol tipinde ve 1'i (%3,0) kohort tipindedir.

- Çalışmaların tamamında amaç belirtilmiştir.

- Araştırmaların çoğunluğu sıklık (%30,3) ve hastalık ilişkisinin değerlendirildiği (%30,3) çalışmalardır.

- Makalelerin çoğunda (%90,9) çıkar çatışması belirtilmemiştir.

Şekil 2'de 1980 ve 2012 yılları arasında Avustralya ve Türkiye'de tütün konulu makale sayılarında dalgalanmalar olmakla birlikte artma eğilimi görülmektedir. Araştırmanın kendi çerçevesi içinde, Avustralya'da tütün konulu makalelerin uluslararası literatüre yansıma tarihi Türkiye'den daha erken dönemlere denk gelmektedir.

Tartışma

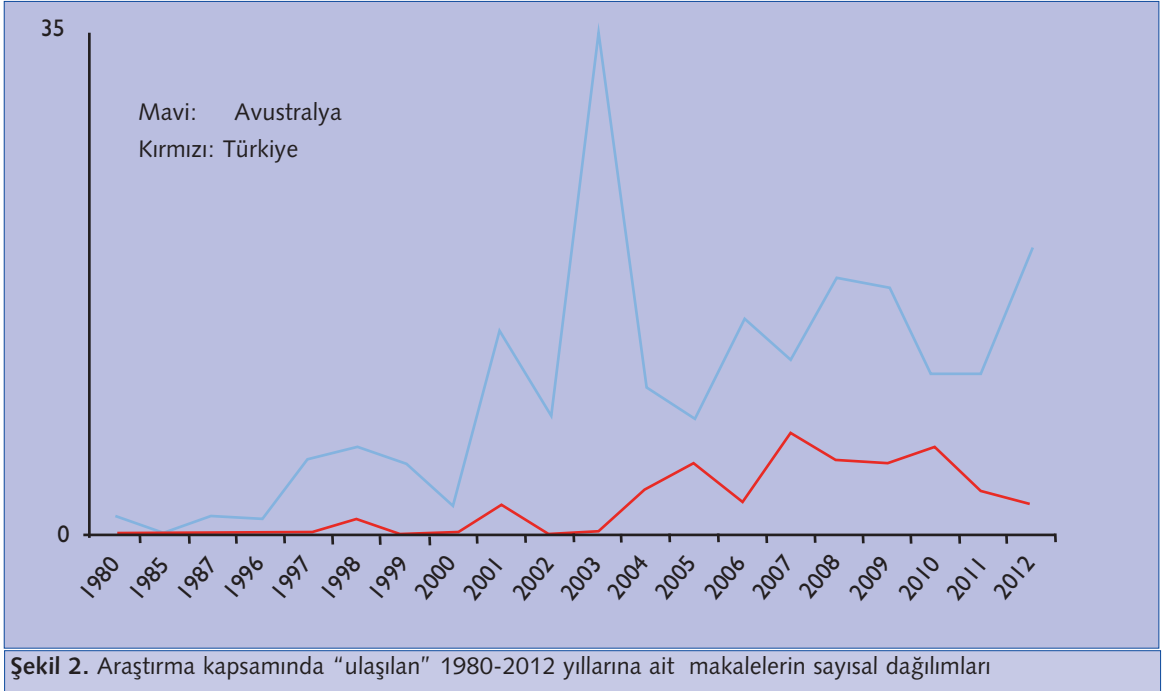
Avustralya ve Türkiye kaynaklı "PubMed" veri tabanının kullanılarak değerlendirmelerin yapıldığı bu çalışma içeriklerinin ve süreçlerinin her iki ülkedeki tütün kontrolü süreçleri ile paralellik gösterdiği söylenebilir (Şekil 2). Örneğin, 1996 yılı ülkemizde tütün kontrolü adına önemli bir tarihtir. İlk tütün karşıtı yasanın çıkmasına denk gelen bu tarihten sonra ülkemizde uluslararası literatüre yansıyan makale sayısında artış olmuştur. Avustralya'da tütün ile mücadelenin de daha erken dönemlerde başladığı göz önüne alındığında Türkiye kaynaklı makalelerin günümüze daha yakın dönemlerde olması beklenen bir durumdur.

Avustralya'da yapılan araştırmalarda amaç daha çok hastalık ilişkisi kurmak ve toplumu tütün ve mamullerinden korumaya yönelik sonuçlar çıkarmak üzerine iken; Türkiye'de yapılan araştırmalar daha çok hastalık ilişkisi ve tütün ve mamullerini kullanma sıklığı üzerinedir. Her iki konunun öncelenmesi de önemli olmakla birlikte Türkiye'de araştırmaların "korunma" yöntem ve uygulamaları kapsamlı çalışmalara evrilmesi beklenmektedir.

Çalışma kapsamında incelenen birçok araştırmada bağımlılık ölçüm testleri yapılmadan, yalnızca düzenli tütün ve mamullerini kullananlar üzerinde yapılması sigara bağımlılığının boyutlarının ortaya konulmasını kısıtlamıştır. Bu kapsamda geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış testlerin ilgili çalışmalarda kullanılması önerilmektedir.

Şekil 2'de görüldüğü gibi 1980 ve 2012 yılları arasında Avustralya ve Türkiye'de tütün konulu makale sayılarında dalgalanmalar olmakla birlikte artma eğilimi görülmektedir. Her iki ülkede de 2000'li yıllarda süreci dünyada yönlendiren Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin çizdiği çerçeve, araştırma gereksinimlerini dolaylı olarak belirlemiş ve bu gereksinimlere göre araştırmalar geçmiş yıllara göre sayıca artmış olabilir.

Araştırma kapsamında incelenen veri tabanı değerlendirmesine göre, uluslararası literatürde Türkiye kaynaklı makaleler Avustralya kaynaklı makalelerden sayıca azdır. Bu durum her iki ülkenin istatistiksel açıdan karşılaştırılmasına olanak vermemiştir. Yapılacak istatistiksel karşılaştırmalar ihtiyatlı olmayı gerektirmektedir.



Ancak genel bir değerlendirme yapıldığında içerik olarak benzer çalışmaların yapılmış olduğu söylenebilir. Bununla birlikte araştırma hedef grubu, vb. açısından Avustralya kaynaklı makaleler daha zengindir. İncelenen makalelerde "çıkartma beyanı" bilgisinin yer alması makalenin etik sınırlarının değerlendirilmesi adına değerlidir. Bu yaklaşım göz önüne alındığında, değerlendirilen makalelerin her iki ülke için de çıkartma beyanı yeterli değildir. Literatüre yansıyan her makalede bu ayrıntılı bilginin olması uygundur. Ancak bu uygulama dergilerin yazarları yönlendirmesi ile istenilen düzeye çıkarılacak bir konudur. Dergilerin yazım kurallarında "çıkartma beyanı" yazımı "şart" koşulduğunda, yazarlar da bu bilgiyi paylaşmak durumunda kalacaklardır. Çıkartma beyanı bilgisinin okuyucu ile paylaşılması, makale içindeki olası kısıtlılıkları ortaya koyması açısından çok önemlidir. Bütün benzerlik ve farklılıklara karşın, bu çalışmanın tütün kontrolü süreçlerinin bilimsel araştırma içeriklerine yansıdığını, bu yansımanın da farklı gereksinimlere kanıt oluşturduğunu gösterdiği söylenebilir. Benzer çalışmaların daha farklı ülkelerin de içinde olduğu farklı veri setleri ile yinelenmesi, güncellenmesi önerilmektedir.

İletişim: Dr. Gülnaz Ulusoy
E-posta: guelulusoy@hotmail.com

Kaynaklar

1. Ridolpho B, Stevenson C. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia 1998. AIHW Cat no PHE 29. Canberra: AIHW (Drug statistics series no 7); 2001.
2. Freeman B, Gartner C, Hall W, Chapman S. Forecasting future tobacco control policy; where to next? Aust N Z J Public Health 2010 Oct; 34 (5): 447-50.
3. Daube M, Moodie AR, Chapman S. Plain packing of tobacco products-plainly a success. Med J Aust 2012;197(10): 537-8.
4. Tobacco control. Erişim 20.2.2013, <http://www.vichealth.vic.gov.au/Programs-and-Projects/Tobacco-Control.aspx>
5. Bilir N, Cakır B, Dağlı E, Erguder T, Onder Z: Tobacco control in Turkey, Copenhagen: World Health Organization; 2009.
6. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H, Sain-Güven G, Uzaslan E. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı-Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları (nb. 796), Ankara, 2010.
7. Erişim 19.02.2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98446/E93038.pdf.
8. Erişim 4.6.2012, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/875.html>.
9. Bilir N, Ozcebe H, Aslan D: Tobacco Use and Control in Turkey. Turkish Journal of Public Health 2009; 7: 61-75.



Dr. Arda Karagöl, Dr. Deniz Çalışkan**, Dr. Murat Beyazyüz****

Geliş tarihi : 20.05.2013

Kabul tarihi: 17.06.2013

Öz

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanmayla karşılaşmaları küresel düzeyde bir sorundur. Bu durum halk sağlığı açısından önemli sonuçlara yol açmaktadır. Damgalama kavramı genel olarak üçe ayrılmaktadır: Toplum damgası, kendi kendini damgalama ve yapısal ayrımcılık. Bunların her biri farklı olumsuzluklara neden olmaktadır.

Damgayı oluşturan beş bileşen vardır. Birincisi, damganın kaynağı olmak için bir özellik gerekmektedir. İkinci olarak bu damgalama nitelikleriyle ilişkili olan stereotipler (kalıplaşmış yargılar), olmalıdır. Damganın üçüncü bileşeni ise "emosyonel tepki" olup toplumun negatif stereotipleri bilmesini ve onları paylaşıyor olmasını gerektirir. Dördüncü nokta, var olan önyargının "davranışsal olarak ayrımcılığa" yol açmasıdır.

Damga ve ayrımcılığın beşinci ve en son bileşeni, grubun etkin bir şekilde damgalanabilmesi için gerekli olan sosyal, politik ve ekonomik güçtür.

Günümüzde, dünyada ve Türkiye'de etkinlikte bulunan çeşitli damga karşıtı girişimler ve programlar, var olan damgalamaya karşı farkındalık yaratmaya ve toplumu bilinçlendirmeye çalışmaktadırlar.

Anahtar sözcükler: Damga (Stigma), Ruhsal Bozukluk, Toplum damgası, Kendi kendini damgalama, Yapısal ayrımcılık.

Abstract

Stigmatization of patients with mental disorders is a global problem. The current status creates serious public health consequences. The stigmatization concept may be of three types: Public stigmatization, self stigmatization and structural discrimination. Each of these forms causes a variety of negative consequences.

There are five components of stigmatization. First, in order to become the source of a stigma, a specific characteristic is needed to stigmatize the individuals. Secondly, there must be stereotypes related to the specified characteristics. Thirdly, emotional reactions occur as a consequence if members of the society are both familiar with the negative stereotypes and also share them. Fourth, prejudice leads to discrimination as a behavioral reaction. As the final component of stigma, social, economic and political power is necessary to effectively discriminate against a stigmatized group.

Currently various interventions and programs against stigmatization worldwide and in Turkey are organizing activities to create public awareness and consciousness about stigma.

Key words: Stigma, Mental disorder, Public stigma, Self stigmatization, Structural discrimination.

*Uzm. Psikiyatri.; Ankara Ü. Halk Sağlığı AD, Ankara

**Doç.; Ankara Ü. Halk Sağlığı AD, Ankara

***Uzm. Psikiyatri.; Gölbaşı HASVAK Devlet Hast. Psikiyatri Kliniği, Ankara

Giriş

Damgalama, bir kişinin içinde yaşadığı toplumun normal saydığı ölçütlerin dışında olması nedeniyle toplumu oluşturan bireyler tarafından kusurlu ve / ya da değersiz olarak nitelenmesidir. Damgalanan bireyler değersizleştirilir, daha az istenebilir ve giderek insan özelliklerinin dışında algılanırlar.

Ruhsal bozukluğu olan insanların yaşadıkları sorunların iki yönü vardır. Duygudurum değişiklikleri, halusinasyonlar ya da anksiyete gibi belirtiler yaşamının yanı sıra, sıklıkla damgalanma ve ayrımcılıkla karşılaşabilirler. Bunlar, hastalığın kendisinden daha fazla yük ve sıkıntıya neden olabilir. Tüm hastalar içinde, ruhsal bozukluk tanısı almış olanlar damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan ve zarar gören bireyler olarak nitelenebilir. İnsanlık tarihi boyunca ruhsal bozukluklar, hemen tüm toplumlarda bir hakaret ve küçümseme aracı olarak kullanılmıştır (1).

“Ruhsal hastalıklarda damga” gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde aynı ölçüde yaygındır. Damga; sağlık, kişiler arası ilişki, iş, barınma gibi çok önemli konularda sosyal dışlanmaya neden olmaktadır. Ruhsal bozukluk toplum içinde ne denli fark edilir ve dikkat çekerse, toplum tarafından damgalanma da o ölçüde fazla olmaktadır (1).

Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar

Hastalık yükünü araştırmak üzere 2004 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) Projesi kapsamında, Türkiye’de ulusal düzeyde DALY’ye (Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları) neden olan ilk 10 hastalığın 15-59 yaş grubundaki dağılımlarına göre, kadınlarda birinci sırada %9,8 ile unipolar depresif hastalıklar yer almaktadır. Unipolar depresif hastalıklar bu yaş grubunda DALY’ler içinde “toplamda” %7 ile 2. sırada, erkeklerde %4,5 ile 4. sırada saptanmıştır. Erkeklerde şizofreni %1.9 ile onuncu sırada yer almaktadır.

Erkeklerde, hastalık yükünü oluşturan ilk 20 hastalık arasında erkeklerde dokuzuncu sırada unipolar depresif hastalıklar (%2.6), on ikinci sırada alkol kullanım bozuklukları (%1,8),

yirminci sırada şizofreni (%1); kadınlarda dördüncü sırada unipolar depresif hastalıklar (%5.4) yer almaktadır (2).

Ülkemizde bugüne kadar yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışmaları ya özel topluluklarla ya da yerel örneklerle yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre ülkemizde tanı konacak düzeyde ruhsal hastalık yaygınlığı %20,0 dolayındadır. 1998’de sonuçları yayınlanan “Türkiye ruh sağlığı profili” çalışmasında, 18 yaş üstünde 7479 kişiyle görüşülmüş ve son 12 aydaki tanılar değerlendirildiğinde, katılanların %17,2’sinde en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur. Ağrı bozukluğu dışarıda tutulursa, en sık görülen hastalık major depresyondur. Alkol bağımlılığı dışında, tüm hastalıklar kadınlarda daha sık saptanmıştır (3).

Hıfzısıhha Mektebi’nin “Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması’nda” da benzer bulgular ortaya konmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19,0 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir (2).

Ruhsal bozukluklar / hastalıklar halk sağlığı açısından önemli ve öncelikli sorunlardır. Ruhsal bozukluklar, hem bulaşıcı, hem bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörleri arasındadır. Ayrıca kasıtlı ya da kasıtsız yaralamalara da katkıda bulunabilirler. Ruhsal bozukluk ve hastalara karşı var olan damgalama (stigmatization), hastaların ve ailelerinin ruh sağlığı servislerine başvurmalarını engellemektedir. Bu derleme ile amacımız, damgalama konusunu halk sağlığı bakış açısı ile değerlendirmek, damgalama türlerini tanımlamak, damgalamanın sıklığını ve yarattığı sorunları ortaya koymaktır.

Damgalama, yaşamın tüm alanlarını etkilediğinden dolayı önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Bu derlemede öncelikle kısaca, damga ve ayrımcılıkla ilgili üç ana başlık tanımlanacak.: Toplum damgası, kendi kendini damgalama ve yapısal ayrımcılık. Daha sonra, bu üç damga tipinin ruhsal bozukluğu olan kişilerin gündelik yaşamlarına olan sonuçları tartışılacaktır.

Damga Tipleri ve Terminoloji

1. Toplum damgası ve ayrımcılık

Toplum damgası, toplumun belirli bir gruba karşı, belli bir özellik nedeniyle önceden var olan, varsayımlar temelindeki reaksiyonunu kapsamaktadır. Örneğin, toplumda ruhsal sorunlu bireyler tehlikeli olarak görülüyorsa, bu özellikteki kişilerden kaçınma davranışı gösterilir. Damga, Erving Goffman'ın yaptığı önemli çalışmaya göre geniş kapsamlı bir terimdir.

Goffman'a göre damga, kişinin diğer insanların standartlarını karşılayamadığında hissettiği suçluluktur. Bu nedenle de kişinin bu hatasını, kusurunu gizlemesine neden olur. Goffman damgalanmış kişiyi; öncesinde bütünlüklü ve genele aitken, daha sonra kusurlu, değersizleşmiş ve sayılmayan birisine dönüşmüş kişi olarak tanımlamıştır (4).

Şizofreni ruhsal bozukluklar içinde belki de en çok damgalanan hastalıktır. Şizofreninin parmakla gösterilebilen tek bir nedeni yoktur. Şizofreni gelişimindeki stres diatez modeline göre biyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin hepsinin bir araya gelmesiyle hastalık ortaya çıkmaktadır (5). Bu etmenlerden herhangi birisinin uzaklaştırılması ya da karşılanması (örneğin, psikososyal travmaya karşı sosyal desteğin sağlanması) hastalık gelişim riskini azaltacaktır. Bunun örneklerinin görüldüğü toplumlar ve kültürler vardır (6).

Gelişmekte olan ülkelerde şizofreniye bakış daha hoşgörülüdür ve hastaya yönelik daha fazla destek bulunmaktadır. Olasılıkla, üretim ilişkilerinde tarımın egemen olması, geniş aile yapısı içinde çocuklarla sıkı bağların oluşturulması, hastalığın nedenini açıklamada dış güçlere dayanma bu hoşgörünün nedenini oluşturmaktadır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde de kentleşmenin giderek artması tutumları değiştirmektedir (1).

Erken 1970'lerden sonra gelişmekte olan ülkelerde yapılan şizofreniyle ilgili çalışmalarda, hastalığın gidişi ve sonlanımının bu ülkelerde batı ülkelerine kıyasla daha iyi olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmalar Mauritius, Hong Kong, Candiğer ve Sri Lanka'da gerçekleştirilmiştir. Hem 2, hem de 5 yıllık izlemlerde, gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek oranda hasta bu

hastalıkla ilgili "en iyi" gidişi göstermiştir (6). Modern sosyal, psikolojik ve sosyolojik kavram olarak ele alındığında, damga kavramının birbiriyle ilişkili pek çok bileşeninin olduğu görülür. Birincisi, damganın kaynağı olmak için bir özellik -örneğin cilt rengi ya da ruhsal hastalık- bireyleri damgalamak için kullanılıyor olmalıdır (7). Ruhsal hastalık ve ruh sağlığı arasında zaten çok net bir sınır yoktur ve kültürler arasında da bu sınır algısı değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle "ruhsal hastalık" zamana, hatta coğrafyaya bağlı olarak değişebilen sosyal bir olgudur. Bu, belki de psikiyatridi bütün diğer disiplinlerden ayıran bir özelliktir.

Örneğin, bazı dissosiyatif durumlar ya da halüsinasyonlar batı toplumlarında sıklıkla patolojik olarak görülürken, diğer toplumlarda normal, örneğin dini uygulamaların bir parçası olarak kabul edilebilirler. Hindistan'daki bazı dinlerde "aziz" kabul edilen kişiler bütün gün başka hiçbir şey yapmadan sokakta oturarak esrar içmektedirler. Aynı yaşam biçimine sahip insanlara batıda "berduş" denmektedir. Örneğin, Almanya'da yaşayan işsiz bir Türk genci, eşinin kaygılanarak sağlık ekiplerini araması sonucu psikiyatri kliniğine yatırılmış, psikoz tanısı ile 16 gün boyunca antipsikotik tedavi almıştır. Ancak 16 günün sonunda yememe, içmeme ve konuşmamasının nedeninin İslamiyette nadir görülen bir ibadet biçimi olan "itikaf" olduğu ortaya çıkınca ilaçları kesilerek taburcu edilmiştir (8).

Zamana bağlı olarak normal- anormal tanımının değişmesinin en belirgin örneklerinden biri de farklı cinsel yönelimlerdir. Bundan yaklaşık 40 yıl öncesine dek farklı cinsel yönelimler, ruhsal bir bozukluk olarak damgalanırdı, bugün hastalık değerlendirmelerinden vazgeçilmiştir (9). Dolayısıyla normal-anormal kavramları toplumlara, zamana, yere göre değişmekte, damgalama olgusu da benzer bir değişkenlik göstermektedir.

Damgalama kavramı için, farklı bir özelliğe ek olarak, bu damgalama nitelikleriyle ilişkili kalıplaşmış yargılar (stereotipler) olması gerekir. Stereotipler, bir sosyal grubun çoğu tarafından bilinen, kökleşmiş, doğru oldukları varsayılan bilgilerdir ve sıklıkla yanlış bilgilenme ve yok sayma temelinde biçimlenirler. Bir anlamda "doğru bilinen yanlışlar" söz konusudur. Ruhsal hastalığı olan

insanlarla ilgili stereotipik düşünceler arasında, bu kişilerin şiddete eğilimli ve tehlikeli oldukları, durumlarının kendi suçları olduğu, bağımsız olarak yaşayamayacakları, özgür ve asi birer ruh oldukları, dünyayı çocuksu bir biçimde algıladıkları gibi özellikler sayılabilir (7).

Tedavi almayan ve / ya da alevlenme dönemlerindeki şizofreni hastalarının ajite ve impuls kontrollerinin zayıf olması beklenen bir durumdur. Öte yandan, şizofreni hastası bir birey cinayet işlediğinde bu durumun basının normalden fazla ilgisini çekmesine karşın, eldeki veriler bir şizofrenin cinayet işleme olasılığının genel popülasyonun herhangi bir üyesine göre daha yüksek olmadığını göstermektedir (5).

Damgalama çeşitli mekanizmalarla psikiyatri hastalarının yeterli sağlık bakımı almalarını da engelleyebilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetinde çalışanlar, aktif psikotik, konfüze ya da iletişime kapalı psikiyatri hastaları ile uğraşmak istemeyebilir ve bu tip hastalarla rahat iletişim kuramayabilirler. Bu tip bir hastada yeterli tıbbi bir değerlendirme her şeyden önce zaman ve sabır gerektirmektedir. Sonuçta, bazı sağlık çalışanları da bu hastaları damgalayabilmektedirler. Örneğin, psikotik bir hastanın fiziksel yakınmaları, çok sabırlı olmayan ve zaman sıkıntısı olan bir klinisyen tarafından doğru bir muayene yapılmaksızın psikosomatik olarak değerlendirilebilir. Hatta bazen psikiyatristler de psikotik hastalarının tıbbi sorunlarıyla uğraşma konusunda isteksiz davranmaktadırlar (6).

Oysa çeşitli çalışmalarda, şizofreni hastalarında %80'e varan oranlarda eşzamanlı başka önemli bir tıbbi hastalık olduğu ve bu hastalıkların %50'ye varan oranlarda tanı almadığı gösterilmiştir (5). Tüm bu durumlar psikotik hastaların, iyi bir sağlık bakımı almalarını engelleyen durumlardır.(6) Damganın üçüncü bileşeni olan emosyonel tepki, önyargının bir sonucudur. Bir toplumun bireyleri negatif yargıları (stereotipilere) ne denli biliyor ve paylaşıyorlarsa, olumsuz emosyonel tepkiler vererek önyargıya ve damgalamaya katkıda bulunurlar.

Dördüncü olarak, önyargılar davranışsal olarak ayrımcılığa yol açmaktadır. Öfke ve korkuya yol açan önyargılar, sorunlu insanların sağlık

bakımı için başvurudan kaçınmalarına da yol açabilmektedir. Örneğin, işverenler kendi korkularından dolayı çevrelerinde ruhsal sorunlu çalışan görmek istememekte ve bu insanları işe almamaktadırlar.

Damga ve ayrımcılığın beşinci ve en son bileşeni olan sosyal, politik ve ekonomik güç, ayrımcılığa uğrayan grupların etkin biçimde damgalanmalarını sağlayıcı işlev görmektedir.

Kişilerin sahip olduğu tutumlar, çocukluk ve ergenlik döneminden başlayarak ilk yetişkinlik dönemine uzanan süreçte biçimlenir; hatta literatürde anaokulu döneminden başladığını belirten kaynaklar da bulunmaktadır (10). Weiss'in yaptığı kohort çalışmada, çocukların sekiz yıl arayla tutumları yeniden değerlendirilmiş, ruhsal hastalıklara karşı benzer tutumlar gösterdikleri ve sorunlu kişilere sosyal mesafe koydukları görülmüştür (11). Ancak tutumlar erken yaşlarda öğrenilmiş olsa da, yeni yaşantılar ve deneyimlerle değişebileceği belirtilmektedir (10-12).

2.Kendi kendini damgalama

"Kendi kendini damgalama" ya da "içselleştirilmiş damga", damgalanmış bir gruba ait bireylerin, damgalayıcı tutumları ve tepkileri kendilerine döndürmelerine verilen addır. Kendini damgalama toplum damgalamasına koşut olarak gelişir; kendini etiketleme ve stereotipi ile başlar ve sonuçta damgalanmış bireylerin davranışlarını etkiler.

Ruhsal rahatsızlıkları olan bireyler, genelde kendilerine karşı var olan olumsuz stereotipilerin (kalıplaşmış yargıların) farkındadırlar. Bu bireyler eğer stereotipileri kabullenir, benimser ve kendilerine uygularlarsa, bu durum özenlik saygısında ve kendi kendine yeterlilikte azalmaya yol açar. (Örneğin, "Bende ruhsal bir hastalık var ve ben iyi bir tıbbi bakımı hak etmiyorum ve herhangi bir işte başarılı olamam.") Kendi kendini damgalamaya emosyonel olarak utanç eşlik eder, başarılar azalır, kişinin yaşam kalitesi ciddi ölçüde düşer. Bağımsız yaşama ya da bir işte çalışma gibi hedefleri gerçekleştirme motivasyonu azalır.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin psikiyatrik başvuru ve tanı alma sonrası, ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür (13).

Bu kişilerde suçluluk, değersizlik düşünceleri, özsaygıda azalma, sosyal içe çekilme gibi depresyon belirtileri ortaya çıkmakta ve var olan tabloya ikincil bir depresyon tablosu eklenmektedir.

3. Yapısal ayrımcılık

Ayrımcılık yalnızca bireysel tutum ve düşüncelerin basit birer sonucu değildir. Ruhsal hastalığı olan bireyleri, toplumsal kurallar ve düzenlemeler de sistematik olarak sıkıntıya sokabilmektedir. Buna "yapısal ayrımcılık" denmektedir. Örneğin, psikiyatri bakım hizmetleri ve araştırmalarıyla ilgili bütçelerin ve yönetmeliklerin oluşturulmasında ya da ruhsal hastalıkların sağlık sigortası kapsamı dışında bırakılmalarında yönetsel ayrımcılıklar gözlenmektedir (7).

Yapısal ayrımcılığın en ileri ve acımasız biçimi Nazi Almanya'sında 1933-1945 yılları arasında yaşanmıştır. Bu dönemde "Kalıtsal hastalıkları önleme yasası" doğrultusunda yaklaşık 200-260 bin dolayında psikiyatri hastası, psikiyatristlerin gözetiminde yok edilmiştir (14).

Damgalamanın sonuçları

Ne yazık ki, yeni çalışmalar, batı toplumlarında zaman içinde ruhsal bozukluklarla ilgili damgalamanın azalmadığını, aksine artmakta olduğunu göstermektedir.

Global anlamda, değişik ülkelerdeki damgalama düzeyleri hakkında pek az şey bilinmektedir. Yeni bir izlem çalışmasında, 27 ülkeden 700 şizofreni hastası araştırılmış, katılımcıların yaklaşık yarısı arkadaş edinirken, arkadaşlık ilişkilerini sürdürürken ve aile üyeleriyle ilişki kurarken ayrımcılığa maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların dörtte birinden fazlası ise iş ararken, komşularıyla olan karşılaşmalarda ya da yakın ilişkilerinde ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Ayrımcılığa maruz kalma kaygısı ise bunlardan çok daha yüksek bulunmuştur.

Ruhsal bozukluğu olan pek çok insan, ruhsal rahatsızlıklarını gizleyerek damgalanma, ve ayrımcılığın olumsuz etkilerinden, kaçınmaya çalışmaktadırlar.

Gizlilik ve etiketlenmeden kaçınmanın bir diğer sonucu ise, ruhsal sorunlu bireylerin tedavi sonucunda etiketlenen korkusuyla tedavi arayışına girmemeyi seçmeleridir.

Algılanan damga düzeyinin yüksekliği ve damgaya direncin düşüklüğü, düşük düzeyde bakım arayışı ile ilişkili bulunmaktadır. Bu nedenle damgalanma, tüm dünyada tedaviye katılımın düşüklüğü ile de ilişkili olduğundan önemli bir halk sağlığı sorunudur (7). İncelik her zaman planlanmış ya da kasıtlı olmak zorunda değildir. Yasalar, kültürel kurallar ve düzenlemeler de azınlıkları dezavantajlı konuma sokabilir. Ruhsal hastalıklarla ilgili yetersiz bütçeler, yönetsel ayrımcılığın bir diğer örneğidir. Psikiyatri hizmetlerine olması gerekenin altında bütçe ayrılması küresel bir sorundur.

DSÖ'ye göre ruhsal sorunlar tüm hastalıklarla ilgili engelliliklerin % 12'sine neden olmaktadır (DALY-Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları). Ancak psikiyatri hizmetleri, bütünde sağlık bakım bütçelerinden yalnızca %2 kadar pay almaktadır. Bu durum kaynak eksikliğinin bir göstergesidir (7).

Damga Karşıtı Girişimler ve Çıkarımlar

Toplum damgalamasını durdurma stratejileri arasında protesto, eğitim ve temas yer almaktadır. Protesto medyadaki damgalayıcı dizi filmler, reklamlar, haberlere düzenlenir. Geçmişte bunların başarılı örnekleri gerçekleştirilmiştir (7).

Eğitim, toplumu doğru yönde bilgilendirerek var olan olumsuz stereotipleri yıkmayı, onların yerine gerçekleri koymayı amaçlar.

Temas ve eğitim için damga karşıtı programlar çok önemlidir. Damga karşıtı girişimler yerel ya da ulusal düzeyde olabilir. Çeşitli ülkelerde örnekleri bulunmaktadır. İngiltere'deki "Time To Change" (Değişim zamanı), İskoçya'daki "See me" (Beni gör), Yeni Zelanda'daki "Like minds Like Mine" bunlardan bazılarıdır. Damga karşıtı girişimlerin etkili olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (7). 2011 yılında Bakırköy Psikiyatri Hastanesi'nin damga karşıtı proje yarışmasındaki sloganı ise "Damgalama anlamaya çalış" idi.

Gelecekteki damga karşıtı girişimler, damganın ve ayrımcılığın farklı yönlerine aynı anda işaret etmek için kapsamlı adımlar atmalıdır. Konuyla ilgili en anlamlı, en önemli sonuç özellikle ruhsal hastalıklı bireylerde "algılanan ayrımcılıkta azalma"dır; başarı ölçütü bu olmalıdır. Başarı, toplumdaki çeşitli grupların sürekli işbirliği içinde olmalarına bağlıdır. Bu

gruplar arasında ruhsal sorunları olanlar kadar; öğretmenler, ruh sağlığı çalışanları, inanç liderleri, işverenler, polis memurları, yasa yapıcılar ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler bulunmaktadır. Ruhsal hastalık damgasının azaltılması ve derin bir sosyal değişime ulaşabilmek için uzun soluklu ve işbirliği içinde ilerleyen çabalara gereksinim vardır.

İletişim: Dr. Arda Karagöl

E-posta: ardakaragol@yahoo.com

Kaynaklar

- 1.Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; Ekim 2007. s. 500.
2. T.C.Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi, hastalık yükü final rapor. Ankara: 2004.
- 3.Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C Sağlık Bakanlığı; 1998.
- 4.Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1963.
- 5.Sadock BJ, Sadock VA. Schizophrenia. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical psychiatry. Ninth ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 476, 494.
- 6.Lieberman JA, Murray RM. Comprehensive care of schizophrenia. 1st publish. Martin Dunitz Ltd; 2001. p 285, 306, 309, 325.
- 7.Nicholas R, Sara EL, Sarah C, Graham T. Stigma, discrimination, social exclusion, and mental health- A Public health perspective. In: Richard P, Marni S. Routledge handbook in global public health. 1st publish. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2011. p 394-9.
- 8.Göka E, Türkçapar MH, Şirin A. ve ark. Bir vaka: Kültürel fenomenlerin psikiyatrik tanılara etkisi. Kriz Dergisi 2(1): 214-7.
9. Homosexuality and sexual orientation disturbance: Proposed change in DSM-II. 6th Printing. page 44 Position Statement (Retired), APA Document Reference No. 730008, 1973.
- 10.Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. Adv Psychiatr Treat 2000; 6:65-72.
- 11.Weiss MF. Children's attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up. Psychol Rep 1994; 74: 51-6.
- 12.Tuna A. Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1997.
13. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(3): 136-40
14. Torrey EF, Yolken RH. Psychiatric genocide: Nazi attempts to eradicate schizophrenia. Schizophr Bull 2010; 36: 26-32.



Beş Aylık Bir Bebekte Koledokolitiazisin Medikal Tedavisi

Medical Treatment of Choledocholithiasis in a Five-Month-Old Infant

Case Report

*Dr. Serdar Moraloğlu**, *Dr. Oktav Bosnalı**, *Dr. Kamber Göksu***,
*Dr. Neslihan Gülçin**, *Dr. Ayşenur Cerrah Celayir**

Geliş tarihi : 17.07.2013

Kabul tarihi: 08.08.2013

Öz

Koledokolitiazis, bebek ve çocuklarda nadir görülmekle birlikte, gün geçtikçe sıklığı artmaktadır. Ultrasonun klinik kullanıma girmesinden sonra bebeklerde koledokolitiazis saptanma oranları yükselmiştir. Koledokolitiazisin bu yaş grubundaki hastalarda tedavisi halen tartışmalıdır.

Beş aylık kız hasta iki gündür beyaz renkte dışkı yapma nedeni ile gönderildi. Ultrasonda ortak safra kanalında taş ve safra yolunda genişleme saptandı. Hastaya intravenöz hidrasyon, antibiyoterapi ve ursodeoksikolik asit tedavisi başlandı. Tedavinin altıncı gününde dışkı rengi normale döndü. Koledoktaki taşın, yapılan kontrol ultrasonunda kaybolduğu saptandı. Bu yazıda, semptomatik koledokolitiazisi olan beş aylık hastadaki medikal tedavi yaklaşımımız sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Koledokolitiazis, Medikal tedavi, Bebek.

Abstract

Choledocholithiasis is rare but increasingly diagnosed in infants and children nowadays. Detection rates of choledocholithiasis in infants have increased since the introduction of ultrasonography. Nevertheless, the management of the disease is still controversial in this age group.

A five-month-old female infant presented with acholic stools. Ultrasonography revealed the presence of common bile duct stone with a dilated bile duct. She was put on a treatment of intravenous hydration, antibiotics, and ursodeoxycholic acid. On the sixth day of the treatment, the color of the stools was normalised and the stone had disappeared by ultrasonography. In this paper, we have reported our approach for the medical treatment of symptomatic choledocholithiasis in a five-month-old patient.

Key words: Choledocholithiasis, Medical treatment, Infant.

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hast. Eğt. ve Araş. Hast., Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

**Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hast. Eğt. ve Araş. Hast., Radyoloji Bölümü, İstanbul

Giriş

Koledokolitiazis, bebek ve çocuklarda nadir görülmekle birlikte, gün geçtikçe sıklığı artmaktadır. Sıklığın artmasında tanı araçlarının gelişmesi ve daha sık kullanılmasının yanı sıra prematürite, parenteral beslenme, dehidratasyon ve çeşitli ilaçların(furosemid, seftriakson) kullanımı gibi safra yollarında taş oluşmasına neden olabilecek risk faktörlerinin artması da etkilidir.

Semptomatik koledokolitiazis olgularının sıklığı oldukça azdır. Çocukların %0,15'i ile %0,22'sinde safra kesesi taşı görülmektedir, bu hastaların %11'i ile %13'ünde ise safra kesesindeki taşa koledok kanalında taş eşlik etmektedir (1, 2, 3). Bebeklerde koledokolitiazisin tedavisi halen tartışmalı olmakla birlikte, semptomatik olmayan olgularda medikal tedavi, semptomatik olanlarda ise endoskopik ya da cerrahi tedavi yöntemleri öne çıkmaktadır.

Semptomatik koledokolitiazisli olgumuzdaki tedavi yaklaşımımız, benzer yaş grubundaki hastaların sağaltımına katkısı olması amacıyla literatür ışığında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Beş aylık kız hasta, iki gündür beyaz renkte dışkı yapma nedeni ile kliniğimize gönderildi. Özgeçmişinde hastanın miadında sağlıklı olarak doğduğu, kullanmış olduğu bir ilaç ve total parenteral beslenme öyküsü olmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde ailede safra yolları ile ilgili ya da hematolojik bir hastalık öyküsü yoktu. Vital bulguları normaldi. Fizik muayenesinde rektal tuşede saptanan akolik dışkı dışında bir özellik saptanmadı. Laboratuvar değerlendirmesinde total bilirubin 3,56 mg/dl, direkt bilirubin 3,18 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST) 68,6 U/L, alkalin fosfataz 122,7 U/L, gama glutamil transpetidaz (GGT) 430,4 U/L olarak saptandı. Hematolojik değerlendirmesinde bir patoloji saptanmadı. Safra yollarına yönelik yapılan ultrasonografide, koledok lümeninde 4,8 mm çapında kalkül imajı ve koledokun 4,3 mm çapında ektazik olduğu izlendi. Hastaya intravenöz hidrasyon, antibiyoterapi ve 10 mg/kg/gün olacak şekilde üçe bölünmüş dozda ursodeoksikolik asit tedavisi başlandı. Medikal tedavisinin 6. gününde sarı renkte dışkı çıkışı olan hastanın ultrasonunda safra

kesesi ve safra yollarında kalkül gözlenmedi, ancak koledok hâlâ ektazikti. Total bilirubin 1,60 mg/dl, direkt bilirubin 1,45 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST) 55,6 U/L, alkalin fosfataz 45,7 U/L, gama glutamil transpetidaz (GGT) 339,2 U/L'ye geriledi. Hastanın poliklinik izlemi planlanarak taburcu edildi. İzlemlerinde, ikinci ayda koledok çapı, kan bilirubin düzeyi ve karaciğer enzim değerleri normale döndü. Tedavi sonrası birinci yılındaki hastanın izlemi sorunsuz sürdürülmektedir.

Tartışma

Koledokolitiazis çocuklarda ve özellikle de bebeklerde nadir görülen bir hastalıktır. Bebeklerdeki safra yolları taşlarının nedenleri oldukça çeşitlidir. Çocukluk çağındaki safra yolları taşlarının büyük bölümünü kalsiyum bilirubinat içeren kahverengi ve siyah renk pigment taşları oluşturmaktadır (4). Freisen ve arkadaşlarının 0-6 aylık bebekleri içeren geniş serisinde, hastaların %36'sında safra yolu taşının nedeni bulunamamış ve idiyopatik olarak değerlendirilmiş, diğer nedenler ise total parenteral beslenme (%30), geçirilmiş intestinal cerrahi (%30), sepsis (%15), bronkopulmoner displazi (%13), hemolitik hastalıklar (%5), emilim bozuklukları (%5), nekrotizan enterokolit (%5) ve hepatobiliyer hastalıklar (%4) olarak belirtilmiştir (4). Bizim hastamızda etiyolojik bir neden bulunamadığından, idiyopatik olarak kabul edildi.

Yenidoğan ve bebeklerde kolelitiazisin %20-80 arasında spontan kaybolma olasılığı vardır. Bu hastaların bir bölümünde kolesistit ya da koledokolitiazis görülebilir. Koledokolitiazis olan hastalarda taş asemptomatik kalıp spontan kaybolabileceği gibi, semptomatik olup tıkanma sarılığı, kolanjit ya da biliyer pankreatite yol açabilir (1, 3, 5, 6). Hastamız tıkanma sarılığı tablosu ile başvurmuştu ve safra yolları ile ilgili olarak özgeçmişinde bir özellik yoktu.

Bu yaş grubu için hastalığın nadir olması ve delil düzeyi yüksek çalışmaların yetersizliğinden dolayı koledokolitiazisin tedavisi halen tartışmalı olmakla birlikte, asemptomatik olgularda medikal tedavi, semptomatik olanlarda ise endoskopik ya da cerrahi tedavi yöntemleri öne çıkmaktadır.

Medikal tedavide hidrasyon, antibiyoterapi ve ursodeoksikolik asit kullanılmaktadır. Ursodeoksikolik asit, birçok kolestatik durumda, safra yolları çamur ve taşlarında kullanılmakta ise de, yıllardır her hastalık grubu için etkinliği tartışma konusu olmayı sürdürmektedir (7). Nordin ve arkadaşları, semptomatik koledokolitiazisi olan üç bebekte ursodeoksikolik asit içeren medikal tedavinin başarılı olduğunu bildirmişler ve başlangıç tedavisi olarak uygun olduğunu savunmuşlardır (8). Bizim hastamızda tanı konmasının hemen ardından medikal tedavi başlandı. Tedavinin 6. gününde kolik dışkı çıkışı oldu ve izleyen günlerde sarılığı ve laboratuvar değerleri gittikçe düşerek normale döndü.

Medikal tedavinin yararsız olduğu durumlarda, girişimsel endoskopik işlemler ya da cerrahi tedaviler uygulanabilmektedir. Laparoskopik ya da açık cerrahi yöntemle kolesistektomi ile safra yolları eksplorasyonu, endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) ile sfinkterotomi, perkutan transhepatik kolanjiografi (PTK), kolesistostomi ya da T-tüp drenajı ile irrigasyon ve transduodenal sfinkteroplasti kullanılabilecek cerrahi ve endoskopik yöntemlerdir (2, 3, 9).

Sonuçta, koledokolitiazis bebeklerde nadir görülmekle birlikte, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Erken tanı konulan ve belirtilerin hafif olduğu olgularda medikal tedavinin başarıyla uygulanabileceği, ancak medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda endoskopik ya da cerrahi yöntemlerin uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

İletişim: Dr. Serdar Moraloğlu

E-posta: serdarmoraloglu@gmail.com

Kaynaklar

1. Vrochides DV, Sorrells DL, Kurkchubasche AG, Wesselhoeft CW Jr, Tracy TF Jr, Luks FI. Is there a role for routine preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography for suspected choledocholithiasis in children? *Arch Surg* 2005; 140(4): 359-61.
2. Newman KD, Powell DM, Holcomb III GW. The management of choledocholithiasis in children in the era of laparoscopic cholecystectomy. *J Pediatr Surg* 1997; 32(7): 1116-9.
3. Holcomb GW III. Gallbladder disease. In: O'Neill JA Jr, Grosfeld JL, Fonksrud EW, eds. *Principles of Pediatric Surgery*. St.Louis: Mosby Co; 2003. p.645-6.
4. Friesen CA, Roberts CC. Cholelithiasis. Clinical characteristics in children. Case analysis and literature review. *Clin Pediatr* 1989; 28(7): 294-8.
5. Holgersen LO, Stoalr C, Berdon WE, Hilfer C, Levy JS. Therapeutic and diagnostic implications of acquired choledochal obstruction in infancy: spontaneous resolution in three infants. *J Pediatr Surg* 1990; 25(10): 1027-9.
6. Keller MS, Markle BM, Laffey PA, Chawla HS, Jacir N, Frank JL. Spontaneous resolution of cholelithiasis in infants. *Radiology* 1985; 157(2): 345-8.
7. Gamba PG, Zancan L, Midrio P, Muraca M, Vilei MT, Talenti E, et al. Is there a place for medical treatment in children with gallstones? *J Pediatr Surg* 1997; 32(3): 476-8.
8. Nordin N, Alex G, Clarnette T, Stephens N, Oliver M. Common bile duct stones in infancy: a medical approach. *J Pediatr Child Health* 2012;48(8):705-9.
9. Chang JH, Kim KJ, Moon KR. Surgical treatment of cholelithiasis and choledocholithiasis in a 2-month-old premature and low birth weight infant. *Pediatr Surg Int* 2005; 21(5): 403-4.

Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler

Health and Social Services for the Elderly; the Evaluation of Some Country Examples

Derleme



Review Article

*Dyt. Simge Yılmaz**, *Ayla Açıkgöz**, *Celalettin Çevik***,
*Kevser Tarı Selçuk****, *Dr. Reyhan Uçku*****

Geliş tarihi : 15.06.2013

Kabul tarihi: 23.07.2013

Öz

Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir. Sağlıklı yaşlanma için sağlıklı ilişkili önerilerin yanı sıra, ekonomik, sosyal, toplumsal, kültürel vb. alanlarda da gelişmelerin sağlanması gerekir. Bu alanlarda, yaşlılar için ülkeler kendi koşullarına göre benzer ya da farklı sağlık ve sosyal hizmet sunum modelleri geliştirmiştir. Bu yazıda Türkiye ile seçilmiş bazı ülkelerde yaşlılara yönelik sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler karşılaştırılmıştır.

Yaşlı sağlığına yönelik; sağlık, sosyal ve ekonomik hizmetlerin eşgüdümlü olması gerekmektedir. Bu noktada temel sorumluluk devlete ait olmalıdır. Sürekli, herkes için eşit ve gereksinim duyulduğu her an ulaşılabilir bir sağlık hizmet modeli planlanmalı, uygulanmalı ve en önemlisi de ülke çapında sürdürülmelidir.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, Sosyal hizmet sunumu, Yaşlı sağlığı hizmeti.

Abstract

Aging of people results in reductions, even losses in a number of physical and mental functions and social relations. For developments in healthy aging of the population, health-related measures as well as economic, social, cultural and the like developments must be provided. Countries have developed various health and social service delivery models for the elderly, with similarities as well as differences, in compliance with the countries' resources. In this article, health and social services for the aging population are compared both within Turkey and in selected countries.

Health, social and economic services for the elderly people must be coordinated. At this point, the main responsibility should belong to the state. There is a need for a continuous, equitable and always accessible health services model for the aging population and such a model should be planned, implemented and most importantly sustained all over the country.

Key words: Elderly, Social services, Health services for the elderly

*Uzm.; Doktora Öğr.; Dokuz Eylül Ü. Hast. Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

**Doktora Öğr.; Balıkesir Atatürk Devlet Hast. Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

***Doktora Öğr.; Balıkesir Bigadiç Devlet Hast. Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

****Prof.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

Giriş

Yaşlanma, bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değişimlere yol açan doğal bir süreçtir. Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir (1).

Dünya genelinde yaşlı birey sayısının 2025 yılı itibarıyla 1,2 milyara ve 2050 yılında da iki milyara ulaşması beklenmektedir (2). Toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus payı halen gelişmiş ülkelerde daha yüksekse de, ileriki yıllarda yaşlı nüfusunun yüzde 70'inin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacağı beklenmektedir (3). Nüfus içindeki yaşlı payının artması, kronik hastalıkların artışı da gündeme getirmektedir. Kronik hastalıklar, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve yaşlıları bakıma muhtaç hale getirmektedir. Kalıtım, beslenme ve sanitasyon hizmetleri, temiz suya ulaşım, sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi olanakları gibi temel konuların dünyada eşit olarak gelişmemesi ve farklılıklar göstermesi, toplumların yaşlanan nüfusları arasındaki farklılığın temel nedenleri arasında sayılabilir. Genel olarak gelişmiş ülkelerde koruyucu önlemlere verilen önemin artması, erken tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesi, yaşlılık döneminde yeti yitimi ve ilgili sağlık sorunlarının azalmasına neden olmuştur. Buna karşılık, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu hizmetleri yok denecek kadar az olduğu görülmektedir (4).

Yaşlı nüfusa yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumu ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Sosyoekonomik düzey, yaşlı ve çok yaşlı nüfus payı, yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları, sosyokültürel özellikler gibi pek çok etmene bağlı olarak yaşlı politikaları oluşturulmaktadır. Bu makalede yaşlılara sunulan sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin Türkiye ve bazı ülke örnekleri üzerinden irdelenmesi, karşılaştırılması ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Toplum içindeki yüzde 7,3'lük yaşlı payı ile yaşlı bir toplum olan Türkiye'nin yanı sıra, çok yaşlı toplumları olan dört ülke incelenmiştir. Kuzey Avrupa ülkelerinden İsveç, kıta Avrupası'ndan Hollanda, bir Akdeniz ve Güney Avrupa ülkesi İtalya ve beklenen yaşam süresi en uzun topluma sahip Japonya makalede değerlendirilen ülkeler arasındadır. Ülkemizden çok daha önce toplum yaşlanma sürecine başlamış olan bu ülkelerin uygulamaları karşılaştırılmıştır.

Ülkelere genel bakış

Nüfusun yaşlanması ve daha uzun yaşama, yalnızca sosyal güvenlik sisteminde değil, aynı zamanda uzun süreli bakım ve yaşam kalitesi ile ilgili sorunları da birlikte getirmektedir. Ülkeler kendi koşullarına göre toplum yaşlanmasının getirdiği bu sorunlara yönelik benzer ya da farklı sağlık ve sosyal hizmet sunum modelleri geliştirmiştir. Tablo1'de seçilmiş ülkelerin demografik özellikleri, nüfus yapısı ve toplum yaşlanması göstergeleri özetlenmiştir (5-13).

Ülkelerin 2011 yılı demografik özellikleri ve toplum yaşlanması göstergeleri incelendiğinde, en fazla nüfusa sahip olan Japonya'nın yaşlı payının en yüksek ülke olduğu, bunu sırasıyla İtalya, İsveç ve Hollanda'nın izlediği görülmektedir. Çok yaşlı toplum olan bu ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye'nin yüzde 7,3'lük yaşlı oranı ile henüz çok yaşlı toplum olmadığı, ancak yaşlı toplum sınıfına girdiği gözlenmektedir. Benzer olarak, beklenen yaşam süresi ve ortanca yaşın en yüksek olduğu ülke yine Japonya'dır. Yüz çocuk başına yaşlı sayısını gösteren yaşlanma indeksi incelendiğinde 178 ile Japonya en üst sırada yer alırken Türkiye'de 34'tür. Yaşlı başına 15-64 yaş birey sayısını ifade eden potansiyel destek oranı ise ülkemizde en yüksektir. Türkiye'de yaşlı başına sekiz erişkin varken, Japonya'da bu sayı 2,7 ile en düşüktür.

İsveç

İsveç, İskandinavya yarımadasında Norveç ve Finlandiya arasında yer alan bir Kuzey Avrupa ülkesidir. Birleşmiş Milletler'in İnsani Gelişim İndeksi'ne göre yedinci sırada yer almaktadır (12). İsveç'in üniter bir devlet yapısı olup yirmi bir ile ayrılmıştır (14). İsveç'te nüfus hızlı bir şekilde yaşanmaktadır. Nüfusun hızlı bir şekilde yaşlanması, nüfus içindeki yaşlı payının hızla artmasıyla sonuçlanmaktadır (14, 15). Bu durum ülkenin nüfus piramidi yapısındaki değişim hızına da yansımaktadır (16). Ülkenin 2011 yılı nüfusu yaklaşık 9,4 milyondur ve halkın %85'i kentlerde yaşamaktadır; 65 yaş ve üstü yaşlı nüfusu 1.7 (yüzde 18,3) milyondur. Çok yaşlı oranı (80+) yaklaşık yüzde beştir ve Avrupa Birliği ülkeleri arasında bu anlamda en yüksek orana sahip olan ülkedir (17, 12, 14, 16).

İsveç sosyal refah düzeyi yüksek bir ülkedir. Bu durum ülkenin sosyal hizmet politikasına da yansımıştır (15, 18). Yaşlı bakım hizmetlerinde

Tablo 1. Ülkelerin demografik özellikleri, nüfus yapısı ve toplum yaşlanması göstergeleri

	İsveç (5)	İtalya (5)	Hollanda) (5)	Japonya (6)	Türkiye (8, 9, 10)
Nüfus (milyon)	9,1	60,2	16,7	127,8	74,7
65 yaş ve üzeri (milyon)	1,8	12,4	2,7	29,5	5,5
65 yaş ve üzeri (%)	19,7	20,3	16,0	23,1	7,3
80 yaş ve üzeri (%)	9,2	10,2	2,6	6,4	0,9
TDH	1,9(12)	1,4(13)	1,7(8)	1,4	2,02
BÖH	2,7	3,4	3,8	2,2	12,6
KÖH (Binde)	9,5(12)	9,7(13)	8,9(11)	9,1	6,3
Beklenen yaşam süresi (yıl)	E: 78,8 K: 83,5 T: 81,1	E: 79,2 K: 84,5 T: 81,8	E: 78,8 K: 83,0 T: 80,8	E: 80,9 K: 87,7 T: 84,2	E: 72,0 K: 77,1 T: 74,5
Ortanca yaş	40,8(7)	43,5(7)	41,0(7)	45,0(7)	29,7
Yaşlanma indeksi (%) (hesaplandı)	127(5)	146(5)	91(5)	178	34
Yaşlı bağımlılık oranı(%)	28,4(7)	30,9(7)	23,3(7)	36,6(7)	10,9
Potansiyel destek oranı (hesaplandı)	3,3	3,3	4,2	2,7 (5)	8,1

yüksek düzeyde toplumsal kamu hizmeti sunan ilk ülkedir. Ülkede yıllardan beri uygulanan "Sosyal Refah Modeli" ile tüm bireylere eşitlikçi ve kapsayıcı politikayla hem sosyal güvenlik, hem de sosyal hizmetler sağlanmaktadır (19). Yaşlı bakım hizmetlerinin çoğunluğu bölgesel vergilerden sağlanmaktadır (14, 20).

Yaşlı bakımı İsveç'te sosyal bir haktır. Ülkede yaşlı bakımının gelişim süreci üç aşamada gerçekleşmiştir. İlk aşamada; 1918-1949 yılları arasında yaşlıların kendi evinde bakımına yönelik belediyelerin yaşlı bakım hizmetleri sınırlı düzeyde kalmıştır. İkinci aşama olarak; 1950-1990 yılları arasında yaşlılara yönelik ev yardım hizmeti başlamış ve geliştirilmiştir. Son aşamada; 1990 ve sonrasında yaşlılar için evde bakım hizmeti yerel belediyelere devredilmiş ve böylece yaşlı bakım hizmetlerine ulaşım daha yüksek düzeye erişmiştir (14, 21). Bin dokuz yüz doksan iki yılında Toplumsal Hizmet Reformuyla (Adel Reformu) yaşlılara yönelik sosyal ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğu merkezi yönetim ve il yönetiminden yerel yönetimlere (belediyelere) devredilerek sorumluluğun tek elde toplanması sağlanmıştır (14, 19, 21, 22). Belediyeler yaşlılara yönelik hizmet sunumunda kendi yasalarını ve politikalarını oluşturmuş, yaşlılara yönelik

hizmet sunumunda yerel vergilerden yaşlı bakım hizmetlerine kaynak aktarımı sağlamıştır (21).

İsveç'te yaşlılara sunulan ev hizmetleri; evde bakım hizmeti ve ev yardımı hizmeti olmak üzere iki farklı hizmet türünü kapsamaktadır. Evde bakım hizmeti tıbbi eğitimden geçmiş sağlık personeli, hemşire ya da yetkilendirilmiş ev yardımcısı gibi personel tarafından sağlanmaktadır. Ev yardımı hizmeti sosyal yardım ve ev işlerinde yardımcı olacak diğer personel tarafından karşılanmaktadır (23, 24). İki bin on bir yılında 65 yaş ve üzeri bireylere ev yardımı hizmetinde yaklaşık 211 bin kişinin çalıştığı bildirilmektedir (25); bu sayı ülkede yaklaşık sekiz yaşlı için bir çalışan bulunduğunu göstermektedir.

Yaşlı bakımında öncelikle evde bakım ve yardım hizmeti sunulmakla birlikte uzun süreli bakımın sunulduğu bakımevleri ve huzurevleri ile saatlik ve günlük hizmet sunulan kurumlar da bulunmaktadır (12, 26). Yaşlılara yönelik kurum bakımı hizmetlerinin maliyeti hem kamu, hem de yaşlıların emekli gelirlerinden karşılanmaktadır. Ancak kurum bakımı maliyeti, özellikle yoğun bakım gerektiren durumlarda, evde bakım hizmetinden daha yüksek olduğundan evde bakım hizmeti

kamu tarafından desteklenmektedir. Bazen gönüllü bireyler ya da çok düşük ücretle gelen bakıcılar tarafından da evde bakım hizmeti sunulmaktadır. Bir yandan kurumsal bakım, bir yandan da evde bakım hizmetleri ile yaşlılara düşük sosyal hizmetler uygulanmaktadır (21, 27).

Sağlık hizmeti yaşlıları da kapsayacak biçimde ülkede yaşayan ve çalışan herkese eşit olarak sunulmaktadır. Sağlık sistemi ülkenin vergi fonlarıyla ve belediyeler tarafından desteklenmekte ve bireylerin sağlık harcamalarında hiçbir kısıtlama yapılmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumundan merkezi hükümet, il meclisleri ve belediyeler sorumludur. Merkezi hükümet sağlık politikalarının belirlenmesi, tıbbi hizmetlerin nasıl yürütüleceği gibi konularda kuralların ve rehberlerin oluşturulmasından sorumludur (25).

İsveç'te sağlık hizmetleri birinci basamak, hastaneler ve eyaletlere bağlı olarak çalışan üniversite hastaneleri olmak üzere üç basamaklı yürütülmektedir. Birinci basamakta pratisyen hekim ve diğer sağlık çalışanları bulunmakta ve bölge tabanlı hizmet verilmektedir. Tüm yaş grubu bireyler birinci basamaktan, doğrudan hastaneden ya da eyalet meclisiyle anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından hizmet almakta serbesttir. Yerel yönetimler hastane dışındaki yaşlı sağlığı hizmetlerinin tümünü karşılamaktadır (24). Her belediyede yaşlılara yönelik rehabilitasyon merkezleri bulunur. Rehabilitasyon merkezi hastaneye bağlı hizmet vermektedir. Merkezde uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanı, doktor, hemşire, psikolog, fizyoterapist, yaşlının ailesi ve yaşlı ile birlikte eşgüdümlü olarak çalışmaktadırlar (15, 23).

İsveç'te sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bütüncül olarak sunulmaktadır. Yerel vergilerden sağlanan gelire belediyelerce, merkezi yönetimin desteğiyle yaşlı bakım evlerinde ve yaşlıların kendi evlerinde sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler uyumlu biçimde tek organizasyon tarafından sağlanmaktadır (24).

Son yıllarda vergilerin ödenmesindeki zorluklardan dolayı yaşlı bakım hizmetlerinin özel sektörlere devredilmesi eğilimi başlamıştır (19). Bu özelleşme eğiliminin evde bakım, kurumsal hizmet ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hizmet kalitesini etkileyeceği

düşünülmektedir (21, 28). Yaşlı bakım maliyetinin ve yaşlı oranının giderek artması zorunlu yaşlı bakım sigortası tartışmasını gündeme getirmiştir (21).

İtalya

İtalya, Güney Avrupa'da, büyük ölçüde İtalya yarımadası üzerinde kurulmuş bir Akdeniz ülkesidir (29). İki bin on bir yılı verilerine göre İtalya'nın nüfusu 60.626.442'dir. Doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 84,5, erkeklerde 79,4'tür. Nüfusun yüzde 20,3'ü 65 ve üzeri yaş grubundadır (13). Çok yaşlı oranı ise yüzde 10,2'dir.

Nüfustaki yaşlı payı en yüksek Avrupa ülkelerinden biri olan İtalya'da, yaşlılara yönelik hizmet sunan kurumsal yapılar oldukça parçalıdır. Bu ülkede 1970'li yıllara kadar yaşlılara yönelik hizmetler ödeme indirimlerini ve kurumsal bakımı kapsamaktaydı. Bin dokuz yüz yetmişli yıllarda sosyal yardım alanında belediyelere yetki verilmesi ile ilgili birtakım değişiklikler yapılmıştır. Sosyal hizmetlerin yerel düzeyde uygulamaya konması ile kaynaklar birleştirilerek yaşlılar için kurumda ya da evde entegre sağlık ve sosyal hizmetler sunumuna yönelik politika oluşturulmuştur. Ancak halen sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonunun sağlanamaması İtalyan yönetim sisteminin en önemli sorunlarından biridir. Sağlık hizmetlerindeki gelişim, sosyal hizmetlerde sağlanamamış, bölgelere göre farklı düzeyde sağlık politikaları benimsenmiş, sosyal bakım ise yerel düzeyde sınırlı kalmıştır (30).

İtalya'da birinci basamak sağlık hizmetleri devletle sözleşmeli genel pratisyenler tarafından sunulmaktadır. Yaşlı sağlığına yönelik sunulması planlanan, akut ve kronik hastalık yönetimi, sağlığı geliştirme, evde tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, haftalık maksimum 15 saat olmak üzere gezici hizmetler, akıl sağlığının korunması, yaşlıların ve engellilerin korunması gibi hizmetler devletle yapılan sözleşmede yer almaktadır (31). Birinci basamakta ayrıca terminal dönemde, birden çok hastalığı bulunan, hastaneden geçici olarak ya da yeni taburcu olmuş yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri de sunulmaktadır (32).

İtalya'da evde bakım hizmetleri kapsamında sağlık bakımı ve sosyal hizmetler entegre bir biçimde sunulmaktadır. Genel pratisyen ya da belediyelerin sosyal hizmet birimlerinde çalışan

sosyal çalışmacının beyanı ile geriatrist, fizyoterapist, hemşire, hekim ve sosyal çalışmacıdan oluşan "Yaşlı Değerlendirme Birimi" nin değerlendirmesi sonucu, gereksinimi olduğu belirlenen yaşlı bu hizmetten yararlanmaktadır. Evde bakımın yanı sıra geçici ya da uzun süreli bakımın sunulduğu kurumlarda bulunmaktadır. Gündüz bakımevleri, İtalya'da bulunduğu bölge içinde yaşlıların kısa bir süreliğine konuk edildiği, korunma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sosyal hizmetler ile bir arada sunulduğu merkezlerdir. Bakımevleri ise, yaşlıların uzun süreli konuk edildiği, hekim, hemşire, sosyal çalışmacı ve psikologdan oluşan bir ekip tarafından tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal hizmetlerin bir arada verildiği merkezlerdir. 12,4 milyon yaşlı nüfusu olan İtalya'da 2003 yılı verilerine göre toplam 4.383 bakımevi bulunmaktadır (33).

İtalya'da sosyal hizmetlerin yönetiminden ve finansmanından belediyeler sorumludur ve hizmetlerin bir bölümü sağlık hizmetleri ile entegre sunulmaktadır Sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinde ücretin karşılanamayacağı durumlarda, masraflar belediye tarafından karşılanmaktadır. İtalya'da evde bakım hizmetleri belediyeler tarafından sağlık hizmetleri ile entegre olarak kişisel bakım, ev işleri, yemek pişirme, çamaşır yıkama vb. evde yardım hizmetlerini de içerecek biçimde sunulmaktadır. Evde yardım hizmetlerinin tümü, evde bakım hizmetleri servisi aracılığıyla belediyeler tarafından yürütülmektedir (33).

Hollanda

Hollanda, kuzey ve batıda Kuzey Denizi, güneyde Belçika, doğuda ise Almanya ile komşudur. Yönetim biçimi, anayasal monarşi ve parlamenter demokrasidir. Hollanda nüfusunun yüzde 80'ini Hollandalılar, yüzde 20'sini ise azınlıklar oluşturmaktadır (34, 35). Hollanda'nın 2011 verilerine göre nüfusu 16,7 milyondur. Nüfusun içinde 65 yaş ve üstü yaşlıların payı yüzde 15; 80 yaş ve üzeri nüfus ise yüzde 2,6'dır (11, 34). Hollanda'da temel ölüm nedenlerinin başında, pek çok gelişmiş ülkede olduğu gibi, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gelmektedir. Ölümlerin ve yaşlı nüfusunun artması ile birlikte hükümetler ve yerel yönetimler, yaşlıların kendi kendilerine yetebilmesi ve bakım yönetimi, yaşlı bakımı, yaşam kalitesinin artırılması, yalnız yaşamın ve

toplumsal dışlanmanın önüne geçilmesi için yaşlanmanın getirdiği ülkesel ve toplumsal sorunlara eğilimlerdir (36, 37).

Hollanda hükümetlerinin yaşlılık politikası iki döneme ayrılmaktadır. Birincisi 1945'ten 1970'lere kadar uzanan dönemdir. Bu dönemde bir dizi politikalar uygulanmış, sosyal güvenlik sistemi geliştirilmiş ve yaşlılara önemli olanaklar sunulmuştur. Bin dokuz yüz yetmişlerden sonraki aşamada ise hükümetler daha sıkı politikalar izleyerek sosyal güvenliğin bütçe üzerindeki yükünü azaltmaya çalışmışlardır. İkame politikası olarak adlandırılan bu anlayışın temel felsefesi, yaşlıların olabildiğince kendi olanaklarıyla yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır. Bu politikayla birlikte, Avrupa ülkeleri içinde kurumda bakım alan yaşlı oranı en yüksek ülke olan Hollanda'da, yıllar içinde giderek kurumda yaşayan yaşlı oranı azalmıştır (38, 39). Yaşlı bakımında halen evde bakım öncelikli olmakla birlikte, huzurevleri ve bakımevlerinde de hizmet sunulmaktadır. Bakım gereksinimi ise bölgesel bağımsız kurumlar tarafından belirlenmektedir. Yaşlılara yönelik evde bakım ve kurum bakımı hizmetleri sigorta kapsamında yer almaktadır (40). Kurum bakımı için katkı payı alınmaktadır; ödenecek katkı payı, bakımın türüne ve bireyin gelir düzeyine göre belirlenmektedir (41).

Sağlık hizmetlerin finansmanı ise sosyal sigorta fonları ve genel yönetimler ve/ya da gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Ancak, yukarıda belirtildiği gibi toplum yaşlanması ile birlikte, kaynakların verimli kullanılması bakımından yaşlı bireyin yaşadığı yerde verilecek hizmetlerin daha az maliyetli olduğu görüşü ağırlık kazanmaya başlamış ve bununla ilgili stratejiler geliştirilmeye başlamıştır. Bu stratejiler, hastanede kalma süresini kısaltmak, huzurevine ve bakımevlerine girişi ertelemek için evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinin özendirilmesidir (42, 43). Düzenlenen politikalarla birey odaklı, hizmetin bireyin gereksinimine göre düzenlenmesi anlayışına doğru bir değişim görülmektedir (39, 44). Hollanda hükümeti, 1968 yılında "İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası" nı yürürlüğe koymuş, yasa ile yaşlılar da içinde olmak üzere, bakıma muhtaç olan tüm vatandaşların yataklı kurumlardaki bakım ile evde bakım hizmetleri kapsanmıştır (41).

2007 yılında Hollanda Toplumsal Destek Yasası kapsamında sorumluluk belediyelere verilmiştir. Yaşlıların sosyal yaşamdan dışlanmasını engelleyecek yeni düzenlemeler getirilmiştir ve belediyelere finansal kaynak verilmiştir.(45). Hollanda'da sağlık hizmetleri toplum sağlığı, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere dört basamaklıdır. Toplum sağlığı, önleme ve eğitimden sorumludur. Birinci basamakta genel pratisyenler, diş hekimleri, fizyoterapistler, psikologlar görev almakta, evde bakım uygulamaları da bu basamakta yer almaktadır. İkinci basamağı hastane ve diğer kurumlar oluşturmaktadır. Üçüncü basamakta ise eğitim hastaneleri yer almaktadır (3). Basamaklar arasında sevk sistemi bulunmaktadır. Hollanda'da herkes bir pratisyen hekime bağlıdır ve yaşlı sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak pratisyenler tarafından sunulmaktadır. Birinci basamakta görev alan pratisyenlere geriatristler tarafından yaşlı hastaların akut sağlık sorunlarına yaklaşımla ilgili danışmanlık verilmektedir. Pratisyenler aynı zamanda toplum içinde yaşayan yaşlı hastaların sosyal sorunlarının yönetimi konusunda eğitim almış hekimler tarafından desteklenmektedir. Bu özel eğitilmiş hekimler bölgesel düzeyde yer alan toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışmakta, özellikle toplumdaki demans ve psikiyatrik sağlık sorunları olan yaşlıları tedavi etmektedir. Ülkede hastanelerin pek çoğunda geriatri uzmanları tarafından yaşlılara özel sağlık hizmetleri sunulmaktadır, ancak yaşlılara özel geriatri hastaneleri bulunmamaktadır (46).

Japonya

Doğu Asya'da bir ada ülkesi olan Japonya meşruti monarşi ile yönetilmekle birlikte, Japon Anayasası ile devletin siyasi güçleri kabine ve parlamentoya verilmiştir. Japonya 127 milyonluk nüfusu ile dünyanın onuncu büyük ülkesidir ve dünyanın en yaşlı nüfusuna sahiptir. Bu ülke, dünyanın ortalama yaşam beklentisi en yüksek olan ve aynı zamanda en hızlı yaşlanan ülkesidir(47, 48). Yapılan projeksiyona göre, 2105 yılında nüfusun %40'ının yaşlı olması beklenmektedir (49).

Ülkede yaşlı sayısının yıllar içinde artması ile birlikte, 1963 yılında yaşlılara refah yardımı konusunda bir yasa çıkarılmış, gelir düzeyi düşük ve bakacak kimsesi olmayan yaşlılara kişisel ve geçici bakım amaçlanmıştır. Bin

dokuz yüz seksen üç yılında yapılan yasal düzenleme ile 70 yaş ve üstündeki kişilere sağlık ve tıbbi bakımın kapsamlı biçimde verilmesi sağlanmıştır. Daha sonra 1989 yılında ise "Gold Plan" uygulanmaya başlamıştır. Bu plan yaşlıların sağlık refahını yükseltmeyi amaçlayan 10 yıllık bir plandır; devletin kurumsal bakım yerine evde bakım üzerinde durmasını hedeflemektedir. En son 2000 yılında uygulamaya giren uzun süreli bakım (LTC) sigortası ile bakım hizmetleri diğer sağlık hizmetleri programlarından ayrılmış, bakım hizmetlerinin sorumluluğu yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bu yasal düzenlemelerle tüm yaşlılar kapsam altına alınmaya çalışılmış, aynı zamanda harcamaların azaltılması için çeşitli düzenlemeler yapılmıştır (50).

Japonya'da 1988'den önce yaşlı bakımı, aile üyelerince evde, özel bakım evlerinde ve özel geriatrik hastanelerde-kliniklerde sağlanmaktaydı. Kurumsal bakım, gelir düzeyi düşük ya da ailesi olmayan yaşlılara verilecek biçimde oluşturulmuştu. Ancak artan bakım gereksinimini karşılamak amacıyla, "Gold Plan" ile, sağlık sigortası tarafından finanse edilen, hastaneye yatılmaksızın kronik hastalıklı, yoğun bakım ve rehabilitasyon alması gereken yaşlılara sunulan evde bakım hizmetleri başlatılmıştır. Bu plan ile uzun süreli bakım ve acil bakım hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Japonya'da LTC hizmetleri hem evde, hem kurumda bakımı içermektedir; ayrıca evde destek hizmeti belediyeler tarafından yürütülmektedir. LTC hizmetleri kurumsal olarak bakımevlerinde ve huzurevlerinde yürütülmektedir (51).

Japonya'da sosyal hizmetler belediyeler, sağlık hizmetleri ise hükümet tarafından sunulmaktadır. Belediyeler yaşlı sağlığı hizmetlerini daha çok hizmet alma yolu ile sunmaktadır. Japonya'da örgütlenmede özel sektörün ağırlığı, hizmeti sunan ve finanse eden kurumların farklı olması, bütüncül bir hizmet sunumunu engellemektedir. LTC hizmetleri içinde yer alan koruyucu ve tedavi edici hizmetler ile bakım hizmetleri ev ziyaretleri ve günlük bakım biçiminde sunulmaktadır. Ülkede yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal yardım hizmetleri sunulmakla birlikte, farklı kurumlar tarafından verilmesi ve aile yapısı gibi nedenlerle, bu hizmetler bütüncül olarak verilememektedir (52).

Türkiye

Yaşlı nüfusu giderek artan Türkiye, yüzde 7,3'lük yaşlı payı ile yaşlı toplum özelliğini taşımakta, nüfus içindeki yaşlı payındaki artışın süreceği tahmin edilmektedir. Ülkemizde 2008-2040 yılları arasında yaşlı nüfusta yüzde 201'lik bir artış olacağı öngörülmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi 1950'den günümüze kadar yaklaşık 25 yıllık bir artış göstermiş ve 73,2 yaşa ulaşmıştır. Benzer artış ortanca yaşta da izlenmektedir; 2040 yılında ortanca yaşın 42 olacağı tahmin edilmektedir (8, 53, 54).

Ülkemizde yaşlılar anayasal güvence altına alınmıştır. Anayasanın 61. maddesinde, "Yaşlılar devletçe korunur, yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir" denmektedir (55). Ancak, yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini bütüncül yaklaşımla ele alan hizmet sunumu bulunmamaktadır. Geçmişten günümüze, yasal çerçeve ile sorumluluklar farklı kurumlara verilmiş olmakla birlikte, halen kurumda hizmetler "ulaşabilene hizmet", evinde hizmetler ise "isteyene hizmet" biçiminde yürütülmektedir (52). Daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sosyal hizmetler, 1983 yılında eski adı ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yürütülmeye başlamıştır (55). Şu anda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen bu hizmetler, huzurevleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde sunulan yatılı bakım ağırlıklıdır. Yaşlı hizmet merkezleri ile gündüzlü bakım hizmetinin sunulmasına başlanmışsa da, henüz gereksinimi olan tüm yaşlıları kapsayan ve herkesin ulaşabileceği bir hizmet düzeyinde değildir (55, 56). Huzurevleri, sosyal ve ekonomik bakımdan yoksulluk içinde bulunan, sürekli yatarak tıbbi tedavi ve bakıma gereksinimi olmayan, beden fonksiyonlarında kendi yaşamını yürütmeye engel olacak sakatlığı ve herhangi bir hastalığı bulunmayan, koruma ve bakıma muhtaç yaşlıların her türlü gereksinimlerinin karşılandığı kurumlardır. Huzurevlerinde çoğunlukla ücret karşılığında kalınabilmekte, ancak ücretsiz de yaşlı kabul edilmektedir. Kendi gereksinimini karşılayamayan yaşlılara huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde hizmet

sunulmaktadır (57). Kurum bakımı hizmetleri, yerel yönetimler, vakıflar ve özel sektör tarafından da verilmektedir (56, 57). Kurum hizmetinden yararlanan yaşlıların beşte biri özel kurumlarda kalmaktadır. Resmi ve özel huzurevi ve bakımevlerinde 1000 yaşlı başına yatak sayısı yaklaşık beştir.

Ülkemizde yaşlılara yönelik sosyal yardım ve sağlık hizmetlerinin sunumuna önem veren yerel yönetimlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde belediyeler (İzmir, Adana, Antalya, Eskişehir, Konya, Balıkesir gibi birçok ilin büyükşehir belediyeleri) tarafından ulaşım giderinin karşılanması, yemek, kıyafet ve ev temizliği yardımı, kişisel temizlik yardımı, sosyal aktivitelerin yapılabileceği dinlenme evleri gibi hizmetler sunulmaktadır. Ancak bu hizmetlerin çoğunlukla proje kapsamında yapılması hizmetin sürekliliğine gölge düşürmektedir.

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri ülkemizde "sağlık kurumuna başvurana hizmet" özelliğinde yürütülmektedir. Yaşlılar bağlı oldukları aile hekimlerinden, kamu ve özel ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alabilmektedir. Birinci basamakta bir risk grubu olarak ele alınarak, düzenli izleme dayalı bir yaşlı sağlığı hizmeti sunulmamaktadır. İkinci, üçüncü basamak bazı hastanelerde geriatri birimleri oluşmaya başlamıştır, ancak yaşlı hastaneleri bulunmamaktadır. Yaşlı sağlığı konusunda son yıllarda evde bakım kavramı gündeme gelmiş ve ilk yönetmelik 2005 yılında çıkarılmıştır (58). Daha sonra ise evde sağlık hizmetlerini içeren yönerge yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge kapsamında evde sağlık hizmeti olarak, hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedaviyi de içerecek biçimde, tıbbi gereksinimleri karşılayacak muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, izlem ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması hedeflenmiştir (59, 60). Bu hizmet yatağa bağımlı yaşlılar için olumlu bir gelişme olmakla birlikte, genel sağlık sistemine entegre bir hizmet olmaması, evde bakım hizmetlerinin maliyetlerinin tümünün sağlık güvence kapsamında karşılanmaması gibi nedenlerle, bakım gerektiren yaşlılar için evde bakılabileceği

halde hastane ya da rehabilitasyon merkezlerine başvurunun artmasına yol açmaktadır (58). Evde sağlık hizmeti konusunda diğer bir kısıtlılık da bakım verenlerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersiz olmasıdır.

Sonuç ve Öneriler

Yaşlanan toplumlarda sağlık ve sosyal hizmetler gibi her alanda yaşlılara ilişkin kurumlaşmış hizmetlerin, sosyal politikaların ve bakım hizmetlerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Bunun sonucunda ise, ülke koşullarına göre yaşlılar için benzer ya da farklı sağlık ve sosyal hizmet sunum modelleri geliştirilmektedir.

İsveç'te yaşlılara yönelik sosyal politikalar kapsamında hem sosyal hizmetler, hem de sosyal yardımlar bulunmaktadır. İsveç'te sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bütüncül olarak sunulmaktadır. İtalya'da sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu karmaşık ve parçalı bir yapıya sahiptir. Yasal eksiklikler, yeni politika ve düzenlemelerin uygulamaya geçirilememesi bu karmaşık yapının nedenini oluşturmaktadır. İtalya'da son yıllarda gerek evde bakım, gerekse kurum bakımı alan yaşlı sayısında artış olduğu görülmektedir. Hollanda'nın yaşlı bakım sistemi, hem çok karışık, hem de çok çeşitlidir. Yaşlılara yönelik kurum bakımı hizmetlerinden yararlanma oranları açısından Hollanda diğer Avrupa ülkelerine göre ön sıralardayken, son on yılda evde bakım oranında önemli bir artış, kurum bakım oranlarında ise azalış olduğu dikkati çekmektedir. İki binlerin ortalarında İsveç, İtalya, Almanya, İngiltere, Fransa ile karşılaştırıldığında evde ve kurumda uzun süreli bakım oranları en yüksek olan ülke Hollanda'dır. Yaşlı oranının en yüksek olduğu ülkelerden Japonya'da yaşlılar için sunulan sağlık ve sosyal hizmetler bütüncül olarak, tek elden sunulmamaktadır. Ancak artan gereksinime göre uzun süreli bakım, finansman ve hizmet sunumu açısından 1990'lı yıllardan itibaren yeniden düzenlenmeler yapılmaktadır.

Toplum yaşlanması sürecine bu ülkelerden daha geç girmiş olan Türkiye'de de yaşlılara yönelik hizmetler bütünleşik olarak yürütülmemektedir. Son birkaç on yılda yaşlı sağlığı sorunları gündeme gelip politikalar oluşturulmaya başlanmışsa da sağlık ve sosyal bakım etkinliklerinin tümünün bütüncül olarak

ele alındığı, tüm yaşlı bireyleri kapsayan topluma dayalı sağlık hizmet sunumu ile ilgili politika ve uygulamalar yetersizdir. Sonuç olarak ülkelerin yaşlılara yönelik politikaları, öncelikleri ve hizmetleri farklıdır. Ancak tüm toplumlar için temel amaç, diğer yaş gruplarına göre daha kırılğan olan yaşlıların sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Bu amaca ulaşmada temel sorumluluk devlete ait olmalı, yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal yardım hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla çok disiplinli bir ekip tarafından, evde ve gerektiğinde kurumda sunulmalıdır. Sağlıklı bir yaşlılık dönemi sağlık alanı ile, sosyal ve ekonomik alanda tam bir eşgüdüm varlığı ile sağlanabilir.

İletişim: Dyt. Simge Yılmaz

E-posta: yilmazsimge@yahoo.com

Kaynaklar

1. Yaşlı ve Hasta Bakım Hizmetleri. Erişim tarihi 26.04.2012, <http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/SHZ203U.pdf>
2. Oğlak S. Türkiye'de yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerine yönelik yaşadığı ortamda sunulacak bakım modelleri. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2011; 13(04):115-30.
3. Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı Taslağı. Erişim Tarihi 17.04.2012, <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/>
4. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı: Kadın sağlığı bakışı. Erişim tarihi 17.05.2012, www.huksam.hacettepe.edu.tr/
5. International Data Base. Erişim tarihi 25.03.2013, <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>
6. Japanese population in the Japan proper estimated by the Cabinet Bureau of Statistics. Erişim tarihi 25.03.2013, <http://www.stat.go.jp/data/nenkan/pdf/yhyou02.pdf>
7. WHO Country Statistics. Erişim tarihi:25.03.2013, <http://www.who.int/gho/countries/en/index.html#T>
8. TÜİK. İstatistiklerle Türkiye 2011. Erişim tarihi 13.06.2012, https://www.tuik.gov.tr/AltKategori.do?ust_id=11
9. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları. Erişim tarihi 21.05.2012, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=37
10. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları. Erişim 21.05.2012, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=37
11. World Health Organization - NCD Country Profiles, 2011.

12. The Official Gateway to Sweden. Quick facts about sweden. Erişim tarihi 04.09. 2012, <http://www.sweden.se/eng/Home/Quick-facts/>
13. Demografik indicators, 2011. Erişim 14.03.2012, <http://dati.istat.it/?lang=en#>
14. Edebalk PG. New modes of delivering elderly care in Sweden. School of Social Work, Lund University. Presentation at Nordic day, Paris. July 1, 2008.
15. Laragy C, Naughtin G. Increasing consumer choice in aged care services- A position paper. Working for an Australia free of poverty. Brotherhood of St Laurence; 2009.
16. SCB Statistics Sweden. Population statistics population pyramid for 200 years. Erişim 07.04. 2012, http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_43017.aspx
17. Country statistical profiles: Key tables from OECD – 2011 OECD Factbook Statistics. For explanatory notes, OECD Factbook 2011-2012. Erişim 23.03.2012, (doi: 10.1787/factbook-2011-en) <http://dx.doi.org/10.1787/csp-swe-table-2011-1-en>
18. WHO. Sweden: Health profile. Erişim 07.04.2012, <http://www.who.int/gho/countries/swe.pdf>
19. Trydegård GB. Welfare services for the elderly in Sweden at the beginning of the 21st century – Still in Line with the Nordic Welfare state model?
20. Baek JH, Son JH, Zarit SH, Sundström G. Old-Age care in Sweden: Possible implications for aging services in Korea. *Journal of the Korea Gerontological Society* 2004; 24: 41-56.
21. Edebalk PG. Ways of funding and organising elderly care in Sweden. T. Bengtsson ed. In: *Population Ageing - A Threat to the Welfare State?*, Demographic Research Monographs. DOI 10.1007/978-3-642-12612-3_5, Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2010. p: 65-80.
22. Pavolini E, Ranci C. Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy* 0958-9287; 18: 246–59.
23. Social insurance in Sweden. Ministry of Health and Social Affairs; December 2009.
24. Hedman NO, Johansson R, Rosenqvist U. Clustering and inertia: structural integration of home care in Swedish elderly care. *International Journal of Integrated Care* – Vol. 7, 12 September 2007 – ISSN 1568-4156. Erişim 07.04.2012, <http://www.ijic.org/>
25. The Official Gateway to Sweden. Elderly care: A challenge for our future. Erişim 05.09.2012 <http://www.sweden.se/eng/Home/Society/Elderly-care/Facts/Elderly-care/>
26. Elderly care: Ensuring quality of life. Published by the Swedish Institute. 2010. Erişim 07.04. 2012, www.sweden.se/elderly/
27. Taşçı F. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İşveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. *Çalışma ve Toplum* 2010; 1: 175-202.
28. Sundström G. Swedish old-age care: traditions, challenges, and experiences. Institute of Gerontology Swedish Association of School of Health Sciences, Jönköping Retired Persons (SPF).
29. İstanbul Ticaret Odası Avrupa Birliği ve Uluslararası İşbirliği şubesi İtalya Ülke Raporu. Erişim 05.09.2012, <http://Www.ito.Org.Tr/<Dokuman/Ulke/Italya.Pdf>
30. Rescaling social welfare policies in Italy. Erişim 22.09.2012, <http://www.euro.centre.org/rescalingDocuments/files/Italya.pdf>
31. Health services benefit catalogue in Europe, Country Report: İtalya. Erişim 03.04.2012, http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_Italya.pdf
32. EUROFAMCARE National Background Report For Italy, 2004. Erişim 16.03.2012, http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_italy_rc1_a4.pdf
33. Providing integrated health and social care for older persons in Italy. Erişim 14.03.2012, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/procare-providingitaly-01.pdf>
34. WHO/Health for all database – Basic statistics for Netherlands (<http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=NET&CtryName=Netherlands&language=English>)
35. 2011 Population Reference Bureau. Erişim 29.09.2012, <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2011/world-population-data-heet/data-sheet>
36. Mackenbac P, Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? *Eur J Epidemiol* 2011; 26:903–14.
37. Ed.Börsch-Supan A(Coordinator), Brugiavini A, Jürges HJ et al. Health, ageing and retirement in Europe - First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. 2005. <http://www.share-project.org>
38. Ministry of Health, Welfare and Sports. En route to a sustainable system of long term care and social support. 2004. http://www.minvws.nl/images/wmoengelsetekst0107_tcm11-74557.pdf
39. Carey D. Coping with population ageing in the Netherlands. OECD Economics Department working papers no: 325. 2002.

40. Mieke Draijer, MD Dutch. Association for the elderly care physicians, Martin Smalbrugge, MD PhD GERION, institute for training of elderly care physicians The Dutch Health Care system and Dutch nursing home care: a bird. [viewhttp://www.americangeriatrics.org/files/documents/annual_meeting/2011/handouts/friday/long_term_care/M_Smalbrugge.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/annual_meeting/2011/handouts/friday/long_term_care/M_Smalbrugge.pdf)
41. Schäfer W. Health Systems in Transition.The Netherlands Vol. 12 No.1, 2010.
42. Measuring the quality of long-term care. Eurohealth 2010; 16: 2.
43. Ageing and long-term care. Volume 17, Number 2-3, 2011.
44. Graziano Onder, Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. BMC Health Services Research 2012; 12:5
45. Ribbe MW. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings - Continuing and Rehabilitative Care for Elderly People: A Comparison of Countries and Settings.
46. Geriatric medicine section in UEMS. The Netherland. http://www.uemsgeriaticmedicine.org/geriatrics_in_eu.php?m=2&c=the_netherlands
47. Japon istatistik kurumu.2009 nüfus istatistikleri. Erişim tarihi 04.04.2012, <http://www.stat.go.jp/english/data/nenkan/back60/1431-02.htm>
48. Japan Demographics Profile 2012. Erişim tarihi 01.04.2012, http://www.indexmundi.com/japan/demographics_profile.html
49. National Institute of Population and Social Security Research. Erişim tarihi 08.04.2012, <http://www.ipss.go.jp/pr-ad/e/eng/04.html>
50. Australia/Japan – A comparison of aged care. Erişim tarihi:15.03.2012, [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-publicat-ausjap.htm/\\$file/austjap.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-publicat-ausjap.htm/$file/austjap.pdf)
51. Aging In Japan - Focusing on Long-Term Care Insurance Erişim 08.10.2012, <http://www.slideshare.net/keiroservices/aging-in-japan-focusing-on-longterm-care-insurance>
52. Giray H, Meseri R, Saatlı G, Yüçetin N, Aydın P, Uçku R. Türkiye'ye ilişkin yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7(1):81-6.
53. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010; 49(3):39-45-EK.
54. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008. Erişim 13.06.2012, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf
55. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Yaşlı Bakım hizmetleri. Ankara, 2011. Erişim 24.08.2012, http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/modul_pdf/723H00020.pdf
56. Çohaz A. Ülkemizde yaşlılık politikaları. Akademik Geriatri Kongresi. 26-30 Mayıs 2010, Kıbrıs.
57. Sosyal Hizmet Uzmanı. Türkiye'de yaşlılık ve yaşlılara verilen hizmetler. Erişim 24.08.2012, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/turkiyedeyasliilar.htm>. Erişim tarihi:24.08.2012.
58. Uçku R, Şimşek H. Halk sağlığı uygulamaları ve yaşlanma; Ne kadar yeterli? Aslan D, Ertem M, eds. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği-Palme yayıncılık; 2012, 1. Baskı. p. 9-11.
59. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim 12.06.2012, <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/402>
60. Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1):13-21.



Bilinci Kapalı Çocuğa Acil Yaklaşım

Urgent Approach to the Unconscious Child

Dr. Halise Akça, Dr. Nilden Tuygun**, Dr. Can Demir Karacan***

Geliş tarihi : 11.03.2013

Kabul tarihi: 04.05.2013

Öz

Bilinç; kişinin kendisini ve çevresini algılayabilmesi ve uyarılara uygun yanıt verebilmesi durumudur. Bilinç değişikliği, acil servislere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu durum, beyin hasarını ve ölümü önlemek için erken tanı ve tedavi gerektirmektedir. Bilinç düzeyini saptamak, olayın ağırlığını anlamada, bilinç düzeyindeki değişikliği izlemede ve tedaviye yanıtı değerlendirmede önemlidir. Bilinç değişikliği nedenleri yaşa göre değişmekle birlikte; sıklıkla enfeksiyonlara, zehirlenmelere ve travmalara bağlı olarak meydana gelmektedir.

Bilinci kapalı bir hastanın yönetimi, etiyolojik nedenlerin tedavisi ve komplikasyonların önlenmesine dayanır. Tedavinin amacı, beyindeki hasarı en aza indirmektir. Beynin yüksek kan akımına ve sürekli oksijen sunumuna gereksinim duymasından dolayı destek tedavi öncelikli olmalıdır. Hastalığın seyri; komanın nedenine, komada kalış süresine ve komanın derinliğine bağlı olarak değişmektedir.

Anahtar sözcükler: Bilinç değişikliği, Koma, Çocuk.

Abstract

Consciousness is the quality or state of being aware of oneself or of an external object and the ability of reacting to stimuli. The changes in consciousness are one of the most common reasons for applying to emergency services. The situation needs early diagnosis and treatment for preventing brain injury and death. The determination of the level of consciousness is important for understanding the severity of the disease, evaluating the changes in the level of consciousness and the response to treatment. Although the causes of altered mental status vary according to age, the situation most commonly develops after infections, intoxications and trauma. Management of an unconscious patient consists of supportive treatment and prevention of complications. The aim of the treatment is to minimize damage to the brain. Because of the needs of high blood flow and continuous oxygen support for the brain, supportive therapy should be a priority. Prognosis depends on the causes leading to, the duration and the depth of the coma.

Key words: Alterations of consciousness, Coma, Children.

*Uzm.; Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğit. ve Araş. Hast., Çocuk Acil Kliniği, Ankara

**Doç.; Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğit ve Araş. Hast., Çocuk Acil Kliniği, Ankara

Giriş

Bilinç; kişinin kendisini ve çevresini algılayabilmesi ve uyaranlara uygun yanıt verebilmesi durumudur. İki komponenti vardır: Uyanıklık ve farkında olma durumu. İnsanda; uyanıklığı asendan retiküler aktivatör sistem (ARAS), farkındalığı ise serebral korteks sağlar. ARAS, dağınık hücre grupları halinde beyin sapının üst bölümünden başlayıp talamusun intralaminer çekirdeklerinden korteksin her tarafına uzanan yaygın bir sistemdir (Şekil 1). Bilinç için serebral korteksin, bazal ganglionların, talamusun, beyin sapının ve bunlar arasındaki bağlantı yollarının sağlam olması gerekir (1).

Bilinç değişikliğinin meydana gelebilmesi için her iki hemisferin ve/ya da beyin sapının etkilenmesi gerekir. Tek hemisferdeki lezyon diğer hemisferin işlevini etkilemediği sürece bilinç değişikliğine yol açmaz. Ancak beyin sapındaki çok küçük bir lezyon bile bilinç düzeyinde ciddi değişikliklere neden olabilir (2).

Bilinç değişikliği çocuk acil servislere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bilinç düzeyini saptamak, olayın ağırlığını anlamada, bilinç düzeyindeki değişikliği izlemede ve tedaviye yanıtı değerlendirmede önemlidir. Bilinç düzeyi klinik olarak sınıflandırılabilir, bu da çocuğun bilinç düzeyindeki etkilenmenin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır (3). Oryantasyon bozukluğu: Hastanın kişileri ve bulunduğu yeri yaşına uygun olarak değerlendirememesidir.

Deliryum: Hastada ajitasyon, konfüzyon ve halüsinasyonlar görülür. Aşırı terleme, taşikardi ve hipotansiyon gibi otonomik belirtiler olur. Nöronal eksitabilitenin artması sonucu gelişir. Letarji: Hastanın görsel, sözel ve dokunma ile verilen emirleri kısmen yerine getirebilmesi, fakat kendi haline bırakıldığında uykuya geçmesidir.

Obduntasyon: Yalnız kuvvetli uyaranlarla uyandırılabilir.

Stupor: İstirahat halinde hasta bilinçsizdir. Uyandırılmaz, ağrıyı lokalize eder fakat uygun yanıt veremez, sözlü yanıt alınmaz.

Koma: Ağır bilinç bozukluğu durumudur. Hasta uyandırılmaz, en ağırlı uyaranları bile lokalize edemez. Yalnızca yaşam fonksiyonları korunur. Locked-in sendromu, akinetik mutizm, katatoni ve psödokoma gibi klinik durumların komadan ayırıcı tanısının yapılması gerekir (3).

Koma geçici bir durumdur. Hastalar kurtulur, ölür ya da kalıcı bilinç bozukluğu gelişir. Kalıcı bilinç bozukluğu ise persistan vejetatif durum, minimal bilinç durumu ve beyin ölümü olarak ayrılır. Minimal bilinç durumunda persistan vejetatif durum tanısı için gerekli ölçütler tam olarak karşılanamaz, bilincin fark edilebilen işaretleri vardır. Beyin ölümünde komaya eşlik eden apne vardır ve beyin sapı refleksleri alınmaz (4).

Etiyoloji

Bilinç değişikliği acil bir durumdur, ancak bir tanı değildir. Hastalıkların sonucu oluşan klinik bir durumdur. Yapılan birçok çalışmada, çocuklarda nontravmatik komanın en sık nedeni olarak enfeksiyonlar bulunmuştur (4, 5). Etiyolojik olarak farklı sınıflamalar yapılabilir. Akut bilinç değişikliğine yol açan nedenler yaşa göre, tutulan sisteme göre farklılıklar gösterir (6). Ayrıca yapısal nedenler ve metabolik / toksik nedenler olarak da sınıflama yapılabilir. Yapısal nedenler ARAS'ı oluşturan bölgelere baskı ya da işlevsel bozukluk, anatomik yapıda bozulma sonucu gelişir. Hareket kaybı asimettiktir, anizokori vardır. Birdenbire ortaya çıkar ve genellikle acil cerrahi girişim gerekir. Metabolik / toksik nedenlerde her iki hemisferde yaygın işlevsel bozukluk vardır. Hareket kaybı simetrik, göz bebekleri eşit büyüklüktedir. Daha yavaş seyirli başlar ve destek tedavisi yeterlidir (7, 8). Ayırıcı tanı listesinin uzun olması nedeniyle en sık karşılaşılan nedenleri içeren ve acil doktorları tarafından kullanılan AEIOU TIPS şeklinde bir kısaltma yapılmıştır. Kısaltma İngilizce olarak yazılmış etiyolojik nedenlerin baş harflerinden oluşmaktadır (Tablo 1) (7).

Klinik Yaklaşım

Bilinci kapalı hastayı yaklaşımda; bilinç değişikliğinin derecesi, bilinç değişikliğine yol açan olayın birincil nedeninin santral sinir sistemi kaynaklı olup olmadığı ve nedeni ne olursa olsun, santral sinir sisteminin ne derecede etkilendiği öncelikle değerlendirilmelidir (9).

Tablo 1. Akut bilinç değişikliğinde etiyolojik nedenleri hatırlatıcı kısaltma

A... Alkol, istismar (Alcohol, Abuse)
E... Elektrolit anormalliği, ensefalopati (Electrolytes, Encephalopathy)
I... Enfeksiyon (Infection)
O... Aşırı doz ilaç alımı, zehirlenme (Overdose ingestion)
U... Üremi (Uremia)
T... Travma (Trauma)
I ... İnsülin/hipoglisemi, invajinasyon, doğumsal metabolik hastalık (Insulin /hypoglycemia, intussusception, inborn errors of metabolism)
P.. Psikojenik (Psychogenic)
S... Nöbet, inme, şok ve diğer kardiyovasküler nedenler (Seizures, stroke, shock and other cardiovascular causes)

Tablo 2. Glasgow Koma Skalası

Göz açma	Skor	>5 Yaş	< 5 Yaş
	4		Spontan
3		Sesle	
2		Ağrıyla	
1		Açmaz	
	5 Oryante 4 Konfüze 3 Anlamsız sözler 2 Anlamsız sesler 1 Ağrıya yanıt yok	Uyanık, agular, kelimeler söyler	İrritabl, ağlıyor Ağrıyla ağlıyor Ağrıyla inliyor Ağrıya yanıt yok
Motor	6 Emirlere uyar, Normal spontan hareketler 5 Supraoküler ağrıyı lokalize eder (>9ay) 4 Tırnak yatağına basınç uygulandığında çeker 3 Supraoküler ağrıya fleksiyon yanıtı verir 2 Supraoküler ağrıya ekstansiyon yanıtı verir 1 Supraoküler ağrıya yanıt vermez		

Tablo 3. USAY yanıt ölçeği

U..Uyanıklık
S..Sese yanıt verme
A..Ağrılı uyarana yanıt
Y..Yanıtsızlık

Olayın başlangıç şekline göre ön tanılar değişmektedir. Akut gelişen durumlarda konvülsiyon ve serebrovasküler olaylar düşünülürken, yavaş gelişen olaylarda entoksikasyon ve enfeksiyonlar öncelikle akla gelmelidir. Öyküde ateş, travma, nöbet, iritabilite, kusma, davranışsal değişiklikler, yürüme bozukluğu, ilaçlar ve daha öncesinde bilinen hastalıklar gibi nedene yönelik sorular sorulmalıdır. Koma öncesi baş ağrısı, bulantı ve kusmanın olması, kafa içi basınç artışına neden olabilecek kitle ve hidrosefaliyi akla getirmelidir (10).

Fizik muayenede öncelikle yaşamsal bulgular değerlendirilmeli, travma izi aranmalı, deri incelenmeli, nörolojik ve sistemik muayene, fundoskopi ile meningismus muayenesi yapılmalıdır (11). Kafa travması açısından retinal hemoraji, anizokori, papil ödemi, hemotimpanyum, beyin omurilik sıvısı (BOS) otore/rinoresi, postoriküler hematoma, periorbital hematoma ve ense sertliği araştırılmalıdır (12). Fizik muayenenin en önemli parçası nörolojik muayenedir. Hızlı nörolojik muayenede bilinç düzeyi, pupillerin durumu, ışığa yanıt, lateralizasyon bulgusu, kas tonusu, kuvvet kaybı ve kranial sinir muayenesi yapılır. Bilinç düzeyini değerlendirmede aslında travma için geliştirilmiş olmasına karşın, geniş bir kullanım alanı olan Glasgow Koma Skalası (GKS)

Tablo 4. Akut bilinç değişikliğinde gerekebilecek laboratuvar tetkikleri

Stick ile kan şekeri
Kan gazı
Tam kan sayımı, CRP, lökosit formülü
Biyokimya (Serum glukoz, üre, Na, K, Cl, Ca, BUN, Cre, AST, ALT)
PT, PTT
Amonyak, laktat
Tam idrar tahlili, kan, idrar ve dışkı kültürü
Kan ilaç düzeyleri, karboksihemoglobin, toksik tarama
Metabolik hastalık şüphesinde plazma, idrar ve BOS örnekleri saklanmalı, Guthrie kağıdına kan alınmalı
BOS incelemesi

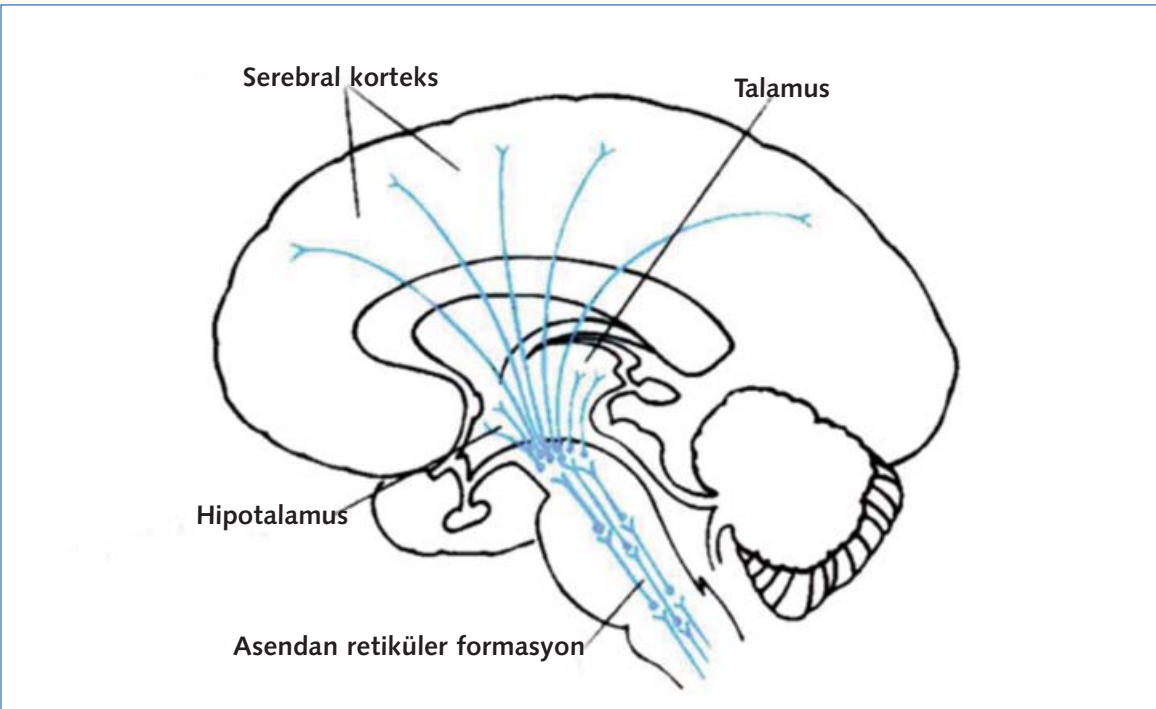
Tablo 5. Entübasyon endikasyonları

Apne
GKS \leq 8 ya da GKS'da bozulma
Hava yolu açıklığı sağlanamıyor
Yüksek oksijene karşın sO ₂ <%92
Gastrik lavaj
Düzensiz solunum
Herniasyon belirtileri
Öğürme refleksinin olmaması
Akut bilinç değişikliğinin uzun sürmesi
Başka hastaneye sevk

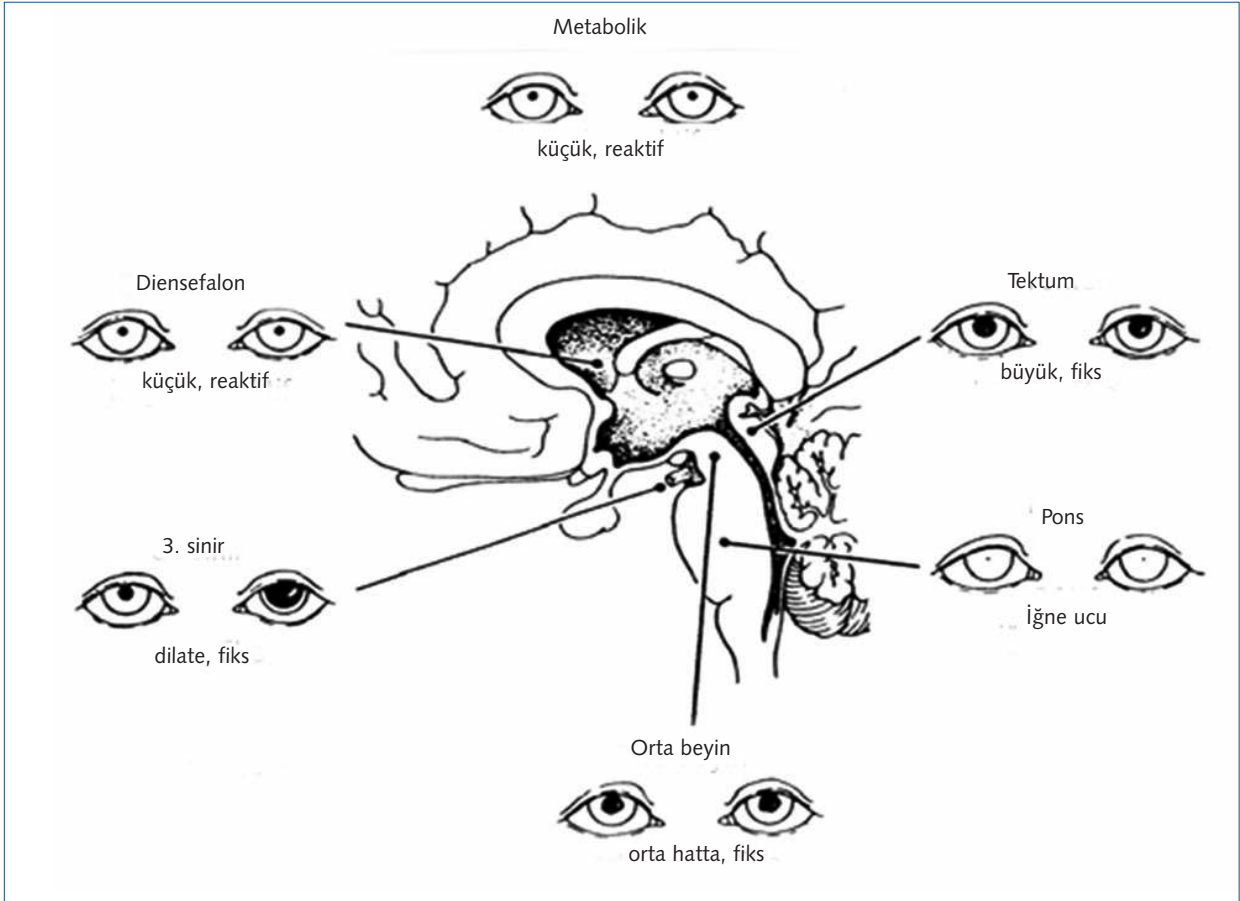
kullanılır (Tablo 2) (11). Ancak GKS komanın derecesini saptamada önemli olan pupil yanıtı (Şekil 2), kornea, okülosefalik, okülovestibüler, öksürük ve öğürme refleksi gibi beyin sapı reflekslerini içermemektedir. Bu reflekslerin bakılması, herniasyon olasılığı nedeni ile yaşam kurtarıcı olabilir.

Acil serviste hızlı nörolojik değerlendirmede USAY Yanıt Ölçeği (Tablo 3) kullanılır. Ağrılı uyarana yanıt alınamaması GKS<8 olduğunu düşündürür ve hastaya acil tedavi gerekir (13).

Cheyne-Stokes, santral nörojenik, apneik ve ataksik solunum gibi patolojik solunum tipleri



Şekil 1. Asendan retiküler aktivatör sistem



Şekil 2. Pupillerin ışık yanıtları

lezyonun yerinin belirlenmesi konusunda yardımcı olur. Motor yanıtta kas tonusu, spontan ya da uyarılmış hareketler ve derin tendon reflekslerine bakılır. Hastanın postürüne bakılarak deserebre ya da dekortike olarak ayrılabilir. Deserebre postür, bilateral orta beyin ve pons lezyonlarında, derin metabolik ensefalopatilerde, bilateral supratentorial lezyonlarda; dekortike postür ise beyin sapı üzerindeki lezyonlarda (kortikal ve subkortikal) görülür (3).

Hastalığın nedeni ne olursa olsun, hasta gelir gelmez ilk bakılacak tetkik yatak başı çubukla kan şekeri. Kan şekeri dışındaki tetkikler düşünülen etiyolojik nedene göre değişiklik göstermektedir. Tüm hastalarda sıklıkla istenebilecek tetkikler tablo 4'te gösterilmiştir (9).

Afebril komada, fokal bulgu varlığında ve papil ödem saptandığında acil olarak kranial görüntüleme yapılmalıdır. İlk tercih edilecek yöntem kranial bilgisayarlı tomografidir (BT) (14). Herpes simpleks virüs ensefaliti ve posterior fossa ile beyaz cevher patolojilerini

manyetik rezonans görüntüleme (MR) daha iyi gösterir. Kranial ultrasonografi subdural patolojileri ve serebral inmeyi yansıtmaz. Bu nedenle ön fontanel açık bile olsa, komadaki bebeklerde BT ya da MR yapılmalıdır. Lomber ponksiyon (LP) santral sinir sistemi enfeksiyonlarının tanısının konmasına yardımcı olur. Etken patojen ve etkili olan ilaçlar saptanır. Komadaki hastada LP yapmadan önce kesinlikle kranial BT çekilmelidir. Ateş ile birlikte konvülsiyon ve koma saptandığında, tetkikler sonuçlanıncaya kadar 3. kuşak sefalosporin (sefotaksim / seftriakson) ve asiklovir ampirik olarak başlanır (3).

Tedavi

Akut bilinç değişikliğinin tedavisinin ana ilkesi birincil hasarı azaltmak, düzeltmek ve ikincil hasarın gelişmesini önlemektir. Tedavide en önemli nokta, vital bulguların erken dönemde stabilizasyonudur. Komanın nedeni ne olursa olsun, öncelikle hastanın hava yolunun açık olması, solunumu ve dolaşımı sağlanmalıdır. Temel ve ileri yaşam desteğinin gerçek hedefi kalp ritmini ve hemodinamik fonksiyonları sağlamakla birlikte beyin fonksiyonlarını

korumaktır. Hastanın oksijen satürasyonu, kan basıncı, idrar çıkışı, vücut sıcaklığı ve kalp ritmi monitörize edilmelidir. Eğer olanak varsa, arter kan gazı, santral venöz basınç ve end-tidal CO₂ düzeyine bakılmalıdır (3).

Bilinç değişikliği olan hastada kas tonusu genellikle azalır, dil geriye doğru düşer, solunum kasları güçsüzeleşir. Bu nedenle tüm hastalara uygun pozisyon ve oksijen verilmelidir. Erken entübasyon, ventilasyon, derin sedasyon ve işlem sırasında kas gevşetici kullanılması kafa içi basınç artışında önemlidir. Travma öyküsü olan hastada boynun immobilizasyonu sağlanmalıdır. Entübasyon endikasyonları Tablo 5'te belirtilmiştir. Beyin kan akımının oluşmasında en önemli etken beyin perfüzyon basıncıdır. Kafa içi basınç artışı olan hastada ortalama arter basıncı düşük olduğunda beyin perfüzyonu, dolayısıyla beyin kan akımı azalacaktır. En sık yapılan hatalardan biri, komadaki hastada beyin ödemi olabileceği düşünülerek kan basıncı düşük olmasına karşın sıvı vermekten kaçınmaktır. Hipotansiyona izin verilmemeli; hatta yüksek tansiyonun hızlı düşürülmesinden de sakınılmalıdır. Ayrıca ADH yüksekliği nedeniyle de hipotonik sıvılardan kaçınılmalıdır (11).

Beyin glikojen miktarı çok az olduğundan hipoglisemiden oldukça etkilenir. Diyabetik ketoasidozda görülen bilinç değişikliğine tanı koymak için de kan şekeri bilinmelidir. Bu nedenle, kan şekeri hasta başında çubuk ile hemen bakılmalı, hipoglisemi saptanırsa hızlı dekstroz infüzyonu yapılmalıdır. Hipoksiye bağlı jeneralize konvülsiyon görülebilir. Konvülsiyon, beyin kan akımının, dolayısıyla kafa içi basıncın artmasına neden olur, uzun sürmesi beyinde kalıcı hasar meydana getirebilir. Konvülsiyon tedavisinde genelde benzodiyazepin, fenitoin ve fenobarbital kullanılır. Nedeni saptanamayan akut bilinç değişikliğinde zehirlenmeler her zaman akılda tutulmalıdır. Şüphe varsa dekontaminasyon işlemleri ve varsa antidot verilmelidir (10).

Kafa içi basınç artışı sık görülebildiğinden bunun tanınması ve erken tedavi edilmesi gerekir. Tedavide baş yükseltilir, nötral pozisyonda tutulur, ajitasyon ve ağrı engellenir, normotermi sağlanmaya çalışılır. Mannitol / hipertonic salin gibi osmolar ajanlar verilir, hipotonik sıvılardan kaçınılır. Hidrosefali ve idiyopatik kafa içi basınç artışı

durumlarında asetazolamid kullanılabilir. Hastanın ağır kafa travması varsa nöbet olmasa da antikonvülzan tedavi verilir. Tümörlerde vazojenik ödem varlığında steroid kullanılabilir. Komadaki hastada antihipertansif tedavi, hiperventilasyon, barbitürat koması ve hipotermi tedavileri halen tartışmalıdır. Medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda BOS drenajı, cerrahi dekompresyon denenebilir (15).

Temel olarak bilinci kapalı hastanın tedavisi, destek tedavisi ve komplikasyon tedavisinden oluşur. Destek tedavisi ventilasyonun ve oksijenlenmenin sağlanması, yeterli serebrovasküler perfüzyonun sağlanması, kan şekeri düzeyinin iyi kontrol edilmesi, vücut sıcaklığının düzenlenmesi, immobilizasyon, sedasyon ve hastanın pozisyonu, enfeksiyonların tedavisi ve sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesidir. Komplikasyon tedavisi ise konvülsiyon ve serebral ödemin tedavisidir.

Prognoz

Komanın nedeni, derinliğine ve komada kalış süresine bağlı olarak prognoz değişebilir. Hipoksik iskemik zedelenmeye bağlı komalarda prognoz genellikle kötü iken enfeksiyon ve entoksikasyonlara bağlı bilinç değişikliklerinde etkilenme daha hafiftir (4, 6). İyileşen hastalarda geç dönemde öğrenme güçlükleri, davranış bozuklukları ve nörolojik kusurlar görülebilmektedir (16).

İletişim: Dr. Halise Akça

E-posta: haliseakca@gmail.com

Kaynaklar

- 1.Sharma S, Kocher GS, Sankhyan N, ve ark. Approach to the child with coma. Indian J Pediatr 2010; 77(11): 1279-87.
- 2.Paksu MŞ, Taşdemir HA. Çocuklarda akut bilinç değişikliğine yaklaşım. Güncel Pediatri 2006; 3:80-7.
- 3.Berger JR. Clinical approach to stupor and coma. In:Bradley WG, Daroff RB, Fenichol GM, Jankovic (eds). Philadelphia: Butterworth&Heinemann; 2004: 43-64.
- 4.Ibekwe RC, Ibekwe MU, Onwe OE, Nnebe-Agumadu UH, Ibe BC. Non-traumatic childhood coma in Ebonyi State University Teaching Hospital, Abakaliki, South Eastern Nigeria. Niger J Clin Pract. 2011; 14(1): 43-6.

5. Fouad H, Haron M, Halawa EF, Nada M. Nontraumatic coma in a tertiary pediatric emergency department in Egypt: etiology and outcome. *J Child Neurol* 2011; 26(2):136-41.
6. Anand G, Shefler A, McShane T. Diagnosis and outcome of children admitted to a pediatric intensive care unit with unexplained coma. *Arch Dis Child* 2011; 96(11): 1091.
7. Akbary S, Kannikeswaran N. Acute onset altered mental status in a previously healthy teenager. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28(4): 376-9.
8. Jindal A, Singhi SC, Singhi P. Non-traumatic coma and altered mental status. *Indian J Pediatr* 2012; 79(3): 367-75.
9. Kaya Ü, Yalınzoğlu D. Bilinci kapalı hastaya yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi* 2008; 30(6):727-47.
10. Seshia SS, Bingham WT, Kirkham FJ, Sadanand V. Nontraumatic coma in children and adolescents: diagnosis and management. *Neurol Clin* 2011; 29(4): 1007-43.
11. Kirkham FJ. Non-traumatic coma in children. *Arch Dis Child* 2001; 85: 303-12.
12. Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM, eds. *Pediatric neurology principles & practice*. 4 th edition. Philadelphia: Mosby; 2006. Vol. 1&2.
13. Raman S, Sreenivas V, Puliyel JM, Kumar N. Comparison of alert verbal painful unresponsiveness scale and the Glasgow Coma Score. *Indian Pediatr* 2011;48(4):331-2.
14. Figg RE, Burry TS, Vander Kolk WE. Clinical efficacy of serial computed tomographic scanning in severe closed head injury patients. *J Trauma* 2003; 55:1061.
15. Çıtak A. İntrakraniyal basınç artışı ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri* 2011;7(1):136-42.
16. Khodapanahandeh F, Najarkalayee NG. Etiology and outcome of non-traumatic coma in children admitted to pediatric intensive care unit. *Iran J Pediatr* 2009;19(4):393-8.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı,

şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk

geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla **yirmi beş (25)** kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increasead risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3. ya da 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlang; 1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

9. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, |, **,

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara

verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ya da "yüzde" sözcüğü ile belirtilebilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar bilgisayarda yazılmalı sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

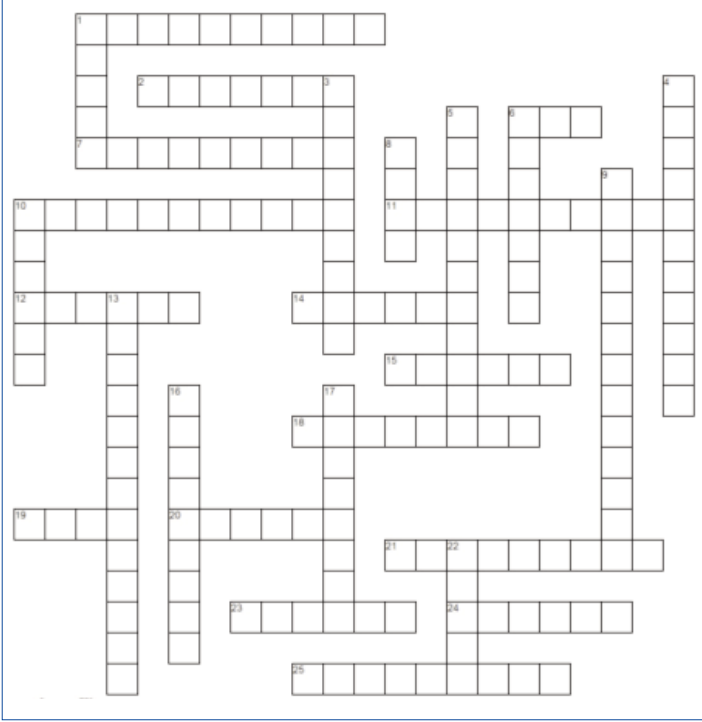
9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu**'na erişebilirsiniz.) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez.

Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Temmuz - Ağustos 2013** sayımızda yayımlayacağız.



- Yaşlanma ile birlikte gelişen sağlık sorunlarından biri. **1.** Çalışmaların bir sonucu olarak, 35 yıl önce Avustralya'da erkekler arasında sigara içme sıklığı %45 iken, günümüzde bu değer azalma oranı (YA).
- Hastanın görsel, sözel ve dokunma ile verilen emirleri kısmen yerine getirebilmesi, fakat kendi haline bırakıldığında uykuya geçmesi durumu.
- Dünya genelinde yaşlı birey sayısının 2050 yılında ulaşacağı öngörülen sayı.
- Koledokolitiazisin bebek ve çocuklarda sıklığının artmasında etiyolojik nedenlerden biri.
- Hastanın yalnız kuvvetli uyarılarla uyandırılabilme durumu.
- Dünya Sağlık Asamblesi tarafından 2003'de kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin kısaltması.
- Dünya Sağlık Örgütü'nün kısaltması (YA).
- Ruhsal bozukluklar içinde en çok damgalanan hastalık.
- Asendan retikuler aktivator sistemin kısaltması.
- Yaşlıların beslenme durumunu

olumsuz etkileyen faktörlerden biri. **10.** Kişinin kendisini ve çevresini algılayabilmesi ve uyarılara uygun yanıt verebilmesi durumu.

10. Yaşlı bakımında öncelikle evde bakım ve yardım hizmeti sunulmakla birlikte uzun süreli bakımın sunulduğu yerlerden biri (YA).

11. 1920'li yıllardan bu yana yaptığı olumlu uygulamalarla bugün tütün kontrolünde öncü özelliğini sürdüren ülke. **12.** Zaman içinde insan vücudunda kimi değişikliklere uğrayan, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen işlevlerden biri. **13.** Toplumun belirli bir gruba karşı, belli bir özellik nedeniyle önceden var olan, varsayımlar temelindeki reaksiyonu.

14. Dünya'da tütün kontrolünde öncü ülkelerden biri. **15.** Hastalık yükünü araştırmak üzere 2004 yılında yapılan projenin kısaltması.

16. Bebek ve çocuklarda koledokolitiazisin tedavisinde semptomatik olanlarda öne çıkan tedavi yöntemlerinden biri. **17.** Hastada ajitasyon, konfüzyon ve halusasyonların görüldüğü aşırı terleme, taşikardi ve hipotansiyon gibi otonomik belirtilerin eşlik ettiği durum. **18.** Dünya'da eşit olarak gelişmemesi ve farklılıklar göstermesi, toplumların yaşlanan nüfusları arasındaki farklılığın temel nedenleri arasında sayılabilecek etkenlerden biri. **19.** Ağır bilinç bozukluğu durumu. **20.** İstirahat halinde hastanın uyandırılmadığı, ağrıyı lokalize edip ancak uygun yanıt veremediği, sözlü yanıt alınmadığı durum. **21.** Bilincin iki komponentinden biri. **22.** Erkeklerde, hastalık yükünü oluşturan ilk 20 hastalık arasında 12. sırada yer alan aşırı kullanım bozukluğu. **23.** Ülkemizde yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışmalarına göre tanı konacak düzeyde ruhsal hastalık yaygınlığı oranı. **24.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmemesi ve uygulanmaması sonucu oluşabilecek hastalıklardan biri. **25.** Bir kişinin içinde yaşadığı toplumun normal saydığı ölçütlerin dışında olması nedeniyle toplumu oluşturan bireyler tarafından kusurlu ve / ya da değersiz olarak nitelenmesi.