



Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Öğrencilerinin Ev Ziyaretleri Hakkında Düşünce ve Görüşleri	91
Afyonkarahisar İli Halkının 112 Acil Sağlık Hizmetleri Hakkında Bilgi Düzeyleri	97
Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkisi	100
Gelişimsel Kalça Displazisi	108
Elektromanyetik Alanlar, Sağlık ve Korunma	114
Yaşlılık Dönemi İçin Sağlık Politikaları; Gereksinimler ve Öneriler	118
Selim Geçici Hiperfosfatazalı Bir Çocuk: Olgu Sunumu	127
Birinci Basamakta Çocuk ve Ergenlerdeki Ruhsal Kökenli Bedensel Belirtileri Anlamak: Somatoform Bozukluklar	129



Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Şamih Demli

Dr. Tolga İnce

Stj. Dr. Berkan Kaplan

Dr. R. Ekrem Kutbay

Dr. Mehmet Özen

Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. Songül Yalçın

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

Bilimsel Danışma Kurulu

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Şükürü Hatun (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Yrd. Doç. Dr. Esra Önal

Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Kula

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

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. Aylin Sena Beliner

Dr. Alper Büyükkakuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alferit Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nevruz Gürceğiz

Dr. Nesrin Erborü

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Eriş Bilaloğlu

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Araştırma

Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Öğrencilerinin Ev Ziyaretleri Hakkında Düşünce ve Görüşleri 91

Dilek Cingil, Meltem Demirgöz, Nejla Canbulat, Fatma Saklı

Afyonkarahisar İli Halkının 112 Acil Sağlık Hizmetleri Hakkında Bilgi Düzeyleri 97

Safiye Temel, Funda Koçak, Sibel Yavuzuş, Tuğba Er, Yeşim Sayın

Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkisi 100

Songül Aktaş, Dr. Handan Güler

Derleme

Gelişimsel Kalça Displazisi 108

Dr. Vuslat Sema Ünal, Dr. Ferit Kırac, Dr. Özdamar Fuad Öken, Dr. Murat Gülçek, Dr. Ahmet Özgür Yıldırım, Dr. Ahmet Uçaner

Elektromanyetik Alanlar, Sağlık ve Korunma 114

Dr. Alpaslan Türkkkan

Yaşlılık Dönemi İçin Sağlık Politikaları; Gereksinimler ve Öneriler 118

Dr. Dilek Aslan

Olgu Sunumu: Selim Geçici Hiperfosfatasyalı Bir Çocuk 127

Dr. Şeyma Aksin, Dr. Nilden Tuysun, Dr. Semra Çetinkaya, Dr. Zehra Aycan, Dr. Aysel Yöney, Dr. Can Demir Karacan

Birinci Basamakta Çocuk ve Ergenlerdeki Ruhsal Kökenli Bedensel Belirtileri Anlamak: Somatoform Bozukluklar 129

Işık Karakaya, Şahika G. Şişmanlar

Kapak Fotoğrafı: "Gizli Buluşma"

Dr. Dilek Eren, Adana

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009 Başarı Ödülü



Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4

Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.

İkitelli Organize Sanayi Bölgesi İpkas Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi:



Merhaba,

"Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Öğrencilerinin Ev Ziyaretleri Hakkında Düşünce ve Görüşleri" çalışmasını Dilek Cingil ve arkadaşları Halk Sağlığı Hemşireliği dersini alan dördüncü sınıf öğrencilerinin, dersin bünyesinde uygulanan ev ziyaretleri hakkında düşünce ve görüşlerini incelemek amacıyla yapmışlar. Öğrenciler bahar yarıyılı süresince ev ziyaretine çıkmış, yarıyıl sonunda toplam 25 sorudan oluşan anket formunu araştırma grubunun tamamına uygulamışlar. Yapılan ev ziyaretlerinde ailelerin %41,7'si olumlu tutum sergilerken, %22,2'si ev ziyareti sürecinin başlangıcında olumsuz tutum sergilemiş, sürecin ilerlemesiyle olumlu yönde değişim göstermiş. Sonuç olarak; hemşirelik öğrencileri ev ziyareti sürecinin sonunda ailelere sağlığı geliştirme/sürdürme anlamında katkı sağlamış.

"Afyonkarahisar İli Halkının 112 Acil Sağlık Hizmetleri Hakkında Bilgi Düzeyleri" Safiye Temel ve arkadaşları araştırmalarında Afyonkarahisar İli halkının 112 acil yardımın ne olduğu, ne gibi hizmetler verdiği, yararlanma biçimleri hakkında bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlamışlar. Çalışma, 2009 yılı Mayıs ayında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Zübeyde

Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi servislerinde yatmakta olan hastaların yakınlarından oluşan toplam 135 kişi üzerinde 20 soruluk anket uygulanarak yapılmış. Araştırmada halkın çoğunluğunun 112 acil servisin numarasını ve 24 saat kesintisiz hizmet verdiğini bildiğini, ancak danışmanlık hizmeti verdiğini bilmediği saptanmış.

Songül Aktaş ve arkadaşları "Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkisi" isimli çalışmalarında, perinatal dönemde anne ve bebekte ortaya çıkan bazı sorunlarda, gebelikte sigara içiminin etkisini saptamayı amaçlamışlar. Araştırma, 30 Nisan-14 Haziran 2005 tarihleri arasında Trabzon Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde yürütülmüş. Çalışmaya gebeliği boyunca sigara içen 52 annenin tamamı ile bu annelerin bebekleri ve gebeliğinde sigara içmeyen (pasif içici de olmayan) 110 annenin tamamı ile bebekleri alınmış. Veriler, soru formuyla ve ölçümle elde edilmiş. Gebeliği boyunca sigara içen annelerde; erken membran rüptürü, preterm eylem riski ve erken doğumun içmeyenlere göre daha fazla oranda görüldüğü belirlenmiş. Sigara içen annelerin bebeklerinin sigara içmeyen annelerin bebeklerine göre doğum ağırlığı, baş çevresi ve boy uzunluğu daha düşük olduğu saptanmış.

Dergimizin bu sayısında sizlerin dikkatine sunduğumuz üç araştırmadan yukarıda kısaca söz ettik. Üç çalışmanın bizce ortak noktası doğrudan birinci basamak sağlık hizmetlerinden hareket ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde neler yapmamız gerektiğini bizlere gösteriyor. Yıllardır bu sayfalarda araştırmanın önemini vurgularken, alana, emeğimize sahip çıkmaktan söz ederken dile getirdiklerimizi bu çalışmalar eylemle, alanın içinden sesini yükselterek, olması gerekeni ne güzel ortaya koyuyor. Emeği geçenleri kutluyoruz.

Bilimsel ve dostça kalın.



Fotoğraf: "Yaz Yağmuru" Dr. Murat Danacı, Samsun
STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sergi Ödülü



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birincil basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ndedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.
- 1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:
 - **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
 - **Yazarlar:** Her yazının en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazıya hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.
 - Metinle ilgili yazımadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi. Mali destek ve diğer kaynaklar. Ana metnin sözcük sayısı. Şekil ve tabloların sayısı.
- 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 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özen ayne 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, gerekece belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekece açıklanmalıdır.
- 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 vermemeyiniz.
- 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. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.
- 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 gereşel 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. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increase 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 -Verlag; 1988. p.521-32.

Web Sitesi

Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

9. Tablolar: Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. 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 değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ üst ya da 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 konmalıdır: 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.
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 gölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.
7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.
8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketiyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.
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, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalı Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na 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.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf



Dilek Cingil**, Meltem Demirgöz***, Nejla Canbulat***, Fatma Saklı****

Öz

Bu araştırma, "Halk Sağlığı Hemşireliği" dersini alan dördüncü sınıf öğrencilerinin, dersin bünyesinde uygulanan ev ziyaretleri hakkında düşünce ve görüşlerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Öğrenciler bahar yarıyılı süresince ev ziyaretine çıkmış, yarıyıl sonunda toplam 25 sorudan oluşan anket formunu araştırma grubunun tamamı doldurmuştur (n=36). Araştırma grubunu oluşturan öğrencilerin yaş ortalaması 22.5 ± 1.13 'dür. Yapılan ev ziyaretlerinde ailelerin %41.7'si olumlu tutum sergilerken, %22.2'si ev ziyareti sürecinin başlangıcında olumsuz tutum sergilemiş, sürecin ilerlemesiyle pozitif yönde değişim göstermişlerdir. Sonuç olarak; hemşirelik öğrencileri ev ziyareti sürecinin sonunda ailelere sağlığı geliştirme/sürdürme anlamında katkı sağlamışlardır.

Anahtar sözcükler: Ev ziyareti, Halk sağlığı, Hemşirelik öğrencileri

Abstract

This descriptive study was planned with the aim of investigating the thoughts opinions of senior class students about the home visits they have practiced as a part of the curriculum of their Public Health Nursing course. The students participated in the home visits during the spring term, and they have all filled the 25-item questionnaire form at the end of the term (n=36). Mean age of the students in the research group was 22.47 ± 1.13 . At the onset of the home visits, 41.7 % of the families had a positive and 22.2 % of the families had a negative attitude, but progress has been made toward more positive feedback along the process. Consequently; the nursing students have provided a lot of benefits to the families in promoting and maintaining health as a result of these home visits.

Key words: Home visit, Public health, Nursing students

Giriş

Alma-Ata'da Dünya Sağlık Örgütü'ne üye tüm ülkelerce 1978 yılında onaylanan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nin temel ilkeleri arasında; toplumsal eşitlik, çevreyle bütünleşme, yaşamın bütünlüğü, halkın katılımı ve koşullara uygunluk yer almaktadır (1).

Bu temel ilkeler doğrultusunda tüm ailelerin hizmete erişimlerini sağlamak için hükümetler; tutarlı, entegre ve etkili sağlık sistemleri oluşturmaya hız kazandırmalıdır (2). Gelişmiş ülkelerde sağlık sistemleri oluşturulurken, sağlık sektöründe kalite ve maliyet sorunu, evde bakım hizmetinin gelişmesine yol açmıştır. Ev sağlık hemşireliği bu nedenle oluşmuş ve değişik sağlık bakım gereksinimlere karşılık vermeyi amaçlamıştır (3).

Ev sağlık Hemşireliği (ESH) eski ve yeni birçok hemşirelik ilkesini içerir. ESH ileri teknoloji ve hasta odaklı bakımı da içeren bir halk sağlığı hemşireliği alanıdır (3, 4).

Evde bakım kavramı, koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gereğinden hareket eden, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden bir sağlık bakım sistemini içerir. Evde bakım hizmeti; kronik hastaların izlem ve tedavisi, doğum sonu loğusa ve bebek izlemi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma ve solunum terapileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral besleme, yaşlı bakımı ve daha birçok gerçek ya da potansiyel sağlık sorununa yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlamaktadır. Evde bakım hizmetleri, farklı meslek ve branş üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve örgütlü bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdir (5). Gelişmekte olan ülkelerde 19. yüzyıldan bu yana evde bakım hizmetleri sistemli bir şekilde sunulmaktadır (6).

Ev ziyareti evde bakım hizmetlerinin sunumunda sürecin en önemli kısmıdır. Hemşirenin sağlık hizmetinin amaçlarını

*Bu çalışma, I. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur. (06-08 Kasım, 2006, İzmir)

**Arş. Gör.; Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Konya

*** Arş. Gör.; İstanbul Ü. Florence Nightingale HYO, İstanbul

**** Hemşire, İzmir

gerçekleştirmesinde önemli bir yer tutar. İnsan, çevresi ile bir bütündür. Çevresindeki olumsuz etmenlerden etkilendiği gibi çevresini de olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Bütüncül görüşü ifade eden bu felsefeden hareketle ev ziyareti yapılmadan kişi, aile ya da toplumu çevresi ile birlikte ele almak olanaklı değildir (7). Ayrıca ev ziyaretleri aile ilişkilerini, olanaklarını, yeteneklerini kendi ortamında daha iyi görüp anlamayı, ailenin kendi koşullarında eğitimini, aile üyelerinin daha rahat olmasını, sağlık sorunlarının erken tespitini sağlar (8, 9).

Ülkemizde henüz evde bakım hizmetleri tam anlamıyla gelişmemiştir ve gelecekte bu alanda hemşirelere yüksek düzeyde gereksinim duyulacaktır. Türkiye’de bugün lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi veren sağlık ve hemşirelik yükseköğretim kurumlarında halk sağlığı hemşireliği dersinin uygulaması kapsamında ev ziyareti yer almaktadır.

Bu araştırma 2005- 2006 bahar yarıyılında bir sağlık yükseköğretim kurumunun hemşirelik bölümünün halk sağlığı hemşireliği dersini alan son sınıf öğrencilerinin ders bünyesinde uygulanan ev ziyaretleri hakkında düşünce ve görüşlerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Öğrenciler bahar yarıyılı süresince Halk Sağlığı Hemşireliği dersinin uygulaması kapsamında sekiz hafta boyunca ve haftada üç gün ev ziyaretine çıkmışlardır. Her öğrenciye uygulamaya gidilen sağlık ocağı bölgesi kayıtlarından yararlanarak beş aile verilmiş ve kayıtlardan özellikle gebe, bebek, adolesan, erişkin ve yaşlı yaş gruplarını içeren ailelerin seçilmesi sağlanmıştır. İki ya da üç öğrenciye bir adet halk sağlığı çantası okul tarafından verilmiştir. Halk sağlığı çantalarının içinde tansiyon aleti, termometre, el kantarı, mezura, alkol, Betadin ve baskül vardır. Öğrenciler ilk

haftalarda ailelerin evlerini saptamışlardır. Ailelere sağlık sorunlarıyla ilgileneceklerini ve herhangi bir ücret talep etmeyeceklerini açıklamışlardır. Açıklamalardan sonra kabul eden ailelerle görüşmeleri sürdürmüşlerdir. Öğrenciler izleyen haftalarda ailelerdeki bütün bireylerin sistem değerlendirmelerini yapmış ve ardından öncelikli sorunlara yönelik olarak hemşirelik bakımı ve sağlık eğitimi planlamışlardır. Öğrenciler her ev ziyareti gününü bir hafta önceden aile ile birlikte kararlaştırmıştır.

İkinci yarıyıl sonunda toplam 25 sorudan oluşan anket formunu araştırma grubunun tamamı doldurmuştur (n=36). Formda öğrencilerin demografik özelliklerini (yaş, yaşanılan yer, en çok yaşadığı bölge) içeren ilk üç soru ile ev ziyaretleri konusunda düşünce ve görüşlerini ifade ettikleri 20 açık uçlu ve 2 kapalı uçlu (ev ziyaretlerine yönelik olarak ailelerin ve öğrencilerin ilk ziyaretlerinde tutumları ve hissettikleri, aileler için yararları, öğrencilerin kendilerini yeterli/yetersiz gördükleri yönler, motivasyonlarını olumlu/olumsuz etkileyen durumlar, en çok verdikleri sağlık eğitimi konuları, kazandırdıkları olumlu sağlık davranışları, en çok etkiledikleri grup, hemşire olarak en çok yerine getirdikleri işlev ve halk sağlığı hemşireliği dersine yönelik önerileri) olmak üzere 22 soru bulunmaktadır.

Verilerin analizi yüzde ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırma grubunu oluşturan öğrencilerin yaş ortalamasının 22.5 ± 1.13 olduğu, %47,2’sinin arkadaşları ile birlikte yaşadıkları, % 80,2’sinin yaşamalarını kentsel yerleşim biriminde geçirdikleri saptanmıştır (Tablo 1).

Öğrencilerin %78.8’i ev ziyaretlerine ilk çıktıkları gün tedirginlik, korku ve heyecan yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan ev ziyaretlerinde ailelerin tutumu %41.7 oranında olumlu olmakla birlikte, %16.7’si ev ziyareti sürecinin başlangıcında olumsuz tutum sergilemiş, sürecin ilerlemesiyle pozitif yönde değişim göstermiştir. Ayrıca, öğrencilerin %77.8’i ev ziyaretleri sırasında, hemşireliğin eğitici fonksiyonunu yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Ev ziyaretlerinin motive edici yönünün aile bireylerine sağlık eğitimi yapmanın verdiği mutluluk (%52.8), motivasyonu azaltan yönünün ise ev içi ortam

Tablo 1. Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellik	Sayı	%
Öğrencinin Barındığı Yer		
Kredi ya da özel yurt	17	47.2
Ev ya da ailesiyle beraber	19	52.8
Öğrencinin En Çok Yaşadığı Bölge		
Kırsal Bölge	7	19.4
Kentsel Bölge	29	80.6

olması ve ailenin isteksizliği (%47.3) olarak belirtmişlerdir (Tablo 2).

Öğrencilerin %83,3'ü ev ziyaretlerinin ailelere, bilmedikleri ve eksik bildikleri sağlık konularında yarar sağladığı görüşündedirler. Yaklaşık aynı oranlarda ev ziyaretlerinin kendilerinde gözlem yeteneği, iletişim becerisi, özgüven ve teorik bilgi artışı sağladığı ve deneyim kazandırdığını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Ev ziyaretlerinde, psikomotor beceri gerektiren uygulama/eğitim konularında (örneğin gebe, bebek muayenesi, egzersiz öğretimi gibi) ve iletişim becerisi açısından kendilerini yeterli görmüşlerdir (Tablo 2).

Öğrencilerin %94,4'ü, aileler üzerinde sağlığı geliştirme/sürdürmede kalıcı etkilerinin olduğunu belirtmiş ve bu etkiler en çok aile planlaması, gebe, loğusa ve bebek bakımı, kişisel hijyen konularında olmuştur (Tablo 2).

Öğrenciler, ev ziyaretleri sırasında ilk günlerde sağlık ocağı bölgesinde Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) kayıtlarından alınan adresin bulunamaması, ailenin verdiği randevuya uymaması, ailenin eğitimi reddetmesi, eğitimin bölünmesi, eğitimi kısa tutma isteği, zamanın aileye uymaması, eğitime yeterli ilginin gösterilmemesi, geleneksel tavırların sürdürülmesinde ısrar, değişime açık olmama gibi sorunlar yaşamışlardır (Tablo 2).

Öğrencilerin %61.1'i ailelerle iletişimde, geleneksel uygulamaları değiştirmeme, dini ve sosyokültürel özellikler, öğrenim düzeylerinin düşük olması, iletişime kapalı ve çekingeng aile yapısı, değişime inanmamaları, cinsel eğitim vermede zorluk ve olumlu sağlık davranışı geliştirmeye direnç göstermeleri nedeniyle zorlanmışlardır (Tablo 2).

Öğrenciler ev ziyaretleri sırasında olumlu sağlık davranışları kazanma konusunda en çok

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin ev ziyaretlerine ilişkin düşünce ve görüşlerinin dağılımı

Özellik	Sayı	%
İlk Ev Ziyaretine Gidildiği Gün Öğrencinin Hissettikleri		
- Olumsuz, önyargılı yaklaşım	5	13,9
- Tedirginlik, heyecan ve korku	28	78,8
- Olumlu	3	8,3
Ailenin İlk Tepkileri		
- Olumsuz	6	16,7
- Bazen olumlu, bazen olumsuz, şüpheli yaklaşım, güvensizlik, şaşkınlık	15	41,7
- Tamamen olumlu tepki	15	41,7
Öğrencilerin En Çok Yerine Getirdikleri Hemşirelik Fonksiyonu		
- Eğitim	28	77,8
- Değişim, iletişim, bakım verici	8	22,2
Ev Ziyaretlerinin Motive Edici Yönleri		
- Bireylere sağlık eğitimi yapmanın verdiği mutluluk	19	52,8
- Araştırma, eğitimciliğe alışma, bireye odaklanma, paylaşım, sağlığın korunmasına teşvik, sıcak karşılama	17	47,2
Ev Ziyaretlerinin Motivasyonunuzu Azaltan Yönleri		
- Ev içi ortam olması ve ailenin isteksizliği	17	47,3
- Zaman yetersizliği, bilinçsiz aile, reddedilme, randevuya uyulmaması, eğitimin anlaşılması, güvenlik, çekingenglik	16	44,4
- Yok	3	8,3

Tablo 2'nin devamı. Hemşirelik öğrencilerinin ev ziyaretlerine ilişkin düşünce ve görüşlerinin dağılımı

Özellik	Sayı	%
Ev Ziyaretlerinin Aileler İçin Yararları		
- Bilmedikleri ya da eksik bildikleri konularda sağlık eğitimi verme*	30	83,3
- Aile planlaması (AP), çocuk eğitimi, bebek bakımı, kronik hastalıklar konularında eğitim, sağlığın öneminin kavranması, ev ziyaretinin rahat ve ücretsiz olması	6	16,8
Öğrencilerin Kendilerini Beceri Bakımından Yeterli Gördükleri Konular		
- Öğretim ve demonstrasyon becerisi	14	39
- İletişim becerisi	10	27,8
- Fizik muayene, gözlem, bebek bakımı, sorun çözme becerisi	12	33,4
Aileler Üzerinde Sağlığı Geliştirme/Sürdürmede Öğrencinin Kalıcı Etkisinin Varlığı Konusundaki Düşüncesi		
- Var	34	94,4
- Yok	2	5,6
Sağlığı Geliştirme/Sürdürmede Öğrencinin Davranış Değişikliği Sağladığı Eğitim Konuları		
- Aile planlaması, beslenme, gebe, loğusa ve bebek bakımı, diş fırçalama, hijyen, tuvalet eğitimi, sigara, aşılama, egzersiz, cinsel yaşam, kendi kendine muayenesi (KKMM)	23	64,4
- Eğitim verdiğim her konuda	9	25
- Kronik hastalıklar	3	8,3
- Doktor kontrolüne yönlendirme, ikna etme	1	2,8
Öğrencilerin Ev Ziyaretleri Sırasında Yaşadıkları Sorunlar		
- Ailenin eğitimi reddetmesi, eğitimin bölünmesi, eğitimi kısa tutma isteği, zamanın aileye uymaması, randevuya uymama, ilk günlerde adres bulma sıkıntısı, yeterli ilginin gösterilmemesi	23	63,1
- Güvensizlik	4	11,1
- Geleneksel tavırların sürdürülmesinde ısrar, değişime açık olmama	3	8,3
- Öğrencinin sağlık sorunlarının olması ve aileye yetememe	2	5,6
- Sorun yaşamadım	4	11,1
Öğrencilerin Ailelerle İletişimde Zorlandıkları Yönler		
- Ailelerin kültürel özellikleri	24	61,1
- Diğer nedenler (yaşlılarda işitme sorunu, Latince kelimelerin karşılığını bulamamak, evin kalabalık olması)	9	25
- Zorlanmadım.	5	13,9

*Aile Planlaması, KKMM, adolesan sağlığı, diyet uyum, ishalde bakım ve tedavi, doğuştan kalça çıkığı tespiti, hipertansiyonlu hasta tespiti, kişisel ve çevresel hijyen, sağlık kuruluşuna yönlendirme

Tablo 3. Öğrencilerin ailelerde etkiledikleri gruplar ve konuların ilk üç sıraya göre dağılımı

Özellik	Sayı	%
*Öğrencilerin Olumlu Sağlık Davranışları Kazanma Konusunda En Çok Etkiledikleri Grup		
Gebe	24	66.7
Anne	20	55.6
Çocuk	15	41.7
*Öğrencilerin Aile Bireylerine Kazandırdıkları Olumlu Sağlık Davranışları		
Beslenme ve diyetle değişim sağlama	16	44.4
Aile Planlaması ve hijyen (aynı oranda)	13	36.1
Bebek Bakımı	12	33.4
*Öğrencilerin Aile Bireylerine En Çok Verdikleri Sağlık Eğitimi Konuları		
Aile Planlaması	26	72.3
Beslenme	20	55.6
Kendi Kendine Meme Muayenesi	17	47.2

*Bir öğrenci birden fazla yanıt işaretlemiştir.

etkiledikleri ilk üç grubun %66.7 oranında gebeler, %55.6 oranında anneler ve %41.7 oranında çocuklar olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Öğrenciler aile bireylerine kazandırdıkları olumlu sağlık davranışlarından ilk üçünü %44.4 oranında beslenme ve diyetle değişim sağlama, %36.1 oranında aile planlaması ve aynı oranda hijyen ve %33.4 oranında bebek bakımı olarak bildirmişlerdir (Tablo 3).

Öğrenciler en çok verilen sağlık eğitimi konularını şöyle sıralamıştır: %72.3 oranında aile planlaması, %55.6 oranında beslenme ve %47.2 oranında meme muayenesi (Tablo 3).

Öğrencilerin sadece %5.6'sı ev ziyaretleri sırasında yeni bir beceri kazanmadığını belirtmiştir. Diğer öğrenciler ise, en fazla alınan yanıt sırasına göre, iletişim ve öğretim becerisi, fizik muayene becerisi, özgüven artışı, geniş ve pratik düşünme, sorunlara planlı yaklaşım becerileri kazandığını açıklamıştır.

Tartışma ve Sonuç

Araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz örneklem grubu yalnızca 4. sınıf hemşirelik öğrencileridir ve tümü 36 kişidir. Sayı olarak, örneklem grubu sınırlı kalmaktadır ve bu durum sonuçları etkileyebilir. Genel olarak çalışma ev ziyareti deneyimi olan hemşirelik öğrencilerinin düşünce ve görüşlerini ortaya koymaktadır. Ayrıca "aile hekimliği" uygulamalarının tüm ülkemizde başlayacağı şu günlerde, çalışmamız ev ziyaretleri ve ailelerin yaklaşımlarını

sergilemesi açısından önemlidir.

Ailelerin büyük bir çoğunluğu ev ziyaretlerine karşı olumlu tutum sergilemiştir. Bu durum, ailelerin verilen sağlık hizmeti ne olursa olsun, olabildiğince yararlanmak istediğini ve evinde hizmet almaya açık olduğunu düşündürmektedir.

Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu ev ziyaretleri sırasında hemşireliğin eğitici işlevini yerine getirdiklerini ifade etmişlerdir. Öztürk ve Altuğ Özsoy'un (2006) hemşirelik 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin evde bakıma ilişkin görüşlerini inceledikleri bir çalışmada ise, öğrencilerin yalnızca %15.66'sı evde bakım hemşiresinin eğitim fonksiyonu olduğunu belirtmiştir (10). Çalışma grubumuzdaki öğrenciler ev ziyareti deneyimlerini aktarmışlardır. Aradaki fark buradan ileri gelebilir.

Öğrencilerin %83.3'ü ev ziyaretlerinin ailelere bilmedikleri ve eksik bildikleri sağlık konularında yarar sağladığı görüşündedirler. Sonuçtan da anlaşılacağı gibi, birey ve ailelerin sağlık eğitimi almaya gereksinimi vardır. Sağlık hizmetleri 2001 yönergesinde, her ne kadar topluma sağlık eğitimi ve ev ziyareti yapılması gerektiği sağlık ocağındaki ebe, hemşire ve hekimin görevi olarak görülse de, çeşitli nedenlerle bu temel görevler tam anlamıyla yerine getirilememektedir. Bireylerin sağlıklarıyla ilgili konularda sağlık çalışanlarından bilgi alma hakkı ve gereksinimi

vardır. Eğer bu gereksinim tam anlamıyla karşılanırsa birey, aile ve toplum istenen sağlık düzeyine kavuşabilirler (11, 12).

Öğrencilerin %94.4'ü aileler üzerinde sağlığı geliştirme/sürdürmede kalıcı etkilerinin olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştirme/sürdürmede öğrencinin kalıcı etki sağladığı eğitim konuları aile planlaması, beslenme, gebe, lohusa ve bebek bakımı, diş fırçalama, hijyen, tuvalet eğitimi, sigara, aşılama, egzersiz, cinsel yaşam, kendi kendine meme muayenesi (KKMM)'dir. Öğrencilerin kalıcı etki sağladıklarını düşündükleri eğitim konuları bugün de toplumun gereksindiği, Sağlık Bakanlığı'nın ise üzerinde durduğu ve önem verdiği konulardır (12, 13). ABD'de yapılan bir çalışmada, New York şehir sağlık departmanı hemşirelik öğrencileri annelere emzirme ve hijyen konularını öğretmek için bir ev ziyareti programı yürütmüş, yaz ishallerinden şehir içindeki bebek ölümlerini özel sağlık ajanslarının önceki çabaları başaramazken, bu program yüksek oranlarda azaltmıştır. Buradan da anlaşılacağı gibi öğrenciler aileler üzerinde önemli ve kalıcı etkiye sahiptir (6).

Öğrencilerin yarıya yakını ailelerin kültürel özelliklerinden dolayı iletişimde zorlandıklarını belirtmişlerdir. Geleneksel uygulamaları değiştirmeme, dini ve sosyokültürel özellikleri, eğitim düzeylerinin düşük olması, iletişime kapalı ve çekingen aile yapısı, değişime inanmamaları, cinsel eğitim vermede zorluk ve olumlu sağlık davranışı geliştirmeye direnç göstermeleri ailelerin kimi özelliklerindedir. Öğrencilerin bu nedenlerden dolayı zorlanması kültürün sağlığı nasıl etkilediğinin açık bir göstergesidir.

Sonuç olarak; hemşirelik öğrencileri ev ziyaretleri konusunda başlangıçta olumsuz görüş ve düşünce belirtirken, ev ziyareti sürecinin sonuna doğru hem kendi tedirginlik ve korkularını yenmiş hem de ailelerin sağlığını geliştirme anlamında olumlu yönde birçok yarar sağlamışlardır.

Özellikle halk sağlığı alanında öğretimi üyeleri ya da elemanları öğrencilerin ev ziyaretleri konusunda kaygılarını azaltmak için yardımcı olmalıdırlar.

İletişim: Dilek Cingil

E-posta: ddayanircingil@gmail.com

Kaynaklar

1. Eren N, Öztekin Z. "Halk Sağlığının Gelişmesi" Ed: Münevver Bertan, Çağatay Güler, Halk Sağlığı Temel Bilgiler: Güneş Kitabevi, Ankara, 1997, s:1-14.
2. Dünya Sağlık Raporu. "Her Anne ve Çocuk Önemlidir" Dünya Sağlık Örgütü, Çeviren:Uzm.Dr.A. Refik İmamecioğlu, 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2005.
3. Rice R, Smiley DV. Historical Perspectives "Home Health Nursing Practice", Previous Edition Copyrighted, 1996, 1-17.
4. Stanhope M, Lancaster. J The Community Health Nurse in Home Health and Hospice Care, "Community Health Nursing", by Mosby Company, United States of America, 1996, 805-825.
5. Aksayan S, Cimete G. Evde Bakım Kavramı. Marmara Üniversitesi I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 1998, 1-6.
6. American Academy of Pediatrics Council on Child and Adolescent Health. Pediatrics The Role of Home-Visitation Programs in Improving Health Outcomes for Children and Families, 1998,101(3):486-489. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/486.pdf>
7. Erefe İ, Bayık A. Ev Ziyaretleri Tekniği ve Aile Hemşireliği Süreci, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Ders Notları, İzmir, 2000, 127-142.
8. Öztürk İ, Altuğ Özsoy S. Öğrencilerin Evde Bakıma İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Kitabı, Şanlıurfa, 20-21 Nisan 2006, 106.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/y_saglik_hiz_yur_yon.pdf Erişim: Haziran 2006
10. T.C. Sağlık Bakanlığı <http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=dokuman> Erişim: Haziran 2006
11. T.C. Sağlık Bakanlığı <http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=temelistatistik> Erişim: Haziran 2006

Afyonkarahisar İli Halkının 112 Acil Sağlık Hizmetleri Hakkında Bilgi Düzeyleri

The Level of Awareness about 112 Emergency Health Services in the Province of Afyonkarahisar



*Safiye Temel**, *Funda Koçak***, *Sibel Yavuzuş***,
*Tuğba Er***, *Yeşim Sayın***

Öz

Amaç: Araştırmamız, Afyonkarahisar ili halkının 112 acil yardımın ne olduğu, ne gibi hizmetler verdiği, faydalanma biçimleri hakkında bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada, 2009 yılı Mayıs ayında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi servislerinde yatmakta olan hastaların yakınlarından oluşan toplam 135 kişi üzerinde 20 soruluk anket uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza katılan hasta yakınlarından yüzde 89.6'sı 112 acil servis hizmetinin kesintisiz 24 saat hizmet verdiğini bilmekte, yüzde 73.3'ü 112'den danışmanlık hizmeti verildiğini bilmemektedir.

Sonuç: Araştırmamızda halkın çoğunluğunun 112 acil servisin numarasını ve 24 saat kesintisiz hizmet verdiğini bildiğini, ancak danışmanlık hizmeti verdiğini bilmediği saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: 112 acil servis, Acil müdahale, Ambulans, Danışmanlık.

Abstract

Aim: This study was undertaken with the aim of determining the level of awareness of the people of Afyonkarahisar about what the 112 emergency services are, what kind of services they provide and about the methods to use these services.

Material and Methods: The study population consisted of 135 individuals who had relatives currently admitted in the Afyonkarahisar State Hospital Zübeyde Hanım Birth and Childrens Hospital in May 2009. A 20-item questionnaire form was applied.

Results: 89.6 percent of the patient relatives know that 112 emergency services work non-stop for 24 hours, but 73.3 percent do not know that 112 also provides counseling services.

Conclusion: In our study, it was determined that the majority of the public do know the phone number of the 112 emergency services and that they provide uninterrupted service for 24 hours a day but do not know that it also provides counseling.

Key words: 112 emergency services, emergency intervention, Ambulance, Counseling.

Giriş

112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH); illerde sağlık müdürlüklerinin acil sağlık hizmetleri şubesi bünyesinde kurulu il ambulans servisine bağlı; konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, hastalık ve yaralanma durumlarında ve olağan dışı durumlarda, tam donanımlı ambulans, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında sunulan sağlık hizmetlerinin tümüdür (2). Acil yardım hizmetleri, gerekli müdahalenin zamanında ve uygun bir biçimde yapılması durumunda, hizmete gereksinim duyan kişinin yaşamını kurtaracak bir etkiye sahip olduğu için büyük bir öneme sahiptir (3). İnsanoğlunun olduğu her yerde acil tıbbi müdahale gerektiren durumlar olabilir İnsanın yaşam sürecini tehdit eden ya da normal yaşamın akışını değiştiren durumlarla hemen her yerde karşılaşılabilir. Bu yüzden, tedavi hizmetlerinde sürekli acil servislerin önemli bir yeri vardır (4).

112 telefonlarının bakıldığı birim Komuta Kontrol Merkezi'dir. 112'de, yani ilk yardım

çağrılarının değerlendirildiği bu merkezlerde ambulanslar yedi gün 24 saat hizmet vermektedir. Gelen çağrılara müdahale için yola çıkan ambulanslarda bir sürücü, bir hekim ve ilk yardım personeli bulunmaktadır. Olay yerinde yapılan müdahaleler sağkalımı büyük oranda artırmaktadır (5). Toplum içinde 112 Hızır Acil Servisinin hangi durumlarda aranacağı iyi bilinmemektedir. Bu yüzden, öncelikle halkı hangi durumlarla karşılaştıklarında 112 Hızır Acil'i aramaları gerektiği konusunda bilinçlendirmek gerekir. Her türlü bilinç kaybında, hava yolu tıkanıklıklarında, solunumun ya da dolaşımın zorlandığı durumlarda, her türlü şokta, ciddi kanama ve kırıklarda, ciddi yanıklarda, zehirlenmelerde, yaralanmalı trafik kazalarında, yaşamı tehdit edecek çeşitli durumlar zaman kaybetmeden 112 aranmalıdır (6). 112 cep telefonundan, ankesörlü telefondan ve ev telefonlarından ücretsiz olarak aranabilir. Yapılan bu aramalar

5 N Kuralı

- 1- Ne oldu?
- 2- Nerede oldu?
- 3- Ne kadar kişi etkilendi?
- 4- Ne şiddetle etkilendi?
- 5- Numaranız ve isminiz?

Tablo 1. Herhangi bir zor durumla (trafik kazası, yaralanmalar, ani bir hastalık) karşılaşıldığında halkın yapacakları ile ilgili görüşler

Herhangi bir zor durumla (trafik kazası, yaralanmalar, ani bir hastalık) karşılaştığınızda ne yaparsınız?		
	Evet	%
Yaralı/hastayı güvenli bir ortama alıp 112'yi ararım ve 112 acil yardım ekibi gelene kadar bildiğim ilk yardım yöntemlerini uygularım	74	54,8
Yalnızca 112'yi arar beklerim	41	30,4
Güvendiğim bir yakınımı ararım	13	9,6
Kendi bildiğim kadarıyla yardım etmeye çalışırım	7	5,2

Tablo 2. Araştırmaya katılanların 112 acil sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri

	Evet	%	Hayır	%	Bilmiyorum	%
Acil yardım müdahale ekibinin numarasını biliyor musunuz?	115	85,2	20	14,8		
112 Acil Servis hizmetinin kesintisiz 24 saat hizmet verdiğini biliyor musunuz?	121	89,6	7	5,2	7	5,2
112'yi aramanın ücretsiz olduğunu biliyor musunuz?	111	82,2	10	7,4	14	10,4
112 Acil yardımın gerekliliğine inanıyor musunuz?	125	92,6	2	1,5	8	5,9
112 Acil yardım ekibine güveniyor musunuz?	125	92,6	1	7	9	6,7
112'yi aramak için şarjı olan bir cep telefonunun yeterli olduğunu, kontör SIM kartına gereksinim olmadığını biliyor musunuz?	86	63,7	28	20,7	21	15,6
112'nin olay yerinde ve yolda hastaya/yaralıya gereken müdahaleyi yaptığını inanıyor musunuz?	111	82,2	9	6,7	15	11,7
112'nin olaya zamanında müdahale ettiğini biliyor musunuz?	93	68,9	15	11,1	27	20
Son bir yıl içinde Afyonkarahisar 112'den herhangi bir hizmet aldınız mı?	29	21,5	100	74,1	6	4,4
112'yi aradığınızda görevli personele kolaylıkla ulaştınız mı?	67	49,6	22	16,3	46	34,1
112'den danışmanlık hizmeti aldınız mı?	19	14,1	99	73,3	17	12,6
Afyonkarahisar 112'nin tüm il genelinde hizmet verdiğini biliyor musunuz?	90	66,7	18	13,3	27	20
112 Acil yardım servisinin komuta merkezlerinde çalışan kişi sayısının il nüfusuna göre değiştiğini biliyor musunuz?	25	18,5	58	43	52	38,5
Günün hangi saatinde olursa olsun, 112 aradığında gerekli görülen durumlarda belirtilen adrese doktor/sağlık memuru/hemşire/şoförden oluşan ekip ile tam teşekküllü ambulansın yollandığını biliyor musunuz?	99	73,3	15	11,1	21	15,6
112'yi aradığınızda sakin bir biçimde konuşup olay yerinin net bir biçimde tanımlanmasının gerektiğini biliyor musunuz?	109	80,7	4	3	22	16,3
112'yi aradığınızda görevliye; hastalığın ya da yaralanmanın nasıl olduğunu anlatmanın ve hasta/yaralı sayısını tam olarak söylemenin önemini biliyor musunuz?	105	77,8	12	8,9	18	13,3
112'yi arayanın adını, soyadını ve telefon numarasını bildirmesi gerektiğini biliyor musunuz?	89	65,9	15	11,1	31	23

sırasında arayan kişi; korku, panik ve stresin etkisi ile ne yapacağını bilememekte ve olay hakkında net bir bilgi verememektedir. Böyle durumlarda öncelikle sakin olunmalı ve anlaşılır bir biçimde konuşulmalı ve merkezdeki kişinin sorularına yanıt verilmeli, adres verilirken ise ambulansın olay yerine daha

kolay ulaşabilmesi için bilindik bir nokta buluşma noktası olarak belirlenmelidir (7). Bu araştırma, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi servislerinde yatmakta olan hasta yakınlarının 112'yi tanıma oranlarını, bilgi düzeylerini saptamak için yapılmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların acil yardım servisinin aranması gereken durumlarda davranışları

	Evet	%	Hayır	%	Bilmiyom	%
Hasta nefes almıyorsa 112 Acil Servis ekibini ararım	104	77	31	23	0	0
Hastanın kalbi atmıyorsa 112 Acil Servis ekibini ararım	97	71,9	38	28,1	0	0
Hastanın kanaması varsa 112 Acil Servis ekibini ararım	105	77,8	30	22,2	0	0
Hastanın ateşi çok yüksekse 112 Acil Servis ekibini ararım	54	60	81	40	0	0
Hasta titreme krizine(şoka)girmişse 112 Acil Servis ekibini ararım	95	70,4	40	29,6	0	0
Hastanın ekstremitelerinden (kolu, bacağı)biri kopmuşsa 112 Acil Servis ekibini ararım	105	77,8	30	22,2	0	0

Gereç ve Yöntem

Araştırma Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi servislerinde yatmakta olan hasta yakınlarına uygulanmıştır. Çalışma kapsamına alınan Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi servislerinde yatmakta olan hasta yakınlarından görüşmeyi kabul eden kişilerden, basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş 135 kişilik örneklem oluşturulmuştur.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan 20 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Örneklemdaki 135 kişinin tümüne ulaşılmıştır. 4 Mayıs 2009 tarihinde kişilerle yüz yüze görüşülerek hazırlanan anket formları doldurulmuştur. Görüşmelerden önce Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü, hastane başhemşirelikleri ve hasta yakınlarının kendilerinden çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Sorular Afyonkarahisar ili halkının 112 acil servisin ne olduğunu, ne gibi faaliyetlerde bulunduğunu, hangi durumlarda gerekli olduğunu, ne gibi hizmetler verdiği hakkındaki bilgilerinin değerlendirmesi yönünde hazırlanmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 istatistik programında girilmiştir. Verilerin analizinde yüzdelik hesaplaması kullanılmıştır.

Sonuçlar

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi servislerinde yatmakta olan hastaların yakınlarına yaptığımız anket sonuçlarına göre; Katılımcıların zor bir durumla karşılaştıklarında izleyeceklerini bildikleri yol Tablo 1'de, 112 hizmetlerinin çeşitli özelliklerini bilme durumları Tablo 2'de ve acil yardım servisinin ne zaman aranması gerektiğine ilişkin görüşleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tartışma

Daha önce yapılmış çalışmalar; okul öncesi ilk yardım bilgi düzeylerini araştırma, 112 acil

sağlık hizmetine başvurulardaki psikiyatrik olguların değerlendirilmesi, 112 acil sağlık hizmetlerine başvuran kardiyovasküler sistem sorunu olan hastaların değerlendirilmesi, ilköğretim öğrencilerinin temel ilkyardım bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde soru tekniğinin etkisi, acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması hakkındadır (1, 2, 3, 4). Bu çalışma halkın 112 acil servisi hakkındaki bilgisini, tanıma durumunu değerlendirmek için yapılmıştır. Konusu itibariyle, daha önce benzer çalışmaların yapılmadığı görülmüştür. Araştırmamıza göre halk 112 acil servisin numarasını bilmekte, 112 acil servis ekibine güvenmekte, olaya zamanında müdahale ettiğine inanmaktadır. Fakat 112 acil servisin hangi durumlarda aranması, arandığında neler yapılması gerektiği ve danışmanlık hizmeti verdiği konularında bilgi eksikliği bulunmaktadır. Bu konularda insanlar bilgilendirilmeli, danışmanlık hizmeti geliştirilmeli, 112'nin yaptığı uygulamalar halka tanıtılmalıdır.

İletişim: Safiye Temel

E-posta: stemel@aku.edu.tr

Kaynaklar

- 1.112 acil ilkyardım ilköğretim eğitimi. 25 mart 2009. <http://www.pdfactory.com>
2. Oktay İ, Kayışoğlu N, Tekirdağ ili 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.STED 2005;14: 35.
3. Çatay B, Başar A, Ünlüyurt T, İstanbul'da acil yardım istasyonlarının yerlerinin planlanması. Endüstri mühendisliği dergisi 19: 20-35.
4. Cander B, İkizceli İ, Yıldırım C, Baydın A, Dilsiz A, Kaymakçı A, Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması. Akademik acil tıp dergisi 2008: 7:9-16.
5. 112 Kontrol Komite Merkezi. <http://www.konyasm.gov.tr>
6. 112 Acil Yardım Servisinin aranması gereken durumlar. <http://www.milliyet.com.tr>
7. Cep telefonundan her koşulda 112 Acil Yardım Servisi aranabiliyor. <http://www.porttakal.com>

Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkisi*

The Effect of Smoking During Pregnancy on Maternal and Neonatal Health in the Perinatal Period



*Songül Aktaş** , Dr. Handan Güler****

Öz

Gebelik boyunca sigara içimi; perinatal dönemde hem anne, hem de yenidoğan sağlığını ciddi biçimde tehdit etmektedir. Bu çalışma, perinatal dönemde anne ve bebekte ortaya çıkan bazı sorunlarda, gebelikte sigara içiminin etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma, 30 Nisan-14 Haziran 2005 tarihleri arasında Trabzon Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde yürütülmüştür. Çalışmaya gebeliği boyunca sigara içen 52 annenin tamamı ile bu annelerin bebekleri ve gebeliğinde sigara içmeyen (pasif içici de olmayan) 110 annenin tamamı ile bebekleri alınmıştır. Veriler; soru formuyla ve ölçümle elde edilmiştir. Veriler SPSS 11.5 programında; yüzdeler, ortalama, ki-kare, düzeltilmiş Yates, Fisher ki-kare, Student-t testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Gebeliği boyunca sigara içen annelerde; erken membran rüptürü, preterm eylem riski ve erken doğumun içmeyenlere göre daha fazla oranda görüldüğü belirlenmiştir. Sigara içen annelerin bebeklerinin sigara içmeyen annelerin bebeklerine göre doğum ağırlığı, baş çevresi, ve boy uzunluğu daha düşük saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, Sigara içimi, Anne ve yenidoğana etkisi.

Abstract

Smoking during pregnancy severely threatens both maternal and neonatal health in the perinatal period. This study was carried out in Trabzon Maternal and Child Care Hospital between April 30 – June 14, 2005, with the aim to determine the effects of smoking during pregnancy on some problems encountered by the mother or the baby during the perinatal period. All of the 52 mothers who had smoked throughout their pregnancy and their babies and 110 mothers who did not smoke (not even passively) and their babies were recruited. The data were obtained by a questionnaire and by measurements. The data were analyzed in the SPSS 11.5 program using percentiles, means, chi-square, Yates correction, Fisher's chi-square and Student's t-test. It was determined that mothers who smoked during their pregnancy had higher rates of early rupture of membranes, preterm labor and premature birth and that their babies had lower birth weights, lengths and head circumferences.

Key words: Pregnancy, Smoking, Effects on maternal and neonatal health.

Giriş

Sigara, nikotin adlı bağımlılık yapıcı maddenin 4000'den fazla maddeyle bir arada bulunduğu bir üründür (1,2). İçinde bir çok toksik maddenin bulunduğu sigara, insan sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biridir. Sigaranın insan sağlığına sayılamayacak kadar olumsuz etkisi bilinmesine karşın, kadınlarda sigara içimi özellikle son 20-30 yılda artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki kadınların yüzde 20'si, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların ise yüzde 9'u sigara içmektedir (3). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) ile yapılan proje çerçevesindeki araştırmasına göre; Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı

yaştaki bireylerin %31.3'ü her gün ya da ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullandığı saptanmıştır. Bu oran erkeklerde %47.9 u, kadınlarda %15.2 olarak belirlenmiştir (4). Sigaranın bu kadar yaygın ve sık kullanımı, morbidite (hastalık) ve mortalite (ölüm) oranını artırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) *Surgeon General*'in 2001 yılında yayımladığı 'Kadın ve Sigara' adlı raporunda sigara, içiminin kadınlarda koroner kalp hastalığı, mesane, larinks, ağız-yutak kanseri riskini önemli derecede artırdığı, bu risklere ek olarak infertilite, erken menopoz, osteoporoz, adet düzensizliği gibi üreme sistemine ilişkin sorunlar yaratarak kadın sağlığını ciddi olarak tehdit ettiği belirtilmektedir (5).

Kadınlarda artarak süren sigara içme alışkanlığının, gebelik döneminde de sürmesi

*Bu çalışma; 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur (Ankara, 19- 22 Nisan 2007).

**Öğr. Gör.; Karadeniz Teknik Ü. Trabzon SY, Ebelik Bölümü, Trabzon

***Yrd. Doç.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü Başkanı, Sivas

beklenir. Literatürde gebelik öncesi sigara içenlerin yaklaşık yüzde 30'unun, gebelik boyunca sigarayı bırakmadığı, gebeliğinde sigara içenlerin üçte birinin de doğum sonrası sigara içmeyi sürdürdüğü bildirilmektedir (6). ABD'de sigara içen kadınların yüzde 12-22'si gebeliklerinde de sigara içmeyi sürdürmektedir (3). Ülkemizdeki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 ve 2008 yılı verilerine göre, gebelikte sigara içme oranı sırasıyla yüzde 15 ve yüzde 10 olarak belirlenmiştir (7, 8). Gebelikte sigara içimine yönelik yapılan bölgesel çalışmalarda; Marakoğlu (2003) bu oranı Sivas'ta yüzde 17, Eğri ve ark. (2004) Malatya'da yüzde 20, Şahin, Ayrancı ve ark. (2005) ise Eskişehir'de yüzde 16 olarak belirlemişlerdir (9,10,11).

Gebelikte sigara içimi; gebeliğin 22. haftasından başlayıp, doğumdan sonraki ilk yedi günü kapsayan perinatal dönemde (12) morbidite ve mortalite için çok önemli fakat önlenabilir büyük bir risk faktörüdür (13). Sigaranın neden olduğu maternal (anneye ait) ve fetal (fetusa ait) riskler; gebelik dönemine, gebenin içtiği sigara türüne ve içilen sigara sayısına, sigara içilen ortamda bulunma süresine göre de değişmektedir (1, 2).

Sigaranın içinde bulunan başta nikotin, karbonmonoksit gibi toksik maddelerin; plasentadan fetal dolaşıma kolayca geçmesi, plasental damarlarda vazokonstriksiyon sonucu utero-plasental yetmezlik oluşturması (13), karboksihemoglobin düzeyini artırması (2,14), amniyon membranlardaki kolajen yapısı zayıflatması (14) gibi nedenlerle, perinatal dönemde hem anneyi, hem de fetusu olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz etkisini gebede; plasenta previa, plasenta dekolmanı, erken doğum ve erken membran rüptürü (EMR) gibi riskler oluşturarak (15,16); fetus üzerinde de doğum ağırlığı, boy uzunluğu ve kafa çevresi ölçümlerini azaltarak göstermektedir (17,18).

Amaç

Ülkemizde, gebelikte sigara içiminin perinatal dönemde anne ve bebek sağlığı üzerine oluşturduğu olumsuz etkiler ile ilgili çalışmalar yeterli değildir. Bu çalışma, perinatal dönemde anne ve bebekte ortaya çıkan bazı sorunlara, gebelikte sigara içiminin etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, gebelikte sigara içiminin perinatal dönemde anne ve bebekte oluşan bazı sorunlara etkisini saptamak amacıyla analitik nitelikte yapılan kesitsel bir çalışmadır. Çalışma; Trabzon il merkezinde bulunan Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini; Trabzon il merkezinde bulunan Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi doğum servislerinde, doğum yapan anneler ve onların bebekleri oluşturmaktadır. 30 Nisan-14 Haziran 2005 tarihleri arasında hastanenin doğum servisinde yatan, gebeliği boyunca (gebeliğin başından gebelik sonlanana kadar) sigara içen 55 anne ve bu annelerin yenidoğanları ile, 5-14 Haziran tarihleri arasında gebeliğinde sigara içmeyen (pasif içici de olmayan) 110 annenin tamamıyla onların yenidoğanları alınmıştır. Gebeliği boyunca sigara içen annelerden, araştırmanın sınırlılıklarına uymayan 3 anne (1 ikiz doğum, 1 anensefalik ve 1 hidrosefalik bebek) örneklem kapsamından çıkarılmıştır. Araştırmanın örneklemini toplam 162 anne (52 sigara içen, 110 sigara içmeyen) ve 162 yenidoğan oluşturmuştur.

Yazılı onamı kabul etmeyen, iletişim güçlüğü çeken bebekleri, hidrosefali, anensefali gibi konjenital anomalili olan, çoğul doğum yapan, kendisi gebeliğinde sigara içmemiş bile olsa, aynı ortamda eş sigara içen anneler araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma yapılmadan önce ilgili hastaneden yazılı onay alınmıştır. Annelerden de araştırmacı tarafından hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler; araştırmacı tarafından ilgili literatürün taranması sonucu oluşturulan kişisel bilgi formu, dosya kayıtlarından elde edilen anneye ait sorun belirleme formu ve yenidoğana ait boy, kilo ve baş çevresi ölçümlerini içeren değerlendirme formları oluşturularak elde edilmiştir (Ek 2). Kişisel bilgi formu yüz yüze görüşme tekniği ile annelerden araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu formda sorulan bilgilerden, annenin gestasyon yaşı ve olası doğum tarihi Neagele formülüne göre saptanmıştır. Neagele

formülü: (Kadının son adet tarihinin ilk günü belirlenir. Adet olduğu ilk günden üç ay geri gidilip, belirlenen günün üzerine yedi ya da on gün ilave edilir) Eğer anneler son adet tarihini hatırlamıyorsa, ultrasonografi (USG) verilerine göre gestasyon yaşı ve olası doğum tarihi belirlenmiştir.

Yenidoğanın ağırlık ölçümünde, Türk Standart Enstitüsü'ne uygun, İSO-9001 belgeli, hassas, elektronik ve 15.02.2005 tarihli son kalibrasyon ölçümleriyle uyumlu ölçüm aracı kullanılmıştır. Bebekler doğumdan hemen sonraki ilk gün çıplak olarak tartılmış, sonucu kg ve gr olarak belirlenmiştir. Yenidoğanın boy ve baş çevresi; doğumdan sonraki ilk gün içerisinde standart mezür ile ölçülmüş ve ölçüm sonucu cm olarak belirlenmiştir. Kullanılan mezür 1.50 cm'lik, kumaştan yapılmış standart mezurdur. Boy uzunluğu; kafa tepe noktasından itibaren ayak topuğuna kadar ölçülmüştür. Baş çevresi ölçümü; önde alın, yanlarda kulak kepçesi üstünden ve arkada oksipital çıkıntından geçen hat üzerinden ölçülüp belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 11.5 programında değerlendirilmiştir. Sayımla elde edilen veriler; Yüzdellik, Ki-Kare, Düzeltilmiş Yates, Fisher Ki-Kare; ölçümle elde edilen veriler ise, Student-t testi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik değerlendirilmesinde, P'nin aldığı değer aynen belirtilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Bu çalışmanın sonucunda, Trabzon'da gebelikte sigara içme oranı % 16.40 (117/713) olarak saptanmıştır. Türkiye'deki TNSA verilerinde gebelikte sigara içme oranı; 2003 yılında yüzde 15. 2008 yılında ise yüzde 10 olarak bulunmuştur (7, 8). Bu sonuçlar, ülkemizde gebe kadınlar arasında sigara içiminin yaygın bir davranış ve önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 1'de de görüldüğü gibi, gebeliği boyunca sigara içen ile sigara içmeyen annelerin; yaş aralığı (p=0.380), gebelik sayıları (p=1.000), meslekleri (p=0.461), eğitim durumları (p=0.621), gebeliklerini planlama durumları (p=0.784) ve doğum biçimleri (p=0.946) gibi sosyodemografik ve obstetrik özellikler yönünden benzer nitelikte olduğu ve yapılan istatistiksel analizde gruplar

arası bir fark görülmediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızın aksine, bazı araştırmalarda sigara içen annelerin içmeyenlere göre eğitim düzeyinin daha yüksek (9,19) ve gebeliklerinin daha fazla oranda plansız (beklenmeyen) olduğu belirtilmektedir (20). Çalışmamızda dikkat çeken bir durum da; dört adolesan anneden üçünün gebeliği boyunca sigara içmesidir (Tablo 1). Gebelikte hem adolesan grubunda olma, hem de sigara içme davranışında bulunma, gerek gebe kadın için, gerekse anne karnındaki bebek için büyük bir risk faktörüdür. Çalışmamızda da sigara içen annelerin (N=117) yüzde 45.5'inin (n=52) gebelik boyunca sigara içtiği, ve bu gebelik boyunca sigara içen annelerin yüzde 75'inin de günde 1-5 adet sigara içtikleri saptanmıştır (Grafik 1). Meksika'da yapılan bir çalışmada, gebeliği boyunca sigara içen annelerin oranı yüzde 40 olduğu; bunların yüzde 68'inin günde 5 adet ve altında sigara içtiği belirtilmektedir (17). Erzurum'da yapılan bir çalışmada ise, gebelerin yüzde 52.1'sinin günde 10 adet ve altında sigara içtikleri saptanmıştır (20).

Sigara içiminin anneye ve bebeğe getirebileceği sorunları bilen kadınların, sigarayı gebelik öncesinde veya gebelikte bıraktıkları ya da günlük içilen sigara sayısını azalttıkları bilinmektedir (21). Bu çalışmanın sonucunda da, annelerin çoğunluğunun gebelikte sigara içiminin kendisine ve bebeğine vereceği zararlar konusunda bilgileri olmadığını belirttikleri görülmektedir (Tablo 2). Anneler en fazla oranda gebelikte sigara içiminin kendilerinde ÜSYE, bronşit ve astım gibi solunum sistemi hastalıkları oluşturacağını belirtmişlerdir. Bunu 'düşük ve erken doğum yapar' görüşü izlemektedir. Çok küçük oranda da olsa, sigara içmeyen grup kansızlık, EMR ve vajinal kanama gibi sorunları da dile getirmişlerdir (Tablo 2). Hiçbir annenin plasenta previa ve plasenta dekolmanı riskinden bilgi sahibi olmaması gebelikte sigaranın oluşturacağı zararlarla ilgili annelerin yeterince bilgilendirilmiş olmadıklarını düşündürmektedir.

Sigara içen annelerin yüzde 25'i sigaranın anne karnındaki bebekte doğum sonrası ÜSYE, bronşit ve astım gibi solunum sistemi hastalıkları oluşturacağını belirtirken, sigara içmeyen annelerin yüzde 32.7'si sigaranın bebeğin büyümesini yavaşlatacağını ve

Tablo 1. Gebelikte sigara içme durumuna göre annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı				
Özellikler	İçen (n=52)		İçmeyen (n=110)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş				
15-19**	3	-	1	-
20-24	19	38.8	31	28.4
25-29	19	38.8	45	41.3
30 ve +	11	22.4	33	30.3
$\chi^2=1.937$ SD=2 P=0.380				
Eğitim durumu				
Okur yazar değil**	-	-	6	-
İlkokul	29	55.8	50	47.6
Orta-Lise	18	34.6	43	41.9
Yüksekokul/Üniversite	5	9.6	11	10.5
$\chi^2=0.952$ SD=2 P=0.621				
Mesleği				
Ev kadını	47	90.4	93	84.6
Sağlık personeli	3	5.8	8	7.3
Öğretmen-İşçi	2	3.8	9	8.1
$\chi^2=1.547$ SD=2 P=0.461				
Gebelik sayısı*				
Primipar	24	46.2	51	46.4
Multipar	28	53.8	59	53.6
$\chi^2=0.001$ SD=1 P=1.000				
Gebeliği planlı mı*				
Evet	36	69.2	80	72.7
Hayır	16	30.8	30	27.3
$\chi^2=0,075$ SD=1 P=0.784				
Doğum Şekli*				
Normal Doğum	27	52.9	55	50.9
Sezaryan Doğum	24	47.1	53	49.1
Müdahaleli Doğum (Vakum)*	1	-	2	-
$\chi^2= 0,05$ SD=1 P= 0.946				
Toplam	52	100.0	110	100.0
*İstatistiksel değerlendirme düzeltilmiş Yates testi ile yapılmıştır.				
**Sigara içen ve içmeyen her iki grupta da kişi sayısı az olduğundan, yalnızca sayı belirtilip, bu gruptaki kişiler istatistiksel değerlendirmeye dahil edilmemiştir.				

kilosunu azaltacağını bildirmiştir (Tablo 2). Sigara içimine bağlı anne karnındaki bebeğin göreceği zararlar konusu incelendiğinde sigara içen ve içmeyen; her iki grubun da yeterince bilgi sahibi olmadığı söylenebilir. Bu bulgulara göre, sigaranın gebede ve anne karnındaki bebekte solunum yolu hastalıkları etkisinin her iki grupta da iyi bilindiği, ancak sigara içen annelerin sigaranın gebe ve bebeğe verebileceği zararları konusunda, içmeyenlere göre daha az bilgi sahibi oldukları

görülmektedir. Ankara ilinde yapılan bir çalışmada da; kadınların en çok sigaranın solunum yolu hastalıkları üzerine etkisini iyi bildikleri, kadın üreme sağlığı ve gebelik üzerine etkilerinin yeterli bilinmediği saptanmıştır (22). Bu sonuçlar, sağlık personelinin gebelik öncesi dönemden başlayarak, sigaranın gebeye, anne karnındaki bebeğe ve yenidoğan bebek üzerine zararlı etkileri konusunda başta kadınlar ve genç kızlar olmak üzere, toplumu bilgilendirmesi gerekliliğini açıkça göstermektedir.

Tablo 2. Annelerin sigaranın gebelikte kendilerine ve anne karnındaki bebeğe vereceği zararları konusundaki ifadelerinin dağılımı (n=162)*

Annelerin ifadeleri	Annenin Sigara İçme Durumu			
	İçen		İçmeyen	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gebelikte Anneye Zararları Konusundaki İfadeleri				
Bilgim yok	36	69.2	67	60.9
ÜSYE, bronşit ve astım gibi solunum sistemi hastalıkları görülür	10	19.2	25	22.7
Annede düşüğe neden olur	5	9.6	13	11.8
Erken doğum olur	2	3.8	12	10.9
Gebeye sigaranın zararı yoktur	1	1.9	1	0.9
Annede mide yanması ve iştah azlığı olur	1	1.9	1	0.9
Anne sütü az ve besin değeri düşük olur	1	1.9	3	2.7
Annede kansızlık olur	-	-	2	1.8
Suların erken gelmesine yol açar	-	-	2	1.8
Vajinal kanama olur	-	-	4	2.6
Anne Karnındaki Bebeğe Zararları Konusundaki İfadeleri				
Bilgim yok	23	44.2	53	48.2
ÜSYE, bronşit ve astım gibi solunum sistemi hastalıkları olur	13	25.0	22	20.0
Büyümesi yavaş olur, kilosu azalır	8	15.4	36	32.7
Doğum sonu bebeğin vücut direnci düşer, kansız olur, sık hastalanır	6	11.5	12	10.9
Zeka düzeyi düşük olur	5	9.6	3	2.7
Sakat doğar	4	7.7	16	14.5
Erken doğar	6	5.5	11	10.0
Bebeği zehirler, beynini etkiler, bebek sigara bağımlısı olur	2	3.8	4	3.6
Gebelikte içilen sigaranın bebeğe zararı olmaz	-	-	2	1.8
Bebeğim ölür	1	1.9	-	-

*Anneler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler N üzerinden alınmıştır



Grafik 1. Gebelik boyunca sigara içen annelerin günlük içtiği sigara adetleri

Bu çalışmada, Tablo 3'te de görüldüğü gibi; preterm eylem görülme oranı gebelik boyunca sigara içen annelerde yüzde 30.8 iken, içmeyenlerde yüzde 10.0 olarak saptanmış ve iki grup arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$). Sigara içiminin, preterm doğumların yüzde 15'inden, Düşük Doğum Ağırlıklı (DDA) infantların yüzde 20-30'undan ve tüm perinatal mortalitedeki yüzde 150'lik bir artıştan sorumlu olduğu ileri sürülmektedir (15). Sigara içiminin, miyometriumdaki oksitosin reseptör sayısını artırarak, miyometriumun oksitosine kontraktıl yanıtını artırdığı ve böylece prematür doğum riskini yükselttiği belirtilmektedir (23).

Tablo 3. Annelerin sigara içme durumlarına göre gebelikte geçirdiği maternal sorunların dağılımı

Maternal Sorunlar	İçen		İçmeyen		Anlamlılık Değeri	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Erken Membran Rüptürü	Var	13	25.0	5	4.5	*X ² =12.958 SD=1 P=0.000
	Yok	39	75.0	105	95.5	
Preterm Eylem	Var	16	30.8	11	10.0	*X ² =9.522 SD=1 P=0.002
	Yok	36	69.2	99	90.0	
Plasenta Previa	Var	3	5.8	2	1.8	** P =0.329
	Yok	49	94.2	108	98.2	
Plasenta Dekolman***	Var	-	-	1	0.9	
	Yok	52	100	109	99.1	
	Toplam	52	100.0	110	100.0	

*İstatistiksel değerlendirme *Düzeltilmiş Yates, **Fisher Kesin X² testi ile yapılmıştır.
***Plasenta Dekolman olgu sayısı bir olduğundan istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.*

Gebelikte sigara içimi preterm eylem tehdidini artırdığı gibi, erken (preterm) doğum riskini de yükseltmektedir. Çalışmamızda, gebeliği boyunca sigara içenlerin yüzde 21.2'sinin, içmeyenlerin ise yalnızca yüzde 1.8'inin erken doğum gerçekleştirdikleri saptanmıştır (p=0.000) (Tablo 3). Bilir (2005) makalesinde, gebeliğinde sigara içen annelerde plasenta dekolmanı görülme riskinin 1.4-2.4 kat, plasenta previa riskinin de 1.5-3.0 kat daha fazla olduğunu belirtmektedir. Kanada'da sigara içen 40 445 gebenin yüzde yedisinin 37 haftadan önce doğum yaptığı, DDA bebek oranının da sigara içmeyenlere göre 2.9 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (24). Bayram çalışmasında, gebeliğinde sigara içenlerde erken doğum görülme oranını yüzde 8.9, içmeyenlerde ise yüzde 3.1 olarak saptamıştır (25). Demirkaya ise, gebeliğinde sigara içenlerde erken doğum oranını yüzde 20, içmeyenlerde sigara içenlerde yüzde 6.1 olarak saptanmıştır (21).

Bu çalışmada, perinatal dönemde EMR görülme oranı gebeliği boyunca sigara içen annelerde, içmeyenlere göre yaklaşık 6 kat daha fazla bulunmuştur (İçen: yüzde 25.0, içmeyen yüzde 4.5) (p=0.000) (Tablo 3). İsveç'te yapılan bir çalışmada gebelikte sigara içiminin EMR'yi anlamlı oranda artırdığı saptanmıştır (8). Literatürde günlük 10 adet sigara içimi EMR için ciddi risk olarak belirtilmektedir (26).

Gebelikte sigara içimi perinatal dönemde plasenta previa ve plasental dekolmanı gibi plasental sorunlarda karşılaşma riskini de artırmaktadır (27). Çalışmamızda plasenta previa görülme durumu; gebeliği boyunca sigara içen annelerde yüzde 5.8, içmeyenlerde % 1.8 olarak saptanmıştır (p=0.329) (Tablo 3). Bu çalışmada, plasenta dekolmanı tanısı alan yalnızca bir anne saptanmıştır. Olgu sayısının az olmasının nedeni; minimal düzeyde olan plasental kökenli kanamaların, USG değerlendirilmesi yapılamayan akut olguların gözden kaçmasına ve araştırmanın yapıldığı sürenin kısalığına bağlı olabilir. Gebelik sırasında ablasyo plasenta (plasenta dekolman) insidansının hipertansif hastalıklar ve sigara içimi ile ilgisinin araştırıldığı bir meta analiz çalışmada, 1.358.083 gebede toplam 8 724 plasenta dekolman olgusu incelenmiş, genel insidans binde 64 bulunmuş olup, sigara içiminin ablasyo plasenta oranını yüzde 90 artırdığı, tüm dekolman olgularının yüzde 15-25'inin sigara içmeye bağlı olduğu hesaplanmıştır (27). Plasenta previa olgularında risk faktörlerini inceleyen bir çalışmada da, sigara içenlerde plasenta previa görülme oranı yüzde 3.79 olarak belirtilmiştir (28).

Gebelikte sigara içimi annesi olduğu gibi, fetusu da riske sokarak perinatal morbidite ve mortalite oranını artırmaktadır. Bu fetal risklerden bazıları; fetusun ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümü üzerine olan olumsuz etkileridir

Tablo 4. Gebelikte sigara içme durumuna göre gebeliğin sonlanma haftasının dağılımı (N=161)*

Gebeliğin Sonlandığı Hafta	İçen		İçmeyen	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
37 hafta ve öncesi (Preterm Doğum)	11	21.2	2	1.8
38 hafta ve sonrası (Term Doğum)	41	78.8	107	98.2
Toplam**	52	100.0	109	100.0

$X^2 = 15,195$ $SD = 1$ $P=0.000$

*İstatistiksel değerlendirme Düzeltilmiş Yates testi ile yapılmıştır
 **Son adet tarihini hatırlamayan ve USG verileri olmayan 1 kişi çalışma kapsamına alınmamıştır.

Tablo 5. Gebelikte sigara içme durumunun yenidoğan bebeklerin ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümleri üzerine etkisinin dağılımı*

Yenidoğan Ölçümleri	İçen (n=52)	İçmeyen (n=110)	Anlamlılık Düzeyi
Doğum Ağırlığı (gr)	3167.30+458.00	3301.63+ 397.83	t=-1.910 P=0.058
Doğum Boyu (cm)	48.31 +1.46	50.19 + 1.89	t=-6.300 P=0.000
Baş Çevresi (cm)	33.67 + 1.03	34.26 +0.99	t=-3.495 P=0.001

*İstatistiksel değerlendirmede Student t testi uygulanmıştır.

(17,18). Çalışmamızda, gebelik boyunca sigara içen annelerin yenidoğanlarının doğum ağırlığı, içmeyenlerinkinden 134 gr daha düşük bulunmuştur (p=0.058) (Tablo 5).

İspanya'da yapılan bir çalışmada, sigara içen annelerin bebeklerinin, içmeyenlere göre doğum ağırlığının 154 gr daha az, baş çevresinin 0.79 cm daha kısa olduğu saptanmıştır (17). Bir başka çalışmada da, gebeliği boyunca sürekli sigara içen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı, içmeyenlerinkine göre yüzde 5.9 oranında (yaklaşık 189 gr) daha az saptanmıştır (29). Marakoğlu ve Sezer (2003), gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığını, içmeyenlere göre 112 gr daha düşük saptamışlardır (19).

Yine çalışmamızda, gebelik boyunca sigara içen annelerin yenidoğanlarının, içmeyenlerinkinden doğum boylarının 1.88 cm daha kısa ve baş çevrelerinin ise yaklaşık 0.60 cm daha küçük olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0.000, p=0.001) (Tablo 5). Literatürde, gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinin boy ve baş çevresi ölçümü, içmeyenlerin bebeklerine göre daha kısa olduğu ve farkın

istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu belirtilmektedir (18). Ülkemizde Eskişehir'de (2005) yapılan çalışma sonucunda, annenin sigara içme oranı arttıkça, yenidoğan bebeklerin baş çevresi, boyu ve ağırlığında azalma görüldüğü saptanmıştır (11). Demirkaya (2004) çalışmasında, gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinin boyunu içmeyenlerin bebeklerinden yaklaşık 1,5 cm daha kısa, baş çevresini ise 1 cm daha küçük bulmuştur (21).

Bir toplumda yenidoğan mortalite hızı, o toplumdaki düşük doğum ağırlıklı bebek oranı (DDA) ile doğrudan ilişkilidir (5,18). Bizim çalışmamızda da DDA bebek oranı, gebeliğinde sigara içmeyenlerde yüzde 4.5 iken, sigara içenlerde bu oran yüzde 9.6 olarak saptanmıştır (p=0.293). Bilir makalesinde (2005), gebeliğinde sigara içenlerde DDA bebek oranının, sigara içmeyenlere göre yaklaşık 3 kat daha fazla olduğunu ifade etmiştir (24). Marakoğlu ve Sezer (2003) gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı oranını yüzde 12, hiç içmemişlerde ise yüzde 4 olarak saptamıştır (19).

Sonuç ve Öneriler

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, sigaranın toksik ve uteroplasental yetmezlik etkilerinin anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda anne adaylarının gebelikte sigara içiminin, hem anneye hem de bebeğe vereceği zararları konusunda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, antenatal kontrollerde gebelerin sigara içme durumu ve tutumlarının araştırılması, sigara içtiği belirlenen gebelerin/ailelerin sağlık personeli tarafından sigarayı bırakma yönünde yönlendirilmeleri ya da bırakma kliniklerine yönlendirilmesi önerilebilir. Ayrıca; sigara içen gebelerin kendileri ve bebeklerinde olası sorunların erken tanınması için kontrol sıklığının artırılması ve gebelikte sigara içmeyenlerin / bırakanların, doğum sonu dönemde başlamamaları için başta ebe, hemşire ve hekim gibi sağlık çalışanlarının desteklenmesi gerekmektedir.

İletişim: Songül Aktaş

E-posta: songulbora@mynet.com

Kaynaklar

1. Atasü T, Benian A. Gebelikte Fetusa ve Yenidoğana Zararlı Etkiler: Bağımlılık Yapan Maddelerin Fetusa Etkileri. Atasü T (Ed.). İstanbul 2000. s. 468-469.
2. Büyükuysal L. Sigara Ve Sağlık: Nikotinin Farmakolojisi. Özyardımcı N (Ed.).Bursa 2002. s. 93-110.
3. Centers for Disease Control (CDC) and Prevention Office On Smoking And Health (2004, May). Smoking During Pregnancy-United States, 1990-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 28; 53: 911-915. Atlanta Georgia, USA
4. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008. http://www.tuik.gov.tr/icerikgetir.do?istab_id=4 / Erişim tarihi: 20 Aralık 2009.
5. A Report Of The Surgeon General Report: Women And Smoking (March 27, 2001). At A Glance, Washington, USA. <http://www.surgeongeneral.gov/Library/WomenTobacco/> Erişim Tarihi: 21. 02. 2006.
6. Penn G, Owen L. Factors Associated with Continued Smoking Perinatal Mortality. J Obstet Gynaecol 2002; 85 : 806 -11.
7. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003. (2004, Ekim). Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
8. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. (2009, Ekim). Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
9. Marakoğlu K. Annelerin Gebelikte Sigara İçme Davranışları, Sigara Konusundaki Görüşleri ve Bağımlılık Düzeyleriyle Bırakmaya İlişkin Tutumları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıpta Uzmanlık Programı Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Sivas, 2003.
10. Eğri M, Ercan C, Genç M, Güneş G, Ilgar M, Karaoğlu L ve ark. Malatya'da Yaşayan Gebelerde Sigara İçme Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı). 3-6 Kasım 2004. Ankara, s. 242, Bildiri No: 35.
11. Sahin F, Ayrancı U, Özdamar K, Yazıcıoğlu S. Yenidoğan Ölçümleri Üzerine Annenin Sigara İçmesinin Etkileri. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi (Kongre Kitabı). 20-23 Nisan 2005. Ankara, s. 274, Bildiri No:115.
12. Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması. <http://www.saglik.gov.tr/icd10/Tanımlama/pdf/> Erişim Tarihi: 10. 12. 2009.
13. Demsey DA., Benowitz NL. Risk and Benefits of Nicotine To Aid Smoking Cessation In Pregnancy. Drug Safety 2001; 24 (4) : 277- 322.
14. Kutlu R. Aktif Ve Pasif Sigara İçiciliğinin Gebelik ve Fetus Üzerine Etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7 (5): 444-448. <http://www.kohek.org/khb/pdf/> Erişim Tarihi: 12. 12. 2009.
15. Andres RL, Day MC. Perinatal Complications Associated with Maternal Tobacco Use. Semin Neonatal 2000; 5 (3) : 231- 41.
16. Kyrklund-Blomberg N, Cnattingius B, Granath. Maternal Smoking and Causes of Very Preterm Birth. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84 (6) : 572 -581.
17. Herandez-Avila M, Sanchez-Zamorano LM, Tellez-Rojo MM. Effect of Smoking During Pregnancy on Anthropometric Characteristics At Birth. Salud Publica Mex 2004; 46 (6) : 529 -33.
18. Hrubá D, Kukla L, Tyrlik M. Pregnancy and Fetal Development In Smoking and Nonsmoking Women. Ceska Gynekol 1999; 4:271 -4.
19. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25 (4) : 157 -164.
20. Bölükbaş N, Pasinlioğlu T, Yaman S. Gebelerin Sigara İçme Alışkanlıklarına İlişkin Davranış Değişiklikleri. Ege Üniversitesi HYD Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1994; 10 (2), 125 -129.
21. Demirkaya ÖB. Gebelikte Sigara İçiminin Plesenta Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıpta Uzmanlık Programı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
22. Baykan Z, Özkan S, Aygün R. Ankara İli Gölbaşı İlçe Merkezindeki Kadınların Sigaranın Sağlığa Ve Üreme Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Jinekoloji-Obstetri Dergisi 2003 ; 13 (3):3 -5.
23. Eşawa M, Yasuda K, Nakajima T. Smoking Enhances Oxytocin Induced Rhythmic Myometrial Contraction. Bio Reprod 2003; 68 (6) : 2274 - 80.
24. Bilir N. Sigara Ve Üreme Sağlığı. 4. Üreme Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı). 20-23 Nisan 2005. Ankara, s.160-161.
25. Bayram F. Afyon İlindeki Gebelerde Erken Doğum Tehditi Nedenleri Üzerine Bir Araştırma. Hemşirelik Forumu Dergisi 2001; 4 (6) : 9-12.
26. Turan C, Özcan T, Kaleli B, Danışman N, Sayılan A, Gökmen O. Preterm Erken Membran Ruptüründe Risk Faktörleri. Perinatoloji Dergisi 1995; 3 (2): 30-32.
27. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of Placental Abruption in Relation To Cigarette Smoking and Hypertensive Disorders During Pregnancy: A Meta Analysis Of Observational Studies. Obstet Gynecol 1999; 93 (4) : 622 -8.
28. Akdeniz N, Yalınkaya A, Akay H, Yayla M, Yıldırım Z. Plesenta Previa: Obstetrik Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçları. Perinatoloji Dergisi 2004;12 (3): 113-116.
29. Cliver SP, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Davis RO, Nelson KG. The Effect of Cigarette Smoking on Neonatal Anthropometric Measurements. Obstet Gynecol 1995; 85 (4) : 625-30.



*Dr. Vuslat Sema Ünal**, *Dr. Ferit Kıraç***, *Dr. Özdamar Fuad Öken**,
*Dr. Murat Gülçek**, *Dr. Ahmet Özgür Yıldırım**, *Dr. Ahmet Uçaner****

Öz

Gelişimsel kalça displazisi erken tanı ve uygun tedavi ile sekel bırakmadan iyileşen bir bozukluktur. Tanısı ve tedavisi doğumdan sonra en kısa sürede başlamalıdır. Erken tanıda altın standart, klinik muayenedir. Buna ek olarak, ultrasonografik inceleme; kalça yapıları hakkında ayrıntılı bilgi vermesi, izlemde kullanılabilmesi ve girişimsel olmaması nedeniyle günümüzde sıklıkla tercih edilmektedir. Erken dönemde tedavi, kalçayı abduksiyonda tutan cihaz kullanımı ile çıkık kalçanın kapalı redüksiyonudur. Çocuğun yaşı büyüdükçe, cerrahi girişimler önem kazanır. Uygulanacak ameliyat çocuğun yaşına, anatomik ve klinik değerlendirme verilerine göre planlanır. Uygun yöntemlerle zamanında tedavi edilmiş çocukların yaşam kalitesinde normal topluma göre bir fark olmamaktadır.

Anahtar sözcükler: Gelişimsel kalça dizplazisi, Tanı, Tedavi.

Abstrac

Developmental dysplasia of the hip is a disorder that leaves no sequela if diagnosed early and treated properly. The diagnosis and treatment should begin as soon as possible after birth. Physical examination is the gold standard in early diagnosis. Currently, ultrasonographic evaluation is the frequently preferred method because it provides detailed information about the hip structures, it is convenient to use for follow-ups and is non-invasive. Treatment in the early period consists of closed reduction with abduction braces. Surgical procedures gain importance as the child grows older. The surgical treatment is planned depending on the child's age and the anatomic and clinical findings. The quality of life in children who received early and appropriate treatment does not differ from the normal population.

Key words: Developmental dysplasia of the hip, Diagnosis, Treatment.

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD)

GKD kalça eklemi gelişimini ilgilendiren ve kendini farklı yaşlarda farklı biçimlerde gösterebilen dinamik bir bozulma sürecidir. Yenidoğanda yalnızca asetabular displaziden kalça instabilitesine ve disloke kalçaya kadar geniş bir yelpazede görülebilir. Dislokasyon, femur başı ile asetabulum arasındaki ilişkinin tamamen bozulmasıdır. Subluksasyon, femur başı ile asetabulum arasındaki ilişkinin kısmen bozulması anlamına gelir. Displazi, asetabulumun yetersiz gelişimini tanımlar. Teratolojik dislokasyon, GKD'nin miyelodisplazi ve artrogripozis gibi diğer nöromüsküler sendromlar ile birlikte görülen özel bir biçimidir. Kalçalar doğumdan önce disloke olmuş ve redükte edilemez durumdadır (1).

Çocuk ortopedisi yazınında uzun süre kullanılmış olan 'Konjenital (Doğuştan) Kalça Çıkığı' 1980'li yıllardan başlayarak yerini 'Gelişimsel Kalça Displazisi' terminolojisine bırakmıştır. Bu yeni terminoloji, bozukluğun

dinamik, gelişimsel doğasını daha iyi açıklamaktadır. Bozukluk bebek büyüdükçe iyiye gidebileceği gibi, daha kötüye de gidebilir. Kalçanın normal gelişimi, büyük ölçüde pratisyen hekimler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, ortopedi ve travmatoloji hekimleri ile hemşireler tarafından sağlanacak çok yönlü bakıma bağlıdır (2).

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD), zaman içinde ilerleyen bir durumdur. Kalça eklemi oluşturan yapılar embriyogenez sırasında normalken; fetal dönemde, doğumda ya da doğumdan sonra çeşitli nedenlerle aralarındaki ilişki bozulur. Kalça eklemi normal büyüme ve gelişiminin koşulu, asetabular ve triradiyat kırıkdağların büyümelerinin genetik olarak belirlenmiş dengesi ve asetabulumun içine tam olarak yerleşmiş, yuvarlak femur başının varlığıdır. Gelişmekte olan kalçaya etkileyen anormal kuvvetler (fetal pozisyon, doğumda bebeğin geliş pozisyonu ya da doğum sonrası

*Uzm.; Ankara Numune Eğt. ve Arş. Hast. 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

**Asist.; Ankara Numune Eğt. ve Arş. Hast. 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

***Klinik Şefi; Ankara Numune Eğt. ve Arş. Hast. 1.

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Ankara

kalçanın pozisyonu) ve femur başının asetabulum içinde tutulmaması (kalça eklemi bağ ve kapsül yapılarının gevşekliği) nedeniyle tam çıkığa kadar giden süreç yaşanır. Doğumdan sonra da, asetabulum ve proksimal femurun devam eden büyümesi kalça eklemi gelişimi için önemlidir. Asetabulumun son şekli sekiz yaş civarında büyük ölçüde belirlenmiş olur (1,3,4).

GKD farklı yaşlarda farklı şekillerde kendini gösterir. Yenidoğanda, redükte kalçanın disloke edilebilir (Barlow pozitif) olması ya da disloke durumda olan kalçanın redükte edilebilir (Ortolani pozitif) olması durumunda "instabil kalça" tanısı konur. Displazik kalça; asetabular örtünmesi yetersiz kalçalara denir. Disloke kalça ise; bebeklik, çocukluk veya adölesan dönemde tamamen çıkık ve muayenede redükte edilemez kalçalar olarak görülür (1,3).

Gerçek insidansı belirlemek, tanım ve tanı yöntemi farklılıkları nedeniyle oldukça zordur (1). GKD, genetik ve çevresel olarak çok bileşenli etken grubu sonucu görülür. Başlıcaları, ligamentlerde gevşeklik, intrauterin mekanik nedenler, doğum sonrası çevresel nedenler (örneğin kundaklama alışkanlığı), asetabulumda birincil gelişim bozukluğu, genetik ve irksal yatkınlık olarak sayılabilir ve bunlar GKD açısından riskli bebeği saptamak açısından önemlidir. Ailede GKD, kız bebek, makat geliş, oligohidramnios varlığı, ailenin ilk çocuğu olması, konjenital musküler tortikollis, metatarsus adduktus varlığı en önemli risk faktörleri arasında sayılır (1,3).

Doğumda instabil olan kalçaların bir kısmı kendiliğinden stabil redükte olur ve anatomik değişikliklerin geriye dönmesi ile tamamen normal hale gelir. Barlow, klasik çalışmasında her 60 yenidoğanın birinde instabilite saptamış, bunların yüzde 60'ının ilk haftada, yüzde 88'inin ise ilk iki ayda kendiliğinden düzeldiğini bildirmiştir (5). Bazı kalçalar ise zamanla tam çıkık haline gelir ve ikincil patolojik anatomik değişiklikler görülür. Sonuçta, eklemin içinde ve dışında, redüksiyona engel olan yapılar gelişir. Yenidoğanda saptanmış bir instabil kalçanın hangi yöne gidiceğini öngörmenin bir yolu yoktur. Bu yüzden çocuğun bakımıyla ilgilenen sağlık çalışanlarının durumu bilmesi, tanıyı koyması, gerekli önlem ve tedavilerin gecikmeden yapılması, çocuğun gelecekteki yaşamı için büyük önem taşır.

Tanı

Erken tanı ve tedavinin GKD'deki önemi tartışmasızdır. Çoğu hastaya doğumda tanı koyabilmek olanaklıdır. Bir döneme kadar kalçada oluşan patolojik değişiklikler geri dönüşlüdür. Kalça mümkün olan en kısa sürede redükte edilir ve bu redüksiyon korunur ise, asetabulum oluşan değişiklikleri geri döndürme ve normal gelişimini sağlama potansiyelini yıllarca sürdürür ve normal bir kalça eklemi elde edilebilir. Erken tedavilerde görülen yüzde 95 başarı oranı bunu kanıtlamaktadır. Ancak bu yaşın üst sınırı hakkında hala kesin bir görüş birliği yoktur (3). Sıradan tarama programları sonrasında bile, gözden kaçmış GKD olgularının belirlenmesi, bazı olguların eldeki tanı yöntemleriyle saptanamadığını ve/ya da bazı olguların doğumdan sonra geliştiğini düşündürmektedir (3).

Klinik muayene

Tanıda en etkin ve önemli aşamalardan biri, risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve GKD'den şüphe etmektir. Yenidoğanda kalça muayenesi deneyim ve dikkat gerektirir. Başarılı bir muayenenin ilk koşulu ortamın sessiz ve sıcak olması, muayene edilecek bebeğin ise sakin olmasıdır (1). Pozitif risk faktörleri olan bebek kesinlikle bir ortopedi uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Ortopedi uzmanı fizik incelemede provokatif Barlow manevrası ve Ortolani testi ile GKD ön tanısını güçlendirir. Barlow testi; kalçanın çıkartılabilir olduğunu gösteren bir provokatif dislokasyon testidir. Bir taraftaki kalça ve pelvis stabilize edilir, muayene edilen taraftaki diz avuç içi ile tutulur, baş parmak uyluk medialinde, işaret ve orta parmak uyluk lateralinde ve trokanter majörde iken, kalça 45-60 derece fleksiyona ve hafif addüksiyon pozisyonuna alınıp femur hafifçe posterior ve laterale doğru itilerek femur başı asetabulumdan çıkarılmaya çalışılır. (1,3,5) Ortolani testi ise; femur başının disloke pozisyonundan asetabulum içine girdiğini gösterir. Her iki alt ekstremitte avuç içi ile tutulur. Bir taraftaki pelvis ve kalça stabilize edilirken, elin işaret ve orta parmağı trokanter majorun üzerinde, başparmağı ise uyluk medialinde iken, diz ve kalça 90 derece fleksiyona alınıp kalça hafifçe abdüksiyona getirilir ve bu sırada işaret parmağı ve orta parmak ile femur trokanter majörden mediale ve anteriora doğru itilir. Bu sırada femur başı

asetabulumun posterior-süperior duvarından içeriye doğru kayarken, giriş (redüksiyon) hissi alınır. Ortolani testi genellikle ilk üç ayda pozitifdir. Bu dönemden sonra eklem içinde ve çevresindeki yapılarda gelişen ikincil değişiklikler nedeniyle sonuç vermez (1,3,6). Yenidoğan döneminde genellikle başka klinik bulgu yoktur ve tedavi öncesi tanı kalça ultrasonografisi (USG) ile desteklenir. USG verileri özellikle ilk üç ayda oldukça değerlidir. Yenidoğan klinik tarama programlarının tahminlerine göre, her yüz yenidoğandan birinde instabil kalça bulgularına rastlanır (pozitif Ortolani ve/ya da Barlow testi). Bu manevralar sırasında gelişmemiş yapılara zarar verme olasılığının olduğu akılda tutulmalı, gereksiz, tekrarlayan ve haşın manevralardan kaçınılmalıdır.

Yenidoğan döneminden sonra başka klinik muayene bulguları da ortaya çıkmaya başlar:

1) Abdüksiyon kısıtlılığı: Kalça ve diz 90 derece fleksiyonda iken 70 dereceden daha az kalça abdüksiyonu pozitif (yani kısıtlı) olarak kabul edilir. Geç tanı koyulan GKD'nin en güvenilir bulgusudur.

2) Uylukta kısalık (Bacak uzunluk eşitsizliği): (Galeazzi belirtisi).

3) Gluteal, inguinal ya da labial katlantıların asimetrisi bu bulgular arasında sayılabilir (1,3).

Çocuk yürüme çağına geldiğinde, özellikle tek taraflı çıkık kalça belirgin klinik bulgular verir. Etkilenen taraf daha kısadır, çocuk parmak ucunda yürümektedir. Abdüktör kaslardaki zayıflığa bağlı olarak çıkık taraf üzerine her bastığında pelvis karşı tarafa doğru düşer ve çocuk bunu dengelemek için çıkık tarafa doğru eğilir (Trendelenburg yürüyüşü ve Trendelenburg testi). Bilateral çıkıklı çocuklarda ise kalça fleksiyon kontraktürüne bağlı gelişen aşırı lomber lordoz ve iki tarafa yalpalayarak gerçekleştirdiği ördekvari yürüyüş önemli bir bulgudur (1).

Önemine karşın, GKD'de fizik muayenenin duyarlılığı, muayene eden hekimin deneyimine bağlıdır. Bu yüzden tanı, tedavi öncesinde görüntüleme yöntemleriyle kesinleştirilmelidir. En sık kullanılan yöntemler kalça USG'si (özellikle 0-3 ayda) ve direkt grafilerdir.

Görüntüleme yöntemleri

Ultrasonografi

Yenidoğan kalçası büyük ölçüde kıkırdaktan oluştuğu için standart radyografik yöntemler

ile değerlendirilmesi oldukça güçtür.

Ultrasonografi, ilk üç ayda kalçanın yumuşak doku bileşenlerini (femur başı ve asetabulum kıkırdağı, eklem kapsülü, labrum) ve femur başı ile asetabulum ilişkisini mükemmel bir şekilde ortaya koyabilir. Günümüzde bir yaş altında çocukların kalçalarının görüntülenmesinde güvenilir ve girişimsel olmayan bir yöntem olarak kabul görmüştür (1).

Yenidoğanda GKD tanısı ve taramasında, klinik muayene halen altın standart olarak kabul edilse de, klinik muayene ile birleştirilen ultrasonografi, tanı ve tedavi izleminde önemli avantajlar sağlar. Kalçanın pozisyonu, stabilitesi ve morfolojisi hakkında bilgi verir. Kalçadaki anomalileri saptamada klinik muayeneden daha duyarlıdır (7). Ancak yenidoğan taramasındaki yeri ve nasıl kullanılacağı henüz tam netliğe kavuşmamıştır. Bütün yenidoğanlara rutin olarak yapıp yapılmaması, ne zaman yapılacağı, maliyet etkinlik durumu halen tartışılan konulardır ve farklı ülkelerde farklı uygulamalar söz konusudur. En çok kabul gören görüş seçici ultrasonografik tarama yapılmasıdır. Buna göre:

A) Her yenidoğana Ortolani/Barlow testleri ile klinik tarama uygulanır.

B) Klinik taramada instabilite saptanan her çocuğa zaman yitirmeden kalça ultrasonografisi yapılmalıdır.

C) Klinik taramada kuşkulu bulguları olan ve/ya da risk faktörlerinden herhangi biri pozitif olan çocuklar dört-altı haftalık iken klinik olarak yeniden değerlendirilmeli ve kalça ultrasonografisi yapılmalıdır (7).

Direkt Grafi

Yenidoğan döneminden sonra, özellikle çocuk dört – altı aylık olunca, femur başı kemikleşme merkezinin ortaya çıkmasıyla, gelişimsel olarak bozuk kalça radyografik olarak görülür duruma gelir ve bu dönemde GKD tanısı radyografik olarak doğrulanmalıdır.

Büyük ölçüde kıkırdak yapıda olduğundan çocuk grafisinde femur başı ile asetabulum arasındaki ilişkiyi değerlendirmek erişkindeki kadar kolay ve net değildir. Olgunlaşmamış pelvisin belirleyici yapısal noktalarına alışmak gereklidir. Bu nedenle çeşitli tanılarda doğrular, eğriler ve ölçümler geliştirilmiştir.

Değerlendirmeye başlamadan önce direkt

grafinin doğru pozisyonunda, (anterior ve lateral pelvik tilt olmadan) doğru teknik ile (1/1 oranında 110 cm'den) çekilmiş olduğundan emin olunmalıdır (1).

Klasik tanımlamalar şunlardır:

Hilgenreiner Çizgisi: Triradiat kırıkdaıkları birleştiren doğrudur.

Perkins –Ombredanne Çizgisi:

Asetabulumun lateral kenarından Hilgenreiner çizgisine dik çizilen doğrudur.

Perkins Kadranları: Perkins ve Hilgenreiner çizgilerinin kesişimi ile oluşan bölgelerdir: Inferior-medial, Inferior-lateral, Superior-medial, Superior-lateral.

Shenton-Menard Hattı: Trokanter minörden başlayıp, femur boynu inferioru boyunca ilerleyen ve obturator foramenin üst kenarı ile birleşen eğridir.

Von Rosen Hattı: Ön-arka pelvis grafilerinde çizilen diğer çizgilerden farklı olarak, her iki kalça abdüksiyon, iç rotasyon ve ekstansiyonda iken çekilen grafide (von Rosen grafisi) değerlendirilir. Normal kalçada femur cismi boyunca çizilen hat asetabulumdan geçmelidir (1,3).

Klasik ölçümler şunlardır:

Asetabular İndeks: Hilgenreiner çizgisi ile Y kırıkdağından (Triradiat kırıkdağı) asetabulumun lateral kenarına çizilen çizgi arasında kalan açıdır. Sekiz yaşa kadar asetabular gelişimin iyi bir göstergesidir. Normal yenidoğanlarda ortalama 27.5 derece iken, iki yaş civarında genellikle 20 derecenin altına iner. Bir yaşına kadar, 30 derece genellikle normalin üst sınırı kabul edilir.

Merkez Kenar Açısı (CE açısı): Femur başının merkezinden vücudun uzun eksenine paralel çizilen çizgiyle yine femur başının merkezinden asetabulumun lateral kenarına çizilen çizgi arasında kalan açıdır. Büyük çocukta ve erişkinde asetabular gelişimi değerlendirmek için yararlıdır. Beş yaşından önce ölçülmez.

GKD'nin tipik direkt grafi bulguları şunlardır: Artmış asetabular indeks, Shenton-Menard hattının bozulması, femur başı kemikleşme merkezinin ortaya çıkmasının gecikmesi ya da etkilenmemiş tarafa göre küçük olması, femur başı kemikleşme merkezi ya da metafiz gagasının Perkins'in alt-iç

(inferior-medial) kadranında olmaması bulgular arasında sayılabilir (1,3) (Resim 1-2)

Artrografi, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi gibi ileri tetkiklerin tanıda yeri yoktur. Bazen tedavi sırasında ya da izlemede kullanılabilirler.

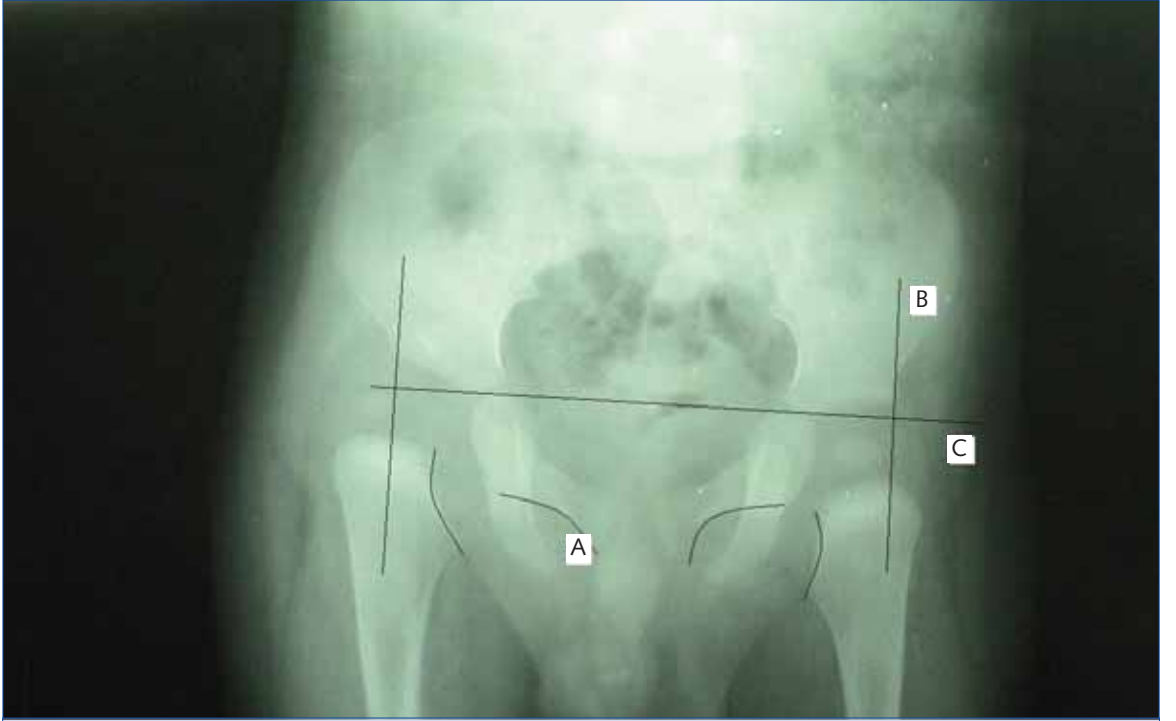
Tedavi

GKD tedavisinde temel hedef normal bir kalça eklemi elde etmektir ve bu erken tanı ve tedavi ile mümkündür. Öncelikle tam redüksiyon elde edilmeli ve bu redüksiyon korunarak, femur başı ve asetabulumun gelişimi için uygun ortam sağlanmalıdır. Asetabulum, redüksiyon korunduğunda yıllarca gelişme potansiyeline sahiptir. Femur başı ve proksimal femur yeniden şekillenebilir. Çocuğun yaşına göre tedavi planları farklılıklar gösterir. Tanı yaşı geciktikçe, asetabulum ve femurun yeniden şekillenme potansiyeli azalır. Tedavi zorlaşır ve komplikasyonları artar. Normal bir kalça elde etme hedefinden uzaklaşılır ve bireyde ileride iyi çalışmayan dejeneratif değişiklikler gösteren hasta bir kalça gelişme olasılığı artar (3). Özellikle üç yaşından sonra yapılan tedaviler kalça çevresindeki yapıların gösterdiği uyumsuzluk değişiklikler nedeniyle oldukça karmaşık bir durum alır. Sekiz yaşından sonraki çocuklar için ise bir takım palyatif girişimler dışında yapılacak çok fazla bir şey kalmaz.

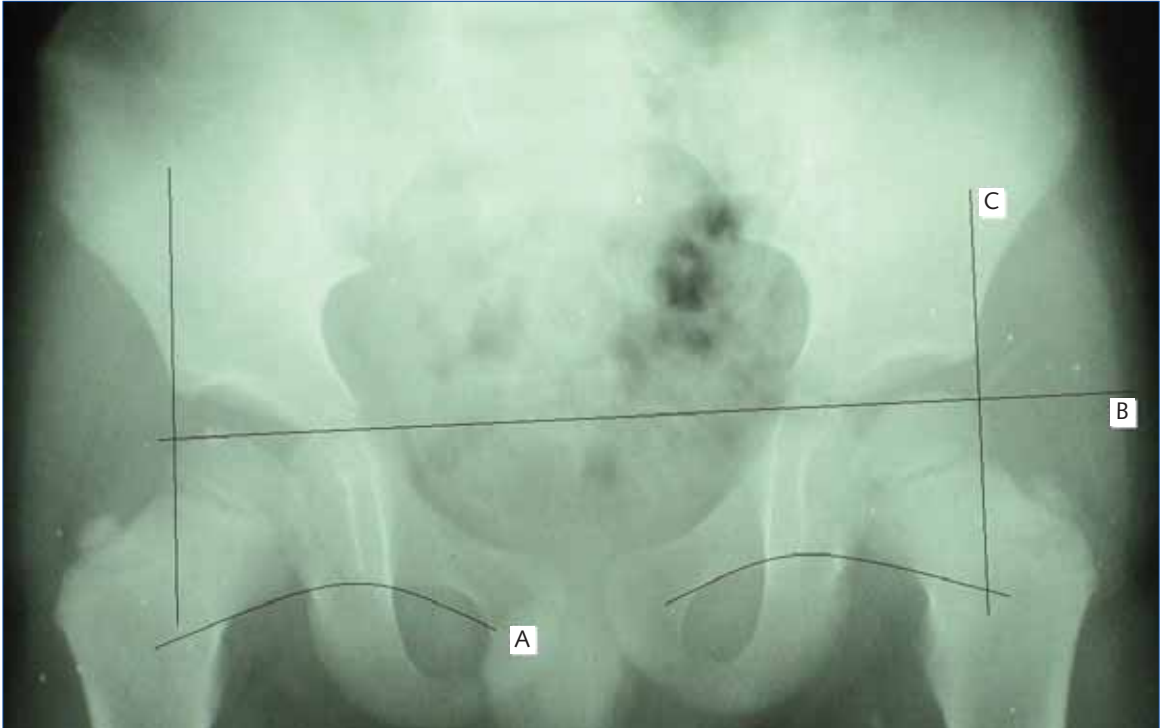
Yenidoğan ve Altı Aydan Küçük Bebeklerin Tedavisi

Yenidoğanda GKD tedavisi ortopedi uzmanı tarafından, abdüksiyon cihazları ile yapılır. En sık kullanılan cihaz Pavlik bandajıdır. Doğru uygulandığında kalça ekstansiyonu ve addüksiyonunu engellerken, fleksiyon ve abdüksiyona izin verir. Böylece redüksiyon ve stabilizasyon sağlanır. Ortolani bulgusu pozitif olan (basit abduksiyon manevrası ile kolayca redükte olabilen) bir kalça altı hafta tüm gün Pavlik bandajında tutulduğunda, olguların %95'inde kalça instabilitesi düzelir.

Pavlik bandajı, bebek altı aylık oluncaya kadar etkin biçimde kullanılabilir. Altıncı aydan sonra giderek aktifleşen çocuğun bandaj içinde tutulması güçleşir ve bu dönemden sonra Pavlik bandajı ile tedavide başarısızlık riski artar.



Resim 1. Sağ gelişimsel kalça displazisi olan bir buçuk aylık hasta. (A) Shenton-Menard hattı sağda kırık görölüyor. Perkins (B) ve Hilgenreiner (C) doğrularının oluşturduğu bölgelere dikkat edilirse, sağ kalça üst-dış kadrana doğru yer değiştirmiş görölüyor



Resim 2. Aynı hastanın kliniğimizde kapalı redüksiyonla tedavi edildikten sonra 3,5 yaşındaki grafisi. Her iki kalça da yerinde, Shenton-Menard hattı simetrik olarak düzgün, her iki kalça da alt-iç kadranda

Pavlik bandajı ile tedavinin başarısının temel kuralları belirlenmiştir.

A) Bandajı uygulayan ortopedi uzmanı bandajı uygun teknik ile kullanmalı ve izlemi için de yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır;

B) Aile uyumu ve seçimi oldukça önemlidir. Aile, bandajın önemi, bakımı ve korunması konusunda eğitilmelidir (3).

Altı Ay - Üç Yaş Arası Çocukların Tedavisi

Geç tanı konulan ya da Pavlik bandajı ile tedavisi başarısız olan çocuklara uygulanan tedavi yöntemleri farklılık gösterir. Bu dönemde iki temel tedavi yöntemi kapalı redüksiyon ve açık redüksiyondur. Gerekirse, açık redüksiyona ek cerrahi girişimler yapılabilir. Redüksiyon öncesi bir iskelet ya da cilt traksiyonu uygulanabilir; yapılabilir ancak bunun yararı tartışmalıdır (3).

Kapalı Redüksiyon

Ameliyathanede genel anestezi altında, kalça zor kullanmadan manipüle edilir ve güvenli, fizyolojik bir pozisyonda, stabil ve yeterli bir redüksiyon sağlanır. Kapalı redüksiyonun yeterliliği direkt grafi ve artrografik yöntemlerle yapılır. Stabil kalça bu pozisyonda pelvipedal açılama ile sabitlenir. Standart bir izleme programıyla kalçanın gelişiminin tamamlanması beklenir (1,3). Bu işlem çoğunlukla 12 aylık ve daha küçük çocuklara uygulanır. Fizyolojik olmayan aşırı ya da zorlamalı pozisyonlarda elde edilen instabil redüksiyonlar, femur başının avasküler nekroz riskini artırır. Bu gibi durumlarda, kapalı redüksiyon işlemi sonlandırılır ve açık redüksiyona geçilir.

Açık Redüksiyon

Açık redüksiyon işleminde, çocuğun kalçası standart yaklaşımlarla ameliyat edilir. Kalçada redüksiyonu engelleyen yapılar saptanır ve bunlara gerekli müdahaleler yapılır. Asetabulumun içinde yer alan ve redüksiyonu engelleyen yapılar cerrahi olarak çıkartılır. Kalça gözle görülerek redükte edilir ve ameliyat sonlandırıldıktan sonra hasta pelvipedal açığı alınır. Çocuğun yaşı büyüdükçe, açık redüksiyona ek olarak bazı cerrahi girişimler yapılması zorunlu duruma gelir.

Ek Cerrahi Girişimler

Kısalmış, redüksiyona engel olan yapılar gevşetilir ya da uzatılır. Uygun olmayan anatomik yüzeyler düzeltme osteotomileri ile birbiriyle uyumlu duruma getirilirler. Bir takım eklemelerle yüzey genişletme işlemleri yapılır. Her bir ek cerrahi girişim için bir takım önkoşullar vardır. Asetabulumuna, femur proksimaline yönelik ek girişimler için çocuğun belli bir olgunluğa gelmiş olması ve/veya bazı anatomik ön koşulları taşıması gereklidir. Bu yüzden cerrahi girişim her bir hasta için klinik verilere göre özel olarak planlanır. Çocuğun yaşı ilerledikçe, yapılan ek cerrahi girişimler teknik olarak daha güçleşir ve başarı oranı düşer. Üç yaşından büyük çocuklarda femoral kısaltma çoğunlukla bir zorunluluk olarak karşımıza çıkar. Avasküler nekroz ve tekrar çıkma komplikasyonları yaşla birlikte artış gösterir. Hareket kısıtlılığı ve erken dejeneratif artrit de sık görülen geç tedavi komplikasyonlarıdır.

GKD erken tanınıp, uygun tedavi edildiği zaman iz bırakmadan iyileşebilen bir bozukluktur. Bu çocuklar, başarılı tedaviden sonra sağlam çocuklarla kıyaslandığında yaşam kalitelerinde hiçbir kayıp olmadan, hiçbir şey olmamış gibi yaşamlarını sürdürmektedirler (8).

İletişim: Dr. Vuslat Sema Ünal

E-posta: vuslatsema@yahoo.com

Kaynaklar

1. Herring JA(ed). Tachdijan's Pediatric Orthopaedics.3rd ed.Philadelphia.W.B.Saunders. 2002
2. Klisic P. Congenital dislocation of the hip: A misleading term.J Bone Joint Surg 1989;71-B:136
3. Morrissy RT,Weinstein SL(ed). Lovell & Winter's Pediatric Orthopaedics.6th ed.Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.2006
4. Weinstein SL,Mubarak SJ,Wenger DR. Developmental hip dysplasia and dislocation: Part I.Instr Course Lect. 2004;53:523-30
5. Barlow T. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip.J Bone Joint Surg 1962;44-B:292
6. Ortolani M. Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis.Clin Orthop 1976;119:6
7. Wientroub S,Grill F. Current Concepts Review: Ultrasonography in Developmental Dysplasia of the Hip.J Bone Joint Surg 2000;82-A:7
8. Ünal VS , Gulcek M, Soydan Z, Ucaner A, Yazici M. Assessment of quality of life in children after successful treatment of hip dysplasia as compared with normal controls. Saudi Med J.2006;27 (8):1212-6.



Dr. Alpaslan Türkkân*

Öz

Toplumda elektromanyetik alanların olumsuz sağlık etkilerine yönelik kaygı vardır. Elektromanyetik alanlar için çocuklar başlıca risk grubudur. Epidemiyolojik çalışmalar elektromanyetik alan maruziyetinde artmış kanser ve diğer hastalık riskini göstermektedir. Elektromanyetik alan sınır değerleri termal etkisine dayanır ve bu değerler nontermal etkilerini değerlendirmekten uzaktır. Elektromanyetik alanlardan korunmak için önlem ilkesi uygulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Elektromanyetik alan, Sağlık, Elektromanyetik hipersensitivite, İhtiyatlı yaklaşım ilkesi.

Giriş ve Amaç

Dalga veya parçacıklar şeklindeki enerji olan radyasyon, etkisine göre iyonlaştıran (nükleer) ve iyonlaştırmayan (elektromanyetik) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Nükleer radyasyonun etkileri toplum tarafından iyi öğrenilmiş olmasına karşın, iyonlaştırmayan radyasyon duyu organları ile algılanmaması, kaynaklarının tanınmaması, etkisinin uzun dönemde görülmesi nedenleriyle iyi bilinmemektedir. Buna karşın, günümüzde başta cep telefonları ve baz istasyonları ile yüksek gerilim hatları kaynaklı elektromanyetik alan (EMA) maruziyetine yönelik kaygı gittikçe yaygınlaşmaktadır. Yazının amacı, EMA'lara yönelik belirlenmiş sınır değerleri, sağlık etkilerini irdelemek, korunmaya yönelik uygulanabilir öneriler sunmaktır.

EMA kaynakları ve maruziyet

Yerkürenin 25-65 μ T statik manyetik alanı (1) insan vücudu ile uyum içindedir. Yerkürenin doğal EMA'sına her gün insan yapımı yeni EMA'lar eklenmekte ve maruziyet artmaktadır. Günümüzde, EMA maruziyeti açısından insanlık tarihinin en yüksek düzeyine ulaşıldığını söylemek yersiz olmaz. İnsan yapımı başlıca EMA kaynakları; yüksek gerilim hattı, trafo, cep telefonu ve baz istasyonu, radyo-televizyon-telsiz vericisi, elektrikli alet, uydu anteni, bilgisayardır.

Abstract

There is a widespread public concern over possible adverse health effects of electromagnetic fields. Children compose the main risk group. There are epidemiological studies that show increased risks for cancer and other diseases due to electromagnetic exposure. Limit values for electromagnetic exposure are based on thermal effects and are far from encompassing the nonthermal effects. For protection from electromagnetic fields, the precautionary principle must be applied.

Key words: Electromagnetic field, Health, electromagnetic hypersensitivity, Precautionary principle.

Özel olarak hazırlanmış yapılar dışında, engel tanımayan manyetik ve elektrik alana tüm toplum değişik düzey ve sürelerde maruz kalmaktadır. Maruziyetin düzeyini belirleyen çok sayıda değişken vardır. Başlıcalarını; yerleşim alanlarının ve konutların özellikleri, yaş ve çalışma koşulları oluşturur. Yaşam alanlarında EMA ve maruziyet düzeyleri homojen değildir (2). Maruziyet, büyük kentlerdeki konutlarda; kent, kasaba ve kırsal alana göre daha fazladır. Eski yapılar, iş yerlerinin de bulunduğu binalar ve enerji hatlarına yakın konutlarda maruziyet daha fazladır (3).

Toplumun % 14,3'ünün 24 saatlik ortalama maruziyeti sağlık riski oluşturacağı düşünülen düzeyde, 2 mG'dur (0,2 μ T). Toplumun % 2,42'sinin 5 mG (0,5 μ T) ve % 0,46'sinin 10 mG (1 μ T) maruziyeti olduğu saptanmıştır (4). Toplumda her dört kişiden birinin ortalama 0,2 μ T'dan fazla EMA'ya maruz kaldığı söylenebilir. EMA'a yetişkinlere göre daha fazla duyarlı olan bebek ve çocuklar önemli risk grubunu oluşturur. Duyarlılığa ek olarak bu grupta yüksek maruziyette bildirilmektedir. Taiwan'da yedi yaş ve altındaki çocukların % 7,3'ünün 0,3 μ T ve % 5,4'ünün 0,4 μ T'dan fazla maruziyeti bildirilmiştir (3). Ankara'da maruziyet belirlemeye yönelik yapılan



çalışmada, yüksek gerilim hatları izdüşümündeki ortanca değer 9,1 mG (0,91 μ T) olarak bulunmuştur (5).

EMA kaynağından uzaklaştıkça gücünde azalma olmaktadır. Örneğin saç kurutma makinasına üç santimetre uzaklıkta 6-2000 μ T olan manyetik alan, uzaklık 30 cm. ye çıkınca 0,01-7 μ T'ya düşer. Benzer şekilde televizyona üç santimetre uzaklıkta 2,5-50 μ T manyetik alan değeri bir metrede 0,01-0,15 μ T olur (6).

Sınır Değer: Nasıl saptanır?

Elektromanyetik radyasyon konusunda her ülke kendi standartlarına göre limit değerler belirlemiş olmasına karşın, Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri ile birçok ülkede ortak kabul gören sınır değerler de bulunmaktadır. Uluslararası İyonize Olmayan Radyasyondan Koruma Komisyonu (ICNIRP) günde 24 saat maruz kalındığı kabulüyle sınır değerler belirlemiştir.

Sınır değerler; vücut sıcaklığını ortalama olarak 1 C° arttıran elektromanyetik enerjinin zararlı ve 0,1 C° artışın zararsız olduğu kabulünden yola çıkılarak belirlenmiştir (7). Oysa elektromanyetik radyasyonun etkileri, termal ve termal olmayan şekilde iki tiptedir. Sınır değerler, termal etkiye dayalı belirlendiğinden, kimyasal, biyolojik, genetik ve psikolojik etkileri değerlendirmekten uzaktır. EMA etkilenimleri, uluslararası kabul görmüş sınır değerler dikkate alınarak yapılmaktadır. Sınır değerlerin altındaki ölçümlere dayanarak,

sağlığın olumsuz etkilenmeyeceği şeklinde yapılan değerlendirmelere karşın (8) İsrail'de tıbbi kayıtlar üzerinden yürütülen bir çalışmada baz istasyonuna 350 metre ve daha yakın yaşayanlarda kanser riskinin dört kat arttığı da gösterilmiştir (9).

EMA'ların sağlık etkilerine yönelik ilgi 1979 yılında Wertheimer ve Leeper'in (10) çok düşük frekanslı elektromanyetik alan maruziyeti ile çocukluk çağı kanserleri arasındaki ilişkiyi göstermeleri sonrası giderek artmıştır.

Elektromanyetik Hipersensitivite

EMA maruziyetine verilen yanıtlarda bireysel farklılık görülür. EMA maruziyetinin bazı kişilerde nonspesifik semptomlar ile diğer kişilerden daha fazla sağlık sorununa yol açmasına elektromanyetik hipersensitivite (EH) denir. Semptomlar sıklıkla ciltte kızarıklık, karıncalanma ve yanma hissi, yorgunluk, bitkinlik, konsantrasyon güçlüğü, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı ve sindirim sorunlarıdır (11). İsviçre'de EH sıklığının yüzde beş olduğu ve enerji iletim hatları ile cep telefonlarından kaynaklandığı bildirilmiştir (12). EH, toplumun yüzde beşinde nonspesifik semptomları ile gözden kaçabilecek bir sağlık sorunu olarak hekimlerin önünde durmaktadır.

Cep telefonu baz istasyonlarının sağlık etkileri

Baz istasyonlarına yakın yaşamın, dolaşım sistemi yakınmaları, yorgunluk, uyku bozukluğu, huzursuzluk, depresyon, bulanık görme, konsantrasyon bozukluğu, bulantı, iştah kaybı, baş ağrısı ve dönmesi, çocuklarda burun kanaması ve epilepsi hastalarında nöbetlere neden olabileceği bildirilmektedir (13). Baz istasyonuna 10 metre yakın yaşayanlarda bulantı, iştah kaybı, görme bozukluğu ve hareket güçlüğü görülmektedir. Baz istasyonuna 100 metreden yakın yaşayanlarda huzursuzluk, depresyon eğilimi, konsantrasyon güçlüğü, hafıza kaybı, baş dönmesi ve cinsel isteksizlik ön plana çıkmaktadır. Halsizlik ise 200-300 metre uzaklıkta belirgindir (14). Baz istasyonuna yakın yaşayanlarda baş ağrısı 2,77, hafıza değişiklikleri 7,48, baş dönmesi 4,41, depresyon 2,8 ve uyku bozukluğu 2,77 kat fazla görülmüştür. İlginç olan ise bu çalışmada yapılan ölçümlerin sınır değerler altında bulunmuş olmasıdır (15).

Baz istasyonunun altında ya da karşısında yaşayanların etkilenimi farklı mıdır? Genel



kanı, baz istasyonlarının altında yaşayanlarda etkilenimin daha az olduğu yönündedir. Ancak baz istasyonu altında yaşayanlar ile 10 metre uzağında yaşayanlar arasında baş ağrısı, hafıza değişikliği, baş dönmesi, depresyon, bulanık görme, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu açısından farklılık bulunmazken; baz istasyonu karşısında yaşayanların, altında yaşayanlara göre 3,75 kat daha fazla uyku bozukluğundan yakındığı bildirilmiştir (15).

EMA ile kanser ilişkisi açısından en dikkat çeken çocukluk çağı lösemileridir. EMA maruziyeti ile lösemi arasında anlamlı ilişki olmadığını bildiren çalışmalar (16) bulunmasına karşın, 0,4 μ T ve üstündeki maruziyetlerde çocukluk çağı lösemi riskinin 2 kat arttığı bildirilmektedir (17). Daha düşük düzeydeki maruziyetlerde de risk bildirilmiştir (18). Doza bağlı olarak, evdeki maruziyet, çocukluk çağı lösemileri ile ilişkilidir (19).

Önemli bir adım: Benevento Bildirgesi

Günümüzde EMA'lar, olumsuz sağlık etkileri yanı sıra, etkisinin olmadığı yönündeki çalışmalarla tartışılmaktadır. Tartışmaya Uluslararası Elektromanyetik Alanlar Güvenlik Komisyonu'nun (ICEMS) 22-24 Şubat 2006 tarihinde İtalya'nın Benevento kentinde "Elektromanyetik Alanlara İhtiyatlı Yaklaşım: Mantıksal Temel, Yasal Düzenlemeler ve Uygulama" başlığında düzenlediği toplantı ışık tutar niteliktedir. Bildirge, konu ile ilgili bilim insanlarının yaklaşımını sergilemesi ve önerileri açısından, önemlidir. Farklı ülke ve bilim dallarından 43 bilim insanının imzası bulunan

bildirgede, EMA'ların olumsuz sağlık etkilerine yönelik kanıtların arttığı, bu kanıtların halk sağlığı sorunu olarak ele alınması ve incelenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bildirgede, sermaye kaynaklarının, araştırma sonuçları analiz ve yorumlarını kabul etmeme eğiliminde olduğu da yer almaktadır. Bildirgede, EMA'ların biyolojik sistemleri etkilemediği görüşünün bilimsel düşünceyi temsil etmediği, Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı (1992) Rio Bildirgesi'nde de belirtilen, sağlığa ve çevreye ciddi ya da geri dönüşümsüz hasarların olabileceği, ancak bilimsel belirsizliklerin olduğu durumlarda korunmaya yönelik tüm önlemlerin alınması olarak tanımlanan "Önlem İlkesi"nin, EMA maruziyetleri için de, uygulanması önerilmektedir. Önlem stratejilerinde, eşik değerlerin sayısal tanımlamasının şart olmadığı belirtilmekte, günümüzde yaşandığı şekilde, eşik değerlerin altında olumsuz etki olmayacağı gibi yanlış bir kanıya varılabilecek olması buna gerekçe olarak gösterilmektedir.

Öneriler

EMA maruziyeti önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hekimler EMA maruziyeti açısından sağlıktan yana tavırlarını koymalı, hastalarını bu etkilenimi de göz önüne alarak yeniden değerlendirmelidir.

Uluslararası kabul görmüş sınır değerler altında da sağlığın olumsuz etkilenebileceği gösterilmiştir. Bu durum sınır değerlere güveni sarsmakta, sınır değerlerin termal etki dışındaki etkileri de göz önüne alınarak yeniden değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Baz istasyonu, yüksek gerilim hattı, trafo gibi kaynaklar, eğitim/öğretim kurumları, sağlık kuruluşları gibi duyarlı grupların toplu olarak bulunduğu alanlardan en az 300 metre uzağa yerleştirilmelidir. Yüksek gerilim hatları yeraltından geçirilmeli, olanaklı ise yerleşim yerlerinin uzağında kalmaları sağlanmalıdır.

Bilgisayar ve monitör arkaları kullanılmayan alana yöneltilmelidir.

Cep telefonları kısa süreli ve kulaklıkla kullanılmalı, halk bilgilendirilmelidir.

Çocuklarda EMA maruziyetini azaltmaya özen gösterilmeli, bu yaş grubunda cep telefonu kullanımı engellenmelidir.

Kaynaktan uzaklaştıkça etkisinin azalması nedeniyle, tüm kaynaklardan uzak kalmaya özen gösterilmeli, çalışması gerekmediği zamanlarda elektrikli aletler fişten çekilmeli,



yatak odalarında EMA oluşturacak alet ve araçlar bulundurulmamalı, kablosuz telefon istasyonu konmamalı, bebek çağrı cihazları en az bir metre uzağa yerleştirilmelidir.

İletişim: Dr. Alpaslan Türkkan

E-posta: :aturkkan@uludag.edu.tr

Kaynaklar

1. Feychting M. Health effects of static magnetic fields-a review of the epidemiological evidence. *Progr Biophys Mol Biol* 2005; 87: 241-6.
2. Paniagua Jesus M, Jimenez A, Rufo M, Gutierrez Jose´ A, Gomez Francisco J, Antolin Alicia. Exposure to extremely low frequency magnetic fields in an urban area. *Radiat Environ Biophys* 2007; 46: 69-76.
3. Li C, Mezei G, Sung FC, Silva M, Chen PC, Lee PC, Chen LM. Survey of residential extremely-low frequency magnetic field exposure among children in Taiwan. *Environment International* 2007; 33: 233-238.
4. Zaffanella LE ve Kalton GW. Survey of Personal Magnetic Field Exposure Phase II:1000-Person Survey EMFRAPID Program Engineering Project 6. Oak Ridge . s.l. : TN: Lockheed Martin Energy Systems, Inc, 1998.
5. Vaizoğlu S.A, Göçgeldi E, Tekbaş Ö.F, Güler Ç. Bir Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yüksek gerilim hatlarına bağlı düşük frekanslı elektromanyetik kirlilik düzeylerinin incelenmesi. 2007. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. s. 229.
6. What are electromagnetic fields? . World Health Organization. Accessed March 27, 2008, <http://www.who.int/peh-emf/about/WhatisEMF/en>
7. Sabuncu H. Elektromanyetik Radyasyonlarla veya Elektromanyetik Alanlarda Çalışanların Sağlık Riskleri. *MSGD Temmuz* 2000; 15-18.
8. Al-Otaibi A H, Al-Ajmi D, Williams T, McGee D, Dennis J. A, Beg MU. Monitoring of Electromagnetic radiation from cellular base stations in Kuwait. *Radiation Protection Dosimetry* 1998; 80(4): 397-404.
9. Wolf R, Wolf D. Cancer near a cell-phone transmitter station. *Int J Canc Prev* 2004;1(2) 123-8.
10. Wertheimer N, Leeper E. Electrical wiring configurations and childhood cancer. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 273-284.
11. Electromagnetic fields and public health. WHO. Fact Sheet 296, Accessed March 20, 2008, www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs296/en/.
12. Schreier N, Huss A, Rösli M, The prevalence of symptoms attributed to electromagnetic field exposure: a cross-sectional representative survey in Switzerland. *Soz Praventiv Med* 2006; 51: 202-9.
13. Bortkiewicz A, Zmyslony M, Szyjkowska A, Gadzicka E. Subjective symptoms reported by people living in the vicinity of cellular phone base stations. *Med Pr* 2004; 55:345-351.
14. Santini R, Santini P, Le Ruz P, Danze J. M, Seigne M. Survey Study of People Living in the Vicinity of Cellular Phone Base Stations. *Electromagn Biol Med* 2003; 22(1): 41-9.
15. Abdel-Rassoul G, Abou El-Fateh O, Abou Salem M, Michael A, Farahat F, El-Batanouny M, Salem E. Neurobehavioral effects among inhabitants around mobile phone base stations. *Neuro Toxicology* 2007; 28:434-43.
16. UK Childhood Cancer Study Investigators. Childhood cancer and residential proximity to power lines. *Br J Cancer* 2000; 83(11): 1573-1580.
17. Ahlbom A, Day N, Feychting M, Roman E, Skinner J, Dockerty J, Linet M, McBride M, Michaelis J, Olsen JH, Tynes T, Verkasalo PK. A pooled analysis of magnetic fields and childhood leukaemia. *Br J Cancer* 2000; 5 (83):692-8.
18. Feizi AA, Arabi MA. Acute childhood leukemias and exposure to magnetic fields generated by high voltage overhead power lines-a risk factor in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007; 8(1): 69-72.
19. Schüz J, Grigat JP, Brinkmann K, Michaelis J. Residential magnetic fields as a risk factor for childhood acute leukaemia: results from a German population-based case-control study. *Int J Cancer* 2001; 91(5): 728-735.



Dr. Dilek Aslan*

Öz

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde doğumdan ölüme kadar olan dönemde yaşam kalitesini de içinde bulunduran sağlığa bütüncül yaklaşım sağlıklı yaşlanma için anahtar bir role sahiptir. Sağlık politikalarının bu bakış açısıyla kurgulanması ve uygulanması son derece önem taşımaktadır. Yaşlılıkla ilgili stratejiler ve politikalar sağlığın bir insan hakkı olduğu vurgusu ile yürütülmelidir. Bu bakış açısıyla; 65 yaş ve üzeri bireyler için sağlık hizmetleri, herkes için eşit, ulaşılabilir ve devlet tarafından karşılanabilir maliyette olmalıdır.

2008 yılı itibarıyla Türkiye'de nüfusun %6,8'ini 65 yaş ve üzeri popülasyon oluşturmaktadır. Gelecek yıllara ilişkin projeksiyonlar bu rakamın artacağı yönündedir. Türkiye'de nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bu demografik değişime ayak uydurabilmek için bazı olumlu gelişmeler yaşanmaktadır. Ancak sistemde yapılanmaya ve uygulamaya yönelik bazı eksiklikler bulunmaktadır. Bu makalede tartışma; sağlıklı yaşlanma konusunda güçlü sağlık politikaların varlığının önemi, gerekçeleri ve uygulamaya yönelik öneriler üzerine temellendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, Türkiye, Sağlık politikası.

I. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmekte ve bu yaş sınırını demografik açılardan bağımsız konumdan bağımlı konuma geçiş dönemi olarak tanımlamaktadır (1). Yaşlılık aynı zamanda; insan biyolojisindeki önemli gelişmeler sonucu organizmanın verimliliğinde bir düşme süreci ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin gittikçe azalması olarak da kabul edilebilir (2,3). Günümüzde nüfus artış hızındaki azalma eğilimi ve doğuşta beklenen yaşam süresinin artması yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının yükselmesine neden olmakta ve bunun sonucu olarak da, dünyada demografik açıdan bir değişim (yaşlanma) meydana gelmektedir. Yapılan tahminler 65 yaş ve üzeri nüfusun

Abstract

The holistic approach to health including quality of life from birth to death is the keystone for healthy aging in both the developing and the developed world. Designation and practice of health policy in this perspective is of utmost importance. Strategies and policies regarding aging should be undertaken with strong emphasis on health being a human right. In this regard, utilization of health services for individuals 65 years of age and older should be equal for everyone, accessible and affordable by the state.

As of 2008, individuals aged 65 and older comprise 6.8% of the population in Turkey. Future projections predict an increase in this ratio. As the Turkish population is aging, a number of positive developments has been taking place in order to prepare for this demographic change. However, there are insufficiencies in the structural organization of the system and in practice. In this article, discussion is based on the importance of strong health policies regarding aging, their rationale and recommendations for practice.

Key words: Eldery, Turkey, Health policy.

2025 yılında 1,2 milyara ve 2050 yılında da 2 milyara ulaşacağı yönündedir. Yakın gelecekte yaşlıların büyük bir çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşaması beklenmektedir (4). Bu değişim özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli sorunları beraberinde getirmektedir.

Birleşmiş Milletler (BM), 1999 yılını "uluslararası yaşlılar yılı" olarak ilan etmiştir (5). Bu eylemin altında yatan gerekçe yukarıda bahsedilen demografik değişime hazır olma sürecini hızlandırmak olmuştur. Dünyadaki değişime paralel olarak Türkiye'de de geçmiş yıllara göre nüfus yapısında farklılıklar meydana gelmiştir. Ülkemizde 1990'lı yıllar öncesinde %5'in altında olan yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Altmış beş yaş ve üzeri ülke nüfusunun 1990 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonucunda toplam nüfus içindeki payı %4,28 (2.417.363 yaşlı birey) olarak saptanmıştır (6). Yıllar içinde

sayılar artma eğiliminde olmuştur (7,8). Örneğin 2000 yılında yaşlı nüfus 3.858.949'a yükselmiştir (6). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 bulgularına göre, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı %6,9'dur (9). Bu değer 2008 yılı için %6,8 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı kentsel bölgede %5,6 ve kırsal bölgede de %10'dur (10). Dünya nüfusunun yaş yapısında meydana gelen değişim bakımından 20. yüzyıl önemli bir dönüm noktası olmuştur (11).

II. Yaşlılık Dönemine İlişkin Tanımlar

Yaşlılık dönemine ilişkin farklı tanımlamalar yapılmıştır. Başlıca biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve toplumsal yaşlanma tanımlamaları bu döneme ilişkin bilinmesi gereken farklılıklar olarak dikkat çekmektedir.

Biyolojik yaşlanma; zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir. Bireylerin ve toplumların yaşlanma sürecindeki farklılıkları bu döneme ilişki diğer tanımlamaların gerekçesini ortaya koymuştur.

Yaşlanmanın psikolojik boyutu, yaşın kronolojik ilerlemesine bağlı olarak bireyin algılama, öğrenme, sorun çözme gibi bellek gücü ile kişilik kazanma alanlarında uyum sağlama kapasitelerindeki değişimleri kapsar. Diğer bir ifadeyle, bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimler psikolojik yaşlanmayı oluşturur.



Fotoğraf: "Gürcü Teyze" Dr. Murat Danacı, Samsun
STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sergi Ödülü

Yaşlılığın sosyolojik yönü, bireyin içinde yaşadığı toplumdaki yaşla ilgili değer ve normlarla yakından ilgilidir. Bu dönemde meydana gelen çok yönlü kayıplar, yaşanan stresler, arka arkaya gelen krizler, emeklilik, eş kaybı, hastalık, fiziksel gücün zayıflaması, vücut görünümündeki değişimler, duyu kaybı, azalan toplum statüsü, düşen yaşam standardı gibi etkenler de sosyal yaşamda yaşlılar için farklı bir durumun oluşmasına neden olmaktadır (12).

Toplumlar için de yaşlılıktan söz edilmektedir. Bu bağlamda aşağıdaki sınıflandırılmanın bilinmesi önem taşır:

Genç Toplum: 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 4'ten az olduğu toplumdur.

Olgun Toplum: 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 4-7 olduğu toplumdur.

Yaşlı Toplum: 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının %7-10 olduğu toplumdur.

Çok Yaşlı Toplum: 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 10'un üzerinde olduğu toplumdur (13).

III. Yaşlılık Döneminde Sağlığı Geliştirme Politikalarının Gerekliliği

Toplumun yaşlanması bir yönü ile "gelişmişlik" göstergesi olarak kabul edilirken, diğer taraftan önemli toplumsal sorunların da deneyimlenmesine neden olabilmektedir. Toplumun tamamı için kurgulanmış sağlık ve sosyal politikaların yaşlı nüfus açısından dezavantajlar yaratmaması çok önemlidir. Yaşlılık döneminin gelişmiş ülkelere göre daha "zor" ve "yeni" bir olgu olarak yaşandığı gelişmekte olan ülkelerde, sağlık ve sosyal politikaların herkes için eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir olması daha da önem taşımaktadır (14).

Yaşlılık dönemine özel bir önem verilmesinin gereğini oluşturan başlıca konu/durumlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Yaşlılık döneminde diğer yaş dönemlerine göre daha fazla sağlık sorunu yaşanmaktadır:

Altmış beş yaş ve sonrası dönemde görülen öncelikli sağlık sorunları kronik ve dejeneratif hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklar ve kanser, önde gelen mortalite ve morbidite nedeni olarak bilinmektedir. Bununla birlikte, kas-iskelet sistemi hastalıkları, boşaltım sistemi hastalıkları da çok sık görülen sağlık sorunları arasındadır (15). Ayrıca, yaşlılık ile birlikte ruhsal sorunlar ve fiziksel kapasite yetersizliği sıklığı da artmaktadır (16,17). Demans, depresyon bu yaş grubunda rastlanılan hastalıklar arasındadır (18, 19).

2. Yaşlılık döneminde yaşanan sorunların önemli bir kısmı geri dönüşü sağlanabilen sorunlardır:

Yapılan araştırmalar, etkili ve yerinde girişimlerle yaşlılarda fiziksel ve bilişsel yetersizliklerin önlenebileceğini ya da geri dönüşümlü olabileceğini göstermiştir (20). Yaşlılıkta sık görülen ve tarama çalışmaları ile erken dönemde saptandığında başarılı şekilde tedavi ve bakımları sağlanabilecek başlıca hastalıklar kalp ve damar sistemi hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik akciğer hastalığı, görme-işitme sorunları, hareket sistemi hastalıkları, ruhsal sorunlardır.

3. Yaşlılık döneminde "bağımlılık" önemli bir durum olarak ortaya çıkmaktadır:

Yaşlılık döneminde bağımlılık ve fiziksel kapasitede yetersizlik görülme sıklığı artmıştır. Bu iki durum yaşlıların bakım hizmetlerinin içeriğinin geliştirilmesi yönündeki çalışmaları artırmıştır. OECD ülkelerinden 2003 yılı için alınan veriler, yaşlı bireylerin %5,5'inin yaşlı bakım evlerinde yaşamlarını sürdürmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Bakım hizmetleri geliştikçe bağımlılık düzeyi azalır. Bakım hizmetleri kurumsal yapılarda sunulabilir; ancak son dönemlerde daha çok üzerinde durulan bir konu bakım hizmetlerinin yaşlıların kendi aile, ev ve/ya da sosyal ortamlarından ayırmadan aktif yaşamlarını sürdürmelerini engellemeyecek şekilde hizmet modellerinin kurgulanması olmuştur (21).

4. Yaşlılık döneminde sağlık sorunlarından dolayı sosyal sorunlar da yaşanabilmektedir:

Yaşlı bireylerin günümüzde en önemli sorunları arasında, parasal güvence yokluğu, bakım gereksinimi (22) ve yalnızlık yer almaktadır. Geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş ile birlikte aileler küçülmüş, yaşlıların bakım sigortası olarak görülen genç

kuşaklar kendi çekirdek ailelerini kurup, ana-baba kuşağından uzaklaşmış, böylelikle yaşlılık, önemli ekonomik ve psiko-sosyal sorunların yaşandığı bir dönem durumuna gelmiştir (23). Yaşlılık aynı zamanda yalnızlık sorununun yaşandığı, sosyal ilişkilere girmede zorlukların olduğu, utangaçlık ve sağlık sorunları gibi bireysel, yetersiz sosyal, kültürel ve ekonomik koşullar gibi çevresel nedenlerle ortaya çıkan bir dönem olarak da kabul edilmektedir (24).

5. Yaşlılık döneminde nitelikli yaşam için bütüncül bir yaklaşım gerekir: sağlıklı yaşlanma önerileri:

Bütüncül yaklaşım sağlıklı olabilmek için bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik halini sağlayacak yaşam tarzı değişikliklerini kapsamalıdır. Ancak yaşam tarzı değişikliklerinin ileri yaşla birlikte daha zor olması, yoksulluk, ekonomik, sosyal ve diğer kaynakların kısıtlı olması, öğrenim düzeyi düşüklüğü, politik istikrarsızlık, yeniliklere uyum sağlayamamak gibi durumlar yaşlı sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik kurgulanmış müdahale programlarının kesintiye uğramasına neden olabilir (4,25).

Sağlıklı yaşlanma bir toplum için ancak güçlü ve sürekliliği olan sağlık ve sosyal politikalar sayesinde var olabilir. Sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi gerekir. Yeterli ve dengeli beslenme, fizik aktivite yapma, stresle baş edebilme, boş zamanları üretken biçimde değerlendirebilme, güneşin zararlı etkilerinden korunma, güvenli cinsel ilişki, sigara içmeme, alkollü içecek içmeme gibi başlıklar sağlıklı yaşam davranışları arasında sayılmaktadır (26). Yaşam kalitesi son yıllarda üzerinde durulan bir konu olup yaşlılık dönemine özgü çalışmaların artırılması gerekir. Toplum tabanlı çalışmalarda ve kliniklerde yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (27).

Yaşlılık döneminde gereksinim duyulan hizmetlerin herkes için eşit, ulaşılabilir ve karşılanabilir bir maliyetle sunumunun sağlanması gerekir. Bu bütüncül bakış açısı, güçlü kamuşal hizmet modelleri sayesinde sunulabilir. Özellikle sağlığın sosyal boyutunun geliştirilmesi dünyada da öncelenen aktif, üretken ve nitelikli yaşlanma felsefesinin temelini oluşturmaktadır. Yaşlılık döneminin; yaşlılar adına başkalarının bir şeyler yaptığı bir dönem olmak yerine, yaşlıların bizzat kendilerinin katkı sundukları ve yönlendirme



Fotoğraf: "Tongur Fatma" Dr. Sebile Güler, Ankara
STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sergi Ödülü

kapasitelerinin gelişmiş olduğu bir süreç olması gerekir. Bu dönüşümün doğallıkla sağlanabilmesi için ise, yaşlılık dönemine özel olarak toplumda "yanlış" ya da "eksik" olarak bilinen bazı konular ve ilgili doğru/geçerli bilgiler aşağıda sunulmuştur. Hizmet modelleri geliştirilirken bu başlıklara dikkat edilmesi son derece önemlidir (4,25):

1. "Yaşlılık döneminde mental ve fiziksel gerileme kaçınılmaz bir sonudur". Yaşlılık döneminde bu iki alanda gerilemenin önlenmesi olanaklıdır. Sağlıklı yaşam davranışlarının erken yaşlarda edinilmesi ve sürdürülmesi, sürecin yavaşlamasını sağlayabilir.

2. "Yaşlılık döneminde bireylerin gereksinimleri birbirine çok benzemektedir". Bu bilgi doğru değildir. Sağlığın belirleyicileri üzerinden bireylerin yaşlılık döneminde de gereksinimleri farklıdır. Cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, öğrenim durumu, sosyal koşullar, herhangi bir kronik hastalık varlığı gibi pek çok faktör gereksinimleri değiştirebilir.

3. "Bireyler yalnızca gençlik dönemlerinde üretkendirler". Toplumda her birey her yaş grubunda üretken olabilir. Yaşlılar topluma pek çok yoldan katkı sunabilirler. Dünyada 65 yaş ve sonrasında kalıcı izler bırakmış pek çok olumlu örnek bulunmaktadır.

4. "Yaşlılık döneminde bireyler sessiz ve sakin bir yaşam sürmek isterler". Bu sav bazı yaşlılar için doğru olsa da, yaşlılık döneminde

bireyler toplumsal dinamiklerden kopmak istemediklerini belirtmektedirler. Üretebildikleri, toplumda aktif olabildikleri ölçüde var olduklarını düşünmektedirler.

5. "Kısıtlı kaynakları yaşlılara yönlendirmek gençlerin olanaklarını kısıtlamak anlamına gelmektedir". Sağlığın herkes için bir hak olarak tanımlandığı ve uygulandığı sağlık sistemlerinde bu yaklaşım doğru olamaz. Her yaş grubu gibi yaşlılık dönemine özel önlemler bir gereksinim olarak kabul edilmelidir. Bu dönemde de basit koruyucu ve geliştirici müdahaleler yeterlidir.

6. "Yaşlılık dönemi için yapılan yatırımlar ekonomik açıdan kayıp anlamına gelmektedir". Bu görüş de kesinlikle doğru değildir. Yerinde ve doğru müdahaleler maliyet etkili uygulamalar olarak kabul edilmektedir. Örneğin; akılcı ilaç kullanımının başarılması, sağlığı geliştirme politikalarının uygulanabilmesi yaşlılık döneminde ekonomik açıdan oldukça maliyet etkilidir.

7. "Yaşlıların öğrenmeleri zor olmaktadır". Bu bilgi de doğru bir bilgi olarak kabul edilmemektedir. Aksine yaşlı bireyler yaşam deneyimlerini de öğrenme deneyimleri ile birleştirebilmekte; bunun sonucu olarak öğrenmeleri daha kalıcı olmaktadır.

8. "Yaşlıların nitelikli yaşamlarını sağlayabilmek için doğru değerlendirmeler", değerlendirme sonrasında da doğru önlem ve uygulamalara gereksinim vardır. Geliştirilmiş olan ölçekler yaşam kalitesi değerlendirmesi açısından son derece yararlıdır. Dünyada kullanılan ölçeklerin Türkçeye kazandırılması son dönemlerde hız kazanmıştır (28,29).

Yaşlılık dönemine ilişkin durum değerlendirmesi her toplum için bir gerekliliktir. Her ne kadar sağlığın bütüncül yaklaşımı içinde değerlendirme başlıkları benzer de olsa, yaşa özgü öne çıkan bazı konuların dikkate alınması son derece önemlidir. Bu başlıklar temel olarak; toplumun yapısına ilişkin, sağlık ve sosyal destek mekanizmalarına ulaşım ve sağlığın temel belirleyicileri arasında olan sosyoekonomik koşullara ilişkin değerlendirmeler kategorilerinde incelenebilir (Tablo 1) (14). Bu kategorilerde yer alan bilgilerin bir kısmı ölçülebilirken, bir kısmı da toplumun değer yargıları, algısal durumu üzerinden tanımlanan daha soyut kavramlardır. Özellikle soyut olan bölümlerin değerlendirilebilmesi zor olmakla birlikte,

toplumsal değerlerin somut verileri etkileme biçimi düşünüldüğünde, önemli bir başlık olduğu düşünülmektedir.

V. Yaşlılık ve Dünyada Başlıca Uygulamalar/Hedefler

DSÖ 1977 yılı asamblesinde "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" adlı bir bildirge içinde belirlenmiş olup bu bildirge ile dünyadaki her bireyin sosyal ve ekonomin yönden verimli bir yaşam sürebilmesi için yapılması gerekenler belirtilmiştir. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 1980 yılında Avrupa için politikaları belirlemiş ve 1984 yılında Avrupa'da da "Herkes İçin Sağlık Hedefleri" yayımlanmıştır. Lizbon'da 1991

yılında toplanan Bölge komitesi bu hedefleri yeniden gözden geçirerek güncelleştirmiştir. Bu hedefler arasında yaşlıların sağlığı ilgi olarak Hedef 5 belirlenmiş olup bu hedef ile; 2020 yılına kadar, 65 yaşın üzerindeki insanlar sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olmalı ve aktif sosyal rol oynayabilmelidir. Hedefin alt başlıklarında; yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan yaşama beklentisinde en az %20 artış sağlanması ve otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda insanların sayısının en az %50 artırılması vurgulanmıştır (30).

Tablo 1. Yaşlılık dönemine ilişkin kullanılması önerilen değerlendirme başlıkları

A. Toplumun yapısı ile ilgili

- Toplumun demografik yapısı
- Bir toplumda daha küçük coğrafi yapıda yaşlı nüfusun toplam içindeki payı
- Doğuşta beklenen yaşam süresi
- Toplumun dinamiklerini ortaya koyan olaylar
- Bağımlılık oranı
- Evde tek başına yaşayan yaşlı yüzdesi
- Nedene, yaşa ve cinsiyete özel mortalite hızı
- Morbidite hızı
- Ruh sağlığı göstergeleri
- Fonksiyonel yetersizlik/yeterlilik durumu
- Davranış: Sağlıklı yaşam davranışına sahip olan yaşlı bireyler/riskli davranışta bulunma yüzdesi

B. Sağlık ve sosyal destek mekanizmalarına ulaşım

- Toplumsal, sosyal, kültürel algı, değer ve kabuller
- Yaşlı bireylere yönelik hizmetlerin herkes için ulaşılabilir olması
- Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin kapsayıcılığı/sorumluluklar

C. Sosyoekonomik durum: yetersizlikler ve güçlü olunan alanlar

C.1. Çalışma durumu ve sosyal konum

- Ekonomik durum
- Gelir düzeyi
- Öğrenim durumu

C.2. Ev ve çevre koşulları

- Eve sahip olma durumu
- Yaşanılan ev ve çevrede güvende olma durumu
- Taşıma olanaklarına ulaşım

C.3. Toplum katılımı

- Karar verme sürecine katılım
- Toplumsal yapılara etkisi olma durumu

Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı Hedefleri; kadınların her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılık döneminde de öncelik verilmesi gerekli bir grup olduğuna dikkat çekmektedir. Bu bağlamda yaşlanan kadınlara yönelik aşağıdaki konular öncelenmiştir:

- Kadınlar yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle, yaşlı kadınlara yönelik olarak aktif yaşamın uzatılmasına; fonksiyon bozukluklarına, osteoporoz, kalp damar hastalıkları ve yaşlı kadınlara özgü belli tümörler gibi kronik hastalıklara karşı erken tanı ve uzun süreli tedavileri içeren stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

- Araştırmalar, yaşlı kadınların uzun süre eşlerine baktıklarını, onların ölümlerinin ardından uzun süre yaşadıklarını; bu süre içinde ailelerinin diğer bireylerinden de sorumlu oldukları gibi, çeşitli sosyal etkinliklere de katıldıklarını göstermektedir. Yaşlı kadınların toplumda sürdürdükleri etkinlikler göz önüne alındığında, sağlık ve sosyal bakım politikalarının onların gereksinimlerini de düşünerek planlanması gerekmektedir.

- Çoğu, depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarından kaynaklanan semptomların belirlediği yaşlı kadınlara yönelik kalıp yargıların geride bırakılması gerekmektedir. Örneğin, yaşlı kadınların cinsel istek duymadığına inanılması gibi. Ayrıca, sözü edilen ruh sağlığı sorunlarının yaşlılara duyarlı bir eğitim almış sağlık personelinin kolayca çözebileceği sorunlar olduğu da dikkate alınmalıdır (31).

DSÖ; 1999 yılını "Uluslararası Yaşlılar Yılı" olarak belirlemiştir. Bu dönemde yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak, aktif ve üretken bir yaşlılık süreci üzerinde durulmuştur. Aktif yaşlanma, DSÖ tarafından insanlar yaşlandıkça yaşam kalitesini sağlamak ve sürdürmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlikle ilgili her türlü olanağın en üst düzeye çıkarılması süreci olarak tanımlanmaktadır (4,13,32). 1990'lı yılların sonlarına doğru DSÖ bu konuyu gündeme taşımış; 8-12 Nisan 2002 tarihleri arasında Madrid'de düzenlenmiş olan İkinci Dünya Yaşlılık Asamblesi'nde ise kavrama yönelik çalışmalarını başlatmıştır. Aktif yaşlanma ile ilgili olarak, bazı sorulara

yanıtların bulunması gerekmektedir:

1. Yaşlıların gereksinim duyduğu destek, çalışanlar tarafından sağlanabilecek midir?
2. Toplumdaki yaşlıların çoğunluğu sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinden yararlanabilecekler mi?
3. Yaşlıların "bağımsız" ve toplumda "aktif" bireyler olabilmeleri için neler yapılabilir?
4. Yaşlıların gereksinimleri karşılanırken "aile" ve "devlet" rollerini nasıl dengede tutulabilir?
5. Dünyanın büyük bölümünde "doğuştaki beklenen yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlıların yaşam kalitelerini artırmak için neler yapılabilir?
6. Yaşlı bireylerin deneyimlerinden, bilgilerinden ve yeteneklerinden yararlanmak için neler yapılabilir? (33,34).

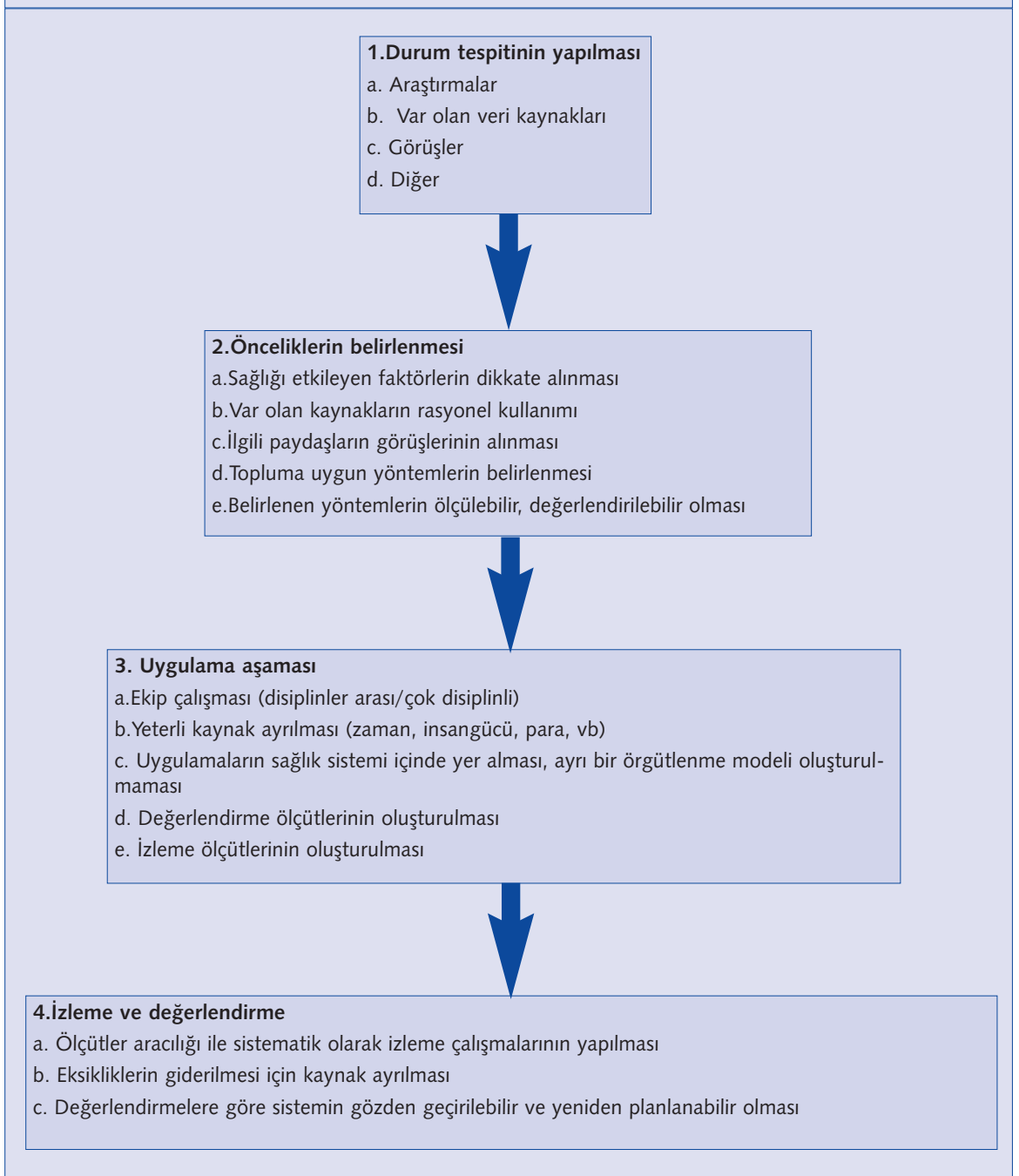
VI. Yaşlılık Dönemi ve Türkiye'de Uygulamalar/Öncelikler

Yaşlılık dönemi "incinebilir/örselenebilir" bir dönem olarak da tanımlanır. Bu kavram, yaşlılık döneminde risk yaklaşımını gündeme getirmektedir. Sağlıkta eşitliğin savunulduğu sosyal devlet anlayışında, gereksinimi olana daha fazla/gereksinim duyduğu kadar hizmet anlayışı (hakkaniyet) de önemli bir yaklaşımdır.

Toplumda yaşlılık dönemine özel hizmetlerin doğru ve eksiksiz biçimde planlanıp uygulanabilmesi için öncelikle var olan durumun tanımlanması gerekir. Durumun toplumsal boyutunun büyüklüğü, toplumun hazır olma düzeyi, sorun ya da durumla baş etme kapasitesi gibi konular önceliklendirme aşamasında dikkate alınması gereken başlıklardır. Yaşlılık dönemi ve ilgili konular da, Türkiye'de demografik değişimin yaşanmaya başladığı 1960'lı yıllardan bu yana ülke gündemine girmeye başlamıştır. Paralel olarak, kamusal mekanizmalarda yaşlılığa ilişkin yer açılmaya başlanmış; bu döneme özel çabalar kendini göstermiştir. Yaşlılığın 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün kurulması ile kamu hizmetleri içinde yerini aldığı söylenebilir. Bundan yaklaşık 20 yıl sonra; 1982 yılında T.C. Anayasası Madde 61'de "Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar Kanunla düzenlenir" hükmü yer almaktadır (35).

Sosyal hizmetlerin bir şemsiye altına

Şekil 1. Yaşlılık döneminde sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin uygulama yaklaşımı



alınması amacıyla 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 27.05.1983 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla korunmaya, bakıma ya da yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetler ve bu faaliyetlerin düzenlenmesi amaçlanmıştır. Günümüzde yaşlılara yönelik sosyal hizmetler Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığına bağlı olarak

yürütülmektedir. SHÇEK bünyesinde bulunan huzurevi, özel bakım ünitesi olan huzurevi, yaşlı bakım rehabilitasyon ve huzurevi, rehabilitasyon merkezlerinde binlerce yaşlıya hizmet verilebilmektedir (35).

Şekil 1'de bu konuda bir yaşlılık döneminde sağlık sorunlarının saptanması ve çözülebilmesine ilişkin genel bir yaklaşım sunulmuştur.

Şekil 1'de yer alan yaklaşım göz önüne alındığında, Türkiye'de yaşlı sağlığı konusunda

önceliklerin daha sistematik ve sürekli bir biçimde belirlenmesi ve izlenmesi gerektiği görülebilir. Çalışmaların en temel iki amacı, gerçekte sağlığın geliştirilmesi yaklaşımının da iki amacı olan uzun ve nitelikli yaşama olmalıdır. Doğuşta beklenen yaşam süresinin artmasının yanı sıra, yaşam kalitesi parametrelerinde gelişmeler sağlanmalıdır. Kolay olmayan bu sürecin daha verimli ilerleyebilmesi için de, devlet yapısı içinde yaşlı sağlığına öncelik veren kurumsal yapıların geliştirilmesi gerekir. Yaşlı sağlığı ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin de benzer bir yaklaşımla ele alınması uygun olur. Geriatri ve gerontoloji bilimleri eşgüdüm içinde çalışmalıdırlar. Geriatri ise tıpkı pediatri gibi, ayrı bir disiplin olarak çalışmalarını genişletmelidir.

Sonuç olarak; yaşlılık Türkiye’de gelişmeye açık bir bilim ve uygulama alanıdır. Kanıta dayalı verilerden yararlanarak, sağlıklı yaşlanma sürecini toplumda yaşayan her birey için yaşanılır bir dönem olarak var etmek devletin sorumluluğunda olmalıdır. Bununla birlikte, ilgili bütün birey ve kurumlar da üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidirler.

Teşekkür

Bu makalenin yazılma sürecinde tartışma ve kaynak sağlama konusunda destek oldukları için Sayın Abide Taşar ve Tuncay Berçin’e teşekkür ederim.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

?UhbU_Uf

%DSÖ. Dünya Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü Yayınları. Geneva, 1998; p. 7.

2. Ahronheim ED. Aging and Geriatric Medicine. In: Cecil Textbook of Medicine. (cd: Goldman L, Bennet JC). Wb Saunders Company. 2nd edition. Philadelphia, 2000; pp. 13-22.

3. Fredman ML, Berk BZ. Medikal Management of Geriatric Rehabilitation. Goodgold (Ed); Rehabilitation Medicine, Moscopy Company. Toronto. CV. 1998, United Nations, Demographic Yearbook, 2002, pp. 348- 420.

4. Aslan D. Uluslararası Sağlık Bakış Açısıyla Yaşlılık. In: Temel Geriatri (Gökçe-Kutsal Y Ed ve Aslan D Yrd Ed.) Güneş Kitabevleri Yayınları, Ankara, 2007, pp. 111-119.

5. Yeğen T. Geriatrik hastanın özellikleri. IV. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. Kongre Kitabı 14-17 Ekim

1999. İstanbul, 1999; p. 104.

6. TÜİK-Yaş Grubuna Göre Nüfus ve Bağımlılık Oranı. http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2009.
7. TÜİK-Nüfus, Yıllık Nüfus Artış Hızı ve Yıl Ortası Nüfus Tahminleri. http://tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=201. Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2009.
8. Erdil F. Yaşlılıkta Evde Bakımı. Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma, Ankara: H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayını, 2004, pp. 78-84.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf> Erişim tarihi: 11 Mayıs 2009, p.17.
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ön Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Yayını. Mart 2009, pp. 6,7.
11. DPT. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı, Ankara: DPT yayını (Yayın no: 2741), 2007. <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf> Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2009, p.5.
12. Akgün S, Erdal R. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım. In: Temel Geriatri (Gökçe-Kutsal Y Ed ve Aslan D Yrd Ed.) Güneş Kitabevleri Yayınları, Ankara, 2007, pp. 73-87.
13. Bilir N, Paksoy N. Değişen Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Kavramı. In: Temel Geriatri (Gökçe-Kutsal Y Ed ve Aslan D Yrd Ed.) Güneş Kitabevleri Yayınları, Ankara, 2007, pp. 3-11.
14. Kanström L, Zamaro G, Sjöstedt C, Green G. Healthy ageing Profiles: Guidance for producing local health profiles of older people. (ISBN 978 92 890 4283 3), World Health Organization 2008, p. 2.
15. Cassel CK, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, Resnick NM, Rubenstein LZ, Sorensen LB. (Eds.). Geriatric Medicine, New York, Vol: 2, 1984; p.15.
16. Beasley AL, Ford DH. Aging and the extrapyramidal system. Medical Clinics of North Am 1976; 60: 1315-24.
17. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç hastalıkları hemşireliği kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. Ankara, 1991; p. 9-13.
18. Burggraf V, Danlon B. Assessing the elderly. Am J Nursing 1985; 85: 974-988.
19. Gloas D. Needs and opportunities in rehabilitation. BMJ 1985; 5: 455-501.



Fotoğraf: "Yaz Yağmuru" Dr. Burhan Çanakçı, Ankara STED Fotoğraf Yarışması 2008 Sergi Ödülü

20. Baygören S. Fiziksel aktivite ve yaşlanma. In: Geriatrik hasta ve sorunları (Beğer T, Ed). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu. Yayın no: 9. Deonta Güncel Tıp Yayınları, İstanbul, 1998; pp. 123-132.
21. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miro O. 'Ageing in Place'? Exploring Elderly People's Housing Preferences in Spain. *Urban Studies* 2009; 46(2): 295-316.
22. Uysal A. Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2002; 2(5): 40-58.
23. Uncu Y, Özçakır A, Sadıkoğlu G, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N. Bursa Huzurevi Yaşlılarının Sosyo-demografik Özellikleri ve Sağlık Taraması Sonuçları", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 28 (3), 2002: 65-69.
24. Danış Z. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf. Erişim tarihi: 11 Mayıs 2009.
25. Ritsakis A. *Demystifying the myths of ageing* (ISBN 978 92 890 4282 645). WHO Publications, Geneva, 2008; pp. 2-32.
26. Aslan D, Özcebe H, Temel F, Takmaz S, Topatan S, Şahin A, Arıkan M, Tanrıverdi M. What Influences Physical Activity Among Elders? A Turkish Experience From Ankara, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2008; 46(1):79-88.
27. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 1999; 2(4): 173-178.
28. Cengiz-Özturt B, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2007; 10(3): 117-123.
29. Kaya M, Aslan D, Acar-Vaizoğlu S, Doruk C, Dokur C, Biçici V, Gülen T, Dursun A, Erayman A, Ertekin Ö. Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi* 2008; 11(1): 12-17.
30. Aktan CC, Işık K. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf> Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009, p.5.
31. Strategic Action Plan for Health of Woman in Europe, 5-7 February 2001. WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e73519.pdf>. Erişim tarihi: 2 Mayıs 2009, pp. 6,9,17.
32. Aslan D. Yaşlanan Erkek ve Sağlık Kavramı. *Türk Geriatri Dergisi* 2008; supplement 2 (Yaşlanan Erkek Sempozyumu Özel Sayısı): 13-16.
33. Aslan D. Aktif Yaşlanma ve Yaşam Boyu Yaklaşım. In: Temel Geriatri 2008. Ankara, 2008; 16-24.
34. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Olmak ve Hastalıklardan Korunmak. *Sağlıkla ve Üretken Yaşlanım Kitabında Aygül Ofset*, Ankara; 2008; pp.11-19.
35. TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Hizmetleri, <http://www.shcek.gov.tr>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009.



Dr. Şeyma Aksin, Dr. Nilden Tuygun**, Dr. Semra Çetinkaya**,
Dr. Zehra Aycan***, Dr. Aysel Yöney**, Dr. Can Demir Karacan****

Öz

Selim geçici hiperfosfatazya, beş yaş altı çocuklarda serum alkalin fosfataz düzeyinin, karaciğer ve kemik hastalığı olmaksızın 3-50 kat artışı olarak bilinen birdurumdur. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte özellikle viral enfeksiyonlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Tanıdan sonra serum alkalin fosfataz düzeyleri birkaç hafta içinde kendiliğinden düzelir. Bu yazıda rastlantısal benin geçici hiperfosfatazemi tanısı alan 33 aylık erkek olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Hiperfosfatazemi, Selim, Çocukluk çağı.

Giriş

Çocukluk çağı selim geçici hiperfosfatazyası (SGH), beş yaşından küçük çocuklarda serum ALP düzeyinin 3-50 kat yüksek oluşu ile karakterize, birlikte karaciğer ve kemik hastalığının bulunmadığı benin klinik bir durumdur (1). Hastaların çoğunda alkalin fosfataz (ALP) yüksekliği ortalama 70 (37-103) gün içinde kendiliğinden gerilemektedir. Olgular genellikle rutin laboratuvar incelemeleri sırasında ya da başka bir nedenle tetkik edilirken tanı alır. Patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamasına karşın, geçici hiperfosfatazyalı olguların kemik döngüsü normal görüldüğünden, normal enzim aktivitesinin fazla üretimi, doku kaynaklarından aşırı salınım, daha yüksek aktivite ya da stabilitede anormal molekül üretimi, enzim klirensinde hata gibi alternatif mekanizmaların etyolojide rol oynayabileceği düşünülmüştür. Bu yazıda, beta bloker intoksikasyonu nedeni ile tetkik edilirken ALP yüksekliği saptanan ve bu nedenle araştırılan bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

33 aylık erkek çocuk, annesine ait beta bloker içeren tabletten toplam 200 mg içme yakınması ile acil servise başvurdu. Öyküsünde, anne sütünü 24 aya kadar aldığı, vitamin D profilaksisinin bir yaşındayken yalnızca bir ay süre ile kullanıldığı öğrenildi. Olgunun geriye dönük detaylı öyküsünde yaklaşık 2-3 hafta önce öksürük ve burun

Abstract

Benign transient hyperphosphatasia is characterised by a 3-50 fold increase in serum alkaline phosphatase levels in children under 5 years of age without evidence of liver or bone disease. The cause of this condition is not known for certain but it is thought to be associated especially with viral infections. After the diagnosis, serum alkaline phosphatase levels return to normal spontaneously during the subsequent weeks. In this paper, a 33-month-old boy who was incidentally diagnosed with benign transient hyperphosphatasia is presented.

Key words: Hyperphosphatasia, Benign, Childhood.

akıntısı yakınmalarının olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, vital bulguları stabil, persentilleri normal sınırlarda idi. Sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 11,9 gr/dl, beyaz küre 10.100/mm³, platelet 305.000/mm³, ALT 16 U/L, AST 43 U/L, Ca 9 mg/dl, P 5,6 mg/dl, ALP 1704 IU/L (N: 110-302) bulundu. Diğer laboratuvar tetkiklerinde ise, parathormon 41,1 pg/ml (N: 8,7-79,6), 25-OH vitamin D : 16,8 mcg/L (N: 10-80) olarak saptandı. Sol el bilek grafisinde riketsle uyumlu bulgu saptanmadı. Familial hiperfosfatazemi açısından bakılan anne ve baba Ca, P, ALP düzeyleri normal olarak bulundu. (Annenin Ca 8,9 mg/dl, P 3,1 mg/dl, ALP 107 U/L, babanın Ca 9,4 mg/dl, P 3,3 mg/dl, ALP 156 U/L) izlemde beta-bloker aşırı dozuna bağlı bulgu saptanmayan hasta, 24 saat sonra taburcu edilerek, SGH tanısı ile izleme alındı. Serum ALP düzeyinin, 1. haftada 1012 U/L' ye gerilediği, beşinci haftada ise 230 U/L ile normal düzeye indiği görüldü.

Tartışma

Serum ALP düzeyleri yaşa göre değişim gösterir. Yaşamın ilk üç ayında ALP düzeyinde orta derecede bir yükselme gözlenirken, pubertede büyüme hızı ile ilişkili olarak 2-3 katına çıkmakta, izleyen 1-2 yıl içinde ise erişkin değerlere gerilemektedir. Serumda ALP düzeylerinin geçici yüksekliği ilk defa Bach

*Asist.; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağ. ve Hast. Eğit. ve Araşt. Hast., Ankara

**Uzm.; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağ. ve Hast. Eğit. ve Araşt. Hast., Ankara

***Doç.; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağ. ve Hast.

Eğit. ve Araşt. Hast., Ankara

tarafından 1954 yılında gösterilmiş, ardından 1977'de bu durum, çocukluk çağında benin geçici hiperfosfatazemi olarak tanımlanmıştır (2-3). Kraut ve ark., en son 1985 yılında BGH tanısı koyma ölçütlerini genişletmişlerdir (4). Beş yaşından küçük bir çocukta serum ALP düzeyinin 5-30 kat artmış olduğu durumda, ALP yüksekliği ile ilişkili semptomların bulunmaması ya da ishal, kusma, üst solunum yolu enfeksiyonu, konvülsiyon, gelişme geriliği gibi ilişkisiz semptomların varlığında, klinik ve biyokimyasal olarak karaciğer ve kemik hastalığının bulunmaması, ALP izoenzim analizinde kemik ve/ya da karaciğer fraksiyonunda artış saptanması ve bu durumun dört ay içinde normale dönmesidir (4). Olgumuzda serum ALP düzeyinin beş kat artışı, klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak karaciğer ve kemik ile ilgili patolojik bir durum saptanmaması, 25 OH vitamin D ve parathormon düzeylerinin normal olması, izlemde ALP düzeyinin normale dönmesi ile SGH tanısı konuldu.

Selim geçici hiperfosfatazyanın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Enzim aktivitesinin geçici yüksekliği nedeniyle etiyolojiden genellikle enfeksiyöz ajanlar sorumlu tutulmuş ve 21 çocuk olguyu içeren bir çalışmada, olguların %80'inde enfeksiyon bulgularının olduğu; enfeksiyonu olan grubun %50' sinin akut gastroenterit, %25' inin idrar yolu enfeksiyonu, %14' ünün orta kulak enfeksiyonu, %5' inin akciğer enfeksiyonu, %10'unun viral enfeksiyon olduğu bildirilmiştir (5). Gastrointestinal sistem enfeksiyonları arasında özellikle Rotavirus, Ekovirus 22 ve Koksaki virus B5 suçlanırken, herpes virus, sitomegalovirus, adenovirus ve Epstein-Barr virus da diğer enfeksiyöz patojenler arasında sayılmaktadır (6). Literatürde ayrıca Crohn hastalığı gibi gastrointestinal bozuluklar, organ transplantasyonu ya da lenfoma gibi malin hastalıklarla birlikte SGH görülebileceği bildirilmiştir (6-7). İlaçlar arasında immunsupresifler, Co-trimoksazol, albumin ve siklosporin A'nın SGH' den sorumlu olabileceği gösterilmiştir (6).

Beta-bloker entoksikasyonu nedeniyle başvuran 33 aylık olgumuzda, ALP düzeyi başvuruda beş kat yüksek bulundu. Olgunun geriye dönük anamnezinde, yaklaşık 3-4 hafta önce bir üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) geçirdiği öğrenildi. ALP yüksekliğinin 2-6 ay arasında yüksek kaldığı bildirilmektedir. Olgumuzun takibinde serum ALP izleminde beşinci haftada normale geldiğinden ve

literatürde de hiç bildirilmediğinden beta-bloker ilişkili bir SGH öncelikle düşünülmedi. Olgumuzda öyküde saptanan ve daha önce geçirilen ÜSYE olası viral etyolojisi desteklemekteydi. Ancak rutin kan tetkiklerinin çoğunun enfeksiyonu olan çocuklarda yapıldığı göz önüne alındığında, enfeksiyonun durumla ilişkisiz eşlik eden bir faktör olabileceği akla gelmektedir.

Selim geçici hiperfosfatazyanın, kronik idiopatik hiperfosfatazya ve ailesel hiperfosfatazya ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Yaygın simetrik iskelet displazisi ve serum ALP yüksekliği ile beraber idrar hidroksiprolin düzeyindeki artış kronik idiopatik hiperfosfatazemi tanısını desteklerken, otozomal dominant geçen ebeveynlerde de ALP yüksekliği olup zamanla normal sınırlara dönmeyen hastalar ailesel hiperfosfatazemiye destekler. Olgumuzda iskelet displazisinin olmaması, ailede ALP düzeyinin normal olması ve ALP yüksekliğinin devam etmemesi nedeni ile ailesel hiperfosfatazya ve kronik idiopatik hiperfosfatazya dışlanmıştır.

Çocukluk çağı SGH altta yatan ciddi bir hastalığı olmayan hastalarda %1,5 oranında bildirilmiş, akılda tutulması gereken selim bir durumdur. Böylece hem hasta yakınları psikolojik stresten kurtulacak, hem de gereksiz tetkik ve tedavi uygulanmamış olacaktır.

İletişim: Dr. Şeyma Aksin

E-posta: seymaxin@yahoo.com

Kaynaklar

1. Suzuki M, Okazaki T, Nagai T, Toro K, Setonyi P. Viral infection of infants and children with benign transient hyperphosphatasemia. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2002; 33: 215-218.
2. Bach U. Das Verhalten der Alkalischen Serum-Phosphatase bei Frühgeborenen Rachitikern und Spasmophilen *Z Kinderheilk 1955;74: 593-60.*
3. Posen S, Lee C, Vines R. Transient hyperphosphatasemia of infancy an insufficiently recognised syndrome. *Clin Chem* 1977;23: 292-4.
4. Kraut JR, Metrick M, Maxwell NR, Kaplan MM. Isoenzyme studies in transient hyperphosphatasemia of infancy. Ten new cases and a review of the literature. *Am J Dis Child.* 1985; 139: 736-740.
5. Baanerjee S, Mehta R, Thu M, Narwal S, Moukarzel AA. Rotavirus infection and diarrhea resulting in transient hyperphosphatasemia with no evidence of liver or bone disease. *J Pediatr Gastro Nutr.* 1998;27:488.
6. Arıkan C, Arslan MT, Kilic M, Aydogdu S. Transient hyperphosphatasemia after pediatric liver transplantation. *Pediatr Int* 2006;48: 390-2.
7. Candemir M, Özdemir M, Ergin H.. Bir vaka nedeniyle selim geçici hiperfosfatazemi. *Fırat Tıp Dergisi* 2008;13(1) :74-76.

Birinci Basamakta Çocuk ve Ergenlerdeki Ruhsal Kökenli Bedensel Belirtileri Anlamak: Somatoform Bozukluklar

Understanding the Psychologically-Based Somatic Complaints of Children and Adolescents in Primary Health Care: Somatoform Disorders



Işık Karakaya*, Şahika G. Şişmanlar**

Öz

Çocuk ve ergenler birinci basamakta çalışan hekimlere bilinen tıbbi bir hastalığa uymayan fiziksel belirtilerle başvurabilmektedirler. Bu tablo güncel sınıflandırma sistemlerinde somatoform bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Dördüncü Baskıda (DSM-IV) bu başlık altında tanımlanan yedi grup bozukluk; somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriasis, vücut dismorfik bozukluk, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluktur. Bu yazıda, çocuk ve ergenlerde somatoform bozukluk alt gruplarının klinik özellikleri ve birinci basamak hekimlerine somatik yakınmayla başvuruda izlenebilecek değerlendirme stratejilerinden söz edilmeye çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Somatoform bozukluklar, Çocuk ve ergen, Değerlendirme, Birinci basamak sağlık hizmeti.

Abstract

Children and adolescents frequently present to primary care physicians with physical symptoms and complaints that do not fully fit into any medical disorder. This presentation is classified as a somatoform disorder in the current classification systems. The seven groups of disorders described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) under this heading are somatization disorder, conversion disorder, pain disorder, hypochondriasis, body dysmorphic disorder, undifferentiated somatoform disorder and somatoform disorder not otherwise specified. In this paper, we aim to explain the clinical characteristics of the subgroups of somatoform disorders in children and adolescents and to mention possible management strategies of somatic complaints for primary care physicians.

Key words: Somatoform disorders, Children and adolescents, Evaluation, Primary health care

Çocuk ve ergenler, birinci basamak hekimlerine bilinen tıbbi hastalıklara uymayan fiziksel belirtilerle başvurabilirler. Bu belirtiler psikosomatik belirtiler olarak bilinmekle birlikte güncel psikiyatrik dilde somatoform bozukluklar (SB) olarak adlandırılmaktadır (1). ICD-10 tanımlamasına göre SB, yineleyici fiziksel belirtileri nedeniyle sık sık hekimlere başvurarak muayene ve tetkiklerden geçen, organik bir durum saptanmadığı kendilerine açıklandığı halde belirtilerle ilgili uğraşlarını sürdüren, fiziksel bir bulgu saptansa bile bunun yakınmaların şiddetini açıklayacak düzeyde olmadığı, belirtilerin başlaması ve sürmesinde bazı yaşam olaylarının, güçlüklerin ve iç çatışma ya da sorun yaratabilecek nitelikte etkenlerin bulunmasına karşı bu ilintilerin hasta tarafından kabul edilmediği, yadsındığı bir grup bozukluk olarak açıklanmaktadır (2). Somatizasyon terimi de, herhangi bir fiziksel hastalık ya da patoloji ile açıklanamayan fiziksel belirtileri ya da kişi üzerindeki etkilerini açıklamak için kullanılmaktadır (3). Kişiler fiziksel bir

hastalığın varlığına ilişkin kanıt olmamasına karşın, bedensel bir hastalıkları olduğu kaygısını taşırlar ve temelinde ruhsal ve/veya sosyal alandaki sorunlar olan bu durum için tıbbi yardım arayışı içindedirler.

Somatoform bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerdeki özellikler şunlardır.

-Belirtiler istemli değildir ve hasta için bir amaca hizmet etmez (okuldan kaçma, sosyal ilişkilerde değişiklik yaratma, tıbbi yolla ilgi kazanma gibi).

-Karakteristik bir özellik olarak bedensel duyumlara hassasiyet vardır. Bu tür hastalar bedendeki duyumlara ya da değişikliklere karşı artmış bir dikkat ve hassasiyet gösterirler. Bu belirtileri tehlikeli olarak algılayıp abartılı biçimde tepki verirler.

-Yaşam olayları ile duyguları bağdaştırmada ve duygularını dile getirmede güçlük yaşarlar.

-Belirtiler genellikle sıkıntı verici bir yaşam olayı ardından başlar (istismar, kayıp, ölüm).

-Okul reddi sık görülen bir komplikasyondur.

*Doç.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hast. AD, Kocaeli

**Yrd. Doç.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hast... AD, Kocaeli

- Anksiyete ve depresif bozukluklar sıkça tabloya eşlik eder.
- Uyku bozuklukları da sık görülür, özellikle uykuya dalmada güçlük olabilir.
- Çocuğun gözlem altında olduğu durumlarda belirtiler daha belirgin duruma gelir.
- Aile üyelerinde de benzer belirtiler olabilir (4, 5).

Güncel sınıflandırma sistemlerinden DSM-IV TR'de (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı) somatoform bozukluklar (SB) yedi başlık altında değerlendirilmektedir. Bunlar; somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriasis, vücut dismorfik bozukluk, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve başka türlü sınıflandırılmayan somatoform bozukluktur (1).

Somatizasyon bozukluğu: Briquet sendromu olarak da adlandırılmaktadır. Bozukluğun sıklığı kadınlarda %0.2- 2, erkeklerde %0.2'den daha az olarak bildirilmektedir. Çocuk ve ergenlerde DSM-IV ölçütlerini karşılayacak biçimde somatizasyon bozukluğu tanısı oldukça enderdir, öte yandan yineleyici somatik yakınmalar pediatrik yaş grubunda sık görülmektedir (4). Bozukluğun temel özellikleri şunlardır: En az iki yıl süre ile tıbbi bir durumla açıklanamayan çok sayıda fiziksel yakınmanın olması, en az iki farklı organ sistemini tutan altıdan fazla belirtinin olması (gastrointestinal, kardiyovasküler, genitoüriner, cilt ve ağrı belirtileri), belirtilerin belirgin bir sıkıntıya yol açması ve hastaya tıbbi bir rahatsızlığının olmadığına dair güvence verilmesine karşın bu durumu kabullenmemesidir (1).

Somatizasyon bozukluğu, ergenlik döneminde ve kızlarda daha sık rastlanan bir durumdur. Düşük sosyoekonomik düzey ve düşük anne-baba eğitim düzeyi olan çocuklarda da somatizasyon belirtileri sık görülmektedir (6, 7,8, 9, 10, 11).

Yineleyici karın ağrıları ve baş ağrısı ergenlik öncesi çocuklarda en sık bildirilen somatik yakınmalardır (12,13). Sırt ağrısı, kas ağrısı, halsizlik ve nörolojik nitelikteki yakınmalar ise yaşla birlikte artış gösterir (7, 9,10,11).

Konversiyon Bozukluğu: İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren bir belirti ya da kayıp olması ile karakterizedir. Bu belirti ya da kayba psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, çünkü bu belirti ya da kaybın başlaması öncesinde çatışmalar ya da diğer stres etkenleri vardır. Diğer somatoform bozukluklarda olduğu gibi, hastalar bu belirtileri bilinçli ve istemli olarak ortaya çıkarmazlar ve durduramazlar. Bu bozuklukta nörolojik hastalıkları düşündüren motor, duysal ve visseral belirtiler; görülebilir (1). En sık görülen motor belirtiler, psikojenik nonepileptik nöbetler, paralizi, istem dışı hareketler, astazi ve abazidir. Duyusal belirtiler el ve ayaklarda duyu kaybı ve körlük biçiminde olabilir. Tıbbi bir nedenle açıklanamayan yineleyen kusma atakları (sıklık kusma) ve "globus histerikus" sık karşılaşılan viseral belirtilerdendir (14,15). Konversiyon bozukluğu tüm yaşlarda kızlarda daha sık görülmektedir. Altı yaş öncesi ender görülen bir tablo olduğu bildirilmiştir (4). Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık belirtinin psikojenik nöbetler olduğu gösterilmiştir (9,10,11,16). Yine Türkiye kaynaklı yazında birçok konversiyon bozukluğu olgu sunumlarına rastlanmaktadır (17,18,19).

Tablo: Epilepsi ve konversiyon bozukluğu özelliklerinin karşılaştırılması

Epileptik Nöbet	Konversif Nöbet
Nöbet sırasında anormal EEG bulguları	Normal sınırlarda EEG
İnkontinans sıktır	Nadirdir
Fiziksel yaralanma sıktır	Nadirdir
Genelde stresle bağlantı yoktur	Vardır.
Epileptik nöbetin tipik motor bileşenleri görülür	Motor hareketler tipik değildir
Telkine yanıt yoktur	Genelde telkine yatkındırlar
Postiktal konfüzyon sıktır	Nadirdir
Nöbet sırasındaki olayları anımsamaz	Genellikle anımsar
Genelde yalnızken nöbet görülür	Başkalarının yanındayken görülür
Ani başlangıçlıdır	Yavaş başlangıç görülür

Ağrı Bozukluğu: Çocuk ve ergenlerde ağrı bozukluğu en sık karşılaşılan sorunlardandır. Ağrı, genel tıbbi bir durumla açıklanamayan ve tıbbi müdahalelere yanıt vermeyen, süregelen ya da yineleyici niteliktedir. Ağrı belirgin bir sıkıntıya yol açabilir. Çocuk ya da ergenin işlevselliğinde belirgin değişikliklere yol açarak, okula devam gibi günlük aktivitelerini etkileyebilir, sık doktor başvurularına yol açabilir (1). Görülme sıklığı % 10-15 arasında bildirilmektedir (4). En sık baş ağrısı ve karın ağrısı yakınması görülmektedir. Ekstremitte ağrısı ve göğüs ağrısı da sıktır. Karın ağrılarında çocuklarda, ekstremitte ağrıları ve baş ağrısına ergenlerde sıktır (10,11).

Hipokondriazis: Kişinin en az altı ay süre ile vücut belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması olarak tanımlanmaktadır. Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın bu düşünceler sürüp gitmektedir (1). Aslında, ebeveynler çocuklarının fiziksel belirtileri ile ilgili sıklıkla kaygı yaşarlar. Bu nedenle, ebeveynin kaygılarını, çocuğun kaygılarından ayırmak önemlidir. Çocuk ve ergenlerde hipokondriazisin görülmesi ile ilgili bilgiler oldukça kısıtlıdır (4). Kanser olma korkularının çocukluk yaş grubunda sık görüldüğü bilinmektedir (Pehlivantürk). Aynı zamanda, yazarlar ergenlikte görülen gelip geçici hastalık korkularının hipokondriazis olarak ele alınmaması gerektiğini vurgulamaktadır (Pehlivantürk).

Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk:

Yorgunluk, iştahsızlık, gastrointestinal ya da üriner yakınmalar gibi bir ya da birden fazla fizik yakınmanın olduğu, yeterli tıbbi incelemeden sonra genel bir tıbbi durum ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle açıklanamayan ve en az altı ay süren tablo, farklılaşmamış somatoform bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Bu belirtiler, çocuk ya da ergenin işlevselliğinde bozulmaya neden olmalıdır (1). Zihinsel uğraş ya da hafif fiziksel efor sonrasında uzun süreli ve şiddetli yorgunluk halinin yanı sıra, kaslarda ağrı ve sızı, dispepsi, baş dönmesi, baş ağrısı, uyku bozuklukları, gevşeyememe ve irritabilite gibi belirtiler görülebilir (4).

Vücut Dismorfik Bozukluğu:

Görünümündeki hayali bir kusur ile (sıklıkla ciltte ya da yüzdeki) uğraşıp durma halidir. Hafif bir fiziksel anomali varsa bile kişinin kaygısı buna göre belirgin olarak fazladır. Bu durum, kişinin kusuruna dair yoğun zihinsel uğraşa, sosyal kaçınmaya yol açabilir. Bu kişiler ciddi ve pahalı kozmetik cerrahi müdahaleler ve dermatolojik tedaviler için başvurabilirler. Çocuk ve ergenin sosyal yaşamında, okul ve aile yaşamında belirgin etkilenme söz konusudur (1). Bu bozukluk genellikle ergenlik döneminde başlar. Çocukluk döneminde çok ender görülür (4,15,20). Çocuk ve ergenlerde görülme sıklığı bilinmemekle birlikte, dermatoloji ve plastik cerrahi uzmanlarının rastlayabileceği bir durumdur. Ergenlerde yapılan çalışmalarda en sık cilt, saç, karın, kilo ve dişlerle ilgili sorunların olduğu bildirilmiştir (10,11).

Çocuk ve ergenlerde görülen somatoform bozuklukların bazı anahtar özellikleri olduğu vurgulanmaktadır. Bunlar; normal gelişimsel bir süreci izleyen belirtiler olup, gerçek bir kazadan, hastalıktan hemen sonra, özellikle ebeveynlerin aşırı ilgi gösterdikleri durumlarda ortaya çıkabilir.

-Ergenlik öncesindeki çocuklar, daha büyük çocuklara göre duygusal zorluklarını fiziksel belirtilerle ifade etme eğilimindedirler (örneğin karın ağrısı).

-Ergenlik öncesindeki çocuklar daha çok baş ve karın ağrısı yakınması ile gelirken, daha büyük çocuklar ekstremitte ve kas ağrıları ile nörolojik belirtileri daha sık bildirirler.

-Okul öncesi çocuklar ağrıdan yakınmakla birlikte, ağrının özelliklerini tarifte zorlanırlar. Okul çağı çocuklarının ağrı eşikleri daha yüksektir ve ağrının yarattığı sıkıntıyı daha iyi anlatırlar.

-Ağrı hassasiyeti ve anksiyete arasında belirgin bir bağ vardır.

-Çoğul somatik belirtilerle gelen çocukların ailelerinde anksiyete ve depresyon tanılarının sıkça rastlanır.

-Çocuklukta cinsel istismar deneyimi, çoğul somatik belirtilere yatkınlığı artırıcı bir risk etkenidir.

-Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan ergenlerde, olmayanlara göre daha sık ruhsal fiziksel belirti saptanır.

-Daha önce tıbbi bir hastalık tanısı almanın somatoform bozukluk gelişme riskini artırdığına dair bulgular vardır (15,21).

Etyoloji

Somatoform bozukluklarda pek çok etyolojik etkenden söz edilmektedir. Nörobiyolojik etmenler üzerinde durulmakta, belirtilerin kişilerin normal fizyolojik duyuları yanlış algılamaları sonucunda ortaya çıkmış olabileceği söylenmektedir.

Psikanalitik açıdan bakıldığında ise, kişilerin yaşadıkları bunaltıyı somatik bir işlev bozukluğuna döndürerek çözümlenmeye çalıştığı belirtilmektedir. Ortaya çıkan belirti, bireydeki bunaltıyı yatıştırılmaktadır (birincil kazanç) ve aynı zamanda kişinin hasta olarak algılanmasını, sorumluluklarının azalmasını da sağlamaktadır (ikincil kazanç). Bu kazançlar da hastalık belirtilerinin daha süreğen duruma gelmesinde rol oynamaktadır.

Etiyolojide üzerinde durulan bir diğer etken de "öğrenme" dir. Özellikle çocuklar çevrelerindeki kişilerin hastalığa yönelik tutum ve davranışları, aynı zamanda hasta rolünün getirdiği yararları öğrenerek belirti geliştirebilirler. Ebeveynlerin hastalıkla ilgili kaygıları, merakları fazla ise ve ikincil kazançlar belirgin ise belirtiler sürebilir.

Somatik belirtilerin bireyin beden dili olduğu da söylenmektedir. Bedensel belirtiler bir çeşit iletişim aracı ya da yardım çağrısı olarak kullanılmaktadır. Çocukların sözel ifadelerinin erişkinlere göre daha kısıtlı oluşu, somatizasyonu daha çok kullanmalarının önemli bir nedeni olarak gösterilmektedir.

Çocuk ve ergenlerde somatoform bozukluklar ile psikososyal stres ve aile içi çatışmalar arasında da anlamlı bir ilişki vardır. Bu nedenle, tüm aile bireylerinin değerlendirilmesi ve ayrıntılı öykü alınması gereklidir. Bunun yanı sıra, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık aile ortamı, göç, eğitimle ilgili zorluklar, cinsel, fiziksel istismar gibi birçok olumsuz yaşam olayı da ortaya çıkarıcı etken olarak göze çarpar (9, 10,11,19).

Değerlendirme

Somatoform bozukluk belirtileri sergileyen hastaların fizik muayeneleri genellikle normaldir ya da bulgular hastanın yakınmaları ile uyumlu değildir. Daha önceki tıbbi ve ruhsal değerlendirme bulguları dikkatlice gözden geçirilmeli, aynı zamanda ailedeki fiziksel ve ruhsal hastalıklar sorgulanmalıdır. Laboratuvar değerlendirmeleri hekim tıbbi bir hastalık

olmadığına ilişkin kanaat getirene kadar sürmelidir. Organik bir neden olmadığını kesin olarak bilmek olanaksızdır. Öte yandan aşırı tıbbi değerlendirme, hastanın kaygısını artırıcı bir etkindir (4, 5, 15).

Tıbbi öyküdeki bazı bulgular hekimi somatoform bozukluk tanısını düşünmeye teşvik etmelidir:

- Ailede benzer somatik belirtiler varsa,
- Fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü varsa,
- Belirtilerin başlangıcında ya da öncesinde stres verici ciddi bir yaşam olayı varsa,
- Belirtiler çocuğun gözlenmesi sırasında kötüleşiyorsa,
- Belirtiler çocuğu uykudan uyandırmıyorsa,
- Belirtiler kalıcıysa (Şiddetinde dalgalanma olmuyorsa ya da çevresel değişikliklerden etkileniyorsa),
- Belirtiler artış göstermiyorsa (Tıbbi hastalıklar genellikle zamanla gerilemezler),
- Çok sayıda hekim başvurusu varsa,

bulgular somatoform bozukluk lehinedir (5). Aynı zamanda değerlendirme sırasında çocuğa ya da aileye şu soruları yöneltmek hekime yardımcı olabilir:

- Bu sorunun nedeni ne olabilir?
- Özellikle kendinde olduğunu düşündüğün bir hastalık var mı? (kanser, kalp hastalığı gibi)
- Bu belirtileri iyileştirmek için neler yaptınız?
- Bu belirtiler bir sıkıntı ya da stres sonrasında ortaya çıkmış olabilir mi?
- Ailede benzer yakınmaları olan herhangi birisi var mı?

Geçici somatizasyon belirtileri siktir ve genellikle çocuğun yaşamında önemli aksaklıklara yol açmaz. Bu olgularda belirtiler bir iki hafta içinde kendiliğinden çözülür, çocuk ve ergenin yaşamı etkilenmez. Çevresel olaylar ve yeni stres kaynakları, duyarlı çocuklarda belirtileri yeniden alevlendirebilir (4, 15,22).

Somatoform bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. SB'lerin tedavisinde yalnızca tıbbi yaklaşım ya da yalnızca psikiyatrik yaklaşım sıklıkla başarısız olmaktadır, her iki yaklaşımı birlikte içeren tedavi biçimi en etkin yöntemdir. Başarılı bir tedavi, hastaya yaklaşıma ve hasta ile ailesinin psikoeğitimi sırasında klinisyenler arasındaki etkin işbirliğine bağlıdır. Belki de bu hastaların etkin bir biçimde ele alınmasındaki en önemli unsur, izlem ve yönlendirmelerin tek hekim tarafından yapılmasıdır (4, 23,24).

Herhangi bir bedensel yakınmayla birinci basamağa başvuran çocuk ve ergenler, hekimin tüm bilgi, becerisi ve deneyimlerinden

yararlanarak en kısa sürede “öncelikle zarar verme” temel ilkesi çerçevesinde değerlendirilmelidirler. Hekim tarafından SB tanısı düşünülse bile, çocuk ve ergenlerdeki bedensel belirtilerin metabolik, nörolojik ya da psikiyatrik nitelikte olabileceği göz önüne alınarak, hastanın en kısa süre içinde fizik, nörolojik ve psikiyatrik incelemelerin ve gerekli laboratuvar incelemelerinin tek elden yapılabileceği bir merkeze yönlendirilmesi uygun olacaktır

İletişim: Dr Işık Karakaya

E-posta: karakaya73@yahoo.com

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 4th edition. (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington DC: 1994. Çeviren Köroğlu E: Ankara. Hekimler Yayın Birliği; 1995.
2. ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, 1992 Öztürk O, Uluğ B yönetiminde çeviri. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği; Ankara: 1993.
3. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145: 1358-1368.
4. Fritz GK, Campo JV. Somatoform disorders. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry A comprehensive Textbook*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002, 847-858.
5. Pattaki CS, Kaye DL. Somatoform disorders and functional syndromes. In: Kaye DL, Montgomery ME, Munson SW eds. *Child and Adolescent Mental Health*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002; 350-370.
6. Compo JV, McWilliams L, Comer D ve ark. Somatization in pediatric primary care: Association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 1093-1101.
7. Walker LS, Greene JW. Negative life events and symptom resolution in pediatric abdominal pain patients. *J Pediatr Psychol*, 1991; 16: 341-360.
8. Steinhausen HC, Von Aster M, Pfeiffer E, Gobel D. Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 1989; 30: 615-621.
9. Pehlivan Türk B. Somatoform bozukluklar. *Katki Pediatri Dergisi*, 1996; 17: 864-878.
10. Pehlivan Türk B. Somatoform bozukluklar. Çocuk

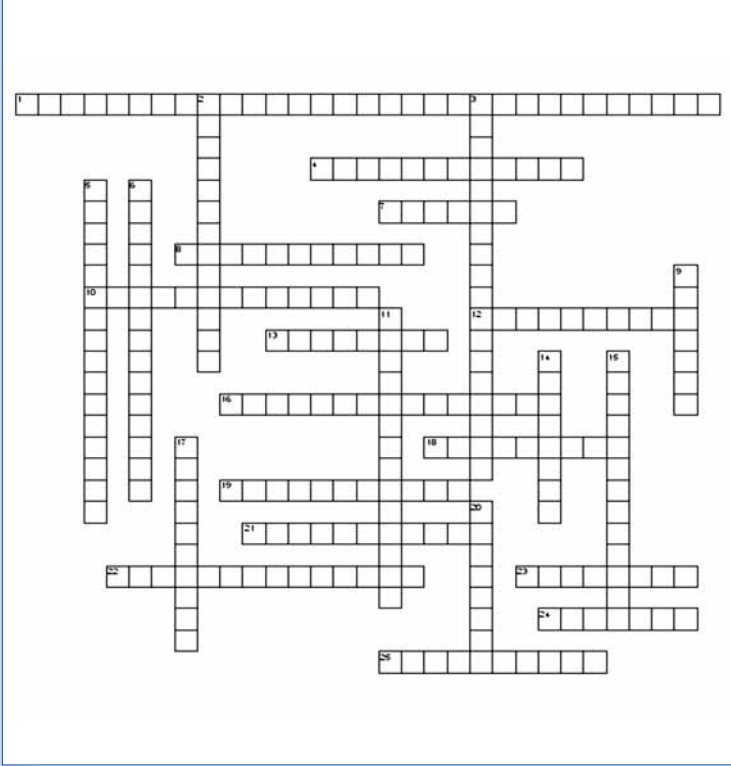
ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde.

Çuhadaroğlu Çetin F (ed), HYB Basım Yayın, 2008, sy: 423-437.

11. Perdahlı Fiş N. Somatoform bozukluklar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde. Soykan Aysev A, Işık Taner Y (eds), 2007, sy: 629-639.
12. Faul C, Nicol AR. Abdominal pain in six-year-olds: an epidemiological study in a new town. *J Child Psychol Psychiatry*, 1986; 27: 251-260.
13. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the children's somatization inventory. *Psychol Assess*, 1991; 3:588-595.
14. Orfenelli L, Barkowski WJ. Conversion disorder in a pediatric transgender patient. *J Neurosci Nurs*, 2006; 38: 114-116.
15. Fritz GK, Fritsch S, Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescents: a review of past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998; 36: 1329-1338.
16. Pehlivan Türk B, Ünal F. Konversiyon disorder in children and adolescents: Clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Türk J Pediatrics*, 2000; 42: 132-137.
17. Akdemir D, Ünal F. Early onset conversion disorder: a case report. *Türk Psikiyatr Dergisi*, 2006; 17: 65-71.
18. Karakaya I, Coşkun A, Komsuoğlu S, 'Konversiyon Bozukluğu Belirtisi Olarak 'Psödoabdominal Paralizisi': Bir olgu Sunumu, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2002; 39(1): 40-43.
19. B Sonuvar B, Pehlivan Türk B. Çocuk ve Ergenlerde Konversiyon Bozukluğu, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 1999; 1(1):62-67.
20. Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2006; 36: 369-382.
21. Gerralde ME. Practitioner review assessment and management of somatization in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40: 1159-1167.
22. Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006; 45: 1179-1187.
23. Olde Hartman TC, Luccassen PL, van de Lisdenk EH, Bar HH, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome. *Br J Gen Pract*, 2004; 54: 922-927.
24. Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev*, 2003; 24: 255-264.



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 Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi'nin hazırladığı "**Geriatri ve Gerontoloji II**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıt arını Temmuz Ağustos 2010 sayımızda yayımlayacağız.



- 1- EMA maruziyetinin bazı kişilerde nonspesifik semptomlar ile diğer kişilerden daha fazla sağlık sorununa yol açması.
- 2- Teratolojik dislokasyonun birlikte görüldüğü bir nöromüsküler sendrom.
- 3- Çocuk ve ergenlerde rastlanan tıbbi bir bozukluğa uymayan fiziksel belirtilere verilen genel ad.
- 4- Herhangi bir fiziksel hastalık ya da patoloji ile açıklanamayan fiziksel belirtileri ya da kişi üzerindeki etkilerini açıklamak için kullanılan terim.
- 5- Konversiyon bozukluğunda görülen viseral bir belirti.
- 6- Somatizasyon bozukluğunun diğer adı.
- 7- Yenidoğanda redükte kalçanın disloke

- 8- Femur başı ile asetabulum arasındaki ilişkinin tamamen bozulması.
- 9- Somatoform bozukluk etyolojisinde öngörülen bir etken.
- 10- Trokanter minorden başlayıp, femur boynu inferioru boyunca ilerleyen ve obturator foramenin üst kenarı ile birleşen eğrinin oluşturduğu hatta verilen ad.
- 11- Sigara içiminin gebelerde oluşturduğu bir komplikasyon.
- 12- Sık kullandığımız bir elektromanyetik alan kaynağı.
- 13- İnsan biyolojisindeki önemli gelişmeler sonucu organizmanın verimliliğinde bir düşme süreci ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin gittikçe azalması.
- 14- Gelişimsel kalça displazisinde bir risk faktörü.
- 15- Gelişimsel kalça displazisinde sık kullanılan bir abdüksiyon cihazı.
- 16- Gelişimsel kalça displazisinde kapalı redüksiyonda femurda oluşabilen bir komplikasyon.
- 17- Gelişimsel kalça displazisinde tedavide destekleyici tanı yöntemi.
- 18- Somatoform bozukluk tanısı alan çocuk ya da ergenlerdeki komplikasyonlardan biri .
- 19- 19-65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının % 4-7 olduğu toplum.
- 20- Asetabulumun yetersiz gelişimi.
- 21- Evde bakım hizmetinin içerdiği parametrelerden biri.
- 22- Çocuk ve ergenlerde rastlanan tıbbi bir bozukluğa uymayan fiziksel belirtilerden biri.
- 23- Uylukta kısalık belirtisinin diğer adı.
- 24- Depresif yaşlı hastalarda sık rastlanan bir girişim.
- 25- Gelişimsel kalça displazisinde kapalı redüksiyonda kullanılan açılama biçimi.