

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION



MART | MARCH
NİSAN | APRİL
2016 | 2016
CİLT 25 | VOLUME 25
SAYI 2 | ISSUE 2

2





Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Doç. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Dr. Bayazıt İlhan

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.

Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara

Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No: 131/133 - Baskı Tarih: Şubat 2016



Merhaba,

Dr. Arif Onan ve Dr. Nurettin Şimşek "*Sağlık Bilimleri Eğitiminde Benzetim Temelli Meslekler Arası Öğrenmenin Öğrencilerin Birey ve Ekip Performanslarına Etkisi*" isimli çalışmalarında sağlık alanı öğrencilerinin benzetim ortamında gerçekleştirdikleri işbirlikli kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminin birey ve ekip performanslarına etkisini incelemişler. Çalışmada yazarlar; işbirlikli öğrenme yaklaşımlarının öğrencilerin meslekler arası öğrenme hazır bulunuşluk düzeylerinde artışa yol açtığını, benzetim temelli öğrenme etkinliklerinin öğrencilerin kardiyopulmoner resüsitasyon öğrenme etkinliklerine yönelik olumlu tutum geliştirmelerine yol açtığını, birey ve ekip performanslarına olumlu yönde etki yaptığını saptamışlar.

Dr. Ali Rıza Tümer ve arkadaşları "*Alkolün Konuşma ve Dil Fonksiyonları Üzerine Etkileri; Deneysel Bir Çalışma*" isimli çalışmalarında 17 sağlıklı gönüllü kişi ile yapılan bu çalışmada alkol almadan önce ve 0,5 mg/kg alkol alımı sonrası kişilerin konuşma paternlerindeki değişimlerin



Fotoğraf: "*Savaşta Çocuk*" Kemal Göl
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2015 Sergi Ödülü

incelenmesini amaçlamışlar. Adli tıp uygulamalarında, Hacettepe Artikülasyon Testi ve Gazi Üniversitesi Türkçe Öğrenim Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından hazırlanıp yayınlanmış A2 Temel Düzeyinde Yabancılar için Türkçe adli kitapta yer alan 12 cümleden oluşan cümle testinin alkollü bireylerdeki konuşma fonksiyonlarının değerlendirilerek nörolojik etkilenme düzeyini saptamada adli muayene ile birlikte kullanıldığında değerli bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

Dr. Ramazan Vural ve arkadaşları "*Antalya'da Bir Kliniğe Başvuran 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Aşılama Durumları*" isimli çalışmalarında 60 yaş ve üzeri kişilerin influenza, pnömokok ve tetanoz aşılarını yaptırma sıklığını saptamayı, ilgili rehberler ışığında, ileri yaşta aşılama konusunu tartışmayı amaçlamışlar.

Çalışmada geriatric popülasyonun aşılama sıklığının hedef değerlerin altında kaldığı görülmüştür. Yazarlar sağlık çalışanlarının ileri yaştaki hastaları aşılama konusunda bilgilendirmesi ve yönlendirmesi ile aşılama yüzdeleri artırılabilir ve aşılama ile toplumsal düzeyde ulaşılması hedeflenen koruyuculuk sağlanabileceğini önermektedirler.

Dr. Sibel Asi Karakaş ve arkadaşları "*EKT Uygulanan Hastalarda EKT Öncesi Anksiyete ve Depresyonun Belirlenmesi*" isimli çalışmalarında elektrokonvülsif tedavi uygulanan hastaların uygulama öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemeyi amaçlamışlar. Yazarlar elektrokonvülsif tedavi uygulanacak psikiyatri hastalarında oluşan anksiyete ve depresyonu önlemek için klinik hemşire ve yardımcı personellerinin hastalarla terapötik bir iletişim kurmalarını ve elektrokonvülsif tedavi öncesi hastaları bilgilendirmelerini önermektedirler.

Dr. Ömer Faruk Mangır ve Dr. Pınar Yalçın Balçık "*Bir Bakışta Avrupa ve Türkiye'de Sağlık*" isimli çalışmalarında güncel ve temel sağlık istatistikleri Avrupa bölgesi bazında ele alınarak Türkiye verileri ile karşılaştırmışlar. Türkiye'nin birçok alanda sağlık hizmeti açısından ilerleme sağladığı fakat Avrupa ülkeleri ortalamasının gerisinde yer aldığı sonucuna ulaşmıştır.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

Sağlık Bilimleri Eğitiminde Benzetim Temelli Meslekler Arası Öğrenmenin Öğrencilerin Birey ve Ekip Performanslarına Etkisi 45
The Effect of Simulation-based Interprofessional Learning on the Health Sciences Students' Individual and Team Performances
Dr. Arif Onan, Dr. Nurettin Şimşek

Alkolün Konuşma ve Dil Fonksiyonları Üzerine Etkileri; Deneysel Bir Çalışma 55
The Effects of Alcohol on Speech and Language Functions; An Experimental Study
Dr. Ali Rıza Tümer, Dr. Güven Mengü, Dr. Özge Gülmez, Dr. Aysun Balseven Odabaşı, Dr. Emre Karacaoğlu

Antalya'da Bir Kliniğe Başvuran 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Aşılama Durumları 62
The Vaccination Status among the Individuals Aged 60 Years and Older Admitted to a Clinic in Antalya
Dr. Ramazan Vural, Dr. Suzan Yazıcı, Dr. Mehmet Özen, Dr. Hasan Kurşun

Derleme / Review Article

EKT Uygulanan Hastalarda EKT Öncesi Anksiyete ve Depresyonun Belirlenmesi 70
Determination of Anxiety and Depression Levels among Patients before Undergoing ECT
Dr. Sibel Asi Karakaş, Hem. Esra Sağlam Laz , Dr. Ayşe Okanlı

Bir Bakışta Avrupa ve Türkiye'de Sağlık 78
Health at a Glance in Europe and Turkey
Dr. Ömer Faruk Nangır, Dr. Pınar Yalçın Balçık

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Can Mustafa Eren

1966 Adana doğumlu. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 1990 mezunu. Adana Fotoğraf Amatörleri Derneği (AFAD) üyesi.

Belgesel ve gezi fotoğrafçılığı konusunda projelere katıldı. Yurtiçi ve yurtdışı ile ilgili birçok sergi ve gösterisi oldu.

Gösterilerini belgesel niteliğinde yazı ve videolarla zenginleştirdi.

10 yıldır "40 hekim 40 fotoğraf" sergisi küratörlüğünü yapmakta "Adanalı Hipokratlar" projesini yürütmektedir.

Halen özel bir hastanede acil hekimliği yapmaktadır.

Can Mustafa Eren "Karga"
STED Fotoğraf Yarışması 2014 Büyük Ödül

Dr. Arif Onan¹, Dr. Nurettin Şimşek²

Geliş/Received : 03.12.2015
Kabul/Accepted: 12.02.2016

Öz

Giriş: Bu araştırmada, sağlık alanı öğrencilerinin benzetim ortamında gerçekleştirdikleri işbirlikli kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) eğitiminin birey ve ekip performanslarına etkisi incelenmiştir. Çalışma, H.Ü. Tıp, Hemşirelik ve Acil Bakım Teknikerliği bölümünden toplam 72 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Mesleklerarası öğrenme mesleklerarası çalışma ile ilişkilendirildiğinde etkili olmaktadır. Bu nedenle öğrencilerin tümünün programlarında yer alan temel yaşam desteği becerisi konusu seçilmiştir.

Yöntem: Karma desende bu çalışmanın nicel boyutunda öğretim uygulamalarındaki farklılıkların mesleklerarası öğrenmeye yönelik hazırbulunuşluk ve kardiyopulmoner resüsitasyon performansı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın nitel boyutunda ise bulguların netleştirilmesi, eğitim etkinliklerinin meslekler arası işbirliği becerilerini ne ölçüde etkilediği sorusuna yanıt aranmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Elde edilen bulgulara göre; işbirlikli öğrenme yaklaşımları öğrencilerin mesleklerarası öğrenme hazırbulunuşluk düzeylerinde artışa yol açmaktadır. Benzetim temelli öğrenme etkinlikleri öğrencilerin KPR öğrenme etkinliklerine yönelik olumlu tutum geliştirmelerine yol açmakta, birey ve ekip performanslarına olumlu yönde etki yapmaktadır. Deney grubu öğrencilerin teknik olmayan ekip performans düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Temel yaşam desteği becerilerin öğretilmesinde mesleklerarası öğrenme uygulamaları memnuniyetle karşılanmakta ve işbirlikli yöntemlerin öğrencilerin hazırbulunuşluk düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Öğrencilerin alanları dışındaki öğrencilerle bir araya gelmeleri sağlanarak mesleki gelişimlerini olumlu yönde etkilemek mümkün görünmektedir.

Anahtar sözcükler: Simülasyon, Mesleklerarası öğrenme, Temel yaşam desteği, Kardiyopulmoner resüsitasyon

Abstract

Introduction: In this research, the effect of interprofessional cardiopulmonary resuscitation training conducted in the simulation environment on the individual and team performances of the health care students were investigated. Seventy-two students from the Hacettepe University, Faculty of Medicine, Nursing, and First and Emergency Aid Program participated in the study. CPR was selected as the study domain as there are strong propositions in the literature that interprofessional learning is effective when associated with interprofessional work.

Method: This research was designed in a mixed method to find holistic answers to the questions related to the effects of learning activities on the students' individual and team CPR performances via the cooperative learning process. The impact of the variations differences in teaching practices on the readiness and CPR performance were analyzed with quantitative research techniques. Qualitative research techniques were used to clarify the findings and find answers to what extent the training activities affected interprofessional collaboration skills.

Findings and results: The interprofessional learning approach led to an increase in the readiness of students about interprofessional learning and positive impact on the individual and team performances of the students. Simulation-based learning activities led the students to achieve positive attitudes towards CPR learning activities. Students who learned in an interprofessional manner had significantly higher non-technical team performance levels than the control group. According to the results, collaborative approach had a positive impact on students' individual and team performance. Students regarded their interactions with the other professionals as a contribution to their improvement.

Key words: Simulation, Interprofessional learning, Basic life support, Cardiopulmonary resuscitation

1 Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

2 Prof.; Ankara Ü. Eğitim Bilimleri Fak., Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi Bölümü, Ankara

Giriş

Sağlık sistemlerinin güvenli, etkili, hasta odaklı, nitelikli, hakkaniyetli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunabilmeleri için sağlık profesyonellerinin ekip olarak birlikte çalışma yeteneği ve işbirliğine dayalı beceriler geliştirmesine gereksinim vardır (1,2). Sağlık profesyonelleri uygulamalarını ekip çalışması sergilemek, diğer meslek uzmanları ile iletişim kurmak, ortak hedefleri eşgüdüm içerisinde gerçekleştirmek durumundadır (3). Sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan tıbbi hataların (4) giderilmesi ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi öncelikli konulardan biridir. Yapılan çalışmalar tıbbi hatalardan kaynaklanan zararların azaltılmasında ve hizmet kalitesinin artmasında sağlık profesyonellerinin meslekler arası işbirliği ve ekip çalışması sergilemelerinin etkili olduğunu göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin birbirlerinin rollerini anlamadaki sınırlılıkları, görev koordinasyon eksikliği ve etkili iletişim stratejileri geliştirememiş olmaları gibi etmenler ise meslekler arası işbirliğinin önündeki engelleri oluşturmaktadır.

Hasta merkezli işbirlikli uygulama, her bir meslek uzmanlığının hasta bakımına ve karar verme sürecine aktif katılması, diğer sağlık çalışanları ile iletişimde ve organize olmaları, diğer mesleklerin katkısına saygı göstermeleri ile mümkündür (5). Sağlık profesyonellerinin bu becerileri geliştirmelerinde meslekler arası öğrenmenin etkili bir öğretim yöntemi olduğu bildirilmektedir.

Meslekler arası öğrenme, farklı meslekten kişilerin, işbirliğinin ve sağlık hizmetinin kalitesinin artması için birbirlerinin rollerini anlamalarını, birlikte ve birbirlerinden öğrenmelerini hedefleyen etkileşimli öğrenme stratejisidir (6). Birlikte çalışmayı öğrenmenin en iyi yolu, onu yaparak öğrenmedir. Sağlık profesyonellerinin çalışma yaşamlarında birlikte çalışma becerisi göstermeleri için de birlikte öğrenmeleri, bu sürecin ise öğrencilikten başlatılması önerilmektedir (7). Öğrenme sürecine etkileşimli katılım, gerçekçi ve ortak öğrenme hedefleri, işbirliği çerçevesinde rol ve görev dağılımı, katılımcıların yetkinlik ve beceri düzeylerine ilişkin farkındalıkları gibi koşullar öğrenmenin niteliğini yükseltmektedir. Meslekler arası öğrenme, öğrenenin kendi mesleği dışındakilerin rolleri hakkında farkındalık geliştirmesine, kendi rolünü anlamasına, mesleki gelişimini sürdürmesine ve mesleki

sosyalleşmesine katkı sağlamaktadır (4). Sağlık alanı öğrencilerinin küçük grup yapısında gerçekleşen öğretim etkinliklerine katılmaları, klinik durumlara verilecek tepkiyi birlikte gerçekleştirmeleri, süreçlerde mesleki bilgisi ile yer almaları meslekler arası öğrenmeyi kolaylaştırmaktadır (8).

Meslekler arası öğrenme etkinlikleri sınıf ortamından artırılmış gerçekliğe doğru çeşitlilik gösteren öğrenme ortamlarında gerçekleştirilebilmektedir. Öğrenme ortamlarındaki gerçeklik, öğrenme ile gerçek yaşam arasındaki bağı kurmada, ilişkilendirmede etkili bir araçtır. Hasta hakları ve güvenliği gibi olguların öne çıkmasıyla etkinliklerin gerçek ortamlarda yapılabilmesi mümkün olamamaktadır. Öğrenenlerin anlamlı öğrenme yaşantıları geliştirmeleri için gerçekliği taklit eden, gözetimli ve güvenli ortamları benzetim tekniğiyle oluşturmak mümkün görünmektedir (9). Bir öğrenme metodolojisi olarak benzetim (10), öğrenme durumları için gerçekçi ve gösterilebilir bağlamlar sunarak öğrenciye hasta bakımını yönetme deneyimi sağlar. Simüle senaryoda benzetim araçları kullanılarak uygulamaya sürükleyici, dinamik bir gerçekçilik sağlanabilir, klinik karar ve eylemlerin sonuçları gözlemlenebilir (11). Benzetim ile hasta güvenliğine yönelik hata yönetimi, güvenlik kültürünün benimsenmesi, ekip çalışması ve karmaşık sistemlerde performans artışını amaçlayan eğitim uygulamaları yapılabilmektedir. Benzetim, yetkinliklerin gösterilmesi, belgelenmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş yöntemleri de desteklemektedir (12). Bridges, Davidson, Odegard, Maki ve Tomkowiak (13), senaryoya dayalı benzetimin iletişim, ekip çalışması, önceliklerin düzenlenmesi, yetki kullanma ve liderlik gibi becerileri geliştirdiğini bildirmektedir.

Meslekler arası işbirliği ve ekip çalışması, sağlık meslekleri için temel yetkinliklerden biri olma yolundadır (14). Meslekler arası öğrenme, öğrenme konusunun işbirliğini gerektirmesi durumunda gerçekleşmektedir (6,7). Öğrencilerin biraraya geleceği öğrenme etkinliklerinde, konunun her mesleğin uygulama alanında yer alıyor olması önem kazanmaktadır. Uluslararası Resüsitasyon Uzlaş Komitesi (ILCOR), kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) ve acil kardiyovasküler bakım kapsamında hasta bakımı

ve sonuçlarını iyileştirmek için reanimasyon biliminin uygulanması, eğitimde ve uygulamada etkili stratejiler kullanılması gerektiğini önemle vurgulamaktadır.

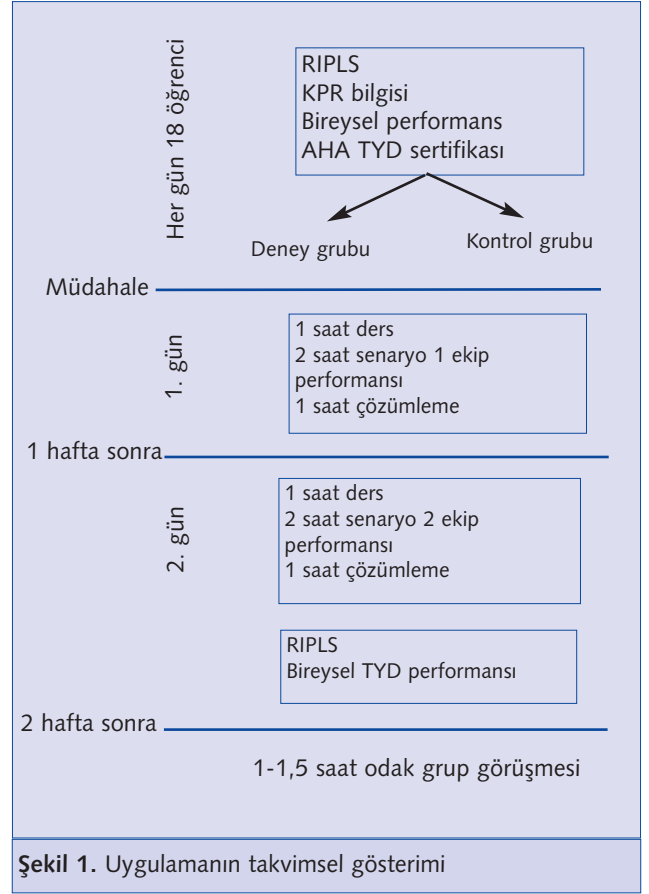
Meslekler arası KPR uygulamaları, temel yaşam desteğine özgü yapıları açıklamada tek başına yeterli olamamaktadır. KPR eğitiminin özgün bir altbaşlığı olan erişkin temel yaşam desteğinin meslekler arası yaklaşımla ele alınması önem taşımaktadır. Alanyazında temel yaşam desteği konu alanında sağlık alanı öğrencilerinin ekip olarak yer aldığı çalışmalar yeterli düzeyde değildir. Bu nedenle araştırmada, sağlık bilimleri eğitiminde benzetim temelli meslekler arası öğrenmenin, öğrencilerin temel yaşam desteği (TYD) birey ve ekip performansına etkisi incelenmiştir. Öğrenmenin etkililiği hazırbulunuşluk, tutum ve performans göstergeleri ile değerlendirilmiştir.

Yöntem

Bu araştırma nicel ve nitel veri toplama yöntemleri bir arada kullanılmış, karma yöntem çalışma deseni çerçevesinde planlanıp, gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma teknikleri ile öğretim uygulamalarındaki farklılıkların hazırbulunuşluk ve performans üzerindeki etkisi gösterilirken, nitel araştırma teknikleri ile bu bulguların ayrıntılandırılması, eğitim etkinliklerinin meslekler arası işbirliği becerilerini ve süreçleri ne biçimde ve ne ölçüde etkilediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tasarım

Eğitsel girişimde ölçme ve değerlendirme işlemlerinden tutarlı sonuçlar elde etmek amacıyla bazı önlemler alınmıştır (15). Bu amaçla eğitimcilerin Amerikan Kalp Derneği (AHA) TYD uygulayıcısı ve eğitici ile "Beceri performans değerlendirme" eğitimi, öğrencilerin ise AHA TYD uygulayıcısı sertifikası almaları sağlanmıştır. Öğrenciler cinsiyet, meslek, TYD bilgi ve bireysel performans düzeyleri gözetilerek uygulama gruplarına yansız atanmışlardır. Eğitim, toplamda 8 ders saati sürecek biçimde tasarlanmıştır. Programın iki saati sınıf ortamında eğitici yönelimli ders, dört saati senaryo uygulaması ve iki saati çözümlenme olacak biçimde yapılandırılmıştır. Öğretim etkinlikleri birer hafta arayla, öğle sonrası dört ders saati süren, iki günlük uygulama şeklinde yürütülmüştür (Şekil 1).



Şekil 1. Uygulamanın takvimsel gösterimi

Derslerde, meslekler arası işbirlikli uygulama için temel yetkinlikler (16) çerçevesinde hazırlanan, işbirliği eğitim materyali kullanılmıştır. Eğitim materyali hasta güvenliği, işbirlikli uygulama için etik ve değerler, roller ve sorumluluklar, iletişim, ekip ve ekip çalışması gibi alt konu başlıklarını içermektedir.

Deney grubu öğrencileri öğrenme etkinliklerini farklı meslek grubu öğrencileri ile meslekler arası ekip çalışması bağlamında gerçekleştirmiştir. Kontrol grubu öğrencileri öğrenme etkinliklerini kendi meslektaşları ile ekip çalışması bağlamında gerçekleştirmiştir. Katılımcıların tümü senaryo uygulamaları öncesi ortam, uygulama ve öğrenim hedefleri konusunda bilgilendirilmiş ve 10 dakikalık standart etkinlik ile uyumları sağlanmıştır. Öğrencilerden 10 dakika süren olgu temelli senaryolarla TYD ekip performansları sergilemeleri istenmiş ve video kayıtları yapılmıştır. Her ekip görevi ardından gözetmen eşliğinde anlık yapılandırılmış geribildirim vermişlerdir. Öğrencilerden ekip performanslarının olumlu ve olumsuz yönleri ve performansın daha iyi olması için ne yapılabileceği konusunda

değerlendirmeleri alınmıştır. Sınıf ortamında yapılan bir saatlik çözümlene oturumu ile uygulama sona erdirilmiştir. Kayıt altına alınan ekip performansları, alan uzmanlarınca rubrikler aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Eğitim uygulamalarının sonunda öğrencilerin tam sürüm bireysel TYD performansları kayıt altına alınmış, rubrik yardımıyla değerlendirilmiştir. Son olarak katılımcılar meslekler arası işbirliği hazırbulunuşluk (RIPL) ölçeği'nin Türkçeye uyarlanmış sürümü üzerinden değerlendirilmiştir. Odak grup görüşmeleri her mesleki gruptan iki ekibin katılımıyla üç farklı oturum şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılar

Araştırma katılımcıları 2013-2014 öğretim yılının ikinci yarısında, Hacettepe Üniversitesinin Tıp ve Hemşirelik Fakültesi ile Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği programı öğrencilerinden oluşmaktadır. Katılımcıların etkinliklerde gönüllü katılımını özendirmek için ücretsiz AHA TYD uygulayıcı sertifikası elde etmeleri sağlanmıştır. Araştırma için HÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 24.07.2013 tarih ve GO 13/391 -10 karar no ile uygunluk oluru alınmıştır. Katılımcı öğrencilerin eğitim dönemleri tıp için 4, hemşirelik için 3 ve paramedik için 2. sınıftır. Öğrencilerin mesleki cinsiyet dağılımında erkekler azınlıktadır. 21 Hemşire, 17 hekim ve 14 paramedik öğrenci kadındır.

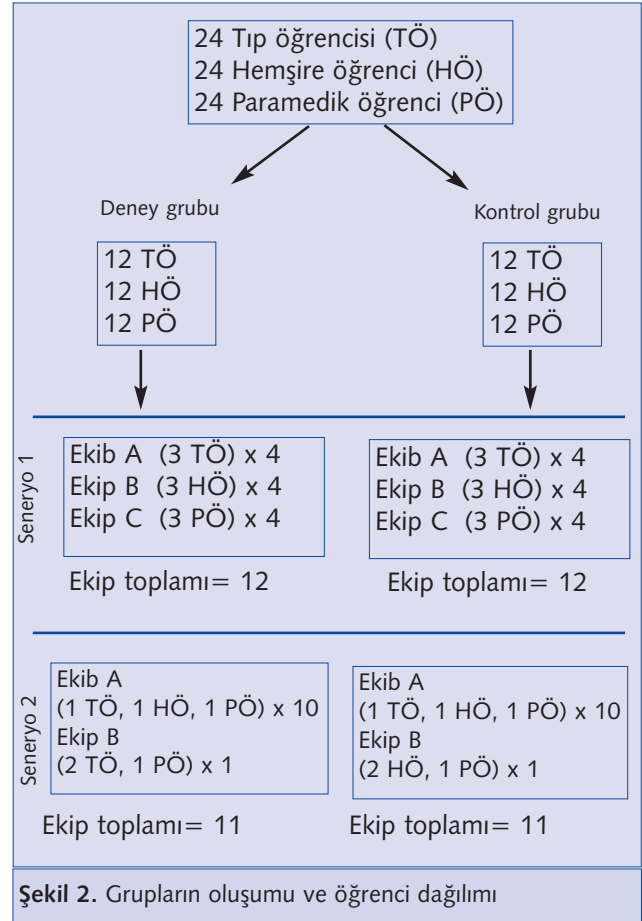
Çalışmada her bir meslek grubu 24 öğrenci ile temsil edilmektedir. Öğrenciler her iki senaryo uygulamalarında da üçer öğrenciden oluşan sağlık ekibi içerisinde yer almaktadır. Katılımcılar Senaryo 1 uygulamalarında meslek içi, Senaryo 2 uygulamalarında meslekler arası ekipler oluşturmuşlardır.

İlk senaryo uygulama ve ölçümlerine tam katılım sağlanmıştır. İkinci senaryo uygulama ve ölçümlerinde 6 öğrenci kaybı yaşanmıştır. 1 hemşire, 1 tıp ve 4 paramedik öğrencisi ikinci senaryoya katılım göstermemiştir.

Veri Toplama Araçları

RIPL Ölçeği Türkçe Sürümü

Parsell ve Bligh'e (17) ait RIPL ölçeğinin McFadyen, Webster, Strachan, Figgins, Brown ve McKechnie (18) tarafından geliştirilmiştir



sürümünün Türkçeye uyarlanması kullanılmıştır. Ölçeğe ait doğrulayıcı faktör analizi (CFA) verilerinin Parsell ve Bligh (17) tarafından önerilen model ile uyumlu olduğu görülmüştür. Tüm ölçeğe ilişkin Cronbach Alfa değeri 0,87 bulunmuştur. Modele ilişkin uyum indeksleri tabloda gösterilmektedir.

Türkçe RIPL ölçeğinin uyum indeks değerleri								
N	sd	X ²	RMSEA	GFI	AGFI	RMR	SRMR	NFI
484	149	445,98	0,06	0,91	0,89	0,04	0,05	0,96

TYD Bilgi Testi

Öğrencilerin TYD bilgi düzeylerini ölçmek için sertifikasyon programı öğrenci klavuzu konu alanı ile sınırlı, öğrenme hedefleri ile uyumlu 25 çoktan seçmeli sorudan oluşan bilgi testi geliştirilmiştir. Konu alanı uzmanlarınca kapsam ve içerik geçerliği onaylanmış ve AHA sertifikasyonunda kullanılan soru seti ile uyumlu bulunmuştur.

AHA Temel Yaşam Desteği Bilgi Testi

AHA TYD sertifikasyonu sonunda özgün, dört seçenekli, çoktan seçmeli, 25 adet sorudan oluşan bilgi testi kullanılmaktadır. Öğrencilerin sertifikasyon sonunda 100 puan üzerinden en az 84 puan elde etmeleri istenmektedir.

TYD Analitik rubrik

AHA TYD Sertifikasyon programı sonunda öğrencilerin durum değerlendirme, harekete geçme, nabız kontrolü, yüksek kaliteli KPR ve otomatik eksternal defibrilatör (OED) kullanımını bütüncül bir yaklaşımla ele alan değerlendirme formu kullanılmaktadır. Bu form üzerinde değişiklikler yapılarak erişkin TYD bireysel performansını değerlendirmede kullanılacak analitik rubrik oluşturulmuştur.

Temel Yaşam Desteği Ekip Performansı Rubriği

Ekiplerin performanslarını ve teknik olmayan becerilerini gözleme dayalı puanlamak için gerekli izin alınarak Cooper ve arkadaşları tarafından (19) geliştirilen TEAM ölçme aracı kullanılmıştır. 11 maddeden oluşan TEAM ölçme aracının kategorileri liderlik (2 madde), ekip çalışması (7 madde) ve görev yönetiminden (2 madde) oluşmaktadır. Ölçme aracının içerik geçerliği indeks değeri 0,96'dır.

Odak Grup Görüşmeleri

Uygulamanın teorik temellerini ve eğitsel boyutlarını biçimlendirmek için yapılan derleme çalışmasından elde edilen analitik kategoriler ve teorik açıklamalar, odak grup görüşmelerinde kullanılan soru setine çerçeve oluşturmuştur (20). Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmelerden elde edilen verilerin kodlanması, kategorilerin ve temaların biçimlenmesinde de derleme çalışmasının çizdiği çerçeveden yararlanılmıştır.

Araştırmacı, ölçme değerlendirme uzmanı, alan uzmanı ve tıp eğitimi uzmanından oluşan dört kişilik bir ekip, kategorilerin ve temaların biçimlenmesinde görev almıştır. Araştırmacının verileri çözümleme sürecini yönetmek için aynı ekibin katıldığı bir pilot çalışma biçimlendirilmiştir. Pilot çalışma ile derleme çalışmadan elde edilen kategori ve temaların veriyi karşılama düzeyi hakkında bilgi sahibi olmak ve varsa eksikliklerin giderilmesi hedeflenmiştir.

Odak grup görüşmelerinde öğrencilere eğitim, öğretim yöntemi, TYD'nin önem sırası, mesleğin TYD'ne katkısı, performansı etkileyen etmenler, benzetim düzeyi ve senaryo kullanımı konu başlıklarında kümelenen değerlendirme ve görüşlerini bildirecekleri 13 soru yöneltilmiştir.

Verilerin analizi

RIPL ölçeği ve TYD Bireysel performans ön-son test karşılaştırmaları için karışık ölçümlerde iki

faktörlü Anova, alt grup karşılaştırmalarında tek yönlü Anova test istatistiği kullanılmıştır.

Ekip performansı karşılaştırmaları için senaryo 1'de ilişkisiz örneklem için Man Whitney U ve bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi istatistik teknikleri kullanılmıştır. Senaryo 2 için ilişkisiz örneklem için Man Whitney U test istatistiği kullanılmıştır.

Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmeleri tematik içerik analizi yapılmıştır. Video görüşmeleri için tematik içerik analizi yapılmıştır. Nicel verilerin analizinde SPSS 15, nitel verilerin analizinde Nvivo programı kullanılmıştır. Performans ölçümlerinde Little Anne KPR eğitim mankeni ve Resusci Anne ilk yardım mankeni ile Life-Point Pro OED kullanılmıştır.

Sonuçlar

RIPL Türkçe ölçeği

Etkinliklere katılan öğrencilerin öntest – sontest RIPL ortalama puanları 73,14 ve 76,17 ölçülmüştür. Deney grup öğrencilerin RIPL ortalama puanları ise 72,64 ve 75,97'dir. Kontrol grup öğrencilerin öntest – sontest RIPL ortalama puanları 73,64 ve 76,30'dur. Eğitim etkinlikleri sonunda tüm öğrencilerin RIPL düzeylerinde artış gözlenmekte ancak, artışlarda yöntemden kaynaklanan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Mesleki farklılığa göre öntest-sontest RIPL'denn elde edilen toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark vardır. [F(2, 60)= 7.09, p<0,05] Post Hoc çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni bulgularına göre, hemşire öğrencilerin tıp öğrencilere göre RIPL ortalama puan farkları (7,39) istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Eğitim uygulamalarına farklı alt gruplarda katılan öğrencilerin öntest - sontest RIPL'den elde edilen toplam puanların ortalamaları arasında anlamlı fark vardır. [F(5, 60)= 2.93, p<0,05] Post Hoc çoklu karşılaştırmalarda Tukey HSD sonuçlarına göre, kontrol grubunda hemşire öğrencilerin tıp öğrencilere göre RIPL ortalama puanları arasındaki fark (8,48) istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Bireysel temel yaşam desteği

TYD bireysel performans öntest - sontest ortalama puanları deney grubu için 71,52 – 111,67 ve kontrol grup öğrencileri için 71,67 – 110,15 dir. Eğitim etkinlikleri sonunda öğrenci

performanslarında artış gözlenmekte birlikte, artışlarda yöntemden kaynaklanan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

İki ayrı eğitim uygulamasına katılan öğrencilerin TYD performans ortalama puanları uygulama öncesinden sonrasına anlamlı farklılık göstermemektedir. Farklı işlem ve/veya meslek gruplarında olmak ile tekrarlı ölçüm etmenlerinin, öğrencilerin birey performans düzeylerine ortak etkileri anlamlı değildir.

Grup içi ve gruplar arası bulgular, yöntem, meslek ve tekrarlı ölçüm değişkenlerinin tek tek ya da ortak etkilerinin öğrencilerin birey performans ölçüm değerlerini artırmada benzer etkilere sahip olduğunu göstermektedir.

Ekip temel yaşam desteği

Ekiplerin senaryolardaki TYD performansları TEAM ölçme aracı kullanılarak değerlendirilmiştir. Senaryo 1 ölçümleri, farklı yöntem kullanmanın ekip performansları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir [Mann-Whitney U = 58.000, p=0.412; p > 0,05]. Bulgular, farklı meslekte olmanın ekip performansları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. [$\chi^2(2)=0.946$; p=.623; p > 0,05]

Senaryo 2 ölçümleri, TEAM puanlama tek boyut üzerinden yapıldığında, farklı yöntem kullanmanın ekip performansları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. [Mann-Whitney U = 32.000, p=0.060; p > 0,05] TEAM Puanlamanın alt boyutları dikkate alındığında, farklı yöntem kullanmanın ekip çalışması alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. [Mann-Whitney U = 29.000, p=0.037; p < 0,05]

Odak Grup Görüşmeleri

Uygulamaya ilişkin temalar odak grup görüşmelerinden elde edilmiştir.

Memnuniyet

Öğrenciler, TYD sertifikasyonuna ve senaryo temelli TYD ekip uygulamalarına yönelik memnuniyet ifadeleri kullanmışlardır. Öğrenciler aldıkları eğitime değer verdiklerini, öğrenmelerini geliştirdiklerini, diğer öğrenme konularının da

benzetime dayalı işbirlikli yaklaşımla öğrenmeye istekli olduklarını bildirmektedirler.

TÖ "Eğitimin inandırıcı olması gerekli. Eğitimdeki becerinin gerçek yaşamda yerinin olduğunu görmek bu eğitimi bambaşka bir yere koymamı sağladı."

Algı ve Tutumda Değişme

Genel olarak öğrenciler başka bakış açılarının değerli olduğunu düşünüyor ve meslekler arası etkinlikten olumlu ifadelerle söz ediyor. Paramedik öğrenciler kendi akranları ve hemşire öğrencilerle çalışmayı daha güvenli buluyor. Sahada hekimlerle rahat çalışmadıklarını, eğitim uygulamasında ise bu negatif durumun yaşanmadığını ifade ediyorlar.

Öğrencilerin TYD becerisini kendi meslek alanlarının temel becerisi içerisinde değerlendirdikleri görülmektedir. TÖ "Bu durumla dışarıda karşılaşsak öğrendiğim beceriyi uygulayabileceğimi düşünüyorum" HÖ "Şu an gereksinim duyana KPR yapabilirim".

Geribildirim ve Yansıtma

Görüşme kayıtlarında öğrenciler geribildirim arama, anlamlandırma ve kullanma boyutlarıyla kullandıklarını, işbirlikli, deneyimsel ve rehberli öğrenmeye yönelik olumlu tercihlerini bildirmektedirler. Video gösterimine, bilgilerin güncel olmasına ve uygulamanın ekip çalışması formatında gerçekleşmesine yönelik olumlu değerlendirmelerde bulunmuşlardır. Öğrenciler eğitim takvimi ile ilgili zorlukların performanslarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Öğrenciler yeterli miktarda yeniden yaptıklarını, sorularına karşılık bulduklarını, eğitimcilerden sürekli düzeltici geribildirim aldıklarını ve bu durumun öğrenmelerini geliştirdiğini ifade etmişlerdir. TÖ "Bu eğitimi dönem 3'te almıştık ama küçük grupta almış olmayı daha değerli bulduk. Yeterli maketin olması, pratik yapabilme ve uygulama ortamının uygunluğu bende olumlu fark yarattı. Bilgiler ve video günceldi, bu durumla dışarıda karşılaşsak öğrendiğim beceriyi uygulayabileceğimi düşünüyorum."

Çözümleme

Çalışmamızda çözümleme etkinlikleri öğrencilerin yansıtma yapmaları yönünde yapılandırılmış,

çözümleme sonuçları odak grup görüşmesine yansıtılmıştır. Öğrenciler çözümleme etkinliklerini önemsediklerini ve değer verdiklerini bildirmektedir. Çözümlemenin senaryo biter bitmez yapılmasını talep etmişlerdir. TÖ "Ortam güvenliği çok önemli, senaryolarda bu konu işlendi ama biz bu basamağı ihmal ettik." PÖ "Senaryo sonrası geribildirim verilmeli".

Senaryo

Öğrenciler senaryoların gerçeklik düzeyi ile öğrenmeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir. TÖ "Sertifika eğitimi boyunca çok tekrar yapma olanağı bulduk ama aralıklı senaryo ile karşılaşınca becerinin daha iyi oturduğunu düşünüyorum." TÖ "Senaryolar inandırıcı ve farklı olmalı. Ben senaryoları farklı bulmadım. Daha karmaşık, kliniğe özgü ve inandırıcı olabilir."

Benzetim Düzeyi

Öğrenciler teknik becerilerin öğrenilmesinde yarım boy düşük benzetim düzeyli simülatörler ile tam boy simülatörleri kullanmanın kendilerinde bir fark yaratmadığını bildirmişlerdir. TÖ "Mankenlerin yarım ya da tam boy olmasını önemsemedim. Ancak bazı mankenlere solunum yapmak, göğüsün şişip şişmediğini görmek daha kolaydı, aynı şey kompresyon için de geçerli. Mankenlerin kalitesi ve işlevlerinin daha önemli olduğunu düşünüyorum."

Bazı öğrenciler senaryoları inandırıcı bulmadıklarını ifade etmektedir. Ortam benzetimi ve senaryoların kendilerinde oluşturduğu gerçeklik düzeyi arttıkça sürece daha kolay

katıldıklarını ifade etmişlerdir. Anlatımlar derinleştirildiğinde, göreve odaklanan öğrencinin senaryo ile hedeflenen ipucunu göremediği (çevre güvenliği), yansıtma yaparak bu eksikliğı giderdiği gözlenmiştir. TÖ "Hasta banyodaydı, hastaya odaklanıp ortam güvenliğini dikkate almadan başladık."

Ekip çalışması eğitiminde temel bilgi ve becerilerin düşük kaynak yoğunluklu eğitim yöntemleri kullanılarak verilmesi mümkün görünmektedir. Ancak, çalışmamızdaki senaryo oturumları incelendiğinde, ortam benzetimi de dikkate alındığında, yarım boy simülatörle çalışan öğrencilerin bazılarının tam boy simülatörün üzerinden atladığı, yarım boy maketle kazandıkları çalışma alışkanlıklarını olumsuz biçimde performanslarına yansıttıkları gözlenmiştir.

Senaryo kaydı video analizleri

TYD Birey Performans Video Analizlerine göre öğrenciler yöntem ayırımı yapmaksızın çok iyi düzeyde solunum, nabız, kompresyon kontrolü, baş pozisyonu alma ve OED kullanımı tekniğine bağlılık gösterdiler. Öğrencilerin iki dakikalık döngüde işlem sırası, sayısı yönüyle prosedürlere bağlılıkları çok iyi düzeydeydi.

TYD Ekip Performansı Video Analizleri

Senaryoda hastanın özgeçmişini hakkında bilgi sahibi olan hemşire öğrencinin ilk müdahaleyi yapması beklenmektedir. OED ambulansında olduğundan OED'yi paramedik öğrencinin getirmesi beklenmektedir.

TYD		
Gözlem	Deney	Kontrol
İlk müdahale	6 HÖ 3TÖ 2PÖ	4 HÖ 4 TÖ 3 PÖ
Bilgi paylaşımı	10 ekip	6 ekip
OED getir	7 PÖ 2 TÖ 2 HÖ	4 PÖ + TÖ 3 HÖ
Ortam güvenliği	2 ekip	-
Destekleyici geribildirim	7 sürekli 4 arasıra	5 sürekli 6 arasıra
Değişim	8 ekip sürekli 3 ekip bir kez üçlü değişim, diğer değişimler ikili	4 ekip sürekli 6 ekip 1 üçlü değişim, diğer değişimler ikili, 1 ekip değişim yok
Yorgunluk bildirim (Beden, sözlü)	2 ekip, değişim var	4 ekip, 1 değişim var
Teknik destek	2 maske balon arıza (düzeltildi) 1 OED açılmadı (Açıldı)	1 OED kablo takılmadı. Destek yok

HÖ: Hemşire, TÖ: Tıp, PÖ: Paramedik öğrenci

Tartışma

TYD tüm sağlık çalışanlarından beklenen ve ekip çalışması gerektiren becerilerdendir (21). Her bir sağlık çalışanı acil durumda anlık oluşan ekibin üyesi olabilmekte, durumsal farkındalık, liderlik ve kritik karar verme becerileri göstermesi gerekmektedir.

Mesleklerarası öğrenmenin, işbirlikli çalışmanın gerektirdiği bilgi ve becerilerin kazanılmasında etkili olduğu, algı ve tutum üzerindeki etkinin ise sınırlı kaldığı bildirilmektedir (4,22). Mesleklerarası benzetim etkinliklerinde elde edilen öğrenci deneyimleri üst düzey memnuniyet, istek ve öğrenme algısına yol açmaktadır (23). Aynı biçimde, mesleklerarası öğrenenlerin benzetime dayalı öğrenme deneyimlerine yönelik algıları değerli ve ilişkisel olduğu yönündedir (24,25).

Çalışmamızda uygulama öncesi ve sonrası yapılan ölçümlere göre, işbirlikli uygulamalara katılan öğrencilerin RIPL düzeyinin uygulama sonrası anlamlı biçimde arttığı görülmektedir. Uygulamalara katılan öğrencilerin meslekleri dikkate alındığında, hemşire öğrenciler tıp öğrencilerinden anlamlı biçimde yüksek RIPL düzeyine sahiptiler.

Çalışmamızdaki post hoc çoklu karşılaştırmalarda, kontrol gruptaki hemşire öğrencilerin RIPL puanları, tıp öğrencilerinin RIPL puanlarından anlamlı biçimde yüksektir. Deney gruptaki hemşire öğrencilerin RIPL puanları ise, tıp öğrencilerinin RIPL puanlarında yüksek olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgu, uygulanan yöntemin mesleklerarası gruptaki tıp öğrencilerinin RIPL düzeylerini, meslek içi gruptaki tıp öğrencilere göre anlamlı biçimde yükselttiğini göstermektedir. Deney grubundaki tıp öğrencileri, hemşire öğrenciler ile aralarındaki RIPL düzeyleri farkını gidermiş görünmektedirler.

Uygulama sonrası yapılan TYD birey performans ölçümlere göre, uygulamalara katılan öğrencilerin meslekleri dikkate alındığında, öğrencilerin TYD birey performans ölçüm puanları mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu bulgu uygulamaların öğrencilerin TYD birey performans düzeyleri üzerinde mesleki farklılıkları giderici bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin OED kullanma tekniklerini çok iyi düzeyde uyguladıkları gözlenmiştir. Bu durum, öğrencilerin güncel (26) sertifika düzeyi eğitim almış olmaları ile açıklanabilir. OED'ler basit tasarım, sesli uyarı ve rehberlik işlevi ve kolay kullanım gibi ilkelerle üretilmektedir. Lukas ve arkadaşları (27) KPR uygulayıcılarına gerçek zamanlı rehberlik cihazları eşlik etmesi halinde, KPR rehberlerine bağlılığın arttığı, uygun olmayan şok sıklığının önlendiği ve KPR becerilerinin geliştiğini bildirmektedirler. Kardong-Edgren ve arkadaşları (23) bu olumlu çıktılarının özellikli geribildirim ve rehberlik almanın bir sonucu olduğunu bildirmektedir.

Çalışmamızda ekip performansı değerlendirme rubriği TEAM ile tek boyutlu yapılan değerlendirme, farklı yöntem kullanmanın ekip performansları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. TEAM ölçme aracının ekip çalışması alt boyutunda ise, mesleklerarası yaklaşım kullanılan grup lehine istatistiksel fark elde edilmiştir.

Videoların analizinde deney grubun daha çok geribildirim verdiği, görev değişimini daha başarılı yaptıkları gözlenmiştir. Deney grubunun yorgunluk bildirimleri daha azdır. Bilgi paylaşımları ve ekibi desteklemeleri diğer gruptan daha başarılıdır. Deney grubu ekip üyeleri OED şok önermediğinde nabız kontrolü yapılmasına yönelik daha yüksek oranda destekleyici geribildirim vermiştir.

Sonuç

Mesleklerarası ekip çalışmasının geliştirilmesi için, konu alanı ile sınırlı eğitimsel müdahalelerin sonuçlarının bildirimlerine gereksinim sürmektedir. Çalışmamızda benzetime dayalı TYD öğretiminin işbirlikli tarzda ele alınmasının performans ölçütleri üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Uygulamada yer alan öğrencilerin OED kullanma becerilerini ustalık düzeyinde sergiledikleri görülmektedir. Sesli ve görsel yönlendiriciler öğrencilerin karmaşık durumlardaki zihinsel yüklerini azaltmakta ve rehberlere uygun performans göstermelerini kolaylaştırmaktadır. Çalışma ortamındaki sesli ve görsel performans destek sistemlerinin öğrenme ortamlarına taşınması, öğrencilerin öğrenmelerini

anlamlandırmaları ve mesleki performansları arasında bağ kurmalarını güçlendirecektir. TYD becerilerin öğretilmesinde mesleklerarası öğrenme uygulamaları memnuniyetle karşılanmakta ve işbirlikli yöntemlerin öğrencilerin RIPL düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Öğrencilerin alanları dışındaki öğrencilerle biraraya gelmeleri sağlanarak mesleki gelişimlerini olumlu yönde etkilemek mümkün görünmektedir. Programların öğrencilerin bir araya gelmelerini destekleyecek biçimde güncellenmesi, yapılacak çalışmaları kolaylaştıracaktır.

ILCOR, TYD eğitiminde ekip çalışmasının önemini dile getirmekte ancak, ekip çalışması için bir yordam tanımlamamaktadır. AHA, TYD sertifikasyon eğitiminde iki kişiden oluşan ekip çalışmalarına yer vermektedir. Ekip sayısının iki kişinin üzerinde olmasını "Ekip üyelerinin kendiliğinden uygulama sürecine katılacağı, bir kişi kompresyon yaparken diğer kurtarıcının ventilasyonla ilgilenebileceği, üçüncü kişinin OED kullanırken dördüncü kişinin yardım çağırma ve güvenlik gibi işlevleri yerine getirebileceği" şeklinde açıklamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda öğrencilerin üç kişilik ekipte kendiliğinden organize olacakları varsayılmıştır. TYD'de ekiplerin oluşturulması ve ekip çalışmasının etkililiği gibi ayrıntılı konularda araştırmalar yapılması değerli görülmektedir.

Ekiplerin senaryo video kayıtlarında, deney grubunun teknik olmayan ekip becerilerinin kontrol grubuna göre belirgin biçimde yüksek olduğu görülmektedir. Organize ekip daha az yorulmakta ve üyeler birbirlerine destekleyici yaklaşım sergilemektedir. Tıbbi hataların önlenmesi ve olumlu hasta çıktıları elde etmeyi amaçlayan çalışmalarda teknik olmayan ekip becerilerinin geliştirilmesi de düşünülmelidir.

Rollerin örtüştüğü çalışma alanlarında sağlık profesyonelleri mesleki çatışma yaşayabilmekte, sorun çözme ve başa çıkabilme becerisi sergilemesi gerekebilmektedir. Söz konusu becerinin geliştirilmesi için mesleklerarası işbirliği ve çalışma odaklı uygulamalarda kriz kaynak yönetimine de yer verilmesi önerilmektedir.

Araştırmada kullanılan öğretim materyallerinin içeriği öğrencilerin mesleki yeterlikleri de dikkate alınarak "Ekip Düzeyinde Erişkin Temel Yaşam Desteği" konusu ile sınırlı tutulmuştur.

Çözümleme oturumları öğrencilerin yansıtma yapmalarını sağlamaya yönelik kısa ve yapılandırılmış biçimde gerçekleştirilmiştir. Bu yöntemin seçiminde öğrencilerin diğer gruplarla bulaşıklığını önleme çabası etkili olmuştur.

İletişim: Arif Onan

E-posta: arifonan@gmail.com

Kaynaklar

1. WFME. Basic Medical Education. Global standards for quality improvement. Copenhagen: WFME Office: University of Copenhagen, Denmark; 2003
2. WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland; 2010.
3. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of systematic reviews 1;2008.
4. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Medical Teacher 2007;29(8):735-51.
5. Herbert Carol P. Changing the culture: Interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. Journal of Interprofessional Care 2005;19:1-4.
6. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional care 2005;19:21-38.
7. Harden RM. AMEE guide No. 12: Multiprofessional education: Part 1-effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. Medical Teacher 1998;20(5):402-8.
8. Durham CF, Alden KR. Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality 2008;221-60
9. Gaba DM. The future vision of simulation in healthcare. Simulation in Healthcare 2007; 2 (2): 126-35.
10. Cooper S, Endacott R, Cant R. Measuring non-technical skills in medical emergency care: a review of assessment measures. Open Access Emerg Med 2010;2:7-16.
11. Lapkin S, Levett-Jones T, Bellchambers H, Fernandez R. Effectiveness of patient simulation manikins in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: A systematic review. Clinical Simulation in Nursing 2010; 6 (6):e 207-e 222.
12. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, Levine AI. The utility of simulation in medical education: what is the

- evidence? *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine* 2009;76(4):330-343.
13. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online* 2011;16.
 14. Schmitt M, Blue A, Aschenbrener CA, Viggiano TR. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Reforming health care by transforming health professionals' education. *Academic Medicine* 2011; 86 (11): 1351.
 15. Lemoine JB, Chauvin SW, Broussard L, Oberleitner MG. Statewide Interprofessional Faculty Development in Simulation-Based Education for Health Professions. *Clinical Simulation in Nursing* 2015;11(3):153-162.
 16. Panel IECE. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel, 2011. Washington, DC, Interprofessional Education Collaborative.
 17. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education* 1999;33(2):95-100.
 18. McFadyen AK, Webster VS, Strachan K, Figgins E, Brown H, McKechnie J. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: a possible more stable sub-structure model for the original version of RIPLS. *Journal of Interprofessional Care* 2005; 19 (6): 595-603.
 19. Cooper S, Cant R, Porter J, Sellick K, Somers G, Kinsman L, Nestel D. Rating medical emergency teamwork performance: development of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM). *Resuscitation* 2010;81(4):446-452.
 20. Onan A, Simsek N, Elçin M, Turan S, Erbil B, Deniz Z. A review of simulation enhanced team-based resuscitation training for undergraduate health students. PROSPERO 2013:CRD42013005916 Accessed 2015 at http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42013005916
 21. Bradley P, Cooper S, Duncan F. A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. *Medical education* 2009;43(9):912-922.
 22. Derbyshire JA, Machin AI. Learning to work collaboratively: Nurses' views of their pre-registration interprofessional education and its impact on practice. *Nurse education in practice* 2011; 11 (4): 239-244.
 23. Kardong-Edgren S, Lungstrom N, Bendel R. VitalSim® versus SimMan®: A comparison of BSN student test scores, knowledge retention, and satisfaction. *Clinical Simulation in Nursing* 2009; 5 (3):e 105-e 111.
 24. Baker C, Pulling C, McGraw R, Dagnone JD, Hopkins-Rosseel D, Medves J. Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. *Journal of Advanced Nursing* 2008;64(4):372-379.
 25. Dagnone JD, McGraw RC, Pulling CA, Patteson AK. Interprofessional resuscitation rounds: a teamwork approach to ACLS education. *Medical Teacher* 2008; 30 (2):e 49-e 54.
 26. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, Hoek TLV. Part 1: executive summary 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2010;122(18 suppl 3):S640-S656.
 27. Lukas RP, Engel P, Wecker S, Thies S, Friederichs H, Gerss J, Bohn A. Cardiopulmonary resuscitation guidance improves medical students' adherence to guidelines in simulated cardiac arrest: A prospective, randomised, cross-over study. *European Journal of Anaesthesiology* 2013; 30 (12): 752-757.

Alkolün Konuşma ve Dil Fonksiyonları Üzerine Etkileri; Deneysel Bir Çalışma

The Effects of Alcohol on Speech and Language Functions; An Experimental Study

Araştırma



Research

*Dr. Ali Rıza Tümer¹, Dr. Güven Mengü², Dr. Özge Gülmez³, Dr. Aysun Balseven Odabaşı⁴,
Dr. Emre Karacaoğlu⁵*

Geliş/Received : 22.01.2016

Kabul/Accepted: 05.03.2016

Öz

Alkol keyif verici olarak yaygın olarak kullanılan, aynı zamanda toksik ve bağımlılık yapıcı etkileri olan bir maddedir. Adli Tıp alanında özellikle etil alkol önem taşımakta olup, alkolün bireyler üzerindeki etkileri hususunda bilirkişi olarak Adli Tıp Uzmanlarından ve pratisyen hekimlerden görüş istenmektedir. Alkolün nörolojik fonksiyonlar üzerine etkilerini saptamak için birçok test mevcut olmakla birlikte pratikte uygulanabilir, geçerlilik ve güvenilirliği yüksek yeni testlerin geliştirilmesi gerekmektedir. 17 sağlıklı gönüllü kişi ile yapılan bu çalışmada alkol almadan önce ve 0,5 mg/kg alkol alımı sonrası kişilerin konuşma paternlerindeki değişimlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada katılımcıların okuma sürelerinde uzama, kelimelerin farklı telaffuz edilmesi gibi bulgular saptanmıştır. Adli Tıp uygulamalarında, Hacettepe Artikülasyon Testi ve Gazi Üniversitesi Türkçe Öğretim Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından hazırlanıp yayınlanmış A2 Temel Düzeyinde Yabancılar için Türkçe adli kitapta yer alan 12 cümleden oluşan cümle testinin alkollü bireylerdeki konuşma fonksiyonlarının değerlendirilerek nörolojik etkilenme düzeyini saptamada adli muayene ile birlikte kullanıldığında değerli bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Alkol, Adli tıp, Dil testleri

Abstract

Alcohol is a widely used substance as an exhilarator and at the same time a toxic substance that has addictive effects. Particularly ethyl alcohol is of primary importance in the field of forensic medicine and the forensic specialists and the general practitioners are requested to provide expert opinion regarding the effects of alcohol use on individuals. While several tests to identify the effects of alcohol on neurological functions are available, the new tests having higher validity and reliability, which can be put in into practice should be developed as well. It was aimed in this study conducted with the participation of 17 healthy volunteers to investigate the changes in speech patterns of individuals after consuming 0,5mg/kg alcohol compared to those before alcohol intake. The findings such as prolongation of reading time and different pronunciation of the words were obtained. Hacettepe Articulation Test and the sentence test consisting of 12 sentences from the book entitled "A2 Basic Level Turkish for Foreigners" prepared and published by Gazi University Turkish Education Research and Application Center are considered valuable methods for forensic medicine practices to identify the level of neurological affection by evaluating speech functions of the individuals who consumed alcohol, when used along with forensic examination.

Key words: Alcohol, Forensic medicine, Language tests

1 Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

2 Yrd. Doç.; Gazi Ü. Edebiyat Fak. Batı Dilleri ve Edebiyatları Bölümü, Ankara

3 Uzm.; Manisa Devlet Hastanesi Adli Tıp Bölümü, Manisa

4 Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

5 Uzm.; T.C. Adalet Bakanlığı Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Şanlıurfa

Giriş

Alkol keyif verici olarak yaygın olarak kullanılan, aynı zamanda toksik ve bağımlılık yapıcı etkileri olan bir maddedir. Adli Tıp alanında özellikle etil alkol önem taşımakta olup, alkol kullanımı ile ilişkili olarak Adli Tıp Uzmanlarına ve pratisyen hekimlere alkolün bireyler üzerindeki fizyolojik, davranışsal, motor kontrol, aktivite ve sosyal davranışlarına olan etkileri hususunda bilirkişi olarak adli makamlar tarafından sorular yöneltilmektedir (1-2).

Alkolün kişiler üzerinde farklı nörolojik ve psikiyatrik etkiler gösterdiği bilinmekte olup, madde etkisi altında iken kişilerin suç işleme, trafik kazalarına, istenmeyen yaralama olaylarına neden olma oranı artmakta ve yasal sorunlar oluşmaktadır (3-4).

Alkollü bireyin muayenesi maddeden ne kadar etkilendiğini saptamak konusunda önem taşımakta olup, 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 48. maddesine göre; uyuşturucu ya da keyif verici maddeleri almış olanlar ile alkollü içki almış olması nedeniyle güvenli sürme yeteneklerini kaybetmiş kişilerin karayollarında araç sürmesi yasaktır. Kişinin alkol alması durumunda kanda alkol tespiti gibi laboratuvar yöntemleri önemli olmakla birlikte, kişinin bir hekim tarafından yapılan nörolojik muayenesi ile birlikte değerlendirildiğinde değeri artmaktadır (5).

Alkolün nörolojik fonksiyonlar üzerine etkilerini saptamak için birçok test mevcut olmakla birlikte pratikte uygulanabilir, geçerlilik ve güvenilirliği yüksek yeni testlerin geliştirilmesi gerekmektedir (6).

17 sağlıklı gönüllü kişi ile yapılan bu çalışmada; alkol almadan önce ve 0,5 mg/kg alkol alımı sonrası kişilerin konuşma biçimlerindeki değişimlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 20.12.2012 tarih, 07-07 nolu kararı ile tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur ve 27-28 Haziran 2013 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim

Dalı'nda gerçekleştirilmiştir.

Çalışma öncesi, katılımcılara çalışma ile ilgili sözlü ve yazılı olarak bilgi verilmiştir, ayrıca aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır (ek 1). Çalışma grubu 17 kişiden oluşmakta olup, katılımcıların üçü kadın 14'ü erkektir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri; yaş aralığı 19 ve 50 yaş, öğrenim düzeyleri lise ve üniversite, tümü okur yazar, yerel dil ve lehçe farklılığı bulunmadığı şeklinde olup, hiçbirinin akut ya da kronik hastalığı, herhangi bir ilaç kullanımı, alkol bağımlılığı ya da riskli alkol kullanımı öyküsü bulunmamaktadır.

Katılımcıların tümünden çalışma öncesi en az üç gün boyunca alkol tüketmemeleri istenmiş olup, bu durum alkol verilmeden önce venöz kanda kan alkol düzeyi bakılarak kontrol edilmiştir. Ayrıca çalışmadan iki gün önce katılımcılardan venöz kan örneği alınarak Hb, MCV, ALT, AST, GGT, BUN ve Cr değerlerine bakılmış ve sonuçların normal olduğu görülmüştür. Çalışma 26-27 Haziran 2013 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiş olup, katılımcıların tümüne aç iken beş dakikalık sürede tüketmeleri istenerek 0,5 mg/kg düzeyinde alkol verilmiştir. Alkol alımından 30 dakika sonra katılımcılardan yeniden venöz kan örneği alınarak ses geçirmeyen izole odada çalışma başlatılmıştır. Kayıtlar akustik olarak yansıma ve etkileşimin olmadığı bir ortamda ZOOM marka H4N model profesyonel bir ses kayıt aygıtıyla 44.100 Hz ve 16 bit çözünürlükte aygıtın mikrofonlarına 20 cm uzaklıktan 90 derece açı ile gerçekleştirilmiş ve her bir deneğin alkol alımı öncesi ve sonrasına ait ayrı ses dosyaları (wav) oluşturulmuştur. Çalışmada katılımcılara Hacettepe Artikülasyon Testi (ek 2) ve Gazi Üniversitesi Türkçe Öğrenim Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından hazırlanıp yayınlanmış A2 Temel Düzeyinde Yabancılar için Türkçe adlı kitapta yer alan 12 cümleden oluşan bir metni okumaları istenmiştir (ek 3).

Çalışma farklı hekimler tarafından gözlemci olarak uygulandığında, hekimin kendi dilsel yeteneklerinden ve sözcük algılama kapasitelerinden bağımsız olup, her zaman ve her

Tablo 1. Maximum ve minimum kan alkol düzeyleri

Kan Alkol düzeyi Maksimum Ölçüm	Kan Alkol Düzeyi Minimum Ölçüm
0,21 mg/dl	0,51 mg/dl

koşulda katılımcıları değerlendirmeleri aynı olacak niteliktedir.

Kan alkol düzeyleri Agilent marka head space/gaz kromatografi cihazı ile ölçülmüştür. Ölçüm için toplanan venöz kanlar katater yardımıyla EDTA'lı tüplere 2 ml olacak biçimde alınmıştır. Daha sonra 1 ml kan örnekleri otomatik pipetle 20 ml'lik orijinal head space şişelerine koyulmuştur. Üzerine iç standart olarak 0,5 ml n-butanol ilave edilmiştir ve şişenin iç tarafı alüminyum kapakla kapatılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre katılımcılarda saptanan kan alkol düzeyleri maksimum 0,51 mg/dl ve minimum 0,21 mg/dl'dir (Tablo 1).

Bulgular

Analizlerin değerlendirmesinde SPSS 15.0 programı kullanılmış olup, istatistiksel olarak anlamlılığın saptanmasında Wilcoxon testi uygulanmıştır. Katılımcıların %17,6'sı kadın, %84,4'ü erkektir. Hacettepe Artikülasyon Testi'nde birinci ve ikinci pozisyonda katılımcıların okuma hatası yapmadığı saptanmıştır. Üçüncü pozisyonda katılımcıların %47,1'i, /b/ sesbiriminin, %29,4'ü /p/sesbiriminin, %5,9'u /v/sesbiriminin, %5,9'u /d/sesbiriminin %5,9'u /r/sesbiriminin, %5,9'u /ʒ/(TR j) sesbiriminin okunmasında hata yapmıştır. Dördüncü pozisyonda katılımcıların %33,3'ü

/h/sesbiriminin, %22,2'si /r/sesbiriminin, %22,2'si /ʒ/ (TR j) sesbiriminin, %11,1'i /v/ sesbiriminin, %11,1'i /k/sesbiriminin okunmasında hata yapmıştır. Beşinci pozisyonda katılımcıların %45,7'si /ʒ/ (TR j) sesbiriminin, %17,1'i /d/ sesbiriminin, %14,3'ü /r/sesbiriminin, %8,6'sı /k/sesbiriminin, %8,6'sı /h/sesbiriminin, %2,9'u /z/sesbiriminin okunmasında hata yapmıştır. Altıncı pozisyonda katılımcıların %25,7'si /ʒ/ (TR j) sesbiriminin, %17,3'ü /d/ sesbiriminin, %11,5'i /g/ sesbiriminin, %7,7'si /tʃ/(TR ç) sesbiriminin, %5,8'i /v/ sesbiriminin, %5,8'i /r/sesbiriminin %5,8'i /z/sesbiriminin, %1,9'u /t/ sesbiriminin okunmasında hata yapmıştır (Tablo 2). Cümle testinde tüm katılımcılarda alkol alımı sonrası okuma süresinde uzama tespit edilmiş olup, bu sürenin en az 0,8 saniye, en fazla ise 14 saniye olduğu saptanmıştır. Alkol alımı öncesi ve sonrasında cümle testinde saptanan okuma süresinde uzamada p değeri 0,001'den küçük bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Bunun yanı sıra deneklerden elde edilen gözlemsel bulgular; alkol alımı sonrasında istemsiz gülmeler, kelime tekrarı (duplikasyon), satır atlama, kekeleme ve yazılan kelimeyle ilgisi olmayan başka ya da anlamsız bir telaffuz üretimidir.

Tablo 2. Katılımcıların Hacettepe artikülasyon testinde okuma hatası yaptıkları sesbirimlerin yüzde olarak dağılımı

IPA	TR	1	2	3	4	5	6
/b/	b	%0	%0	%47,1	%0	%0	%0
/p/	p	%0	%0	%29,4	%0	%29	%5,8
/v/	v	%0	%0	%5,9	%11,1	%0	%5,8
/d/	d	%0	%0	%5,9	%0	%7,1	%17,3
/r/	r	%0	%0	%5,9	%22,2	%14,3	%5,8
/ʒ/	j	%0	%0	%5,9	%22,2	%45,7	%25,7
/h/	h	%0	%0	%0	%33,3	%8,6	%0
/k/	k	%0	%0	%0	%11,1	%8,6	%0
/g/	g	%0	%0	%0	%0	%0	%11,5
/tʃ/	ç	%0	%0	%0	%0	%0	%7,7
/t/	t	%0	%0	%0	%0	%0	%1,9

Tartışma

Alkol çok eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Çoğu toplumda sosyal olarak kabul görmüş depresan etkili bir maddedir. Günümüzde ise alkole bağlı sorunlar önem taşımaktadır. Alkol tüketimi ile ilgili birçok adli tıbbi sorun meydana geldiği bilinmektedir. Alkol tüketiminin ile ilgili başlıca sorunlar; sağlık sorunları, trafik kazaları, öz kıyım, suça yönelme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar ve iş yaşamının bozulmasıdır. Alkolün bireysel etkilerinin yanı sıra toplumsal olarak da yaygın etkileri bulunmaktadır. Alkol tüketimi bireyler arasında farklılık göstermekte olup, alkol bağımlılığı, riskli kullanım ve sosyal içicilik gibi kavramlar tanımlanmıştır (7-8-9).

Alkol bağımlılığının yaygınlığı ülkeler arasında değişmektedir. İsveç, Norveç, Amerika Birleşik Devletleri, Fransa gibi ülkelerde yaygınlık oranı yetişkin nüfusta %10-15 arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 12 yaş üzeri nüfusta alkol kullanım yaygınlığı %46,6 olarak, ağır içicilik (son 30 gün içinde en az beş gün, beş ya da daha fazla standart birim tüketimi) yaygınlığı %5,6 olarak saptanmıştır (10).

Ülkemizdeki duruma bakıldığında ise 18 yaş ve üzeri kişilerde alkol bağımlılığı prevalansı %0,8'dir. Erkeklerde bu oran %1,7 iken, kadınlarda %0,1'dir. Bağımlılığın yanı sıra bağımlı olmayan sağlıklı erişkinlerdeki oranlara bakıldığında; Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 verilerine göre; hayati boyunca hiç alkollü içecek kullanmamış genç (15-24 yaş grubu) erkeklerin oranı %81,6 iken, genç kadınların oranı %92,8 olarak belirlenmiştir. Alkollü içecek kullanan gençlerin %16,1'i ilk kez 14 yaşından küçükken alkollü içecek denediğini belirtmiştir (11).

Alkolün en önemli etkileri merkezi sinir sistemi üzerinedir. Merkezi sinir sisteminde deprese edici etkisi olup, ayrıca inhibisyonu kaldırarak davranış değişikliklerine neden olmaktadır. Bu etkileri özellikle beyindeki retiküler aktive edici sistemi üzerindeki etkilerinden kaynaklanmaktadır (12-3). Alkol intoksikasyonu bireylerin duyu durumu, motor kontrolü, planlama, zamanlama ve koordinasyon gibi birçok etmene etki etmektedir. Alkolün etkileri kan alkol düzeyi ile ilişkili olup,

düşük ve orta doz tüketimde belirli nörolojik fonksiyonlar etkilenirken, yüksek doz alımda beyin sapı gibi hayati kontrol merkezleri de etkilenerek ölüm ve koma gibi durumlar oluşmaktadır (14-15).

Alkol kullanımı ve bağımlılığı adli tıp açısından önemli bir konu olup, kişilerin alkol etkisi altında iken suç işlediklerinde, trafik kazalarında alkolün kaza üzerinde etkisi gibi birçok nedenlerden dolayı adli tıp uzmanlarından ve pratisyen hekimlerden kişi üzerinde alkolün etkisini saptamaya yönelik bilirkişi raporları istenmektedir (16). Alkolün kişi üzerindeki etkilerini birçok etmen etkilemekte olup, aynı miktarda alkol alınsa bile farklı kişilerde farklı nörolojik etkiler saptanmaktadır. Bu etmenlerin en iyi bilinenleri; kişinin yaşı, cinsiyeti, kilosu, sağlık durumu, kronik hastalığının olup olmadığı, tükettiği yiyecekler, kullandığı ilaçlar, alkol tüketim sıklığı, tolerans durumu, alkol bağımlısı olup olmadığı ve bu bağımlılığın derecesidir (17). Bu etkilerden dolayı alkollü kişinin özellikle öyküsünün detaylı alınması, nörolojik olarak değerlendirilmesinin dikkatli bir biçimde yapılması, kanda ve solunum havasında alkol düzeylerinin saptanmasında tekniğin doğru olması, kanda alkol düzeyin ölçümünde laboratuvar olanaklarının yeterli olması gerekmektedir.

Kişilerin alkollü iken yapılan adli muayenelerinde saptanan gözlemsel bulguların yanı sıra bir takım testler de kullanılmaktadır. Bu testler özellikle alkole bağlı nörolojik etkilenmeyi saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu testlerden bazıları tek ayak üzerinde durma testi, düz bir çizgi üzerinde yürüme ve dönme testi, nistagmus varlığını saptayan testlerdir. Ancak hiçbir test kendi başına yeterli olmayıp, muayene bulguları ve kan alkol düzeyleri ile birlikte bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (18).

Literatürde alkolün nörolojik etkilerini inceleyen birçok çalışma olmasına karşın konuşma üzerine etkilerini inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Alkolün akustik ve fonetik değişimlere neden olarak konuşma paternini değiştirdiği iyi bilinmektedir. Konuşma karmaşık bir eylem olup, iyi motor kontrol, zamanlama ve koordinasyon gerektirmektedir. Alkol entelektüel kapasite, reaksiyon zamanı, refleksler ve sinir iletim hızında bozulmalara neden olarak konuşma

paterninde akustik ve fonetik değişimler şeklinde farklılıklar meydana gelmektedir. Düşük ve yüksek doz alkol alımından sonra kelimelerin hecelenmesi bozulmaktadır. Bu değişikliklerin nedeni; alkolün sinir membranını hedef alması, nöronlar arasındaki iletişimdeki iyon transportunu ya da membranın yapısını etkilemesi, sinir membranını daha akıcı duruma getirmesi, sinir hücrelerinin diğer sinir hücrelerine uygun tarzda uyarı gönderme yeteneğini bozması, sinir iletim hızını yavaşlatması, vokal kordlardaki kas tonusunu azaltması, beyindeki konuşma ile ilgili merkezleri etkilemesidir. Alkol sinirlerde aksiyon potansiyelinde değişimlere neden olmakta, sinir iletim hızının yavaşlaması sonucu sinir - kas kavşasına iletim gecikmektedir. Beyindeki konuşmayı kontrol eden merkezlerde depresan etki yaparak periferdeki kaslara gönderilen uyarıların koordinasyonu bozulmakta ve söylenmek istenen kelimenin kortikal merkezde yanlış yorumlanması sonucu hatalı telaffuzuna neden olmaktadır (19). Tüm bunların sonucunda; alkol alımı sonrası kişilerin konuşma hızı yavaşlamakta, kelimeleri hecelerken belirli konuşma seslerinin farklı biçimde telaffuz edilmesi gibi konuşma bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu duruma vokal kordların motor kontrolünde bozulmanın neden olduğu çeşitli çalışmalarda

gösterilmiştir (2,15,9). Bireylerin alkol alımından önce ve alkol tüketiminden sonraki konuşmaları arasında konuşma süresi, ritmi, kimi sesbirimleri ve heceleri telaffuz etmede farklılıklar, sesbirimleri yanlış ve eksik söyleme, cümleleri yanlış okuma, satır atlama gibi değişiklikler meydana geldiği bilinmektedir. Konuşma hataları cümle düzeyinde, hece düzeyinde ya da sesbirim düzeyinde olabilmektedir. Okuma testlerinde alkol alımı sonrası okuma süresinde uzama ve artikülasyon testlerinde belirli sesbirimlerin yanlış okunması yapılan çalışmalarda saptanan bulgulardır. Ayrıca alkol tüketimi sonrası heceleme dışında, cümlelerin okuma süresinde uzama, belirli sesbirimlerin farklı telaffuzu, kelimelerin yanlış okunması gibi değişiklikler de saptanmıştır (20-21).

Literatürde alkolün konuşma üzerine etkisini inceleyen az sayıda çalışma bulunmakla birlikte, ülkemizde yapılmış böyle bir çalışma yoktur. Bu bağlamda bizim çalışmamız bu hususta yapılan ilk deneysel çalışma özelliğini gösterme açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda elde edilen kayda değer bulgular; okuma testinde tüm katılımcılarda alkol alımı sonrası okuma süresinde uzama (en az 0,8 saniye en fazla ise 14 saniye), artikülasyon testinde ise deneklerin bazı kelimeleri

Ünsüzler	Tek heceli kelime başında 1. pozisyon	İki heceli kelimenin başında 2. pozisyon	İki heceli kelimedede ünsüz birlikte 3. pozisyon	İki heceli kelimedede iki ünlü arasında 4. pozisyon	İki heceli kelimenin sonunda 5. pozisyon	Tek heceli kelimenin sonunda 6. pozisyon	
p	P	Pil	Patik	Yaprak	Küpe	Çorap	Cep
b	B	Bir	Balık	Abla	Abi	Torba	-
m	m	Muz	Mısır	Amca	Kemik	Lokum	Dam
f	F	Fil	Fidan	Köfte	Kafes	Keyif	Küf
v	V	Var	Valiz	Kahve	Kova	Pilav	Ev
t	T	Taş	Toka	Pasta	Kutu	Paket	At
n	N	Nar	Nane	Banyo	Çene	Balon	Kan
d	D	Dil	Dolap	Yıldız	Cadı	Stand	Ad
s	S	Sev	Sepet	Eski	Mısır	Kafes	Tas
z	Z	Zil	Zayıf	Çizgi	Yazı	Deniz	Yaz
l	L	Lif	Leke	Altı	Balık	Mendil	El
r	R	Ray	Resim	Yorgan	Sarı	Nehir	Mor
ʃ	Ş	Şok	Şeker	Komşu	Kaşık	Kardeş	Beş
ʒ	J	Jip	Jilet	Ajda	Oje	Makyaj	Bej
tʃ	Ç	Çay	Çocuk	Kepçe	Bıçak	Ağaç	Koç
dʒ	C	Can	Cami	Boncuk	Gece	-	Hac
j	Y	Yak	Yaka	Köylü	Beyaz	Kolay	Boy
k	K	Kız	Kadın	Bekci	Sakız	Dudak	Ok
g	G	Gel	Güneş	Yenge	Ege	Çizgi	Org
ɣ	Ğ	-	İğne	Düğme	Soğuk	Kağıt	Dağ
h	H	Hap	Hayır	Ahçı	Uhu	Sabah	Vah

Yalçinkaya F., B.(2010). *Speech Sounds Acquisition Evaluated by Speech Sound Development Test (SSDT) in Turkish-Speaking Children. The Journal of International Advanced Otology, 6 (1): 60-66.*

EK 3: Uzun Ömrün Sırları- Sayfa 80

Dünyada ve ülkemizde araştırmacılar uzun ömrün sırları için çalışıyor. Araştırmaların sonucuna göre en uzun ömürlü ve sağlıklı insanlar Japonlar.

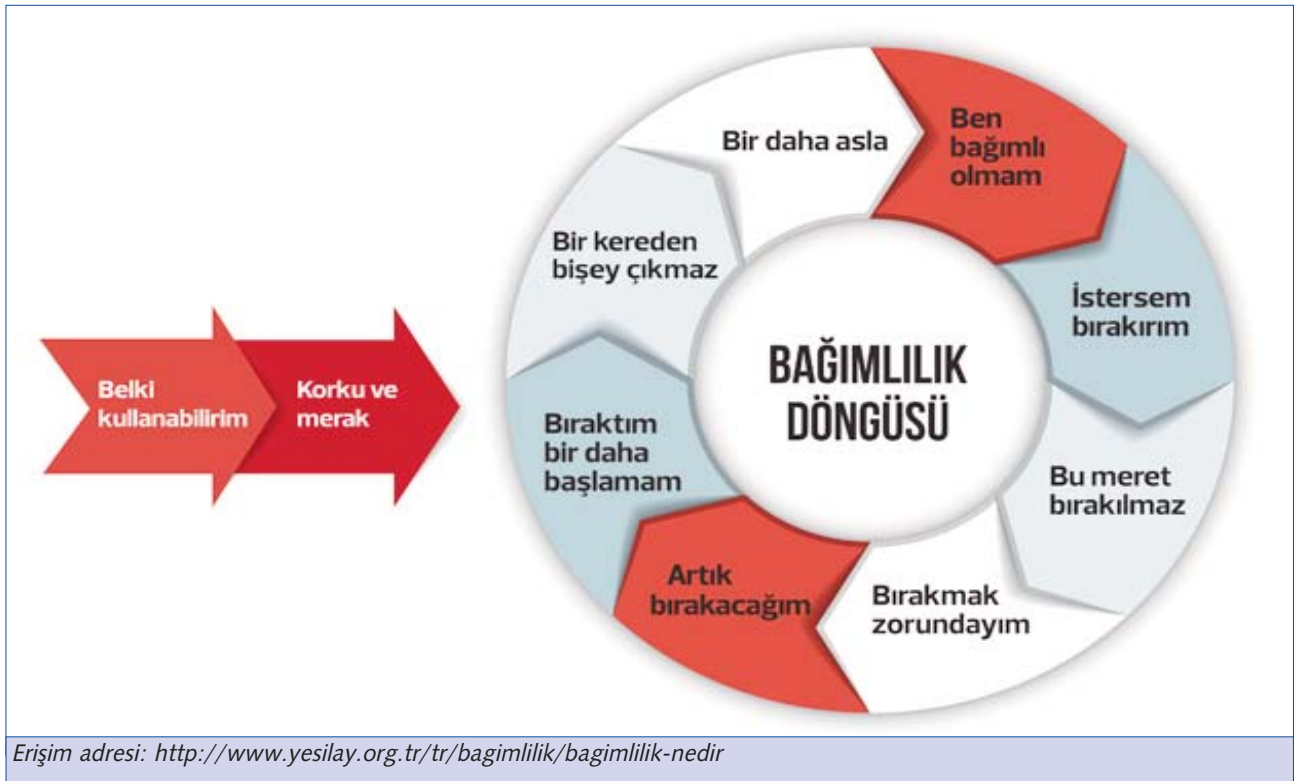
Peki bu insanlar ne yiyor ve nasıl yaşıyor? Çiğ balık, pirinç, deniz ürünleri ve taze sebzeler Japon mutfağının vazgeçilmezleri. Ayrıca yemekler için farklı pişirme yöntemleri kullanıyorlar. Mesela yemekleri buharda pişiriyorlar. Böylece sebzeler tazeliğini koruyor ve yemekler daha hafif oluyor. Yemek sonrasında bir bardak bitki çayı içiyorlar. Bu, hem mideyi rahatlatıyor hem sakinlik veriyor. Ülkemizde ise en uzun ömürlü insanlar Aydın'da yaşıyor. Aydın'daki yaşlılar "Nasıl uzun yaşarız?" sorusuna "Sigara ve alkol kullanma; sofradan yoğurt, sebze, sarımsak, bal ve yumurtayı eksik etme; doğal hayatın içinde yaşa ve en önemlisi çalışmaktan hiç yorulma..." cevabını veriyor. Bilim adamları, uzun yaşamının diğer altın kurallarını ise şöyle sıralıyor: Spor yapın, stresten uzak durun, bol bol kahkaha atın ve iyi arkadaşlara sahip olun. Geriye bu formülleri günümüz şartlarında uygulamak kalıyor.

Kaynakça: Yabancılar İçin Türkçe – Gazi Üniversitesi TÖMER, A2 Temel Düzey, Ankara: Kalkan Matbaası 2014

hiç okumadan diğer kelimeye geçmeleri, bazılarının ise sesbirimleri farklı biçimde telaffuz etmeleridir. Akut alkol alımı öncesi deneklerde bu bulguların hiçbiri tespit edilmemiş olup, alkol alımı sonrası bu bulguların saptanması akut alkol alımının kişilerin konuşma paternlerinde farklı düzeylerde de olsa değişikliklere neden olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; Adli Tıp uygulamalarında Adli Tıp Uzmanlarından ve Pratisyen Hekimlerden bireyin alkol etkisi altında olup olmadığı hususunda görüş istenmektedir. Bu muayenede uygulanan bir takım testler mevcuttur ancak bu testlerin kan alkol düzeyi ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda kullandığımız,

Hacettepe Artikülasyon Testi ve Gazi Üniversitesi Türkçe Öğrenim Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından hazırlanıp yayınlanmış A2 Temel Düzeyinde Yabancılar için Türkçe adlı kitapta yer alan 12 cümleden oluşan cümle testi özellikle sürücüler için alkol muayenesi talep edildiğinde Adli Tıp Uzmanları ve Pratisyen Hekimler tarafından muayene sırasında kullanılabileceğini ve kan alkol düzeyi ile birlikte yorumlandığında alkolün bireyler üzerindeki etkilerinin daha net ve güvenilir olarak saptanabileceğini düşünmekteyiz, ancak çalışmamızdaki katılımcıların erkek sayı oranı kadınlardan fazla olduğundan, bu hususta özellikle cinsiyet açısından farklılık olup olmadığının aydınlatılabilmesi için, daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.



İletişim: Dr. Özge Gülmez

E-posta: ozgegulmez840@gmail.com

Kaynaklar

1. Hendler RA, Ramchandani VA, Gilman J and et al.. Stimulant and Sedative Effects of Alcohol. *Behav Neurosci.* 2013; 13: 489–509.
2. Brust JMJ. Ethanol and Cognition: Indirect Effects, Neurotoxicity and Neuroprotection: A Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2010; 7: 1540-1557.
3. Rowe SC, Wiggers J, Wolfenden L and et al. Evaluation of an Educational Policing Strategy to Reduce Alcohol- related Crime Associated With Licensed Premises. *Can J Public Health.* 2012; 103(7): 508-514.
4. Borges G, Ye Yu, Bond J and et al. The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross- national perspective. *Addiction.* 2010; 105(2): 240-254.
5. Aşçıoğlu F. Trafikte Güvenli Sürüş Açısından Alkol. *Beta* 2009; s: 24-30, 98-100.
6. Kapturczak NH, Roache JD, Liang Y and et al. Accounting for sex-related differences in the estimation of breath alcohol concentrations using transdermal alcohol monitoring. *Psychopharmacology.* 2014; (14): 1-9.
7. Gutmannova K, Bailey JA, Hill KG et al. Sensitive Periods for Adolescent Alcohol Use Initiation: Predicting the Lifetime Occurrence and Chronicity of Alcohol Problems in Adulthood. *J Stud Alcohol Drugs.* 2011; 72(2): 221–231.
- 8- Andreuccetti G, Carvalho HB, Cherpitel CJ and et al. Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time–series analysis (2001–10) conducted in Brazil. *Addiction.* 2011; 106(12): 2124-2131.
- 9- Conner KR, Huguette N, Caetano R and et al. Acute Use of Alcohol and Methods of Suicide in a US National Sample. 2014; 104(1): 171-178.
- 10- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2011; Cilt 2; s:694-695.
- 11- Youth with statistic 2012. Access address: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id:13509>. Access date: 12.12.2014.
- 12- Thakkar MM, Sharma R, Sahota P. Alcohol disrupts sleep homeostasis. *Alcohol* 2014. Access Data: <http://www.alcoholjournal.org /inpress>. Access date: 01.11.2014.
- 13- Sukkes M. Alcoholism and its Effects on the Central Nervous System. *Current Neurovascular Research.* 2013;10 (3): 256-262.
- 14- Zahr NM, Kaufman KL, Harper CG. Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage. *Nature Reviews Neurology.* 2011; 7: 284-294.
- 15- Byehon H, Lee Y, Lee SY. Association of alcohol drinking with verbal and visuospatial memory impairment in older adults: Clinical Research Center for Dementia of South Korea (CREDOS) study. *International Psychogeriatrics.* 2014; 10: 1-7.
- 16- Gjerde H, Norman PT, Christophersen AS and et al. Alcohol, psychoactive drugs and fatal road traffic accidents in Norway: A case–control study. *Accident Analysis&Prevention.* 2011; 43(3): 1197-1203.
- 17- Harris RZ, Benet LZ, Schwartz JB. Gender Effects in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. *Drugs.* 1995; 50(2): 222-239.
- 18- Klingholz F, Penning R, Liebhardt. Recognition of low Level alcohol intoxication from speech signal. *J. Acoust. Soc. A.* 1988: 929; 84.
- 19- Schiel F, Heinrech C. Laying the Foundation for In-car Alcohol Detection by Speech. Access adress: <http://epub.ub.uni-muenchen.de/13683/>. Access date: 07.11.2014.
- 20- Szabó TE, Rossu R, Varga V and et al. The Effect of Alcohol on Speech Production. *J Psycholinguist.* 2014; 43: 737-748.
- 21- Pisoni, D.B, Christopher S.M.Effects of Alcohol on the Acoustic-Phonetic Properties of Speech: Perceptual and Acoustic Analyses. *Alcohol Clin Exp. Res.* 1989; 13, 577–587.



Dr. Ramazan Vural¹, Dr. Suzan Yazıcı², Dr. Mehmet Özen¹, Dr. Hasan Kurşun³

Geliş/Received : 01.01.2016

Kabul/Accepted: 06.03.2016

Öz

Giriş: Yaşlılara yönelik koruyucu hizmetler demografik değişimler ile birlikte daha sık üzerinde durulan bir konu olmaya başlamıştır. Nüfusun yaşlanması ile birlikte ileri yaşta bağışıklık sisteminin zayıflaması ve enfeksiyonlara bağlı komplikasyonların sık görülmesi ve bazı aşıların koruyuculuklarında azalma, geriatric yaş grubunda aşılama konusunu gündeme getirmiştir. DSÖ tarafından 60 yaş üzeri nüfusun en az %75'inin influenza aşısı, 65 yaş ve üzeri kişilerin tümünün tetanoz aşısı yaptırılması önerilmektedir. ABD'de pnömokok aşısı için belirlenen hedef değer %90'dır.

Amaç: Çalışmanın amacı 60 yaş ve üzeri kişilerin İnfluenza, pnömokok ve tetanoz aşılarını yaptırma sıklığını saptamak, ilgili rehberler ışığında, ileri yaşta aşılanma konusunu tartışmaktır.

Yöntem: Çalışma kesitsel, tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmada Aralık 2013 – Şubat 2014 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, çalışmaya katılmak için onam veren 60 yaş ve üzerinde 298 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır. Veriler SPSS 18.0 programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %54'ü kadınlardan, %46'sı erkeklerden oluşmaktadır. Yaş ortalaması 69,1 yıldır. Yaşı 60-74 arasında olanlar 234, yaşı 75 ve üzerinde olanlar 64 kişidir. Çalışma grubunda yer alan yaşlıların influenza aşısı yaptırma sıklığı %38,6, pnömokok aşısı yaptırma sıklığı %8,1, tetanoz aşısı yaptırma sıklığı %10,7 olarak saptanmıştır. Eğitim durumu, cinsiyet ve yaş ile aşılanma yüzdeleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yetmiş beş yaş altı ve 75 yaş ve üstü gruplar karşılaştırılmış, gruplar arasında aşılanma sıklığı açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Sonuç: Buna göre yaşlıların aşılanma sıklığının hedef değerlerin altında kaldığı görülmüştür. Sağlık çalışanlarının ileri yaştaki hastaları aşılanma konusunda bilgilendirmesi ve yönlendirmesi ile aşılanma yüzdeleri artırılabilir ve aşılama ile toplumsal düzeyde ulaşılması hedeflenen koruyuculuk sağlanabilir.

Anahtar sözcükler: Yaşlı sağlığı, Aşılama, İnfluenza, Pnömomokok, Tetanoz

Abstract

Background: In parallel with the demographic changes, preventive healthcare for older population is becoming a topic more commonly emphasized. Along with population aging, weakening of the immune system and high incidence of infection-related complications among elderly and the decrease in the efficacy of certain vaccines brought vaccination among geriatric age group into agenda. WHO recommends influenza vaccination for at least 75% of population over 60 years of age and tetanus vaccination for all the people aged 60 years or older. Targeted pneumococcal vaccination coverage is 90% in USA.

Aim: The aim of the study is to determine influenza, pneumococcus and tetanus vaccination coverage among the population 60 years of age or older, to discuss vaccination in old age in the light of related guidelines.

Methods: The study is a descriptive and cross-sectional research. A face-to-face survey was conducted among 298 individuals aged 60 years or older, who agreed to participate in the study and were admitted to Family Medicine Outpatient Clinic of Antalya Training and Research Hospital between December 2013-February 2014. Data were analyzed using SPSS 18.0 software.

Findings: 54% of the respondents were female and 46% were male. The mean age of the sample was 69,1 years. Number of the participants aged 60-74 years was 234 and 64 participants were aged 75 years and older. 38,6% of the respondents has received influenza vaccine while 10,7% of them reported receiving tetanus vaccine and pneumococcal vaccination coverage was 8,1% among the group. No significant correlation was found between the vaccination rates and education status, gender and age. When the vaccination percentages among 75 years and older participants compared to those among the participants under 75 years of age, a significant statistical difference was not observed between the two age groups regarding vaccination coverage.

Conclusion: Consequently, it was seen that the vaccination rates among older people were lower than current targets. The vaccination coverage can be increased by informing and guiding elderly patients on vaccination through healthcare professionals and the prevention targets can be achieved by means of vaccination.

Key words: Elderly health, Vaccination, Influenza, Pneumococcus, Tetanus

1 Uzm.; Antalya Eğitim ve Arş. Hast., Aile Hekimliği Kliniği, Antalya

2 Yrd. Doç.; Akdeniz Ü. Edebiyat Fak. Gerontoloji Bölümü, Antalya

3 Uzm.; Yunak Hacı İzzet Baysal Devlet Hast. Aile Hekimliği Konya

Giriş

Yaşlı nüfus ve yaşam beklentisi tüm dünyada artmaktadır. Dünyada doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması 1980-1985 yılları arasında 62,4 yıl iken, 2010 ile 2015 yılları arasında 70 yıla ulaşmıştır. Birleşmiş Milletlerin (BM) projeksiyonlarında bu sürenin 2045 ile 2050 yılları arasında 75,9 yıla ulaşacağı öngörülmüştür. Dünyada 2013 yılında %11,7 olan 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun oranının, 2050 yılında %21,2 olacağı öngörülmektedir (1). Türkiye’de 2014 yılında %8,0 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranının, 2023 yılında %10,2’ye, 2050 yılında %20,8’e 2075 yılında ise dünya ortalamasının üzerine çıkarak %27,7’e ulaşacağı tahmin edilmektedir (2).

Tüm dünyada enfeksiyon hastalıklarına bağlı mortalite ve morbiditede azalma görülmekte, buna karşılık kronik hastalıkların sıklığı her geçen gün artmaktadır. İlerleyen yaşta bağışıklık yanıtının azalması (immunosenescence; bağışıklık

yaşlanması) enfeksiyonlara duyarlılığı artırmaktadır. Sık görülen kronik hastalıklar ise enfeksiyonlara bağlı komplikasyonların artmasına ve enfeksiyonların daha ağır geçmesine yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), enfeksiyonlardan korunmanın temel yollarından olan, aşılama ile her yıl 2,5 milyon ölümün engellendiği bildirmiştir. DSÖ, 2011-2020 arasında bu duruma dikkat çekmek üzere “aşı on yılı” (decade of vaccines) olarak tanımlamıştır (3).

İleri yaşa yönelik aşılama pek çok ülkede rutin programa alınarak uygulanmaya başlamıştır. Uygulamada ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte aşı önerileri temelde benzerdir. Korunabilir hastalıklar ve aşılama önerileri konusunda önemli bir kurum olan Amerikan Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi’nin (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) her yıl ABD için yayımladığı “Yetişkinler için Önerilen Bağışıklama Programı”nda çeşitli aşuların hangi yaşlarda ve hangi endikasyonlarda uygulanacağı

AŞI ▼	YAŞ GRUBU ►	19 - 21 yaş	22 - 26 yaş	27 - 49 yaş	50 - 59 yaş	60 - 64 yaş	≥ 65 yaş
İnfluenza (Grip aşısı)		Yılda 1 doz					
Tetanoz, difteri, boğmaca (Td/Tdap)		Td rapeli yerine bir kez 1 doz Tdap; sonra her 10 yılda bir Td rapeli					
Suçiçeği		2 doz					
HPV (Kadınlara)		3 doz					
HPV (Erkeklerle)		3 doz					
Herpes zoster						1 doz	
Kızamık, kabakulak, kızamıkçık (MMR)		Endikasyona göre 1 ya da 2 doz					
Pnömonok 13 değerlikli konjuge (PCV13)		1 doz					
Pnömonok 23 değerlikli polisakkarid (PPSV23)		Endikasyona göre 1 ya da 2 doz					
Hepatit A		Aşıya göre 2 ya da 3 doz					
Hepatit B		3 doz					
Meningokok 4 değerlikli konjuge (MenACWY) ya da polisakkarid (MPSV4)		Endikasyona göre 1 ya da daha fazla doz					
Meningokok B (MenB)		Aşıya göre 2 ya da 3 doz					
Hemofilus influenza tip b (Hib)		Endikasyona göre 1 ya da 3 doz					

■ Bu grupta yaş kriterini karşılayan ve aşılandığını ya da enfeksiyonu geçirdiğini belgeleyemeyen herkese aşı yapılır; Herpes zoster aşısı daha önce zona atağı geçirenlere de yapılır.

■ Bazı risk faktörleri (örneğin; tıbbi, mesleki, yaşam biçimi ya da diğer endikasyonları) olanlara aşı yapılır.

□ Aşılama önerilmez.

Şekil 1. Aşı ve yaş gruplarına göre erişkinler için önerilen aşılama şeması, ABD – 2016 (Kaynak: CDC, Recommended Adult Immunization Schedule – United States – 2016)

belirtilmektedir. CDC'nin 2016 yılı 19 yaş ve üzeri erişkinler için önerilerinde; influenza aşısının her yıl, tetanoz aşısının her 10 yılda bir, pnömokok aşısının 65 yaş üzerinde bir kez, Herpes zoster aşısının ise 60 yaş üzerinde bir doz yapılması önerilmektedir (Şekil 1) (4).

Amerikan Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin yıllık önerileri pek çok ülke tarafından izlenmekte ve bağışıklama uygulamalarında dikkate alınmaktadır. 2009 yılında yayımlanan Türkiye Erişkin Bağışıklama Rehberi'nde 65 yaş ve üzerinde influenza ve pnömokok aşılarının uygulamasının dünyada kabul edildiği ve bu uygulamanın ülkemizde de desteklendiği belirtilmiştir (5). Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılında yayımladığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi'nde, bağışıklama hizmetleri; "bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılıyarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir" şeklinde tanımlanmıştır. Ancak erişkinlere yönelik olarak yalnızca tetanoz-difteri aşısı ile ilgili bir öneriye yer verilerek; "Erişkinlerde Td aşılması konusunda; daha önce aşılama durumu bilinmeyen tüm yetişkinlerin üç doz (birinci doz ile ikinci doz arasında bir ay, ikinci doz ile üçüncü doz arasında altı ay) Td aşısı ile aşılanarak birincil immünizasyonlarının tamamlanması gerekmektedir" denilmiştir (6).

Influenza aşısı

Influenza hastalığı tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte risk grubundaki kişilerde daha yüksek oranda komplikasyona yol açmaktadır. İki yaş ve altındaki çocuklar, 65 yaş ve üzerindeki erişkinler, gebeler, kronik hastalığı olan ve bağışıklık sistemi baskılanmış olan kişiler risk grubundadır. İnfluenza yıllık ataklar şeklinde erişkinlerin yaklaşık %5-10'unu etkilemektedir. Bu salgınlar tüm dünyada önemli kesimini 65 yaş ve üzeri kişilerin oluşturduğu yaklaşık 250-500 bin kişinin ölümü ile sonuçlanmaktadır (7). ABD'de influenza hastalığının ileri yaşta en sık görülen on ölüm nedeni arasında olduğu bildirilmiştir (8). İnfluenza'ya bağlı ölümlerin önemli bir kısmı 65 yaş ve üzeri kişilerde görülmektedir. Ölüm sıklığı ise 65 yaş altında yüz binde 6,3 iken, 65 yaş üzerinde yüz binde 385'e çıkmaktadır (9). Yaşlı popülasyonda yüksek oranda mortalite ve

morbiditeye yol açan influenzadan korunmanın temel yolu aşılama değildir. Aşılamanın 65 ile 79 yaş arasındaki kişilerin influenza enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yatışını ve ölüm oranını azalttığı bildirilmiştir. Randomize kontrollü prospektif araştırmaların meta analizleri influenza aşısının ileri yaşlarda ölümleri %39-68, hastaneye yatışı %50-61 ve ciddi bir komplikasyon olan pnömoniye %48-56 azalttığını göstermiştir (10).

Pnömokok aşısı

Pnömokokal enfeksiyonlar ABD'de aşı ile korunulabilen ölümlerin İnfluenza'dan sonra en sık görülen ikinci sebebidir ve bu enfeksiyonlara bağlı hastaneye yatış sıklığı 65 yaş üzerinde belirgin olarak artmaktadır (11). Aşı kullanımının başlaması ile ileri yaşlar için pnömokok pnömonisine bağlı menenjitlerde %50, pnömokok sepsisine bağlı hastaneye yatışlarda %37 düşüş görülmüştür (12). Pnömokok aşısının ABD'de uygulanma sıklığı 2013 yılında hedef değerini (%90) altında kalmış, 65 yaş ve üzeri nüfusta %59,7 olarak bulunmuştur (13).

Tetanoz aşısı

ABD'de Bağışıklama Pratikleri Öneri Komitesi (Advisory Committee on Immunization Practices; ACIP) tarafından 2012 yılında 65 yaş ve üzeri kişilerin tetanoz toksoidi, azaltılmış difteri toksoidi ve aselüler pertusis (Tdap) ile aşılanmaları önerilmiştir (14). ABD'de 2001-2008 yılları arasında görülen 233 tetanoz olgusunun %49'unun 50 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmiştir. Bu kişilerin ya hiç aşılanmadıkları ya da son aşılamanın üzerinden 10 yıldan fazla zaman geçtiği belirtilmiştir (15).

Herpes zoster aşısı

İleri yaş *Herpes zoster* enfeksiyonu için önemli bir risk faktörüdür. *Herpes zoster* enfeksiyonunun en önemli komplikasyonlarından olan ağrının uzun süre devam ettiği postherpetik nevrалji insidansı ve süresi yaş ile doğrudan ilişkili bulunmuş, yaşta bir yıllık artışın 30 gün ve üzerinde süren postherpetik nevrалji prevalansını %9 oranında artırdığı belirtilmiştir (16). *Herpes zoster* aşısının 60 yaş ve üzerinde Herpes zoster hastalığı ve post nevrалjiyi önleyerek *Herpes zoster*'e bağlı hastalık yükünü azalttığı ve maliyet etkin olduğu ile ilgili pek çok araştırma sonucu mevcuttur (17-19). Geçmiş diğer aşılarla göre oldukça yeni olan

Herpes zoster aşısının uygulanma sıklığı oldukça düşüktür. Bu değer ABD'de 2008 yılında 60 yaş ve üzeri kişilerde %6,7 olarak bulunmuştur (20). Geçmişe göre artmasına karşın aşılama sıklığı Herpes zoster aşısı için diğer aşılarla kıyaslandığında halen çok düşük kalmaktadır.

Türkiye'de erişkin bağışıklaması

Ülkemizde yaşlı nüfusun aşılama sıklığı ile ilgili çok veri bulunmamaktadır. Bilgili ve arkadaşlarının, 19-63 yaş aralığında kişiler üzerinde yaptığı çalışmada erişkin nüfusun aşılama konusunda bilgi, tutum ve davranışları araştırılmış, katılımcıların %41'inin herhangi bir erişkin aşısı yaptırmadığı belirtilmiştir. Katılımcıların en sık (%43) tetanoz aşısı yaptırdığı, ancak en fazla bilinen aşının ise influenza aşısı olduğu bulunmuştur (21). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olanlarda erişkin yaşta bağışıklama ile ilgili 2010 yılında yapılan bir çalışmada KOAH tanısı alan 41 ile 85 yaş arasında 129 hastada; influenza aşısı olma sıklığı %37, pnömokok aşısı olma sıklığı ise %15 olarak bulunmuştur (22). Bülbül ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise KOAH hastası 249 kişide; influenza aşısı olma sıklığı %33,3, pnömokok aşısı

olma sıklığı ise %12 olarak bulunmuştur (23). Aşı endikasyonu olan bu özellikli grupta aşılama sıklığı sağlıklı kişilere göre daha yüksek bulunmuştur ve bu durum beklenen bir olgudur.

Bu çalışmanın amacı 60 yaş ve üzeri kişilerin sağlıklı yaşam uygulamalarından biri olan aşı ile korunulabilen hastalıklara karşı bağışıklama durumlarını saptamak ve ilgili rehberler ışığında, ileri yaşta aşılama konusunu tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem

Aralık 2013 ile Şubat 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen ve kesitsel, tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın örneklemini Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 28.11.2013 tarih ve 29/04 karar no ile onay alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan gönüllülere araştırmanın amacı anlatılmış, yazılı onam alınmıştır.

Aşılar, sadece çocuklar için değildir.

Haydi büyükler AŞIYA!

CDC Recommended Adult Immunization Schedule*	
Difteri (DTaP)	1 dose age 11 and older
Pneumokok (pneumonia)	1 dose age 65 and older
Influenza (flu)	1 dose annually
Hep (hepatitis, hepatitis)	1 time dose
TB (tuberculosis, tuberculosis)	1 dose every 10 years

*May vary depending on medical condition.

© ToucanEd Inc. (2008) 746-6226 www.toucaned.com

Kaynak: www.toucaned.com/vaccinate/images/posters/large/K2.jpg

Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket 298 kişiye yüz yüze uygulanmıştır. İki ana bölümden oluşan anketin ilk kısmı sosyodemografik bilgilerden, ikinci kısmı ise sağlık durumuna ilişkin özellikler ve erişkin aşıları ile ilgili uygulamaları içeren sorulardan oluşmaktaydı. Araştırmada ileri yaştaki bireylerin aşılama sıklığının, yaş, cinsiyet, eğitim ve kronik hastalıklar ile ilişkisi incelenmiştir. Herpes zoster aşısı ülkemizde uygulanmadığı için çalışmaya alınmamıştır. Katılımcıların gençlik aşularına yönelik öykü alınmamıştır. Araştırma kapsamında görüşülen kişilere, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili bilgi verilerek rehberler ışığında aşılama önerilerinde bulunulmuştur. Anketin yalnızca polikliniğe başvuranlarla sınırlı olması ve bazı kişilerin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, araştırma sonuçlarının topluma genellenebilmesi açısından kısıtlılık oluşturmaktadır.

Veriler SPSS 18.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler değerlendirilmiş, karşılaştırmalı analizler için ki-kare testi kullanılmıştır. Elde edilen veriler 0,05 anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 60 yaş ve üzerinde 298 kişi katılmıştır. Katılımcıların 161'i (%54,0) kadınlardan, 137'si (%46,0) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $69,1 \pm 6,6$ yıldır. Yaşı 60-74 yıl arasında olanların sayısı 234 (%78,5), 75 yıl ve üzerinde olan kişilerin sayısı ise 64 (%21,5) olarak bulunmuştur. Eğitim durumları değerlendirildiğinde herhangi bir kurumsal eğitim almayanların oranı %13,8'dir. En büyük grubu ilköğretim mezunu olanlar oluşturmaktadır (%54,4). Katılımcıların %2,3'ü üniversite mezunudur.

Araştırmaya katılanların sağlık durumunun genel bir göstergesi olarak herhangi bir kronik hastalığı olup olmadığı sorulmuş, 298 kişinin 272'si (%91,3) en az bir hastalığı olduğunu bildirmiştir. Hastalığı olduğunu bildirenlerin 270'i sayısı bir ile 14 arasında değişen ilaç kullandığını söylemiştir. Görüşülen kişilerin 269'u (%90,3) sigara içmediğini, 175'i (%58,7) fiziksel olarak yeterince aktif olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların eğitim durumları, cinsiyet ve yaşları ile aşı olma sıklıkları arasında incelenen üç aşı için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İnfluenza, pnömokok ve tetanoz aşularını yaptıran ve yaptırmayanların yaş gruplarına göre sayı ve yüzdeleri Tablo 1'de verilmiştir.

En fazla uygulanan aşı 115 kişi ile influenza aşısı (%38,6) olarak bulunmuştur. İnfluenza aşısı yaptırmama sıklığı kadınlarda (%39,1) ve erkeklerde (%38,0) birbirine çok yakındır. İnfluenza aşısı olanların 86'sı (%74,8) son bir yıl içinde, 29'u (%25,2) ise bir yıldan daha uzun süre önce aşı olduklarını belirtmişlerdir. İnfluenza aşısı yaptıran 115 kişinin 110'u (%95,7) en az bir kronik hastalığı bulunduğunu bildirmiştir. Aşı yaptırmayanlarda ise bu değer %88,5'tir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,034$). İlaç kullananlarda İnfluenza aşısı yaptırmama sıklığı (%40,4), kullanmayanlara (%21,4) göre daha yüksektir ($p=0,05$).

Katılımcılardan 24 kişi (%8,1) pnömokok aşısı olmuştur. Pnömomokok aşısı yaptırmama sıklığı kadınlarda %8,1, erkeklerde %8,0'dir. Pnömomokok aşısı yaptıran kişilerin tümünün (%100,0) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Yaptırmayanlarda ise kronik hastalık bulunma

Tablo 1. Yaş gruplarına ve aşılar göre aşı olma durumları

Aşı olma durumu	Yaş grupları						P değeri	
	60-74 yaş arası		75 yaş ve üstü		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Grip (influenza) aşısı	Olan	88	37,6	27	42,2	115	38,6	0,505
	Olmayan	146	62,4	37	57,8	183	61,4	
Pnömomokok aşısı	Olan	18	7,7	6	9,4	24	8,1	0,661
	Olmayan	216	92,3	58	90,6	274	91,9	
Tetanoz aşısı	Olan	24	10,3	8	12,5	32	10,7	0,607
	Olmayan	210	89,7	56	87,5	266	89,3	

oranı %90,5'tir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,114$). Pnömonokok aşısı yaptıran 24 kişiden 13'ü hipertansiyon, beşi hipertansiyon ve diyabetes mellitus, ikisi KOAH ve ikisi kalp hastalığı tanısı bulunduğunu bildirmişlerdir.

Tetanoz aşısı ise 32 katılımcı (%10,7) tarafından yaptırılmıştır. Bunlardan beşi (%15,6) son bir yıl içinde, beşi (%15,6) ise 10 yıldan daha uzun süre önce tetanoz aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Tetanoz aşısı yaptıranlarda kronik hastalık bulunma oranı %90,6, yaptırmayanlarda %91,4'tür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tartışma

Demografik değişimler sonucunda uzayan doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması ve pek çok enfeksiyon hastalığına bağlı mortalite ve morbiditenin ilerleyen yaş ile birlikte artması erişkin aşılama önerilerini gündeme getirmiştir. Pek çok araştırmada 75 yaş altı ve üstü gruplar arasında aşı olma sıklığı açısından anlamlı fark olduğu belirtilmektedir. Ancak araştırmamızda bu gruplar arasında aşı olma sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1).

DSÖ ve pek çok koruyucu sağlık hizmeti veren ulusal kurumlar yeni erişkin aşılama takvimleri geliştirmiştir. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 24.03.2013 tarihli Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre influenza (grip) aşısı 65 yaş üzerinde yılda bir kez, pnömonokok aşısı ise beş yılda bir kez olmak üzere uzman hekim raporu aranmaksızın karşılanmaktadır (24). Tetanoz aşısı acil sağlık hizmeti verilen kurumlarda yaralanma olgularına ücretsiz olarak yapılmaktadır. Ancak 65 yaş üzerine yönelik rutin aşılama uygulaması yoktur. Herpes zoster aşısı ise ülkemiz erişkin aşılması kapsamında değildir.

DSÖ 2003 yılında yapılan Genel Kurulu'nda, 2010 yılına kadar 60 yaş üzeri nüfusun %75'inin influenza aşısı olmasını hedef olarak belirlemiştir. Bu ana hedef doğrultusunda çeşitli ülkeler belli yılları kapsayan kendi hedeflerini belirlemişlerdir. Ancak bu hedeflerin sıklıkla tutmadığı ve uygulamaların hedef değerinin çok altında kaldığı görülmüştür. Örneğin; DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin 48 ülkede yaptığı araştırmada 2008-2009 sezonunda hedeflenen %75'lik barajın yalnızca Hollanda'da geçildiği bulunmuştur. Pek

çok gelişmiş ülke bu hedeflerin gerisinde yer almaktadır. Araştırmada Türkiye'den aşılama kapsamının izlenmesine ilişkin veri gönderilmediği belirtilmektedir (25).

İnfluenza aşısının yaşlı kişilerde etkinliğinin, hastaneye yatış ve komplikasyonlara etkisinin incelendiği Cochraine derleme araştırmasında randomize kontrollü, yarı randomize, kohort ve vaka kontrol desenli 75 çalışmanın bulguları değerlendirilmiş, verilerin kalitelerinin yeterli olmadığı ve aşının güvenliği ve etkinliği açısından rehber olamayacağı bildirilmiştir (26).

ABD'de MedicAid uygulamasından yararlanan 65 yaş üzeri kişilerin influenza aşısı olma durumlarının sorgulandığı bir araştırmada; 65-75 yaş arası nüfusun 75 yaş üzerine göre, evli olmayan nüfusun evli olanlara göre, sosyoekonomik düzeyi düşük grubun diğer gruplara göre aşılama sıklıkları daha az bulunmuştur (27). Hollanda'da yapılan bir çalışmada influenza aşısı önerilen 65 yaş üzeri sağlıklı kişilerin aşı yaptırmaya gelmeyenleri ile görüşülmüş, kişisel karakteristikleri ile aşı olmama arasında bir korelasyon bulunmamış, ancak 75 yaş altı grubun 75 yaş üzerine oranla aşı yaptırmaya daha az istekli olduğu görülmüştür (28). Araştırmamızda 75 yaş altı ve üzeri kişiler ile sigara içen ve içmeyen kişilerde aşı yaptırmaya sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ana dal uzmanı ve yan dal uzmanı hekimlerin hastalarına influenza ve pnömonokok aşısı önerme durumlarının araştırıldığı bir çalışmada influenza aşısının pnömonokok aşısına oranla daha çok önerildiği, ana dal uzmanı hekimlerin yan dal uzmanlarına göre daha çok aşı önerdikleri, kadın hekimlerin ve kendileri aşı olan hekimlerin aşısı daha fazla önerdikleri görülmüştür (29).

Bilgili ve arkadaşlarının (21) 19-63 yaş aralığında kişiler üzerinde yaptığı çalışmada %43 ile en sık yapıldığı belirtilen tetanoz aşısının, bizim araştırma sonuçlarımızda %10,7 ile çok daha düşük sıklıkta bulunmasını, araştırmaların yaş grubu farklılıkları ile açıklamak mümkündür. On yılda bir yapılması önerilen tetanoz aşısı gebelere ve askerlere rutin olarak uygulanmaktadır. Bu sebeple ilgili araştırmanın yaş aralığında olan bu grupta aşılama sıklığının daha yüksek çıkması

beklenen bir durumdur. Altmış yaş ve üzeri katılımcılar ile yapılan araştırmamızda ise tetanoz aşısı sıklıkla bir kaza sonucunda koruyucu olarak yapılmıştır. On yıldan daha uzun süre önce yapılmış tetanoz aşılarının, bu yaş grubundaki bireyler tarafından unutulmuş olma olasılığı da dikkate alınmalıdır.

İnfluenza, pnömokok, tetanoz ve Herpes zoster aşılarının ilerleyen yaşlarda uygulanması sağlık otoriteleri tarafından önerilmektedir. Ülkemizde ileri yaşlarda aşı uygulaması ile ilgili yeterince veri yoktur. Pek çok ülkede veriler aşılama oranlarının hedef değerinin altında kaldığını göstermektedir. Araştırma bulgularımız benzer durumun ülkemiz için de geçerli olduğunu düşüncesini desteklemektedir. Özellikle kronik hastalığı olan 60 yaş ve üzeri kişilerin aşılama konusunda sağlık personelinin yol gösterici olması gerekmektedir.

İletişim: Dr. Mehmet Özen

E-posta: ozenmehmet@isnet.net.tr

Kaynaklar

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Profiles of Ageing 2013. [Internet] <http://esa.un.org/unpd/popdev/AgingProfiles2013/default.aspx> Erişim tarihi: 31.03.2015.
2. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2014. Türkiye İstatistik Kurumu, Yayın No: 4365, Ankara: Mart 2015; 1.
3. World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020. USA: 2013; 9-21.
4. CDC. Recommended Adult Immunization Schedule—United States - 2016. [Internet] <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-schedule.pdf> Erişim tarihi: 03.03.2016.
5. Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. Türkiye Erişkin Bağışıklama Rehberi. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Ankara, 2009.
6. Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009/17). Tarih: 13.03.2009 Sayı: 7941.
7. WHO, Europe. Seasonal influenza vaccination in the WHO Europe Region & updated WHO recommendations. Joint ECDC/WHO Regional Office for Europe Annual influenza surveillance meeting Warsaw, Poland, 30 May to 1 June 2012.
8. Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. *Lancet Infect Dis* 2002;2:659-66.
9. Thompson WW, Comandor L, Shay DK. Epidemiology of seasonal influenza: use of surveillance data and statistical models to estimate the burden of disease. *J Infect Dis* 2006;194 Suppl 2:582-91.
10. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1995;7:518-27.
11. Griffin MR, Zhu Y, Moore MR, Whitney CG, Grijalva CG. US hospitalizations for pneumonia after a decade of pneumococcal vaccination. *N Engl J Med* 2013;2:155-63.
12. Jackson LA, Janoff EN. Pneumococcal vaccination of elderly adults: new paradigms for protection. *Clin Infect Dis* 2008;10:1328-38.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccination Coverage Among Adults, Excluding Influenza Vaccination – United States, 2013 – Morbidity and Mortality Weekly Report, February 6, 2015;4:95-102.
14. Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP) Updated Recommendations for use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis (Tdap) vaccine in Adults Aged 65 years and older. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2012;25:468-470.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tetanus surveillance - United States, 2001-2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2011;12:365-9.
16. Halil MG. Yaşlıda Herpes Zoster ve Postherpetik Nevralji. In: Arıoğul S (editör). Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: Medikal&Nobel Tıp Kitabevi; 2006:1127-39.
17. Kawai K, Preaud E, Baron-Papillon F, Llargeron N, Acosta CJ. Cost-effectiveness of vaccination against herpes zoster and post herpetic neuralgia: a critical review. *Vaccine* 2014;15:1645-53.
18. Background paper Herpes zoster vaccines SAGE Working Group on Varicella and Herpes Zoster Vaccines March 2014. [Internet] http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/april/2_Background_document_Herpes_Zoster.pdf Erişim Tarihi: 24.11.2014.
19. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR. A vaccine to prevent herpes zoster and post herpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med* 2005;22:2271-84.
20. Lu P, Euler GL, Harpaz R. Herpes zoster vaccination among adults aged 60 years and older, in the US, 2008. *American Journal of Preventive Medicine* 2011;2:1-6.
21. Bilgili P, Çakmak T, Aşık Z. Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşıları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2013;3:113-8.

22. Özsu S, Uçar E, Arslan Y, Maden E, Bilgiç H. KOAH hastalarında influenza ve pnömokok aşılama sıklığı. *Solunum Dergisi* 2011;1:21-5.
23. Bülbül Y, Öztuna F, Gülsoy A, Özlü T. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde kronik obstrüktif akciğer hastalığı: Hastalık özellikleri ve influenza-pnömokok aşılama sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;1:24-9.
24. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sağlık Uygulama Tebliği. Resmi Gazete, Tarih: 24.03.2013 Sayı: 28597.
25. WHO Europe. Evaluation of seasonal influenza vaccination policies and coverage in the WHO European Region: Results from the 2008/2009 and 2009/2010 influenza seasons. Joint VENICE–ECDC–WHO survey. WHO Regional Office for Europe, Denmark: 2014.
26. Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly (Review). *The Cochrane Library*, 2010, Issue 2, Art. No: CD004876.
27. Kimberly A, Wynne M. Flu shots and the characteristics of unvaccinated Medicare beneficiaries. *Medicare Medicaid Res Rev* 2011;4:1-11.
28. van Essen GA, Kuyvenhoven MM, de Melker RA. Why do healthy elderly people fail to comply with influenza vaccination? *Age and Aging* 1997;26:275-9.
29. Nichol KL, Zimmerman R. Generalist and subspecialist physicians' knowledge, attitudes and practices regarding influenza and pneumococcal vaccinations for the elderly and other high risk patients: A Nationwide survey. *Arch Intern Med* 2001;161:2702-8.

EKT Uygulanan Hastalarda EKT Öncesi Anksiyete ve Depresyonun Belirlenmesi

Determination of Anxiety and Depression Levels among Patients Before Undergoing ECT

Derleme



Review Article

Dr. Sibel Asi Karakaş¹, Hem. Esra Sağlam Laz², Dr. Ayşe Okanlı³

Geliş/Received : 09.03.2015
Kabul/Accepted: 22.08.2015

Öz

Bu çalışma elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulanan hastaların uygulama öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı türde olan araştırma. 01.11.2013-10.12.2013 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Veriler gönüllü 15 yaş ve üzerinde olan, klinikte yatıp elektrokonvülsif tedavi uygulanan ya da ayaktan elektrokonvülsif tedavi uygulamasına gelen 45 hastadan toplanmıştır. Veri toplamada Kişisel Bilgi Formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Cronbach` s alpha, Kruskal Wallis testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) ve Student- t testi kullanılmıştır. Hastaların tanıtıcı özelliklerinden ekonomik durum, hastanede yatma deneyimi ve ailede ruhsal hastalık öyküsü HAD depresyon puan ortalamasıyla karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Hastaların 28'i (%62,2) anksiyete puanına göre, 35'i (%77,8) ise depresyon puanına göre kesme noktasının üstünde puan almışlardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların tamamının anksiyete ve depresyon puanları yüksektir. Elektrokonvülsif tedavi uygulanacak psikiyatri hastalarında oluşan anksiyete ve depresyonu önlemek için psikiyatri hemşiresi hastalarla terapötik bir iletişim kurabilmeleri ve elektrokonvülsif tedavi öncesi hastaları bilgilendirmeleri yapmaları önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Elektrokonvülsif tedavi, Anksiyete, Depresyon, Mental hastalar

Abstract

The aim of the study was to determine pre-procedural anxiety and depression levels of the patients who underwent electroconvulsive therapy (ECT). This descriptive research was conducted between November 1, 2013 and December 10, 2013 in Psychiatry Clinic at Gaziantep University Sahinbey Research and Practice Hospital. Data were collected from 45 volunteer patients aged 15 years and older who have been hospitalized for electroconvulsive therapy or admitted to hospital for voluntarily undergoing ambulatory ECT. Personal Information Form and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) were used to collect data. Cronbach's alpha, Kruskal Wallis tests, One Way ANOVA and Student-t tests were utilized for evaluating data. The education status, the hospitalization experience and the family history of mental illness which were among identifying characteristics of patients caused a statistically significant difference on their HAD depression scores compared to the mean score ($p<0,05$). Of the patients, 28 (62,2%) and 35 (77,8%) scored greater than cut-off value with regard to anxiety scores and depression scores respectively.

On the basis of these findings, it can be concluded that the anxiety and depression scores of all the patients were high. It might be suggested to prevent the occurrence of anxiety and depression in mentally ill patients who would undergo an electroconvulsive therapy that the nurses and the ancillary personnel can establish a therapeutic communication with the patients and inform them prior to the therapy.

Key words: Electroconvulsive therapy, Anxiety, Depression, Patients with mental illness.

1 Yrd. Doç.; Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD. Erzurum

2 Gaziantep Ü. Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hast. Psikiyatri Kliniği, Gaziantep

3 Doç.; Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD. Erzurum

Giriş

Elektrokonvülsif Terapi (EKT; Electroconvulsive Therapy, ECT), bir hastalığın tedavisi amacıyla, bir kişiye dışardan verilen elektrik uyarını ile "beyinde epileptik nöbet" ortaya çıkarılması esasına dayanan bir biyolojik tedavi yöntemidir (1). Elektrokonvülsif terapi psikiyatri alanında psikofarmakolojinin gelişiminden önce 1930'ların sonunda klinik kullanıma girmiştir. Psikiyatrideki gelişmelere koşut olarak önemi zaman içinde farklılıklar göstermiş; hala çok tartışılan ve hakkında zıt görüşler bulunan bir somatik tedavidir (2).

EKT kullanımı artmaya başlamıştır. EKT uygulanma oranı ülkelerin mevcut olanaklarına, politikalarına, getirilen yasal kısıtlamalara göre farklılık göstermektedir (3). Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçlarına göre; EKT kullanımı Avrupa ülkelerinde %4-21, Hong Kong'da %6-7,7, Ortadoğu'da %3-5, Hindistan'da %14,3, Kanada'da %21,5, Amerika Birleşik Devletleri' %6-12 olarak bildirilmiştir (4-6). Ülkemizde Adana ve İzmir'de yapılan iki çalışmada da %14,4 ve %16,2 oranlarında EKT kullanıldığı belirlenmiştir (7,8).

EKT, amacının dışında bir ceza aracı olarak kullanılan bir tedavi yöntemidir (9,10). Buna ilişkin bir önyargının halen sürmekte olduğunu kabul etmekle birlikte, yol açabileceği etik sorunların titizlikle irdelenmesi gereklidir (11). Doğru endikasyona karar verilirken "yarar/zarar" oranı üzerinde titizlikle durulması gerekmektedir. Bu kavram ışığında hasta ve/veya yakınlarının uygulamanın yarar ve riskleri konusunda bilgilendirilmeleri ve buna dayanarak geçerli onamlarının (rızarlarının) alınması gereklidir (12).

Ülkemizde "Elektrokonvülsif Tedavi Uygulama Yönergesi" T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 28.11.2006/9190 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Yönergede elektrokonvülsif tedavinin uygulama esasları, bu tedavinin yapılacağı ünitelerde bulunması gereken tıbbi cihaz ve malzemeleri, bu ünitelerde görev yapacak personelin nitelikleri ve eğitimine dair esasları belirtilmiştir. Yönergede belirtilen yasal düzenlemelerden bazıları şunlardır; Anestezili ve kas gevşeticili olmayan EKT, tıbbi gerekçe hasta dosyasında belirtilmeden uygulanamaz; EKT ünitesinde EKT uygulaması esnasında bulunacak

asgari personel olarak; ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, anestezi ve reanimasyon uzmanı, hemşire ve anestezi teknisyeni görev yapar; EKT ve anestezi uygulamasına onay verildiğini bildirir form ya da formlar hasta, velisi ya da vasisi veyahut birinci derece yakınlarından biri tarafından imzalanmış olmalıdır. Hastanın herhangi bir yakınına ulaşamadığı ve tıbbi zorunluluğun olduğu durumlarda EKT tedavisi iki psikiyatri uzmanının kararı belgelenmek koşuluyla uygulanabilir (13).

EKT yaygın olarak kullanılmaya başladığından bu yana klinik uygulamalarda etkin ve hızlı tedavi beklentilerini karşılamaktadır. EKT, çabuk etkili olması, hayatı tehdit eden ve klinik idaresinde zorluklar yaşanan hastalıkların hızla tedavisini sağlama, hastaların hastanede kalış süresini kısaltması ve dolayısıyla hem hastalıkların kronikleşmesini önlemesi hem de hastanın tedavi masraflarını azaltması gibi sebeplerle günümüzde de önemli bir tedavi seçeneği olma halini korumaktadır (14). EKT 85 yıldır kullanılan, yararları ve güvenilirliği ile ilgili bilgiler artmış olmasına karşın, kullanımı ile ilgili olumsuz duyguların hala görüldüğü bir tedavidir (15). Hastalar ve yakınları elektrokonvülsif tedaviye ilişkin olumsuz yargılara sahip olabilmektedirler. Hastalar geçmiş deneyimleri, elektrokonvülsif tedavisi alan hastaların ifadeleri ve sağlık çalışanlarının "şok tedavisi" ifadeleri ile tedaviye korkutucu bir anlam yüklemektedirler (16).

Tüm bu nedenlerden EKT uygulamasından önce; hastaların ilk defa ya da yinelenmiş EKT olmasına ve cinsiyet farkına bakılmaksızın yoğun bir anksiyete ve korku yaşadıkları, dolayısıyla tedaviyi zor kabullendikleri gözlemlenmektedir. Tanı, tedavi ve bakım için psikiyatri kliniğine yatırılmış hastada anksiyete ve korkuyu artıracak pek çok neden hastanın hastaneye kabulü ile başlar. Hastane ortamının yabancılığı, korkutucu kurallar, tedaviler, uygulamalar, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar ve ilişkiler hastanın anksiyete ve korkusunu daha da artırmaktadır (3). Akılsal ve ruhsal yönden iyi olmayan, kendisi ve çevresiyle sürekli bir uyum ve denge içinde bulunamayan; uzun süren yoğun bir sıkıntı, kaygı, korku gibi duygulanım ve düşünce değişimleri gösteren ve çevresini olumsuz yönde etkileyen psikiyatri hastalarının anksiyeteyi daha çok yaşadıkları yadsınamaz (5).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda hastaların tetkik ve operasyon uygulamalarından önce uygulama ile ilgili bilgi eksikliğine bağlı anksiyetelerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (7,8,17).

Ancak ülkemizde elektrokonvülsif tedavi ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır (7,8). Bu alanda yapılacak çalışmalarla hastaların yaşadığı korku ve anksiyete düzeyinin belirlenip, bu yönelik uygulamaların yapılmasının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerden dolayı bu çalışma; EKT uygulanan hastalarda EKT öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde 1 Kasım – 10 Aralık 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Kasım – 10 Aralık 2013 tarihleri arasında Psikiyatri Kliniğinde yatmakta olan ve Psikiyatri Polikliniğinden takip edilen EKT endikasyonu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde EKT uygulanacak hastalara ulaşılmış, EKT uygulanmadan önce, yüz yüze görüşme yöntemiyle anketler hastalara uygulanmıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri;

- EKT tedavisine karar verilmiş olması
- Hastanın tedaviyi kabul etmiş olması,
- Okur yazar olması,
- İletişime ve işbirliğine açık olması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:

- Mental retardasyonun olması,
- Hastanın uygulanan anketleri anlama ve cevap verme yeterliliğine sahip olmaması.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır. Anket ve ölçekler, araştırmacının

uygun olduğu günlerde araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren tanı, tedaviye geliş biçimleri, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, hastalığını bilme durumu, hastaneye yatma deneyimi, başka hastalık öyküsü, ailede hastalık öyküsü, hastalık süresi ve EKT alma sürelerinden oluşan 14 sorudan oluşmaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği (HAD); 1983 yılında Zigmond ve Snait tarafından geliştirilmiştir (18). Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (19). Ölçek hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacı ile kullanılmaktadır. Ölçek toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. Ölçek Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği iç kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise kesme puanı 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Aydemir'in çalışmasında iç tutarlılık kat sayısı 0,85 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda iç tutarlılık kat sayısı 0,75 olarak tespit edilmiştir

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 15 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; Cronbach` s alpha reliability hesabı, Kruskal Wallis testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) ve Student- t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmacının yapılacağı hastaneden yazılı izin ve Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmacının yapıma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi,

elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların %55,6'sı ayaktan hastadır, çoğu 25-49 yaş grupları arasında, %57,8'i kadın, %53,3'ü ilköğretim mezunuyken; %8,9'unun eğitimsiz olduğu belirlenmiştir. Hastaların %28,9'unun bekar, %48,9'unun ev hanımı / öğrenci, %28,9'unun ise işsiz olduğu saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumları incelendiğinde; %64,4'ünün orta ekonomik düzeye, %4,4'ünün ise yüksek ekonomik düzeye sahip oldukları belirlenmiştir.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
15- 24	7	15,6
25- 49	30	66,7
50ve üstü	8	17,8
Cinsiyet		
Kadın	26	57,8
Erkek	19	42,2
Eğitim		
İlköğretim	24	53,3
Lise	12	26,7
Üniversite	5	11,1
Eğitimsiz	4	8,9
Medeni Durum		
Evli	31	68,9
Bekar	13	28,9
Dul	1	2,2
Çalışma Durumu		
Çalışan	6	13,3
İşsiz	13	28,9
Emekli	4	8,9
Ev hanımı / Öğrenci	22	48,9
Tedaviye Geliş Şekli		
Yatan hasta	20	44,4
Ayaktan hasta	25	55,6
Ekonomik Durum		
Düşük	14	31,1
Orta	29	64,4
Yüksek	2	4,4

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı		
Şizofreni	7	15,6
Bipolar Bozukluk	20	44,4
Major Depresyon	12	26,7
Konversif Bozukluk	6	13,3
Hastalığını Bilme Durumu		
Evet	30	66,7
Hayır	15	33,3
Hastaneye Yatma Deneyimi		
Var	28	62,2
Yok	17	37,8
Başka Hastalık Öyküsü		
Var	14	31,1
Yok	31	68,9
Aile Ruhsal Hastalık Öyküsü		
Var	23	51,1
Yok	22	48,9
Hastalık Süresi		
0-11 ay	8	17,8
1- 5 yıl	14	31,1
6-10 yıl	10	22,2
11 yıl ve üstü	13	28,9
EKT alma Süresi		
İlk EKT öncesi	26	57,8
11- 29 gün	5	11,1
1- 12 ay	10	22,2
13 ay ve üstü	4	8,9

Hastaların %44,4'ünün bipolar bozukluk hastası olduğu, %66,7'si tanılarını bildiği, %62,2'sinin hastaneye yatma deneyiminin olduğu, %31,1'inin başka bir hastalığının bulunmadığı, %51,1'inin ailesinde ruhsal hastalık olduğu belirlenmiştir. Hastaların %28,9'u 1-10 gün arasında EKT alırken, %8,9'u 13 ay ve daha fazla zamandır EKT aldıkları belirlenmiştir.

Ekonomik durumu düşük olanlarda HAD-D puanı $13,1 \pm 0,8$, orta olanlarda $9,6 \pm 0,8$, yüksek olanlarda $11,5 \pm 3,5$ bulunmuştur ($F=6,94$, $p=0,030$). Hastaneye yatma deneyimi olanlarda HAD-D puanı $9,9 \pm 0,9$, olmayanlarda $12,1 \pm 0,8$ bulunmuştur ($t=2,11$, $p=0,041$). Ailede ruhsal hastalık öyküsü olanlarda HAD- D puanı $11,7 \pm 3,9$, olmayanlarda $9,7 \pm 4,9$ bulunmuştur ($t=10,08$, $p= 0,003$). HAD-A puanları açısından anlamlı olarak farklılık gösteren tek değişken ise ailede ruhsal hastalık öyküsüdür. Ailede ruhsal

Tablo 3.Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre anksiyete ve depresyon yaşama durumlarının dağılımı (n: 45)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	HAD-A	Test ve p	HAD-D	Test ve p
Cinsiyet					
Kadın	26	11,9±4,6	t=-0,186	11,1±4,3	t=0,578
Erkek	19	12,2±4,2	p>0,05	10,3±4,7	p>0,05
Eğitim					
İlköğretim	24	13,2±0,9		11,4±0,8	
Lise	12	10,6±1,1	F=1,05	9,9±1,6	F=0,65
Üniversite	5	10,6±2,7	p>0,05	8,4±2,1	p>0,05
Okur Yazar Değil	4	10,7±1,1		12,5±1,3	
Tanı					
Şizofreni	7	12,7±1,3		10,2±1,0	
Bipolar Bozukluk	20	10,5±1,1		9,1±1,0	
Major Depresyon	12	13,7±1,1	KW=4,403	13,2±1,2	KW=8,406
Konversif Bozukluk	6	14,6±2,9	p>0,05	13,3±1,3	p>0,05
Çalışma Durumu					
Çalışan	6	10,3±2,0		8,3±2,1	
İşsiz	13	12,3±1,2	F=1,39	10,7±1,2	F=0,75
Emekli	4	15,0±0,7	p>0,05	12,0±0,8	p>0,05
Evhanımı-Öğrenci	22	11,8±0,9		11,2±0,9	
Ekonomik Durum					
Düşük	14	13,0±0,8	KW=0,15	13,07±0,7	F=6,94
Orta	29	11,7±0,9	p>0,05	9,6±0,8	p=0,030
Yüksek	2	10,0±1,0		11,5±3,5	
Hastaneye Yatma Deneyimi					
Var	28	11,2±0,8	t=-0,89	9,9±0,9	t=-2,11
Yok	17	13,3±1,1	p>0,05	12,1±0,8	p=0,041
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü					
Var	23	13,3±4,04	t=6,235	11,7±3,9	t=10,08
Yok	22	10,7±4,5	p=0,016	9,7±4,9	p=0,003
Hastalık Süresi					
0-11 Ay	8	13,3±1,8		8,6±1,8	
1-5 Yıl	14	11,3±1,0	F=0,73	11,5±1,0	F=0,023
6-10 Yıl	10	12,4±1,6	p>0,05	11,1±1,6	p>0,05
11 Yıl ve üzeri	13	11,7±1,1		11,0±1,1	
EKT Alma Süresi					
10-29 Gün	5	7,4±1,9	KW=2,19	6,2±1,7	KW=3,36
1-12 Ay	10	13,0±1,5	p>0,05	11,9±1,3	p>0,05
13 Ay ve Üzeri	4	12,5±1,5		9,0±1,7	
İlk EKT Öncesi	26	12,9±1,0		12,3±1,05	

hastalık öyküsü olanların HAD- A puanı $13,3 \pm 4,0$, olmayanların $10,7 \pm 4,5$ olarak bulunmuştur ($t= 6,235$, $p= 0,016$). HAD-A ve HAD-D puanları açısından cinsiyet, eğitim, tanı, yaş, medeni durum, çalışma durumu parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kesme puanına göre değerlendirildiğinde depresyon alt ölçek puanına göre hastaların 35'i (%77,8) kesme puanının üstünde, anksiyete alt ölçek puanına göre 28'i (%62,2) kesme puanının üstünde puan almışlardır. Genel olarak hastaların %77,8'inin depresyon, %62,2'sinin ise anksiyete bozukluğu açısından risk oluşturduğu görülmüştür.

Hastalar genel olarak değerlendirildiğinde (n= 45) HAD- depresyon alt ölçek puanları 0-19 arasında değişmekte olup ortalama puan $9,5 \pm 4,4$

Tablo 4. EKT uygulanan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri (n:45)

EKT uygulanan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anksiyete	28	62,2
Depresyon	35	77,8

bulunmuştur. HAD- anksiyete alt ölçek puanları ise 1-21 arasında değişmekte olup ortalama puanı $13,3 \pm 4,9$ bulunmuştur.

Tartışma

Bulgularımıza göre çalışmaya alınan hastaların çoğu bekar, işsiz ve ekonomik düzeylerini orta ya da düşük olarak algılamaktadırlar. İşsiz olmak bir stresör olarak değerlendirildiğinde, ruhsal rahatsızlıklar için bir risk faktörüdür. Bu özellikler

Tablo 5. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puan ortalamaları

	X±SD
Anksiyete	13,3±4,9
Depresyon	9,5±4,4

konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer niteliktedir (20,21).

Yapılan çalışmada hastaların EKT uygulanacak hastaların çoğu duygudurum bozukluğu hastasıdır. Çalışma sonuçları EKT'nin duygudurum bozukluğu tedavisinde sıklıkla tercih edilen bir tedavi yöntemi olduğunu göstermiştir (7,22,23). EKT'nin ilk kullanımı şizofreni hastalarında olmasına karşın, duygulanım bozukluğu tedavisinde daha etkin olduğu belirlenmiştir (11). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Yapılan çalışmada HAD-A ve HAD-D puanları açısından cinsiyet, eğitim, tanı, yaş, medeni durum, çalışma durumu parametrelerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda, EKT uygulamasından önce yoğun bir anksiyete ve korku yaşadıkları, dolayısıyla tedaviyi zor kabullendikleri belirtilmiştir (5,8,17,24). Bu sonuç bireylerin, kendisini tehdit eden herhangi bir durum karşısında anksiyeteyi aynı oranda yaşadıklarını ve eğitim ya da cinsiyet gibi sosyodemografik parametrelerinin bu durumu etkilemediğini göstermiştir.

Çalışmaya katılan hastalarda, hastaneye yatma deneyimi, ekonomik durumlarının depresyon yaşama durumları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. EKT uygulanan hastalar daha şiddetli ve tedaviye daha dirençli oldukları için,

yatış süreleri uzamaktadır (22). Aynı zamanda hastaların ekonomik durumunun depresyon yaşama üzerinde etkili olması bulgusu da, kaynaklarda (20, 21) belirtilen ruhsal hastalık, yoksulluk döngüsü bilgisi ile uyuşmakta olup ruhsal bozuklukların maddi ve sosyokültürel yeterliliği zayıf sosyal yapılarda görülme sıklığının daha yüksek olacağı bilgisi ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık öyküsü olan hastalarda HAD- D ve HAD- A puanları, olmayanlara göre daha yüksek olup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($t=6,235$, $p<0,05$, $t=10,080$ $p<0,05$). Atik' in anestezi EKT uygulama öncesi psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmasında ise ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve olmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunamamış olmasına karşın anksiyetelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (17).

Çalışmamızda hastaların EKT alma süreleri incelendiğinde, EKT alma süresinin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3). EKT uygulamaları dışında psikiyatri hastalarında anksiyete ve korkuyu artıracak pek çok neden hastanın hastaneye kabulü ile başlar. Klinik ortamının yabancılığı, tedaviler, uygulamalar, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar ve ilişkiler hastanın anksiyete ve korkusunu daha da artmasına sebep olabilir. Konuyla ilgili çalışmalarda psikiyatri kliniğinde EKT gibi özel tedavi uygulamaları da hastalarda endişe ve anksiyeteye neden olabileceği belirtilmiştir (17,25). Çalışmamıza benzer biçimde Arkan



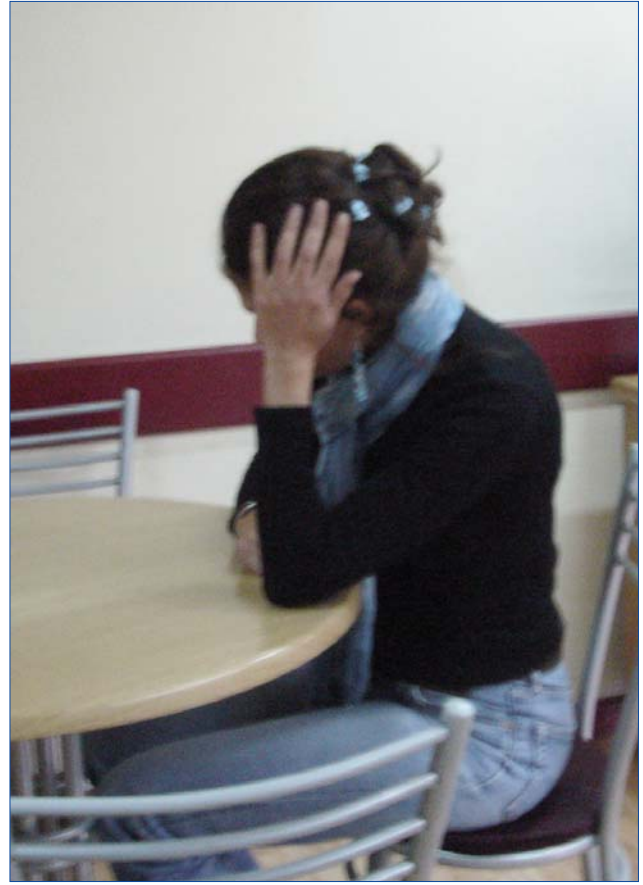
çalışmasında da EKT alma süresinin hastaların durumluluk anksiyete düzeyleri üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir (26). Yapılan çalışmaya göre EKT uygulanacak hastaların büyük bir kısmının, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının, ortalamanın üstünde olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da hastaneye yatan bireylerin hastalıkları ile ilgili çeşitli endişe ve korkular hissettikleri, ev ortamından uzaklaşma ve hastaneden yakınlarının ayrılması ile ne yapacaklarının bilememe, yalnızlık, öfke, yabancılaşma duyguları yaşadıkları tespit edilmiştir (12, 27). Psikiyatri kliniklerinde tedavi yöntemleri içinde olan EKT öncesi hastaların bu tedaviye en çok gösterdikleri tepkilerin anksiyete ve korku olduğu belirlenmiştir (12,28).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda EKT'nin bilişsel ve fiziksel yan etkilerine önem verilmesine, psikolojik yan etkileri gözardı edilmiş olmasına karşın; yurt dışında yapılan bir çalışmada da, EKT'nin medyada yanlış tanıtılması, EKT ile ilgili bilgi eksikliği, toplumun olumsuz tutumlarının, hasta ve hasta yakınları üzerinde, benlik saygısında azalma, damgalanma, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz psikososyal etkileri olduğunu göstermiştir (20,21).

Sonuç

Bu çalışmada; hastaların ekonomik durum ve daha önce hastaneye yatma deneyimleri depresyon puanı üzerinde önemli farklılık oluştururken, ailede ruhsal hastalık öyküsü olanlarda hem anksiyete hem de depresyon puanları üzerinde etkili olduğu; EKT alma süresinin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili olmadığı; EKT uygulanan hastaların EKT öncesi, % 77,8'inin depresyon, % 62,2'sinin ise anksiyete açısından risk altında oldukları belirlenmiştir.

EKT uygulanacak psikiyatri hastalarında gözlenen anksiyete ve depresyonu önlemek için psikiyatri hemşiresi hastalarla terapötik bir iletişim kurabilmeleri; gerekirse bu konuda eğitim almaları önerilebilir. EKT öncesi hastada gözlenen anksiyete ve korkuyu gidermek için; iyi bir gözlem yaparak hastayı tanımak, hasta ile ilişkiyi olumlu yönde başlatmak; sakin güvenilir bir ortam sağlamak, hastanın yanında olmak, duygularını ifade etmesine olanak tanımak, EKT ilgili anksiyete ve korkusunu açığa çıkarıcı sorular



sormanın yanı sıra hastaya EKT hakkında anlayacağı biçimde bilgi vermek, hastanın uygulama öncesi ortaya çıkan anksiyetesini azaltan, tedaviye yardımcı olan hemşireliğin bağımsız bir rolüdür. Çalışmamızın kısıtlılığı tek merkezde yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Sonuçlar yorumlanırken bu kısıtlılık dikkate alınmalıdır. Sonuçlar çok merkezli ve sayıca daha fazla hastayla yapılan çalışmalarla desteklenmelidir.

İletişim: Dr. Sibel Asi Karakaş

E-posta: sibelasi_36@hotmail.com

Kaynaklar

1. Tosun M. Depresyon tedavisinde elektrokonvülsif terapinin yeri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 107-120.
2. Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvülsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. Anatolian Journal of Psychiatry 2007;8:302-309.
3. Arkan B, Üstün B. Elektrokonvülsif tedavi'de (EKT) hemşirelik uygulamaları. C.Ü. Hemşirelik Dergisi 2008;12 (3).
4. Chung KF. Electroconvulsive therapy in Hong Kong: Rates of use, indications, and outcome. Journal of ECT 2003;19(2):98-102.

5. Naqvi H et al. Use of electroconvulsive therapy at a University Hospital in Karachi, Pakistan: A 13-Year Naturalistic Review. *Journal of ECT* 2005; 21 (3): 158–161.
6. Nelson A. A national survey of electroconvulsive therapy use in the Russian Federation. *Journal of ECT* 2005;21(3):151–157.
7. Evlice YE, Tamam L, Zeren T. Elektrokonvülsif terapi: 12 yıllık uygulamanın değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Dergisi* 2003;41 (2): 54–63.
8. Gazdag G, et al. Rates of electroconvulsive therapy use in Hungary in 2002. *Journal of ECT* 2004; 20 (1): 42–44.
9. Ubong GB, Eth S. Legal and ethical issues in electroconvulsive therapy, In: Kellner CH, ed. *Electroconvulsive therapy, The Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia: WB Saunders Co 1991;14 (4): 1007-10016.
10. Bloch S. *The political misuse of psychiatry in the Soviet Union*, Oxford: Psychiatric Ethics, 1993.
11. Soygür H, Arda B: Elektrokonvülsif tedavi: Etik sorunlar ışığında genel bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik* 1996; 4: 28-33.
12. Barker P, Baldwin S, In search of ethical parameters *Ethical Issues in Mental Health*. Londra, Chapman&Hall 1991;198-201.
13. Elektrokonvülsif Tedavi Uygulama Yönergesi. Accessed November 12, 2016 at www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-21056/h/yonerge.doc
14. Sayar GH, Özten G, Eryılmaz I, Göğçegöz G, Ceylan ME. Elektrokonvülsif tedavi üzerine; güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6 (2).
15. Kavanagh A, McLoughlin DM. Electroconvulsive therapy and nursing care. *Br J Nurs* 2009; 18: 1370, 1372,1374-7.
16. Dönmez ÇF, Yılmaz M. Elektrokonvülsif tedavi ve hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2 (2): 80-89.
17. Atik H. Psikiyatri hastalarında anestezi elektrokonvülsif tedavi uygulama öncesi ortaya çıkan anksiyetenin giderilmesinde bilgilendirmenin etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
18. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1983; 67: 361-370.
19. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997; 8: 280-287.
20. Çoban A. *Şizofreni Bin Parça Akıl*, Timaş Yayınları, İstanbul 2008.
21. Maldonado G, Caqueo U, Kavanagh J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 899-904.
22. Eroğlu MZ, İçbay E, Tamam L. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde elektrokonvülsif tedavi uygulanan hastaların demografik ve klinik özellikleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2012;39 (3):371-376.
23. Brown AM, Kazer MW. Electroconvulsive therapy: Thoughts for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014; 28,354.
24. Bennett DM, Cameron IM, Currie J, Perrin JS, Reid IC. Socioeconomic status of patients receiving electroconvulsive therapy. *Journal ECT* 2013 Dec; 29 (4): 303-7
25. Barker SB, Pandurangi AK, Best AM. Effects of animal-assisted therapy on patients' anxiety, fear, and depression before ECT. *J ECT*. 2003 Mar; 19 (1):38-44.
26. Arkan B. Elektrokonvülsif tedavi'ye yönelik verilen eğitimin hemşirelik uygulamalarına ve hasta memnuniyetine etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
27. Ebrahimi H, Navidian A, Keykha R. Effect of supportive nursing care on self esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 2014; 3 (2): 149-156.
28. Payne NA, Prudic J. Electroconvulsive therapy part II: A biopsychosocial perspective. *J Psychiatry Pract* 2009; 15 (5): 369–90.



Ömer Faruk Nangır¹, Dr. Pınar Yalçın Balçık²

Geliş/Received : 08.07.2015
Kabul/Accepted: 22.11.2015

Öz

Günümüzde sağlık sistemleri sağlık hizmeti alanlara daha kaliteli ve daha etkili sağlık hizmetini daha az maliyetle vermeye odaklanmışlardır. Bu nedenle birçok ülkede sağlık reformları yapılmıştır. Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlamıştır. Sağlık hizmetlerindeki ilerlemeyi ve maliyetlerdeki değişimi görmek ve sağlık sistemlerini karşılaştırabilmek açısından sağlık istatistikleri önemli rol oynamaktadır.

Bu çalışmada güncel ve temel sağlık istatistikleri Avrupa bölgesi bazında ele alınarak Türkiye verileri ile karşılaştırılmıştır. Türkiye ile Avrupa ülkelerinin son verileri değerlendirilmiş, sağlık durumu ve sağlık belirleyicileri konularında Türkiye ile Avrupa ülkeleri arasındaki farklar ortaya konmuştur.

Türkiye’nin birçok alanda sağlık hizmeti açısından ilerleme sağladığı fakat Avrupa ülkeleri ortalamasının gerisinde yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ortalamanın gerisinde yer almak BT cihaz sayısı, alkol, tütün ve tütün mamulleri gibi bazı göstergeler açısından olumlu fakat doğumda beklenen yaşam süresi gibi bazı göstergeler açısından ise olumsuz olarak düşünülebilir. Bu nedenle her göstergenin kendi içinde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlık durumu, Sağlık durumu göstergeleri, Epidemiyolojik belirleyiciler

Abstract

Today healthcare systems focused on providing people with higher quality and more effective health care service with less cost. Thus, in many countries health reforms have been made. In Turkey in 2003 Health Transformation Program started. Health statistics play an important role in observing the development in health care services and change in costs and in comparing healthcare systems.

In this study up-to-date and main health statistics are dealt with based on European region and compared with Turkey’s data. Latest data of Turkey and European countries are evaluated, differences between Turkey and European countries are revealed in health status, health determinants.

The conclusion of Turkey ensured development in terms of healthcare service in many areas but fell behind average of European countries is achieved. Falling behind the average can be considered as positive in terms of some indicators such as CT device number, alcohol, tobacco and tobacco products however can be considered as negative for some indicators such as life expectancy at birth. Therefore it is thought that each indicator should be evaluated within itself.

Key words: Health status, Health status indicators, Epidemiologic determinants

¹ İç Denetçi, CGAP, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
² Yrd. Doç.; Hacettepe Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara

1. Giriş

Geçen yıllarda, birçok hükümet, sağlık hizmetleri sistemlerinde reform yapmak ve sistemlerini yeniden organize etmek için çaba sarf etmişlerdir (1). Türkiye geçmişte de sağlık reformları uygulamış ve son olarak 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamaya koymuştur. Türkiye'deki sağlık reformlarının nedenleri çok genel olarak; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık güvencesinden yoksun olması, kaynakların verimsiz kullanımı, uluslararası çevrelerin etkisi ve yönlendirmesi ve dünya genelinde görülen küresel sağlık reformlarının yansıması şeklinde belirtilebilir. Türkiye'nin, 80 yıldan fazla bir sürede, özellikle de son 10 yılda önemli ölçüde sağlık hizmetleri kapsamını genişlettiği ve temel sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve doğuştan beklenen yaşam süresi gibi) iyileşmeler sağladığı belirtilebilir (2).

Avrupa ülkeleri de son on yılda sağlık alanında önemli gelişmeler kaydetmişlerdir. Avrupa Birliği ülkelerinde "doğumda beklenen yaşam süresi" 1980'e göre 6 yıldan fazla bir artış göstererek 2010 yılında 79 yıla yükselmiştir, aynı zamanda prematür ölümler de ciddi bir oranda azalmıştır. "Yaşam beklentisi olan 79 yılın üçte birinden fazlası herhangi bir sakatlık ya da hareketi engelleyici bir durum olmadan kaliteli yaşam olarak geçirilmektedir. Beklenen yaşam süresinin artması daha iyi yaşam ve çalışma koşulları ile açıklanabileceği gibi sağlık hizmetine ulaşımın kolaylaşması ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun artması da bunlar arasında sayılmalıdır, örneğin kalp krizi sonrası ölüm oranları önemli şekilde düşmüştür (3,4).

Bu çalışmanın amacı son veriler ekseninde Avrupa Birliği ülkeleri belli başlı sağlık verilerini ele almak ve bulgusu olan Türkiye sağlık verileri ile karşılaştırmaktır. Yöntem olarak ikincil kaynaklar



<https://www.youtube.com/watch?v=2B-cd32D2aQ>

ve literatür taraması kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan veriler ağırlıklı olarak Avrupa Temel Sağlık Göstergeleri (ECHI), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Sağlık Bakanlığı (SB) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine dayanmaktadır.

Sonraki bölümlerde sağlık durumu ve sağlık belirleyicileri konularında, Avrupa ve Türkiye'deki durum ayrıntılı olarak incelenecektir.

2. Sağlık Durumu

Bu bölümde sağlık durumu Avrupa'daki ve Türkiye'deki doğumda beklenen yaşam süresi, 65 yaşında beklenen yaşam süresi, kaba ölüm oranı, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, ölüm nedenlerinden dolaşım sistemi hastalıkları, kanser insidansı, intihar oranı, HIV ve AIDS insidansı ve diyabet prevalansı gibi sağlık göstergeleri ile incelenmektedir. Ayrıca Türkiye için veri bulunmasa da Avrupa'daki doğumda ve 65 yaşında beklenen sağlıklı yaşam sürelerine ve trafik kazaları nedeniyle ölenlerin oranına da değinilmektedir.

2008-2010 yılları arasında Avrupa ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması

erkeklerde 75,3 yıl, kadınlarda 81,7 yıl iken, 2012 yılında doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması erkeklerde 76,1 yıl ve kadınlarda ise 82,2 yıl olmuştur. Avrupa ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi 1980 yılına göre 6 yılın üzerinde artış göstererek 2012 yılında ortalama 79,2 yıldır (3, 4). Seçilen sağlık durumu göstergeleri açısından Avrupa ve Türkiye karşılaştırmasının gösterildiği Tablo 1'de de görüldüğü üzere Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması 2013 yılı için 76,3 yıldır (5).

2012 yılında kadınlarda doğumda beklenen yaşam süresi açısından en yüksek yaş 85,5 yıl ile İspanya'dadır (3,4). Erkeklerde de 2012 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresi açısından en yüksek yaş 79,9 yıl ile İsveç'tedir. Doğumda beklenen yaşam süresi açısından en düşük yaş kadınlarda 77,9 yıl ile Bulgaristan ve ve erkeklerde 68,4 yıl ile Litvanya'dadır (4). Türkiye'de son verilere göre kadınlarda doğumda beklenen yaşam süresi 2013 yılı için 79,4 yıl, erkeklerde de ise 73,7 yıldır (5). Avrupa Birliği ülkelerinde üçte ikiden fazlasının doğumda yaşam beklentisi kadınlarda 80 yaşın, erkeklerde de 75 yaşın üstündedir (4).

Tablo 1. Seçilen sağlık durumu göstergeleri açısından Avrupa ve Türkiye karşılaştırması

	Avrupa (2012)	Türkiye (2013)
Doğumda beklenen yaşam süresi	79,2	76,3
Kadın	82,2	79,4
Erkek	76,1	73,7
65 yaşında beklenen yaşam süresi	18,9	16,7
Kadın	20,4	18,5
Erkek	16,8	14,9
Kaba Ölüm Hızı (Yüz binde)	1.169	490
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	4	10,8
Anne Ölüm Hızı (Yüz binde)		
Ölüm Nedenleri	17	15,9
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	% 40	% 39,8
İntihar Edenlerin Oranı (Yüz binde)	13,5	4,19
HIV İnsidansı (Yüz binde)	6,3	1,4
AIDS İnsidansı (Yüz binde)	1,1	0,1
Kanser İnsidansı (Yüz binde)	266	221,5
Diyabet Prevalansı	% 6,0	% 14,8

Kaynak: OECD 2014

Avrupa Birliğinde doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi (HLY-Healthy Life Years) 2008-2010 yılları arasında kadınlarda 62,2 yıl ve erkeklerde 61 yıl olarak gerçekleşmiştir (3). 2012 yılı için aynı veriler kadınlarda 62,3 yıl ve erkeklerde 61,3 yıldır (4). Sağlıklı yaşam beklentisi açısından kadınlar ve erkekler arasındaki farkın düşük olduğu dolayısıyla kadınlarda yeti yetimi dolayısıyla geçirilen sürenin erkeklerden fazla olduğu ortaya çıkmaktadır (4,6).

Avrupa'da 2008-2010 yılları arasında 65 yaşında beklenen yaşam süresi ortalaması erkeklerde 16,5 yıl ve kadınlarda 20,1 yıldır (3). 2012 yılında ise 65 yaşında beklenen yaşam süresi erkeklerde 16,8 yıl, kadınlarda 20,4 yıl olmuştur. Avrupa'da 65 yaşında beklenen yaşam süresi ortalaması 2012 yılı için 18,9 yıldır. Doğumda beklenen yaşam süresinde üst sıralarda olduğu gibi Fransa 65 yaşında beklenen yaşam süresinde kadınlarda 23,4 yıl ile erkeklerde 19,1 yıl ile birinci ülke konumundadır. 65 yaşında beklenen yaşam süresinde en düşük süreler kadınlarda 17,3 yıl ile Bulgaristan'da, erkeklerde 13,6 yıl ile Letonya'dadır (4). 2014 yılı verilerine göre 2013 yılında Türkiye'de 65 yaşında beklenen yaşam süresi ortalaması 16,7 yıldır bu süre kadınlarda 18,5 yıl ve erkeklerde de 14,9 yıl yıldır (5,7).

Sosyoekonomik gruplar arasındaki yaşam süresi beklentileri farkı Avrupa Birliği ülkelerinde hala devam etmektedir. Hem erkekler hem de kadınlar açısından yüksek eğitilmiş kesimin daha uzun yaşam süreleri vardır. Örneğin Çek Cumhuriyeti'nde 65 yaşındaki yüksek eğitilmiş bir erkeğin yaşam süresi beklentisi aynı yaşta düşük eğitilmiş bir erkekten 7 yıl daha uzundur (3,4).

65 yaşında beklenen sağlıklı yaşam süresi Avrupa Birliği ülkelerinde kadınlarda 8,7 yıl ve erkeklerde de 8,5 yıldır (4,6).

Kaba ölüm hızı AB ortalaması 2011 yılı için 100.000 kişide 1.169'dur, kadınlarda 950 ve erkeklerde de 1.489'dur. AB ülkeleri arasında kaba ölüm hızı en yüksek olan Bulgaristan (1.688) en düşük olan ise Fransa'dır (870) (3,4). Kaba ölüm hızı 1995 ile 2010 yılları arasında ortalama %25 oranında düşüş göstermiştir (3). Türkiye'de kaba ölüm hızı, 2010 yılında 100.000 kişide 500 iken bu hız 2011 yılında 510, 2012 yılında 500

ve 2013 yılında 490 olarak hesaplanmıştır. Diğer bir ifade ile 2010 yılında 1.000 kişi başına 5 ölüm düşerken, 2013 yılında 1.000 kişi başına 4,9 ölüm düşmektedir (7,8). Kaba ölüm hızındaki büyük farklılığın nedeninin AB ülkelerinde yaşlı nüfusun daha fazla ve doğurganlık hızının daha düşük olması gibi nüfus dinamikleri olduğu düşünülmektedir.

Bebek ölüm hızı AB ortalaması 1.000 canlı doğumda 2010 yılı için 4,2 iken 2012 yılı için 4'tür. Bebek ölüm hızı Slovenya'da bin canlı doğumda 1,6 ile en düşük, Romanya'da bin canlı doğumda 9 ile en yüksektir. Bulgaristan bin canlı doğumda bebek ölüm hızını 2010 yılındaki 9,4 düzeyinden 2012 yılında 7,8 düzeyine düşürmüştür (3,4). Türkiye'de bebek ölüm hızı ise 2010 yılında %12 iken, bu hız 2011 yılında %11,7, 2012 yılında %11,6 ve 2013 yılında %10,8 olmuştur. Diğer bir ifade ile 2013 yılında 1.000 canlı doğum başına 10,8 bebek ölümü düşmüştür (7,8).

Anne ölüm hızı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ortalaması 2013 yılı için 100.000 canlı doğumda 17'dir. 2013 yılı için 100.000 canlı doğumda anne ölüm hızı Türkiye'de 15,9 olarak gerçekleşmiş ve Avrupa ortalamasının altında yer almıştır (9).

İskemik kalp hastalığı ve serebro-vasküler hastalıkları da içeren dolaşım sistemiyle ilgili kardiyovasküler hastalıklar AB'de başlıca ölüm nedenleri arasındadır, AB'de 2010 yılında ölümlerin %36'sı, 2011 yılında ise %40'ı kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır. 2010 yılında AB'de ölümlerin %13'ü, 2011 yılında ise %18'i tek başına iskemik kalp hastalığı kaynaklıdır (3,4). Türkiye'de 2013 yılı verilerine göre ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubu şöyledir: dolaşım sistemi hastalıkları (%39,8), iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%21,3), solunum sistemi hastalıkları (%9,8), endokrin, beslenme ve metabolizmaya ilgili hastalıklar (%5,6), dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler (%5,5) ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları (%4,1). Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %38,8'i iskemik kalp hastalığı, %25,2'si serebro-vasküler hastalık, %17,7'si diğer kalp hastalığı ve %12,8'i hipertansif hastalıklardan kaynaklanmıştır (10).

Kanser nedeniyle ölenlerin oranı 2010 yılında AB'de tüm ölümlerin %28'i, 2011 yılı verilerine göre ise %24'ü düzeyindedir. Güney Kıbrıs, Finlandiya, Bulgaristan, İsveç ve İsviçre kanser nedeniyle ölüm oranı bakımından en düşük orana sahip ülkelerdir; en yüksek orana sahip ülkeler ise Macaristan, Hırvatistan, Slovakya, Slovenya ve Danimarka gibi merkezi Avrupa ülkeleridir. Tüm kanser türleri toplamı bakımından ölümlerde AB ortalaması kadınlarda 100.000 kişide 210, erkeklerde 100.000 kişide 379'dur; Akciğer kanseri açısından oran kadınlarda 100.000 kişide 29, erkeklerde 100.000 kişide 93'tür. Kadınlarda tüm kanser türleri arasından meme kanserinden ölümlerin oranı %16, erkeklerde tüm kanser türleri arasından akciğer kanserinden ölümlerin oranı %26 ve prostat kanseri açısından %10'dur (3,4).

2012 yılında yaklaşık 2,7 milyon yeni kanser vakası bildirilmiş bunun %54'ü erkeklerde, %46'sı kadınlarda görülmüştür (4). En sık görülen kanser türleri ise yeni vakalarda %13,8'i meme, %13,6'sı prostat, %13'ü kolorektal ve %11,8'i akciğer kanserleridir. 75 yaşından önce kansere yakalanma riski %27 düzeyindedir. Kuzey ve Batı Avrupa ülkelerinde (Belçika, Danimarka, Fransa ve Norveç) kanser vakası sıklığı 100.000 kişide 300 üzeri ile en yüksek, Yunanistan, Güney Kıbrıs ve Türkiye gibi Akdeniz ülkelerinde 100.000 kişide 200 civarı ile en düşüktür. AB'de kanser vakası görülme sıklığı 100.000 kişide ortalama 266 vakadır. Türkiye'de kanser insidansı 2012 yılı verileri için 100.000 kişide ortalama 205 olarak bildirilmiştir (4). Türkiye'de 2009 yılında yaşa standart kanser hızı erkeklerde 100.000 kişide 269,7, kadınlarda ise 100.000 kişide 173,3'dür. Kadın erkek ortalama kanser insidansı ise 100.000 kişide 221,5'dir (11).

AB'de ölümler arasında trafik kazaları nedeniyle ölenlerin oranı 100.000 kişide 7,7 düzeyindedir (4). 1995-2010 yılları arasında trafik kazaları nedeniyle ölüm oranı ortalama %51 düşüş göstermiştir. Bu oran Romanya, Yunanistan ve Litvanya'da ortalama 100.000 kişide 12 ile en yüksek, Malta, Hollanda, İsveç ve İngiltere'de ortalama 100.000 kişide 4 ile en düşüktür (3).

İntihar edenlerin oranı 2010 yılında AB'de ortalama 100.000 kişide 12,3 düzeyinde iken

2011 yılında 100.000 kişide 13,5 düzeyindedir. 2011 yılında Litvanya 100.000 kişide ortalama 33,4 ile birinci sıradadır. Özellikle Litvanya'da intihar oranı erkeklerde 100.000 kişide 61 oranındadır. Yunanistan ve Güney Kıbrıs 100.000 kişide 4 ile son sırada yer almaktadır (4). İntihar oranı 1995-2010 yılları arasında AB'de ortalama %31 azalmıştır (3). İntihar sayıları Yunanistan'da ekonomik kriz ile birlikte %50 oranında artmıştır 2007'de 328 intihar vakası bildirilirken 2011 yılında 477 ve 2012 yılında ise 508 vaka bildirilmiştir (4). Türkiye'de yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısını ifade eden kaba intihar hızı, 2013 yılında 100.000 kişide 4,19 olmuştur. Diğer bir ifade ile her yüz bin kişiden dördü intihar etmiştir (12). Bu oran ile Türkiye AB'ne üye ve aday ülkeler arasında en düşük intihar oranına sahip ülkeler arasında yer almaktadır.

HIV vakası insidansı 2012 yılı için AB'de ortalama 100.000 kişide 6,3, AIDS vakası insidansı ise 100.000 kişide 1,1 düzeyindedir. HIV ve AIDS insidansı en yüksek Estonya'da (100.000'de 23,5 ve 2,7) en düşük Slovakya'dadır (100.000'de 0,9 ve 0,1). Türkiye'de HIV insidansı 100.000 kişide 1,4 ve AIDS insidansı 100.000'de 0,1 düzeyindedir (4,13).

2011 yılında Avrupa Birliği'ndeki 20-79 yaş arası insanların %6'sından fazlasının yaklaşık 30 milyon kişinin şeker hastası olduğu görülmüştür (3). Uluslararası Diyabet Federasyonu'na göre Avrupa'da 2014 yılında 20 ile 79 yaş arası 52 milyon yetişkinin diyabet hastası olduğu tahmin edilmektedir. Buna göre diyabet hastalığının Avrupa'da prevalansı %7,9 düzeyindedir (14). Şeker hastalığı, astım ve bunama gibi kronik hastalıkların yaygınlaştığı fakat bu göstergedeki artışın daha iyi teşhis yöntemleri ya da başka bir hastalığın öncüsü olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. AB ülkelerinde kronik hastalıkların teşhis ve takibinde daha iyi yönetim ilkesi sağlık politikaları arasında ön sıralarda yer almaya başlamıştır (3). Kuzey Amerika ve Karayipler bölgesinde olduğu gibi Avrupa bölgesinde de yaşlı popülasyon oranının fazla olması diyabet prevalansını arttırmaktadır. Bu bölgede yaklaşık 56,3 milyon (popülasyonun %8,5'i) diyabetli birey yaşamaktadır ve 2035 yılında bu sayının 68,9 milyon olacağı düşünülmektedir. En fazla hastanın yaşadığı ülke

Tablo2. Seçilen sağlık belirleyicileri açısından Avrupa ve Türkiye karşılaştırması

	Avrupa (2012)	Türkiye (2013)
Yetişkinlerde Sigara Tüketimi (Günlük)	% 22,8	% 23,8
Yetişkinlerde Alkol Tüketimi (Yıllık, Saf Alkol)	10,1 Litre	1, 6 Litre
Obezite Prevalansı	% 16,7	% 16,9

Kaynak: OECD 2014

10,9 milyon ile Rusya Federasyonu iken en yüksek prevalansa sahip ülke ise %14,8 ile Türkiye olarak belirlenmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu'na Diyabet Atlası'na göre Türkiye, hem diyabet prevalansı hem de diyabetli nüfus açısından, Avrupa'da diyabetin en yüksek olduğu ilk beş ülke arasında gösterilmektedir (15). Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından diyabet prevalansı hakkında yayınlanan veriler Türkiye'de 20-79 yaş aralığında toplam yaklaşık 7 milyon diyabet hastası olduğunu ve bu rakamın toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %15'ine denk geldiğini göstermektedir. Avrupa ülkelerine benzer şekilde Türkiye de giderek artan yaşlı nüfusun etkilerini hissetmeye başlamıştır. İnsanlar yaşlandıkça diyabet gelişme olasılığı da artmaktadır (16).

3. Sağlık Belirleyicileri

Bu çalışmada, sağlık belirleyicileri Avrupa ve Türkiye için yetişkinlerde günlük ortalama sigara tüketimi ve yıllık saf alkol tüketimi ile obezite prevalansı göstergeleri çerçevesinde incelenmektedir. Birçok Avrupa ülkesi yüksek vergiler koyarak, reklam panoları ve reklam kampanyaları ile farkındalığı artırarak tütün/sigara tüketimini azaltmışlardır. İsveç ve İzlanda'da yetişkinler arasında günlük sigara içenlerin oranı 1980 yılında %30'un üzerindeyken artık %15'in altına düşmüştür. Yunanistan'da yetişkinlerin %30'undan fazlası günlük sigara tüketmektedir (3). 2012 yılında AB ülkelerinin üçte birinde günlük sigara içen yetişkinlerin toplam yetişkin nüfusa oranı %20'nin altındadır (4). Türkiye'de yetişkinler arasında günlük sigara tüketimi 2010 yılında %25,4'tür, 2000 ile 2010 yılları arasında yetişkinler açısından günlük tüketim %20,9 düzeyinde azalmıştır (3).

Seçilen sağlık belirleyicileri açısından Avrupa ve Türkiye karşılaştırmasının yer aldığı Tablo 2'de görüldüğü gibi 2012 yılı itibariyle Türkiye'de günlük sigara içen 15 yaş üstü yetişkinlerin

toplam 15 yaş üstü yetişkin nüfusa oranı %23,8'dir. Bu oran da 2002 yılına göre %26'lık bir azalmayı işaret etmektedir (4). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin 2008 yılında %31,3'ü her gün ya da ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür (17). 15 yaş üstü yetişkinlerden günlük sigara tüketenlerin Avrupa Birliği ortalaması %22,8'dir ve 2002 yılından 2012 yılına kadar %12 oranında düşmüştür (4).

Alkol tüketimi de Avrupa ülkelerinin birçoğunda son 20 yılda azalmıştır. Reklam yasakları, satışlardaki kısıtlamalar ve vergilendirme yolları alkol tüketimini azaltan kanıtlanmış yöntemlerdir. Fransa, İtalya ve İspanya gibi geleneksel şarap üreticisi ülkelerdeki kişi başına tüketim 1980 yılından beridir büyük ölçüde düşmüştür (3). Alkol tüketimi kaynaklı hastalıklar AB'de halk sağlığı alanının hem morbidite hem de mortalite açısından önemli sorunları arasındadır. 2012 yılında AB'de alkol tüketimi hastalık ve mortalite risk faktörleri arasında tütün kullanımı ve yüksek tansiyondan sonra üçüncü sıradadır. AB bölgesi Dünyada en fazla alkol tüketiminin olduğu bölgedir. 2012 yılı verilerine göre kişi başına saf alkol tüketimi yıllık olarak 10 litrenin biraz üzerindedir (4). Bazı ülkelerde, Güney Kıbrıs, Finlandiya ve İrlanda'da, yetişkinler arasındaki alkol tüketimi büyük ölçüde artmıştır (3). 2012 yılı verilerine göre de en yüksek alkol tüketimi yetişkin kişi başına 12 litre ve üzeri ile Litvanya, Estonya ve Avusturya'dadır. Saf alkol tüketiminin 15 yaş üstü nüfusta Avrupa Birliği ortalaması yetişkin kişi başına 10,1 litredir. Türkiye'de alkol tüketimi kişi başı 1,6 litre olarak görülmektedir ve 1980'den bu yana %17 düşüş göstermiştir. Türkiye'nin yanı sıra AB'de en düşük saf alkol tüketimi Makedonya (4,0) ve Norveç'tedir (6,2) (4).

Avrupa Birliği ülkelerindeki yetişkin nüfusun %53'ü fazla kilolu ve bunların %16,7'si ise obezdir. AB üyesi 26 ülkeden 17'sinde obezite ve fazla kilolu prevalansı %50'nin üzerindedir. Bu oranlar Fransa, İtalya ve İsviçre'de çok düşüktür fakat son on yılda hızlı artış göstermektedir. Obezite prevalansı Romanya ve İsviçre'deki %8'den başlayarak Macaristan ve İngiltere'deki %25'in üzerine kadar çeşitlilik göstermektedir. Birçok Avrupa ülkesinde 1990 yılından beri de obezite oranı ikiye katlanmıştır. Avrupa Birliği'ndeki yetişkin nüfusun ortalama obezite oranı %16,7 (3,4), Türkiye'de yetişkinler arasında obezite prevalansı %16,9 olmuştur, erkeklerde %13,2 ve kadınlarda %21 olarak bildirilmiştir (3). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 verilerinde de 15 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu dağılımı erkeklerde %39, kadınlarda %30 ve fazla kilolu prevalansı %34,8 olarak, obez dağılımı ise erkeklerde %13,7, kadınlarda %20,9 ve obezite prevalansı %17,2 olarak ölçülmüştür (9).



4. Sonuç

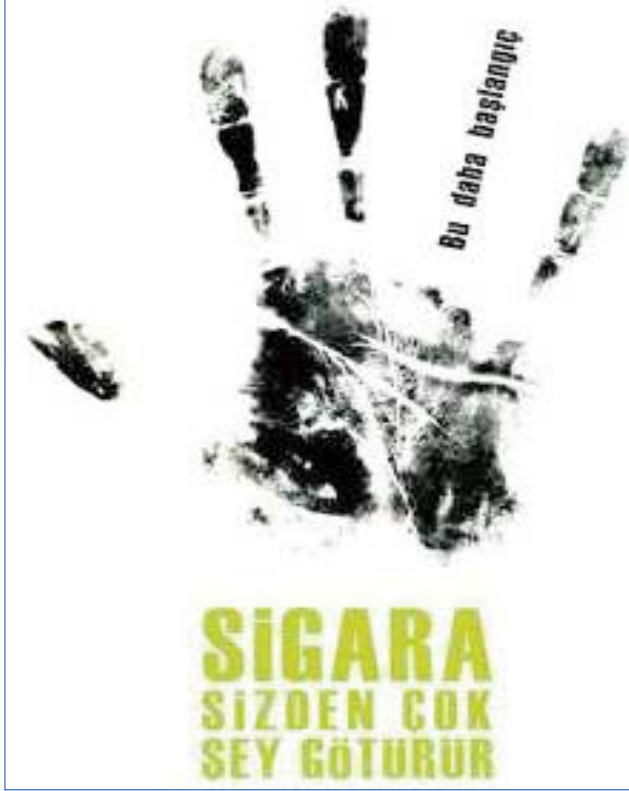
Türkiye'nin birçok alanda sağlık hizmeti açısından ilerleme sağladığı fakat Avrupa ülkeleri ortalamasının gerisinde yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ortalamanın gerisinde yer almak alkol, tütün ve tütün mamulleri kullanmak gibi bazı göstergeler açısından olumlu fakat doğumda beklenen yaşam süresi gibi bazı göstergeler açısından ise olumsuz olarak düşünülebilir. Bu nedenle her gösterge kendi içinde değerlendirilmelidir.

Sağlık durumu açısından Türkiye, Avrupa ülkeleri ortalamasının altında yer almaktadır fakat doğumda beklenen yaşam süresi, 65 yaşında beklenen yaşam süresi bakımından AB ortalamasına çok yaklaşmıştır. Kaba ölüm hızı açısından AB verileri bir hayli yüksektir ve 100.000 kişiye düşen kaba ölüm hızı verileri Türkiye verilerinin neredeyse iki katıdır. Kaba ölüm hızındaki büyük farklılığın nedeninin AB ülkelerinde yaşlı nüfusun daha fazla ve doğurganlık hızının daha düşük olması gibi nüfus dinamikleri olduğu düşünülmektedir. Bebek ölüm hızı bakımından Türkiye AB ortalamasının bir hayli gerisindedir fakat her geçen yıl bu hız düşmektedir. Anne ölüm hızı açısından Türkiye Avrupa ortalamasından daha iyi durumdadır. Avrupa'da olduğu gibi Türkiye'de de tüm ölümlerin %40'ı dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları arasında iskemik kalp hastalığı ile serebrovasküler hastalıklar en ön sıradadır. Kanser insidansı açısından Türkiye Avrupa ülkeleri ortalamasının altında yer almaktadır fakat çalışmalar Türkiye'de kanser vakası görülme sıklığının giderek artacağını söylemektedir. Avrupa'da intihar oranı Türkiye'nin üç katından biraz fazladır ve ekonomik kriz nedeniyle Avrupa ülkelerinde son yıllarda intihar oranı artış göstermiştir. HIV ve AIDS insidansı Türkiye'de Avrupa ülke ortalamalarının onda biri düzeyindedir.

Türkiye hem diyabet prevalansı hem de diyabetli nüfus açısından, Avrupa'da diyabetin en yüksek olduğu ilk beş ülke arasında yer almaktadır. Ülkemizde 7 milyondan fazla diyabetli bireyin yaşadığı ve 20 yaş üstü nüfusumuzun %42,4'ünde diyabet ya da prediyabet olduğu

bilinmektedir. Ayrıca, yine ülkemizde 20 yaş üstü nüfusumuzun %68,7'si obez ya da fazla kilolu sınıfına girmektedir. SGK verilerine göre ülkemizde diyabet ve neden olduğu sorunlar için yapılan harcamalar ülkemizde sağlık harcamalarının %23'ünü oluşturmaktadır. Bu durum, diyabetin ülkemizde hem mevcut şartlarda ciddi boyutlara ulaştığının, hem de gelecek için önemli bir tehdit oluşturduğunun ve ülkemiz ekonomisi açısından da önemli bir sorun olduğunun kanıtıdır. Bununla birlikte diyabetin ya da komplikasyonlarının önemli bir kısmının alınacak önlemler ve uygun müdahalelerle önlenebileceği ya da geciktirilebileceği bilinmektedir. "Türkiye Diyabet Programı 2015-2020" ile belirlenen strateji ve hedeflerin temel amaçları: ulusal düzeyde diyabete yönelik etkin politika geliştirilmesi ve geliştirilen politikaların yürütülmesi, toplumda diyabet farkındalığının artırılarak diyabetin mümkün olan azami derecede önlenmesi, diyabetli bireylerin yeterli ve uygun şekilde eğitim almalarının ve tedavi edilmelerinin sağlanması ve komplikasyonların ve diyabete bağlı ölümlerin azaltılmasıdır (18).

Sağlık belirleyicileri açısından yetişkinlerde günlük sigara içenlerin oranı Avrupa ülkelerinde ve



Türkiye'de son on yılda azalmış, son on yıldaki Türkiye'deki azalış Avrupa ülkelerindeki azalıştan iki kat fazla olmuştur ve günlük sigara içenlerin Türkiye ortalaması Avrupa ülkeleri ortalamasının çok az üzerindedir. Ama birçok hastalığın özellikle de ölüm nedenlerinin başında gelen iskemik kalp hastalıklarının en önemli önlenilebilir risk faktörü olan sigaranın hem Türkiye'de hem de Avrupa'da daha da azaltılması gerekmektedir. Alkol tüketimi de benzer şekilde birçok Avrupa ülkesinde azalmıştır. Türkiye kişi başına düşen saf alkol tüketimi açısından Avrupa ülkeleri ortalamasının on kat altında yer alarak çok iyi bir düzeydedir.

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının sağlık, ekonomik ve sosyal açıdan zararlı etkileri konusunda halkın eğitilmesi, bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacı ile T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) hazırlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı'nın (2015-2018) hedefi 2018 yılı sonuna kadar toplumun %95'inde tütün ve tütün ürünlerinin kullanımına karşı tutum oluşturmaktır (19).

Türkiye obezite prevalansı açısından ise ortalamadadır ve sadece Avrupa ülkeleri ortalamasının yarım puan üzerindedir. Türkiye'de bu oranın düşürülmesi ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın Obezite ile Mücadele Hareketi kampanyası ile başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 yılı Stratejik Planı hedefleri arasında, toplumu sağlıklı beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirmek ve bilinçlendirmek, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak yer almaktadır (20). Bu kapsamda obezite ile mücadelede yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına yönelik önlemlerin yanı sıra toplumda düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesine dair hususları da kapsayan "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" 2010 yılında yayımlanmıştır. Ayrıca Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015) hazırlanmış ve uygulamaya başlanmıştır. Obezite diyabet için önemli bir risk faktörüdür. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı kapsamında da obezite ile mücadele edilmektedir (21).

İletişim: Dr. Pınar Yalçın-Balçık
E-posta: pyalcin@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P ve Reich MR. Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 784, Ankara, 2009.
2. Yıldırım HH ve Yıldırım T. Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme. (Ed. Yıldız M ve Sobacı MZ.). Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama. Ankara: Adres Yayınları; 2013. s.364-397.
3. OECD. Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing.
4. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing.
5. TÜİK. Hayat Tabloları Haber Bülteni. Yıl: 2014 Sayı 18522
6. Jagger C, Gillies C, Cambois E, Van Oyenc H, Nusselder W, Robinee J, ve diğerleri. The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries. J Clin Epidemiol. 2010; 63(8): 892-899.
7. TÜİK. Ölüm İstatistikleri Haber Bülteni. Yıl: 2013, Sayı 13440.
8. TÜİK. Ölüm İstatistikleri Haber Bülteni. Yıl: 2014, Sayı 16050.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 956, Ankara, 2014.
10. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri Haber Bülteni, Yıl: 2014, Sayı 16162.
11. Gültekin M. ve Boztaş G. Türkiye Kanser İstatistikleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2014.
12. TÜİK. İntihar İstatistikleri Haber Bülteni, Yıl: 2014, Sayı 16049.
13. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
14. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas, 6th Edition, 2014.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, Yayın No: 816, Ankara, 2014.
16. International Diabetes Federation (IDF). Türkiye'de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu, 2013
17. TÜİK. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Haber Bülteni, Yıl: 2012, Sayı 13142.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, Ankara, 2014.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2018, Ankara, 2015.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan (2013-2017), Ankara, 2012.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Ankara, 2013.



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

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

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

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

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

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

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

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve üyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

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

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

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

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler"

kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased 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>

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

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

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

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

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

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. Yazı tipi: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

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

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. 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.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.

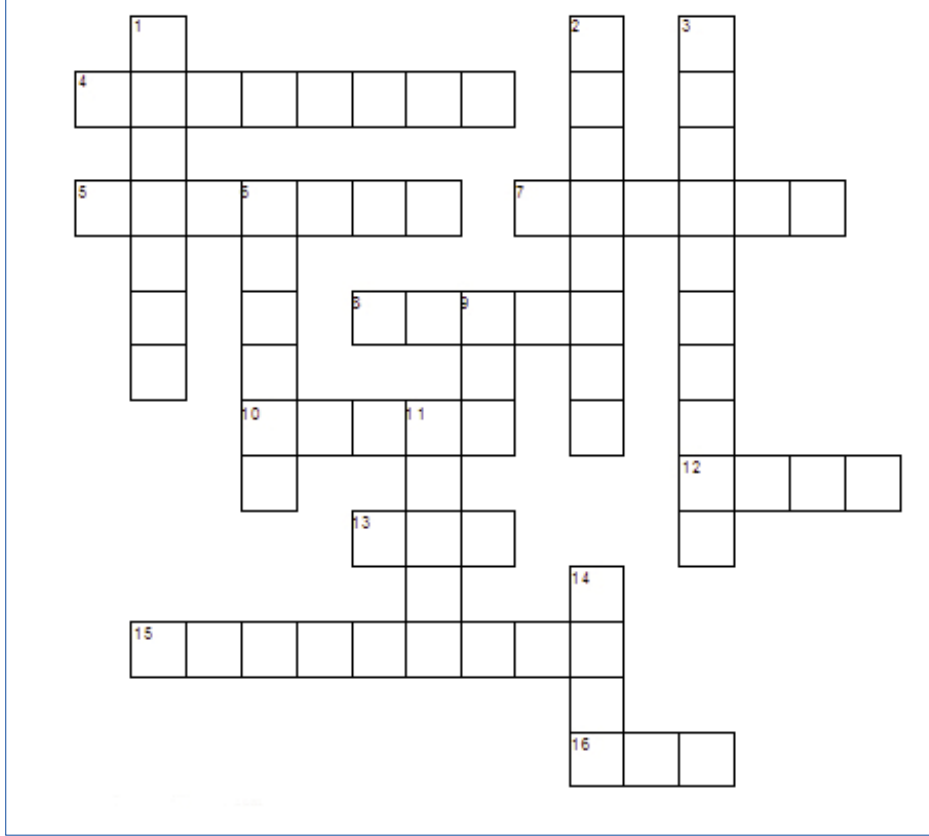
Yayın Hakkı Devir Formu

<http://www.ttb.org.tr/STED/index.php/yazar>





Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **1 TTB - STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi**" kitabını armağan ediyoruz.



1. Ülkemizde erişkin nüfusun en sık yaptırdığı aşı.
2. Senaryoya dayalı benzetim ile geliştirilebilen becerilerden biri.
3. ABD'de aşı ile korunulabilen ölümlerin İnfluenza'dan sonra en sık görülen ikinci nedeni olan enfeksiyon.
4. Hasta güvenliğine yönelik hata yönetimi, güvenlik kültürünün benimsenmesi, ekip çalışması ve karmaşık sistemlerde performans artışını amaçlayan eğitim uygulamaları yapılabilen yöntem.
5. Birlikte çalışmayı öğrenmenin en iyi yolu.
6. CDC'nin erişkinler için Herpes zoster aşısının bir doz yapılması önerdiği yaş.
7. 2010 - 2015 yılları arasında Dünya'da doğumda

beklenen yaşam süresi ortalaması.
8. Keyif verici olarak yaygın olarak kullanılan, toksik ve bağımlılık yapıcı madde.
9. Kardiyopulmoner resüsitasyon.
10. Uluslararası Resüsitasyon Uzlaşım Komitesi.
11. CDC'nin önerdiği erişkinler için tetanoz aşısının yapılma sıklığı.
12. Herpes zoster enfeksiyonunun en önemli komplikasyonlarından biri.
13. Temel yaşam desteği.
14. İnfluenza hastalığı risk gruplarından biri.
15. Alkol etkisi altında iken kişilerin eğilimlerinde artış olan durumlardan biri.
16. Dışardan verilen elektrik uyararı ile "beyinde epileptik nöbet" ortaya çıkarılması esasına dayanan biyolojik tedavi yöntemi.