

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi



Cilt 17 | Sayı 3 | 2013 |
Volume | Number

3 AYDA BİR YAYIMLANIR
PUBLISHED QUARTERLY



Akademik Aile Hekimliği 20 Yaşında

Aile hekimliği disiplinde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları
İlhami Ünlüoğlu



Elektronik (e) reçete uygulaması ve akılcı ilaç kullanımına katkısı
Ahmet Akıcı, Refik Altun

Çocuklarda tiroid hormon düzeylerinin obezite ile ilişkisi
Ferhat Ekinci, Arzu Uzuner, Niyazi Tosun

Baş Editör | Editor-in-Chief
Prof. Dr. Okay Başak

Editörler | Editors
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Prof. Dr. Dilek Güldal
Doç. Dr. Pınar Topsever
Uz. Dr. Halûk Çağlayaner
Doç. Dr. Mehmet Akman

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board
Doç. Dr. Mehmet Akman
Uz. Dr. Işık Gönenç
Uz. Dr. Birgül Coşkun
Uz. Dr. Emrah Kırımlı
Yrd. Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Sahibi | Owner
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Okay Başak

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor
Doç. Dr. Mehmet Akman

Yönetim Yeri | Administration Office
TAHUD Genel Merkezi
Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

Yazışma Adresi | Business Correspondence
e-posta: medya@deomed.com

Teknik Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator
İlknur Demirel, ilknurd@deomed.com

Grafik Tasarım | Graphic Design
Tolga Erbay, tolgae@deomed.com

Sayfa Düzeni | Application
Nurgül Özcan, nurgulozcan@deomed.com

Abone Koşulları | Subscription
Tek Sayı Fiyatı: (KDV içinde) 15.00 TL,
Yıllık (4 sayı) Bireysel Abonelik: (KDV içinde) 40.00 TL'dir.
Yıllık (4 sayı) Kurumsal Abonelik: (KDV içinde) 60.00 TL'dir.
TAHUD üyeleri dergiyi TAHUD kanalıyla edinebilirler.
Abonelik için iletişim: tahud@tahud.org.tr

Yayınevi | Publisher
Deomed Yayıncılık
Sarayardı Cad. Cemhan-Doğan İş Merkezi No: 100/16 Hasanağa
Kadıköy 34722 İstanbul
Tel: (0216) 414 83 43 (pbx), Faks: (0216) 414 83 42
www.deomed.com

Baskı ve Cilt | Printing and Binding
Birmat Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti., Tel: (0212) 629 05 59-60



Kapak Resmi: Gürcan Nalkıran "Tophane" (2009) 50x60 cm, tuval üzerine yağlı boya
Ressam, grafiker. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Resim ABD - Grafik Ana Sanat Dalı
1982 mezunu. Sanatsal anlamda resim çalışmalarına 1998 yılından itibaren Yusuf Taktak atölyesinde başladı. 2002-2006 yılları arasında yaşadığı ABD New Mexico eyaletinde devam etti. Renkçi ve dışavurumcu bir anlayışı benimseyen sanatçı birçok karma ve kişisel sergi açtı. Halen çalışmalarını İstanbul'daki atölyesinde sürdürmektedir.

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

- Prof. Dr. Zekeriya Aktürk (Aile Hekimliği)**
Atatürk Üniv. Tıp. Fak. / Erzurum
- Prof. Dr. Nafiz Bozdemir (Halk Sağlığı)**
Çukurova Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Adana
- Doç. Dr. Esra Saatçi (Aile Hekimliği)**
Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana
- Prof. Dr. Recep Erol Sezer (Halk Sağlığı)**
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. - Aile Hek. ABD / Sivas
- Doç. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)**
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara
- Prof. Dr. Mehmet Ungan (Aile Hekimliği)**
Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara
- Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu (Aile Hekimliği)**
Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

- Prof. Dr. Thomas Freeman (Family Medicine)**
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario / Ontario, Canada
- Prof. Dr. Michael Kidd (Family Medicine)**
Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia
- Prof. Dr. Jan De Maeseneer (Family Medicine)**
Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent, Belgium
- Prof. Dr. Waris Qidwai (Family Medicine)**
Aga Khan University / Karachi, Pakistan
- Prof. Dr. Richard G. Roberts (Family Medicine)**
School of Medicine and Public Health, University of Wisconsin / Madison, WI, USA
- Prof. Dr. Moira Stewart (Epidemiology & Biostatistics)**
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario / Ontario, Canada
- Assoc. Prof. Nabil D. Sulaiman (Family Medicine)**
College of Medicine, University of Sharjah / United Arab Emirates
- Prof. Dr. Chris van Weel (Family Medicine)**
Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands

Başmakale | Editorial

Akademik aile hekimliği 20 yaşında | 95
Twenty years of academic family medicine
Okay Başak

Araştırmalar | Research Articles

Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler | 96
Evaluation of the quality of life and affecting factors in the elderly living in nursing homes
Mustafa Haki Sucaklı, Betül Bakan, Mustafa Çelik

Çocuklarda tiroid hormon düzeylerinin obezite ile ilişkisi | 101
The relationship between thyroid hormone levels and obesity in children
Ferhat Ekinci, Arzu Uzuner, Niyazi Tosun

Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları | 106
Nutritional status of elderlies admitted to home health care service
Hülya Akan, Arzu Ayraller, Osman Hayran

Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşılırlarındaki bilgi, tutum ve davranışları | 113
Knowledges, attitudes and behaviours of adults about adult vaccines
Zeynep Aşık, Tuğba Çakmak, Pınar Bilgili

Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri | 119
Anxiety, depression and quality of life among the patients with diabetes mellitus
Bilge Sönmez, İsmail Kasım

Derleme | Review

Elektronik (e) reçete uygulaması ve akılcı ilaç kullanımına katkısı | 125
Electronic (e) prescription practice and its contribution to rational drug use
Ahmet Akıcı, Refik Altun

Olgu Sunumu | Case Report

Deli bal ile zehirlenen bir aile: Olgu sunumu | 134
A family admission for poisoning with mad honey: a case report
Erhan Yengil, Mehmet Masuk Akhan, Duygu Yengil, Hüseyin Evren Öztürkoğlu, İbrahim Şifeler, Ali Karakuş

Durum Raporu | Position Paper

Aile hekimliği disiplininde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları | 137
Academic promotions in the discipline of family medicine and oral exams for associate professorship
İlhami Ünlüoğlu

Düzeltilme | Erratum

Düzeltilme: 0-18 yaş çocuk ve adolesanlarda büyüme eğrileri | 142
Erratum to: Growth charts for 0-18 year old children and adolescents
Ahmet Öztürk, Arda Borlu, Betül Çiçek, Canan Altunay, Demet Ünalın, Duygu Horoz, Elçin Balcı, Hasan Basri Üstünbaş, Meral Bayat, M. Mümtaz Mazıcıoğlu, Nihal Hatipoğlu, Selim Kurtoğlu, Servet Kesim, Vesile Şenol

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i

Akademik aile hekimliği 20 yaşında

Twenty years of academic family medicine

Okay Başak¹

Değerli okuyucular,

16 Temmuz 1993 tarihi Aile Hekimliği disiplini açısından çok önemli bir tarihtir. Yükseköğretim Kurulu'nun tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması yönünde bu tarihte almış olduğu karar, Aile Hekimliğinin ülkemizde bilimsel ve akademik bir disiplin olarak gelişmesi sürecinde bir kilometre taşıdır. Temmuz ayında 20 yılı geride bıraktığımız bu süreç Aile Hekimliğine neler kazandırmıştır? Geline nokta Akademik Aile Hekimliği açısından durum nedir?

Tüm bilim dallarında olduğu gibi, bir bilimsel tıp disiplini olarak Aile Hekimliği de, kendi alanında bilgi üretmek, bunun için bilimsel metodoloji kullanarak araştırma yapmak, ürettiği bilimsel bilgiyi yaymak ve gelecek kuşaklara aktarmak durumundadır. Yirmi yıllık süreçte Aile Hekimliği Akademisi önemli gelişmeler kaydetmiştir. Temmuz 2013 itibarıyla ülkemizde var olan 72 tıp fakültesinin 55'inde Aile Hekimliği anabilim dalları bulunmakta, bu akademik birimlerde 160 akademisyen görev yapmaktadır. Doksan iki doçent ve 20 profesörün yetiştiği bu süreçte, alanımızda bilgi üretimine katkı sağlayan birçok bilimsel araştırma yapılmış ve yayınlanmıştır. Akademik Aile Hekimliğinin ülkemizdeki 20 yıllık gelişim süreci, bu süreçte gözlenen eğilimler, akademinin aile hekimliği uygulaması ile ilişkisi ve bağlantısı araştırılmayı ve değerlendirilmeyi beklemektedir. Bu konudaki bilimsel yazılar ne yazık ki sınırlıdır.^[1]

Bu sayımızda Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu'nun konuyla ilgili bir yazısını yayınlıyoruz.^[2] "Aile hekimliği disipliniinde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları" başlıklı bu yazıda, ilk Aile Hekimliği anabilim dallarının kuruluşu, ilk akademisyenlerin atanması, Aile Hekimliği alanında bilimsel araştırma ve yayınların başlaması ele alınmaktadır. Prof. Ünlüoğlu ayrıca, Aile Hekimliği alanındaki doçentlik sınavları sürecini ve ilk Aile Hekimliği doçenti ve profesörlerinin atanmasını kronolojik bilgileri de içeren bir şekilde değerlendirmekte ve Akademik

Aile Hekimliği tarihsel sürecine bir not düşmektedir. Önümüzdeki sayımızda da Aile Hekimliği anabilim dallarının ve Akademik Aile Hekimliğinin bugünkü durumunu ve Aile Hekimliğinin akademik gelişiminin temel özelliklerini değerlendiren bir başka yazı yer alacaktır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi olarak bundan böyle her sayımızda, Aile Hekimliğinin akademik gelişimini değerlendiren ve Aile Hekimliği eğitiminde özgün ve yenilikçi uygulamaları tanımlayan en az bir makale yayınlamayı hedefliyoruz. Akademik süreçlerin içinde yer alan ve konuya ilgi duyan eğitici ve araştırmacılarımızın araştırma ve değerlendirme yazılarını Dergimize bekliyoruz.

Genelde üniversitelerin ve akademinin, bilimselliği ve üniversite anlayışını sürdürmede zorlandığı günümüzde, koşullar ne olursa olsun bilimsel çalışmayı öncelikle ve bilimi geliştirmemiz büyük önem taşımaktadır. Üniversitelerin de piyasa koşullarına açılması, 'kaba performans' anlayışının giderek üniversitelere egemen olması, ne yazık ki hizmet üretimini bilim üretmenin önüne çıkarmaktadır. Bilim insanları da adeta hizmet, yani var olanı/bilineni tekrarlama kalıbına sokulma tehdidi altındadır. Başarının neredeyse yalnızca hizmet üretimindeki sayısal büyüklük ile değerlendirilir hale gelmesi, dünyada ve ülkemizde üniversitelerin karşı karşıya bulunduğu en büyük tehlikedir.

Tüm bu olumsuz gelişmelere karşın Akademik Aile Hekimliği, tüm diğer bilim dalları ve tıp disiplinleriyle birlikte bilimsel çalışma normlarını korumak, bilimsellikten ayrılmamak ve bilimsel üretkenliğini geliştirmek için her zamankinden daha fazla çaba harcamalıdır.

Gelecek sayımızda görüşmek dileğiyle...

Kaynaklar

1. Başak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17:29-36.
2. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği disipliniinde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17:137-41.

¹Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Baş Editörü; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın

Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler

Evaluation of the quality of life and affecting factors in the elderly living in nursing homes

Mustafa Haki Sucaklı¹, Betül Bakan², Mustafa Çelik¹

Özet

Amaç: Bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışma grubunu Kahramanmaraş merkez huzurevinde kalan yaşlılar oluşturmaktadır. Huzurevinde 93 yaşlı barınmaktadır. Yaşlıların 91'ine sosyo-demografik özelliklerini tespiti için hazırlanan anket uygulandı. Yeterli bilişsel fonksiyonlara sahip olan 42 yaşlıya ise Türk toplumuna uyarlanmış yaşam kalitelerini ölçmeye yönelik kısa form 36 uygulandı.

Bulgular: Yaşlıların %65.9'u erkek, %34.1'i kadın, yaş ortalamaları 75.8±8.1, huzurevinde kalma süreleri 3.1±2.5 yıl olarak hesaplandı. Huzurevinde kalan yaşlıların %17.6'si sigara, %14.3'ü Maras otu olmak üzere toplamda %31.9'u nikotin bağımlısı idi. Yaşlıların %80.2'sinin en az bir kronik hastalığı vardı. Katılımcıların kısa form-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık özet skala puan ortalaması 42.25±13.04, mental sağlık özet skala puan ortalaması ise 44.98±9.89 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Elde ettiğimiz sonuçlar huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerinin ve yaşam kalitelerini etkileyecek tüm değişkenlerin incelenmesi bu alandaki müdahaleler için veri sağlayacaktır. Bu veriler ışığında huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik faaliyetlere hız verilmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Huzurevi, yaşam kalitesi, yaşlı.

Summary

Objective: To determine socio-demographic features and the quality of life and associated factors in the elderly living in nursing homes.

Methods: The study sample consisted of all the elderly living in a nursing home in the centre of Kahramanmaraş. Ninety-three elderly people were living in the nursing home. Ninety-one elderly people completed a questionnaire composed of questions about demographic features. Forty-two elderly people with sufficient cognitive functions filled in the short form of SF-36 which had been adapted to Turkish culture before to determine the quality of life. Scores to be obtained from SF-36 range from 0 to 100. High scores indicate an improved quality of life.

Results: Out of all the elderly people included in the study, 65.9% were male and 34.1% were female. The mean age of the participants was 75.8±8.1 years and the mean duration of residence in the institution was 3.1±2.5 years. Seventeen point six percent of the elderly people were smokers, 14.3% were using Maras powder and 31.9% were nicotine addicts. Eighty point two percent of the elderly people had at least one chronic disease. The mean scores obtained by the participants were 42.25±13.04 for physical health and 42.25±13.04 for mental health in SF-36. In addition, the lowest score obtained from the subscales of SF-36 was 41.77 ± 9.83 for general health and the highest score was 50.36±9.82 for vitality.

Conclusions: It can be concluded that the elderly living in the nursing home had a very low quality of life. Further studies on the quality of life of elderly people living in nursing homes and factors affecting the quality of their life will shed light on and accelerate interventions likely to be performed to improve the quality of their life.

Key words: Nursing homes, the quality of life, elderly.

S on yıllarda bireylerin ortalama yaşam süresi uzamıştır. Ülkemizde beklenen yaşam süresinin artıyor olması olumlu bir gelişmedir. Ancak, yaşlı nüfusumuzun yaşam kalitesi ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.^[1] Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1970 ile 2025 yılları

arasındaki yaşlı nüfus artış oranının %223 olacağı ve 60 yaş üzeri nüfusun 1.2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.^[2,3] Ülkemizde toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı, 2012 yılı verilerine göre %7,5 düzeyindedir.^[4] Yaşlı nüfusta, 2008-2040 yılları arasında %201'lik bir artış beklen-

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Kahramanmaraş

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Kahramanmaraş

mektedir.^[5] Bunun sonucu olarak toplumun yaşlanması ile ilgili sorunlar ön plana çıkmaktadır. Nüfus içinde yaşlıların oranının artışı ile birlikte, onların sağlık ve sosyal gereksinimlerinin karşılanamaması, önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkeler için de önemli bir sorun olarak ortaya çıkacaktır.^[6] Ayrıca yaşlı sayısındaki artış huzurevlerinin ve buralarda barınan kişi sayısının da artışı beraberinde getirecektir.

Sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için, yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerekir.^[7-9] Yaşlanma ile birlikte bireyin yaşamındaki biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlar değişmektedir. Bu değişim sonunda ortaya çıkan çeşitli hastalıklarla birlikte görme, duyma gibi fonksiyonların da gerilemesine bağlı olarak yaşlıların yaşam kalitesi düşer ve yaşlılıkta öz bakım gereksinimlerini karşılamada birey yetersiz kalabilir.^[10-12] Ayrıca yaşam kalitesinin, ilerleyen yaşla birlikte bozulmaya eğilimli olduğu gösterilmiştir.^[13]

Bu çalışmada, huzurevinde kalan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinin, yaşam kalitelerinin ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin tespiti amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma grubunu Kahramanmaraş il merkezinde bulunan huzurevinde kalan yaşlılar oluşturmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve anketin uygulanabilmesi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kahramanmaraş İl Müdürlüğünden izin alınmıştır.

Huzurevinde barınmakta olan 93 yaşlıdan 91'ine, sosyo-demografik özelliklerini tespitiye yönelik hazırlanan anket uygulandı. İki huzurevi sakini çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Demans tanısı olanlar ve kooperasyon kurulamaya- cık derecede hasta olanlar çalışma dışı bırakıldı. Yeterli bilişsel fonksiyona sahip ve araştırmaya katılmayı kabul eden 42 yaşlıya ise, yaşam kalitesini ölçmeye yönelik ve Türk toplumuna uyarlanmış Kısa Form-36 (SF-36) uygulandı.

SF-36, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ayrıca fiziksel bileşen ve mental bileşen olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel bileşen özet skalası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından; mental bileşen özet skalası ise canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşmak-

tadır. Ölçek, son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirme yapmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.^[14] Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümünden Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamış, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır.^[15]

İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket istatistik programı ile değerlendirildi. Kolmogorov-Smirnov Testi ile yapılan değerlendirmede dağılımların normal çıkması üzerine nonparametrik testlerden ikili gruplar için Mann Whitney U, çoklu gruplar için Kruskal wallis testi kullanıldı. Tüm analizlerde p<0.05 değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 91 yaşlıların %65.9'u (60 kişi) erkek, %34.1'i (31 kişi) ise kadın; yaş ortalaması ise 75.8±8.1 idi (60 ve 97 yaş arası). Huzurevinde kalma süreleri ortalama 3.1±2.5 yıl olan katılımcıların yaklaşık yarısı (44 kişi) okur-yazar değildi. Sadece kadınların mesleklerine bakıldığında %87.1'i (27 kadın) ev hanımı, %12.9'u (4 kadın) ise memur idi. Çoğunluğu dul ya da boşanmış olan (67 kişi, %73.7) katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	60	65.9
	Kadın	31	34.1
Yaş	60-69	23	25.3
	70-79	35	38.5
	80 ve üzeri	33	36.2
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	44	48.3
	Okuryazar	10	11.0
	İlkokul	24	26.4
	Ortaokul	9	9.9
Medeni durum	Lise	4	4.4
	Evli	11	12.1
	Bekar	13	14.3
	Dul	43	47.2
Meslek	Boşanmış	24	26.4
	Ev hanımı	27	29.7
	Serbest çalışan	21	23.1
	İşçi	19	20.8
	Çiftçi	16	17.6
Çocuk	Memur	8	8.8
	Var	64	70.3
	Yok	27	29.7

*SS=Standart sapma

Halen sigara içenlerin oranı %17.6 (16 kişi), Maraş otu kullananların oranı %14.3 (13 kişi) idi. Başka bir deyişle huzurevinde kalan yaşlıların %31.9'u (29 kişi) nikotin bağımlısı idi. Yaşlıların %80.2'sinin (73 kişi) en az bir kronik hastalığı vardı. Kronik hastalık ortalaması ise 2.5 idi. En sık görülen üç kronik hastalık hipertansiyon (25 kişi), koroner arter hastalığı (11 kişi) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (10 kişi) idi.

Huzurevinde kalan yaşlıların Kısa Form-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar genel olarak düşük saptandı. Kısa Form-36 özet skorlarından fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalaması 42.25±13.04 ve mental sağlık bileşenleri puan ortalaması 44.98±9.89 idi.

Alt ölçeklerde en düşük puan ortalaması 41.77±9.83 ile genel sağlık alt ölçeğinde, en yüksek puan ortalaması ise 50.36±9.82 ile vitalite (canlılık) alt ölçeğinde tespit edildi. Çalışmaya katılan yaşlıların Kısa Form-36 alt ölçeği skorları **Tablo 2**'te gösterilmiştir.

Nikotin bağımlısı (sigara ve/veya Maraş otu) olan yaşlıların Kısa Form-36 fiziksel fonksiyon puan ortalamaları (ort:37.871), bağımlı olmayan yaşlıların puan ortalamaları (ort:51.311) na göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p=0.026).

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörlere bakıldığında; kadınlarda fiziksel rol kısıtlaması puanları (ort:38.26, p=0.044), bedensel ağrı puanları (ort:33.56, p=0.013), emosyonel rol kısıtlaması puanları (ort:32.32, p=0.033) ve mental sağlık ortala-

Tablo 2. Kısa Form-36 alt ölçek puanları

SF-36 alt ölçekler	Ortalama ± SS*
Fiziksel fonksiyon	42.37±12.87
Fiziksel rol kısıtlaması	46.80±13.45
Bedensel ağrı	43.17±15.71
Genel sağlık	41.77±9.83
Vitalite	50.36±9.82
Sosyal fonksiyon	42.14±11.67
Emosyonel rol kısıtlaması	42.51±15.70
Mental sağlık	43.15±9.52

*SS=Standart sapma

ması puanları (ort:40.67, p=0.016) anlamlı derecede düşük idi. İleri yaşta olanların fiziksel fonksiyon puanları (ort:30.78, p=0.001), bedensel ağrı puanları (34.13, p=0.036), fiziksel sağlık puanları (ort:32.31, p=0.006) anlamlı derecede düşük idi. Okur-yazar olmayanların fiziksel rol kısıtlaması puanları (ort:41.16, p=0.043), bedensel ağrı puanları (ort:36.31, p=0.026) anlamlı derecede düşük idi. Ayrıca akrabaya gitmeyenlerin genel sağlık puanları (otr:39.24, p=0.049), vitalite puanları (ort:47.35, p=0.05), sosyal fonksiyon puanları (ort:37.64, p=0.013), mental sağlık puanları (ort:39.3, p=0.003) ve mental sağlık ortalaması puanları (ort:40.38, p<0.001) anlamlı derecede düşük idi. Katılımcıların yaşam kalitelerini etkileyen bazı faktörler **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı faktörler

Tanıtıcı özellikler	n	Yaşam kalitesi parametreleri (SF-36)										
		Fiziksel fonksiyon kısıtlaması	Fiziksel rol	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite	Sosyal fonksiyon kısıtlaması	Emosyonel rol	Mental sağlık ortalaması	Fiziksel sağlık ortalaması	Mental sağlık	
Cinsiyet	Erkek	31	44.57	49.83	46.58	42.64	51.74	44.00	46.13	44.07	44.80	46.50
	Kadın	11	36.17	38.26	33.56	39.35	46.47	36.91	32.32	40.54	35.06	40.67
	Z		1.759	2.452	2.479	1.006	1.457	1.852	2.506	1.615	2.017	2.375
	p=*		0.081	0.044	0.013	0.322	0.155	0.071	0.033	0.11	0.044	0.016
Yaş	60-69	15	47.35	50.56	44.72	42.28	49.24	43.03	44.77	42.12	46.21	43.57
	70-79	15	46.66	48.68	48.85	44.55	53.47	45.20	46.87	44.00	46.24	47.40
	80 ve üzeri	12	30.78	39.75	34.13	37.68	47.88	37.23	34.23	42.13	32.31	43.72
	χ ²		13.475	4.759	6.628	3.802	2.965	3.375	4.804	0.76	10.167	1.1
p=†		0.001	0.093	0.036	0.149	0.227	0.185	0.091	0.684	0.006	0.577	
Eğitim	Okur yazar değil	15	38.41	41.16	36.31	40.11	47.17	42.66	36.34	42.57	36.98	43.89
	Okur yazar	27	44.56	49.93	46.98	42.70	52.13	41.86	45.94	43.47	45.18	45.58
	Z		1.495	2.025	2.221	0.95	1.761	0.201	1.898	0.423	1.772	0.958
	p=*		0.135	0.043	0.026	0.342	0.078	0.841	0.058	0.672	0.076	0.338
Akrabaya gitme	Evet	19	42.15	47.30	48.22	45.38	54.05	46.86	45.32	47.60	43.48	49.88
	Hayır	22	42.65	45.95	39.44	39.24	47.35	37.64	39.50	39.30	41.55	40.38
	Z		0.185	0.318	1.814	1.971	1.962	2.475	1.179	3.019	0.235	3.255
	p=*		0.854	0.75	0.07	0.049	0.05	0.013	0.238	0.003	0.814	0.00

*Mann Whitney U, †Kruskal wallis

Tartışma

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri, yaşam kaliteleri ve etkili faktörler değerlendirilmiştir.

Sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında, yaşlıların çoğunluğunun erkek (%65.9) olduğu görülmektedir (Tablo 1). Ülkemizde yapılmış olan bir epidemiyolojik çalışmada huzurevinde yaşayan erkek yaşlı oranı %61.5 olarak bulunmuştur.^[16] Diğer bir çalışmada ise huzurevinde yaşayan erkek yaşlı oranı %69.6 olarak tespit edilmiştir.^[17]

Yaşlıların eğitim durumlarına bakıldığında yarıya yakınının (%48.4) okur-yazar olmadığı görülmektedir (Tablo 1). Zincir ve ark, yaptıkları çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların %45.2'sinin okuma-yazma bilmediklerini tespit etmişlerdir.^[18]

Huzurevi sakinlerinin medeni durumlarına bakıldığında sadece %12.1'inin evli olduğu görülmektedir (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada bu oran %10.3 olarak tespit edilmiştir.^[19] Evli olanların oranının düşük olması yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmeye imkan vermemiştir.

Sigara içme davranışı yaşamın her döneminde sağlık açısından en riskli davranışların başında yer almaktadır ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların yaklaşık üçte birinin (%31.9) nikotin bağımlısı olduğu tespit edildi. Ülkemizde yapılan bir çalışma da 65 yaş üzeri nüfusta sigara içme oranı %25 olarak tespit edilmiştir.^[20] İtalya, Finlandiya ve Hollanda'da 65-85 yaş arası 2170 kişi üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, sigara içme sıklığı Finlandiya'da %19, İtalya'da %26, Hollanda'da ise %30 olarak bulunmuştur.^[21] Bu sonuçlar huzurevindeki yaşlılarda sigara içme oranının, toplumdaki yaşlı nüfusa göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Nikotin bağımlısı yaşlıların yaşam kaliteleri özellikle fiziksel sağlık parametreleri açısından anlamlı derecede düşük idi. Yapılan benzer çalışmalarda da nikotin bağımlılığının yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.^[22,23] Dolayısıyla huzurevinde barınmakta olan yaşlılardan nikotin bağımlısı olanların tedavi edilmesinin yaşam kalitelerini artıracaklarını düşünmekteyiz.

Çalışmada elde ettiğimiz verilere göre, huzurevinde kalan yaşlıların büyük çoğunluğunun (%80.2) en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Yaşlılarda yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.^[24-26] Çalışmamızda yaşlıların yaşam kalitelerindeki düşüklüğün bir nedeninin de kronik hastalıklar olabileceğini düşünmekteyiz.

Yaşlıların sağlık durumları genel olarak medikal parametrelerle kabaca değerlendirilmektedir. Ancak bu para-

metrelerle kişinin yaşam kalite ve konforu hakkındaki kendi kanaati her zaman örtüşmemektedir.^[27] Bundan dolayı fiziksel sağlık göstergelerine ilave olarak; fonksiyonel, psikolojik, kognitif durum ve sosyal sağlık gibi parametreleri de değerlendiren yaşam kalitesi ölçekleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaşlanmanın yaşam kalitesinde kayda değer bir azalma potansiyeli taşıdığı bilinmektedir.^[28] Ayrıca yaşlanmanın, hayattan tatmin olma durumu bakımından önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir.^[29] Yaptığımız çalışmada huzurevi sakini yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının oldukça düşük olduğunu tespit ettik. Türkiye geneli için SF-36 ölçeği ile değerlendirilmiş yaşam kalitesine ilişkin normatif değerler bulunmamaktadır. Dolayısı ile verilerimizi ülke geneli ile kıyaslama imkanı olmamıştır. Ancak ülkemizde yapılan diğer bölgesel çalışmalarda da, bizim çalışmamıza benzer şekilde, huzurevinde kalan yaşlı bireylerin Kısa Form-36 yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir.^[19] Khader de, yaptığı çalışmada huzurevi sakinlerinin yaşam kalitesini düşük bulmuştur.^[30] Bu sonuçlar huzurevi sakinlerinin yaşam kalitelerini artırmaya yönelik çalışmaların yapılması gereğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerle göre anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.^[31-33] Bu sonuçlar huzurevlerinde yaşam kalitesini artırıcı çalışmalarda kadınlara öncelik verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Yaşlı bireyin algıladığı hayattan tatmin olma düzeyinin beyanı ile saptanan yaşam kalite ölçütleri, son durum değerlendirmesinde gelecekte yaygınlaşarak kullanılacaktır. Bu ölçütler yaşlıların daha kaliteli bir yaşam sürmeleri için gösterilecek çabalara ve sağlık yapılanmalarına yön verebilecek nitelikte veriler sağlayacaktır.^[25]

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların tümüne ulaşılamamıştır ve çalışmaya bilişsel işlev kaybı olanlar alınmamıştır. Bu nedenle incelenen yaşlı sayısının az olması ve kadın erkek oranının dengesiz olması bu çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır. Ayrıca bilişsel işlev kaybı olanların özelliklerinin incelenmesi ve sorunların saptanması da önemlidir.

Sonuç

Elde ettiğimiz sonuçlar huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir. İleri yaş, kadın olma, okuryazar olmama, akraba ziyaretlerine gitmeme, nikotin bağımlılığı ve kronik hastalığı bulunma yaşam kalitesi düşüklüğünde etkili faktörlerdir. Kısa Form-36 alt ölçek parametrelerinden; kadınlarda fiziksel rol kısıtlaması, bedensel ağrı, emosyonel rol kısıtlaması ve mental sağlık ortalaması puanları anlamlı

derecede düşük idi. İleri yaşta olanların fiziksel fonksiyon, bedensel ağrı, fiziksel sağlık puanları ortalaması anlamlı derecede düşük idi. Okur-yazar olmayanların fiziksel rol kısıtlaması, bedensel ağrı puan ortalamaları anlamlı derecede düşük idi. Akrabaya gitmeyenler de ise genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve mental sağlık ortalaması puanları anlamlı derecede düşük idi. Bu veriler ışığında huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini artırmaya yönelik faaliyetlere hız verilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- Engin S. Yaşlılarda Koruyucu Hekimlik. *Türk Aile Hek Derg* 2005;9:79-84.
- World Health Organization. Active aging: A policy framework, 2002: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf (Erişim tarihi: Nisan 2013)
- Kinsella K, Wan H. U.S. Census Bureau: International Population Reports. An Aging World: 2008, Washington: U.S. Government Printing Office, DC, 2009: 1-209. <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>. (Erişim tarihi: Aralık 2012)
- Yaşlı İstatistikleri 2012. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2013;13466 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>
- Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf (Erişim tarihi: Nisan 2013)
- Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2010;49(3) Ek: 39-45. http://egetip.dergisi.org/pdf/pdf_EGE_460.pdf
- Kara B. Özbakım tanımı ve kavramsal yönü. *Aktüel Tıp Dergisi* 2001;13: 105-8.
- Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. *CÜHYO Dergisi* 2000;4:41-9.
- Parissopoulos S, Kotzabassaki S. Orem's self-care theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. *ICUS Nursing Web Journal* 2004;17:1-11.
- Balcı G. Özbakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 10:69-76.
- Karabulut Ö, İz F. Yaşlılarda yaşam kalitesi. *Hemşirelik Forumu* 2002;5: 51-3.
- Toprak Y, Soydal T, Bal E ve ark. Yaşlı sağlığı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2002. s. 8-12.
- Mikami H, Ogihara T. Quality of life in the pharmacologically treated elderly patients. *Jpn J Geriatr* 1999;36:186-90.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30: 473-83.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, ve ark. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102-6.
- Arslan S, Kutsal YG. Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. *Geriatrı* 1999;3:103-4.
- Altay B, Avcı İA. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Medical Journal* 2009;4:275-82.
- Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2008;17:168-74.
- Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam* 2005;18:187-95.
- Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2005;25:663-8.
- Houterman S, Boshuizen HC, Vershuren MM, et al. Predicting cardiovascular risk in the elderly in different European Countries. *Eur Heart J* 2002;23:294-300.
- Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smiley ME, Hertz MF. Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education-United States, 2003-2005. *J Adolesc Health* 2007;41:389-97.
- Kartal M, Mıdık Ö, Büyükkakuş A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımı ve yaşam kalitelerine etkisi. *Türk Toraks Dergisi* 2012;13:11-7.
- Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2:32-9.
- Birtane M, Tuna H, Ekuklu G ve ark. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Türk Geriatrı Dergisi* 2000;3: 141-5.
- Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatrı Dergisi* 2005; 6:227-39.
- Covinsky KE, Wu AW, Eandefeld CS, Connors AF Jr, Phillips RS, Tsevat J, Dawson NV, Lynn J, Fortinsky RH. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med* 1999; 106:435-40.
- Mikami H, Ogihara T. Quality of life in the pharmacologically treated elderly patients. *Nippon Ronen Igalekai Zasshi* 1999;36:1 86-90.
- Takahashi R, Okugawa S. Correlation of health status, disability and hospital life and satisfaction with quality of life in elderly in-patients. *Nippon Ronen Igakkaı Zasshi* 1991;28:515-9.
- Khader F. Quality of life in the nursing homes in Jordan: perspectives of residents. *Care Management Journals* 2011;12:149-62.
- Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8: 129-33.
- Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu S, ve ark. Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. *Türk Geriatrı Dergisi* 2008;11:12-7.
- Oleson M, Heading C, Shadick KM, Bistodeau JA. Quality of life in long stay institutions in England: nurse and resident perceptions. *J Adv Nurs* 1994;20:23-32.

Geliş tarihi: 25.02.2013

Kabul tarihi: 13.05.2013

Çevrimiçi yayım tarihi: 24.06.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Mustafa Haki Sucaklı

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

e-posta: hakisucakli@gmail.com

Çocuklarda tiroid hormon düzeylerinin obezite ile ilişkisi

The relationship between thyroid hormone levels and obesity in children

Ferhat Ekinci¹, Arzu Uzuner², Niyazi Tosun³

Özet

Amaç: Tüm dünyada epidemik özellik gösteren bir sağlık sorunu olan obezite, çocuk yaş grubunu da etkilemektedir. Son yıllarda medikal tedavi için başvuran obez çocuk sayısında artma ile birlikte obezite ve tiroid fonksiyon testleri arasındaki ilişki ilgi çekmektedir. Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağında tiroid hormon düzeylerinin obezite ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu amaçla Nisan-Ağustos 2011 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine çeşitli nedenlerle başvuran 5-11 yaş arasındaki çocuklar çalışmaya alındı. Tüm çocuklarda BKL (beden kitle indeksi) persentilleriyle TSH ve sT4 düzeyleri arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 5-11 yaş arası 300 çocuk dahil edildi. Çocukların 159'u kız, 141'i erkekti. Çalışmaya alınan çocukların ortalama yaşı 8.4±2.1 yıldı. Normal kilolu (5-85p) grupta 100, fazla kilolu (86-95p) grupta 74, obez (>95p) grupta 126 çocuk yer aldı. Normal kilolu grubun %1'inin, fazla kilolu grubunun %9.5'inin, obez grubun %11.9'unun TSH düzeyi yüksekti. TSH düzeyi obez grupta diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunurken (p=0.007) sT4 ile BKL arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0.395). BKL ile TSH değeri arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir korelasyon bulundu (r=0.152; p<0.001).

Sonuç: Araştırmamızda literatürle uyumlu olarak TSH değerinde yükselme ile BKL arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, sT4 düzeyleri ile BKL arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Anahtar sözcükler: Obezite, çocuklar, tiroid hormonları.

Summary

Objective: Obesity which is an epidemic health problem, also affects pediatric population. Recently more attention is paid on obesity and thyroid function tests as more obese children are seeking for medical care. Aim of this study is to investigate the relationship between thyroid hormone levels and obesity in childhood period.

Methods: Children between 5-11 years old who attended at Marmara University Family Medicine and Pediatrics outpatient clinics for various reasons between April 2011 and August, 2011 were enrolled in the study. Blood samples for TSH and ft4 were collected from all children.

Results: 300 children aged between 5-11 years were enrolled in the study. 159 of all children were girls and 141 of all children were boys. Mean age of the children was 8.4±2.1 years. There were 100 children in normal weight group (5-85p), 74 children in overweight group (86-95p), 126 children in obese group (>95p). TSH levels were high in 1% of normal weight group, 9.5% of overweight group and 11.9% of obese group. TSH levels of obese group were significantly higher than other groups (p=0.007) but there wasn't any significant relationship between ft4 and BMI (p=0.395). There was a statistically significant, but weak correlation between BMI and TSH levels (r=0.152; p<0.001).

Conclusions: In our study, as compatible with the literature we found statistically significant relationship between BMI and elevation of TSH. ft4 levels and BMI did not correlate significantly.

Key words: Obesity, children, thyroid hormones.

Tüm dünyada epidemik özellik gösteren bir sağlık sorunu olan obezite, çocuk yaş grubunu da etkilemektedir.^[1] Obezitenin kısa ve uzun dönemde birçok hastalıkla bağlantılı olduğu, ayrıca erişkin obezlerin büyük çoğunluğunda bu durumun başlangıcının çocukluk yaşlarına uzandığı iyi bilinmektedir.^[2] Son yıllarda medikal

tedavi için başvuran obez çocuk sayısındaki artma ile birlikte, obezite ve tiroid fonksiyon testleri arasındaki ilişki ilgi çekmektedir. TSH, tiroid bezi fonksiyonlarını düzenleyen önemli bir hipofiz hormonudur ve TSH seviyeleri tiroid hormonunun biyolojik aktiviteleri açısından güvenilir bir indekstir. Aynı zamanda TSH kilo alımında, enerji

¹ Van Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Hekimi Uzmanı, Van

² Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul

³ Gümüşhane Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Hekimi Uzmanı, Gümüşhane

dengecinin düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Tiroid hormonları, istirahat enerji tüketimi ile alakali bir-çok metabolik yolu düzenlediği için, tiroid hastalığı olan kişilerde vücut ağırlığı, termogenez ve yağ dokusunda lipoliz değişiklikleri görülmesi şaşırtıcı değildir. Ancak obez bireylerde tiroid fonksiyonları netlik kazanmamıştır. Hipotiroidi sıklıkla obezitenin sebebi olarak düşünülmekte ve obez çocuğun değerlendirilmesi kapsamında tiroid fonksiyon testlerine başvurulmaktadır. Yapılan araştırmalar tiroid fonksiyonlarıyla obezite arasında doğrudan bir ilişki ortaya koymamakla birlikte, obez çocuklarda TSH yüksekliğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.^[3-5] Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağında tiroid hormon düzeylerinin obez ve fazla kilolu olma ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine 01.04.2011 ve 30.08.2011 tarihleri arasında çeşitli nedenlerle başvurmuş ve normal kilolu (5-85p), fazla kilolu (85-95p) ve obez (>95p) olarak değerlendirilmiş olan 5-11 yaş arasındaki çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu yaş aralığının özelliği, çocuklar arasındaki beslenme düzeninin ortak olması ve ergenlik dönemi hormonal değişikliklerinden etkilenmemesidir. Çalışmaya alınan çocuklar BKİ (beden kitle indeksi) persentillerine göre gruplara ayrılmıştır. Obez grupta 126, fazla kilolu grupta 74, kontrol grubunda 100 olmak üzere toplam 300 çocuk çalışmaya alınmıştır. Obeziteye neden olabilecek tiroidle ilgili patolojiler dışında başka bir hastalığı, eşlik eden hormonal bozukluk yaratacak durumları (kromozom anomalileri, hormon salgılayan tümör) olanlar, hormon tedavisi almış ya da almakta olan çocuklar çalışmaya kabul edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm çocuklarda boy, kilo ölçümü ve BKİ hesaplanması, genel fizik muayene yapıldı, TSH ve sT4 düzeyleri bakıldı. TSH düzeyi yüksek olan çocukların tiroid otoantikolarına da bakıldı. Kan örnekleri Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı laboratuvarında çalışılmış, tiroid hormon düzeyleri yaşa uygun persentil aralığına göre değerlendirilmiştir.^[6] BKİ ağırlık (kg)/boy (m²) formülüne göre hesaplanmıştır. Çalışmaya katılanların boyu ve vücut ağırlığı ve BKİ, çocukların persentil eğrilerine göre belirlenmiştir.^[7] Çocuklarla ilgili olarak yapılan araştırmalarda gerektiği üzere aile onayı alınmış, ebeveyne (anne ve/veya baba) çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra, bilgilendirme formu okutularak onam formu imzalatılmıştır. Etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Obez, fazla kilolu ve kontrol gruplarına ait veriler, SPSS 16 (Statistical Software for the Social Sciences, v.16, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerle ilgili verilerin karşı-

laştırılması için Anova Varyans Analizi testleri, kesikli değişkenlerin karşılaştırılması için Ki-Kare testi, değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi yöntemleri kullanılmıştır. Anlamlılık sınırı $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Nisan-Ağustos 2011 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 306 çocuğun muayenesi ve tetkikleri yapılmış, hipotirodi saptanan dört, hipertirodi saptanan bir ve Cushing sendromu saptanan bir hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Hipotirodi ve hipertirodi tanısı, yaşa uygun TSH ve sT4 düzeyi persentil aralığına göre değerlendirilmiştir.^[6]

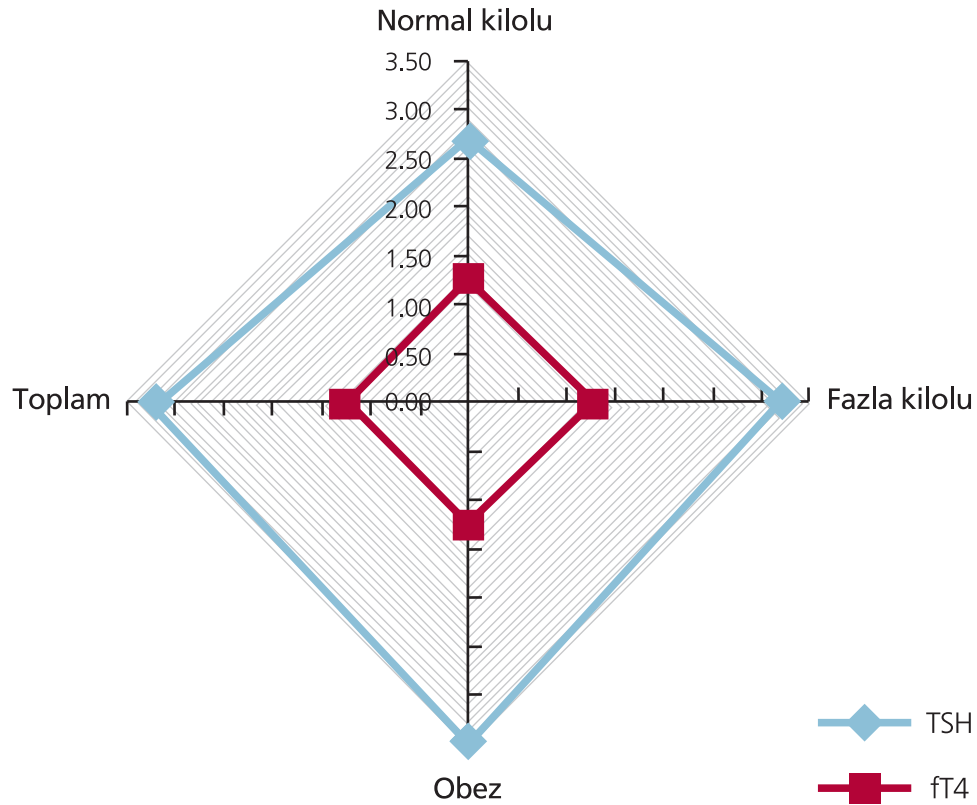
Çalışmaya alınan 300 çocuğun %42'si (126 çocuk) obez, %24.7'si (74 çocuk) fazla kilolu ve %33.3'ü (100 çocuk) normal kilolu idi. Çocukların %53'ü (159 çocuk) kız %47'si (141 çocuk) erkek olup gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından fark yoktu ($p > 0.05$). Yaş ortalaması 8.4 ± 2.1 (kız: 8.3 ± 2.1 ; erkek: 8.5 ± 2.1) idi. Bunların %33.3'ü (100 çocuk) 5-7 yaş aralığında, %27.7'si (83 çocuk) 8-9 yaş aralığında ve %39'u (117 çocuk) 10-11 yaş aralığında yer almaktaydı. Yaş dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel fark yoktu ($p > 0.05$). Çocukların ortalama kilosu 39.7 ± 15.8 , boyu 134.3 ± 4.9 ve BKİ si 21.3 ± 2.1 idi.

Çalışmaya alınan çocukların normal kilolu grubunda %1 (bir çocuk), fazla kilolu grupta %9.5 (yedi çocuk) ve obez grupta %11.9'unun (15 çocuk) TSH düzeyi, persentiline göre yüksek saptandı. Yapılan analizde obez grup ile normal kilolu grup ($p = 0.002$) ve fazla kilolu grupla normal kilolu grup ($p = 0.008$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (ki-kare) (Tablo 1).

Normal kilolu grubun ortalama TSH değeri 2.7 ± 1.1 mIU/ml, fazla kilolu grubun 3.2 ± 1.5 mIU/ml ve obez grubun 3.5 ± 1.5 mIU/ml olarak tespit edildi (Şekil 1). Gruplar TSH değerlerine göre analiz edildiğinde de gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p < 0.001$ F:8.41). Bu anlamlılık obez grup ile normal kilolu grubu arasında farktan kaynaklanmaktaydı (post hoc tukey, $p < 0.001$).

Tablo 1. Katılımcı özelliklerinin gruplara göre dağılımı

	Normal kilolu	Fazla kilolu	Obez	Toplam
Sayı	100	74	126	300
Yaş	8.1 ± 2.1	8.7 ± 2.1	8.5 ± 2.1	8.4 ± 2.1
Cinsiyet (K/E)	59/41	40/34	60/66	159/141
BKİ	16.1 ± 1.8	20.3 ± 2.6	25.8 ± 4.1	21.5 ± 5.2
TSH	2.7 ± 1.1	3.2 ± 1.5	3.5 ± 1.5	3.2 ± 1.4
sT4	1.27 ± 0.16	1.27 ± 0.17	1.24 ± 0.16	1.26 ± 0.16
TSH >97.5 prct	1	7	15	23



Şekil 1. TSH ve sT4 ortalama değerlerinin gruplara göre dağılımı.

Gruplar arasında TSH düzeyi açısından cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). BKİ ile TSH değeri arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ancak çok zayıf bir korelasyon bulundu ($r=0.152$; $p<0.001$). TSH düzeyi yüksek olan 23 çocuğun hiçbirinde tiroid otoantikorları yüksek değildi.

sT4 değerleri normal kilolu grupta 1.27 ± 0.16 ng/dl, fazla kilolu grupta 1.27 ± 0.17 ng/dl ve obez grupta 1.24 ± 0.16 ng/dl idi. Gruplar sT4 değerleri açısından analiz edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$ F:0.933). Çalışmaya alınan bütün çocukların sT4 değerleri normal aralıkta saptandı.

Tartışma

Obezitenin endokrin fonksiyonları da etkilediği bilinmekte olup, çocuklarda obezite ve tiroid fonksiyonları üzerinde durulmaktadır. Obez çocuklarda serum TSH düzeyinin, obez olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu ve bu duruma serbest ve total T4 düzeylerinde düşmenin eşlik etmediği son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir.^[3-5,8]

Grandone ve ark'larının yaptıkları çalışmada, 4,5-16 yaş arası 938 obez çocuğun yüzde 12,8'inde TSH yüksek

(>4.2 mUI/ml) saptanmıştır.^[9] Bhowmick ve ark.'nın 6-17 yaş arası 308 obez çocukta yaptıkları bir çalışmada ise bu oran %11,7'dir (>4 uIU/ml).^[10] Mutlu ve ark. tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada, 5-18 yaş arası obez çocuklarda, TSH yüksekliği oranı %12,9 bulunmuştur (yaşa göre TSH düzeyi 97,5 percentilin üzerinde olanlar).^[11] Bizim çalışmamızda obez grup ile normal kilolu grup arasında ($p=0.002$) ve fazla kilolu grup ile normal kilolu grup arasında ($p=0.008$) TSH yüksekliği açısından anlamlı farklılık saptandı. Bu bulgular literatür ile uyumludur. Fazla kilolu çocuklarda TSH düzeyini inceleyen Kumar ve ark.'nın araştırmasında, 20 fazla kilolu çocukla, 30 obez çocuk TSH düzeyleri açısından karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.^[12] Bizim çalışmamızda da fazla kilolu grup ile obez grup arasında anlamlı farklılık yokken, fazla kilolu grupla normal kilolu grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgular, obezitenin olduğu gibi fazla kilolu olmanın da yüksek TSH düzeyi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 2).

Araştırmamızda BKİ ile TSH değerleri arasında düşük fakat istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0.152$; $p<0.001$). Knudsen ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise, hem BKİ ile TSH yüksekliği

arasında hem de beş yıl boyunca kilo alımı ile serum TSH düzeyinin ilerleyici artışı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.^[13] Bu veriler, zayıf bir korelasyon olmakla birlikte obezite sınırlarına girildiğinde TSH'nın anlamlı bir fark yaratacak kadar arttığını göstermektedir.

Obezitede TSH yüksekliğini açıklamaya çalışan hipotezler öne sürülmüştür. Otoimmün tiroidit, çocukluk çağı obezitesinde artmış TSH düzeyinin nadir bir sebebi olarak ifade edilmiştir.^[4,14,15] Dekelbab ve ark. tarafından 191 obez ve 125 obez olmayan çocuk üzerinde yapılan araştırmada TSH yüksekliği olan çocukların %3'ünde^[5] ve Grandone ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada ise 938 obez çocuk ve adolesanın %7'sinde^[9] otoimmün tiroidit saptanmıştır. Bizim çalışmamızda TSH düzeyleri yüksek olan çocuklarda otoimmün antikorlar normal sınırdadır. İyot eksikliği ile ilgili çalışmalar, obez çocuklarda TSH yüksekliğinin etyolojisinde iyot eksikliğinin rolü olmadığını ortaya koymuştur.^[4,15] TSH reseptör gen mutasyonları ile çocuklarda obezite arasında ilişki olduğunu bildiren yayınlar^[16] olsa da bu durum oldukça nadirdir. Wilms ve ark.'nın çalışmasında ise yeni bir hipotez öne sürülmüştür.^[17] Obez adolesanlarda, zayıf yaşlıları ile kıyaslandığında TSH yüksekliğinin yanı sıra, bazal O₂ tüketimi düşük bulunmuştur. Akım sitometri analizlerinde de obezlerin mitokondri kitlesi ve mitokondri membran potansiyelleri düşük bulunmuştur. Bu sonuçlardan hareketle yazarlar, obezitede bazal bir metabolik defekt ya da mitokondriyal düzeyde tiroid hormonlarına direnç olduğunu öne sürmüşlerdir. Ancak bu hipotezi desteklemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bugün için en çok üzerinde durulan hipotez, leptin aracılı pro-TRH üretimidir. Leptin konsantrasyonları anoreksiyada düşüktür ve obezitede artar. Birçok çalışma, leptinin hipotalamik TRH üretimini değiştirebileceğini bildirmektedir.^[18,19] İnsanlarda leptin ve TSH hemen hemen aynı sirkadyen ritme sahiptir ve leptin eksikliği, pulsatil ve sirkadyen TSH ritminde bozulmayla sıkı bir şekilde bağlantılıdır. Bu durum leptinin TSH sekresyonunu düzenlemede bir rolü olduğunu düşündürmektedir. TSH sekresyonu aynı zamanda, vücut ağırlığını ve doymayı düzenleyen Nöropeptid Y, alfa-MSH, hipofizyotropik TRH nöronlarını innerve eden aguti ilişkili peptid gibi hormonlar ve aktarıcılar tarafından da düzenlenmektedir. Bu aktarıcılar da leptinden etkilenmektedir.^[17,19,20]

Diğer taraftan, bazı hayvan çalışmalarında bildirildiği gibi, tiroid hormonları leptin metabolizmasını düzenleyebilir. Plazma TSH değişikliklerinin leptin pulsalarının düzenlenmesine katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra TSH'nın adipositler üzerine doğrudan etki ile leptin sekresyonunu uyardığı gösterilmiştir. Tüm bu bulgular, TSH düzeylerinin obezitede değişen enerji dengesinin bir göstergesi olduğunu düşündürmektedir.^[21]

Tablo 2. Obezite ve TSH ilişkisini araştıran çalışmalar

	Obez TSH↑	Fazla kilolu TSH↑	Normal kilolu TSH↑	Toplam
Grandone ve ark.	%12.8	-	-	938
Bhowmick ve ark.	%11.7	-	-	308
Mutlu ve ark.	%12.9	-	-	140
Kumar ve ark.	%30	%20	-	50
Ekinci ve ark.	%11.9	%9.5	%1	300

TSH yüksekliği ile birlikte kanda serbest tiroid hormon düzeylerinde de artış olabileceği gösterilmiştir. Bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir, ancak insulin direncine benzer şekilde tiroid hormon direncinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer bir açıklama ise artmış TSH ve serbest T3 düzeylerinin, istirahat enerji tüketimini ve dolayısıyla total enerji tüketimini artırdığı ve bu değişimin, yağa dönüştürülebilir enerjiyi azaltmaya yönelik bir adaptasyon süreci olduğudur.^[20,21] Reinher ve ark.^[22] ve Stichel ve ark.^[4] tarafından yapılan çalışmalarda da, sT3 düzeyleri obez grupta, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, sT4 düzeyleri açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda normal kilolu, fazla kilolu ve obez grupların sT4 değerleri arasında fark saptanmamış olup, TSH değerleri yüksek saptanan olguların da sT4 değerleri normal bulunmuştur. Bu veriler ışığında her obezite olgusunda sT3 ve sT4 düzeylerinin aynı oranda yükselmediğini ve belki de bu ilişkiyi etkileyen bireye özgü farklı hormonal ya da çevresel faktörlerin olabileceğini söylemek mümkündür.

Sonuç

Araştırmamızda TSH düzeyleri obez grupta, normal kilolu gruba göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuş, benzer ilişki fazla kilolu gruba normal kilolu grup arasında da saptanmıştır. Gruplar arasında sT4 açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Obez ve fazla kilolu çocuklar klinikte değerlendirilirken TSH düzeyinin yüksek saptanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. WHO. Obesity Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
2. Mo-suwan L, Tongkumchum P, Puetpaiboon A. Determinants of overweight tracking from childhood to adolescence: a 5 y follow-up study of Hat Yai schoolchildren. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1642-7.
3. Bastemir M, Akin F, Alkis E, et al. Obesity is associated with increased serum TSH level, independent of thyroid function. *Swiss Med Wkly* 2007; 137:431-4.

4. Stichel H, l'Allemand D, Gruters A. Thyroid function and obesity in children and adolescents. *Horm Res* 2000;54:14-9.
5. Dekelbab BH, Abou Ouf HA, Jain I. Prevalence of elevated thyroid-stimulating hormone levels in obese children and adolescents. *Endocr Pract* 2010;16:187-90.
6. Kapelari K, Kirchlechner C, Hogler W, et al. Pediatric reference intervals for thyroid hormone levels from birth to adulthood: a retrospective study. *BMC Endocr Disord* 2008;27:8-15.
7. Günöz H, Saner G, Demirkol M, Gökçay G, Hüner G, Garibağaoğlu M. Beslenme ve Beslenme bozuklukları. "Pediatri" içinde. Neyzi O, Ertuğrul T (Ed.). 3. baskı. 1. Cilt. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2002. s. 221-6.
8. Radetti G, Kleon W, Buzi F, et al. Thyroid Function and Structure Are Affected in Childhood Obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:4749-54.
9. Grandone A, Santoro N, Coppola F, et al. Thyroid function derangement and childhood obesity: an Italian experience. *BMC Endocr Disord* 2010; 10:8.
10. Bhowmick SK, Dasari G, Levens KL, et al. The Prevalence of Elevated Serum Thyroid Stimulating Hormone in Childhood/Adolescent Obesity and of Autoimmune Thyroid Diseases in a Subgroup. *J Nat Med Ass* 2007; 99:773-6.
11. Mutlu RG, Özsu E, Çizmecioglu FM. Şişman çocuklarda hafif TSH yükseklığı: Nasıl bir sorun? *Türk Ped Arş* 2011;46:33-6.
12. Kumar H, Verma A, Muthukrishnan J, et al. Obesity and thyrotropinemia. *Indian J Pediatr* 2009;76:933-5.
13. Knudsen N, Laurberg P, Rasmussen LB, et al. Small differences in thyroid function may be important for body mass index and the occurrence of obesity in the population. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:4019-24.
14. Marras V, Casini MR, Pilia S, et al. Thyroid function in obese children and adolescents. *Horm Res Paediatr* 2010;73:193-7.
15. Reinehr T, Hinney A, de Sousa G, et al. Definable somatic disorders in overweight children and adolescents. *J Pediatr* 2007;150:618-22.
16. Rapa A, Monzani A, Moia S, et al. Subclinical hypothyroidism in children and adolescents: a wide range of clinical, biochemical, and genetic factors involved. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:2414-20.
17. Wilms L, Larsen J, Pedersen PL, Kvetny J. Evidence of mitochondrial dysfunction in obese adolescents. *Acta Paediatr* 2010;99:906-11.
18. Lloyd RV, Jin L, Tsumanuma I, et al. Leptin and leptin receptor in anterior pituitary function. *Pituitary* 2001;4:33-47.
19. Ortega-Carvalho TM, Oliveira KJ, Soares BA, et al. The role of leptin in the regulation of TSH secretion in the fed state: in vivo and in vitro studies. *J Endocrinol* 2002;174:121-5.
20. Caroline S. Relations of Thyroid Function to Body Weight. *Arch Intern Med* 2008;168:587-92.
21. Ross DS. Thyroid Function and the Metabolic Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:491-6.
22. Reinehr T, De Sousa G, Andler W. Hyperthyrotropinemia in obese children is reversible after weight loss and is not related to lipids. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:3088-91.

Geliş tarihi: 21.01.2013

Kabul tarihi: 13.05.2013

Çevrimiçi yayım tarihi: 12.07.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Ferhat Ekinci
Van Halk Sağlığı Müdürlüğü
Van
e-posta: drfekinci@gmail.com

Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları

Nutritional status of elderlies admitted to home health care service

Hülya Akan¹, Arzu Ayraller², Osman Hayran³

Özet

Amaç: Beslenme yetersizliği yaşlı kişilerde siktir. Evde bakım hizmeti alan yaşlılarda ise genel yaşlı popülasyondan daha sık beslenme yetersizliği gözlenmektedir. Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi ve sosyodemografik değişkenler ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma Ağustos 2011 ve Eylül 2012 tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimine başvuran ve 65 yaş üstünde terminal hastalığı olmayan hastalar arasında yürütülmüştür. Sosyodemografik özellikler ve laboratuvar sonuçları standardize edilmiş olan evde sağlık birimi hasta dosyalarından alınmıştır. Beslenme açısından değerlendirme için Mini Nutrisyonel Değerlendirme testi hemşire veya doktor tarafından uygulanmıştır. Test skorları 23.5-30 arası normal, 17-23 arası malnütrisyon riski ve 17'nin altı malnütrisyon olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 89 kişi dahil edilmiştir. Oniki kişinin (%13.5) beslenme durumu normaldir ve 34 kişide (%38.2) malnütrisyon riski ve 43 kişide (%48.3) malnütrisyon bulunmaktadır. Yatağa bağımlı, bası ülseri olan, hipertansiyonu veya koroner kalp yetmezliği olanlarda malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin diğerlerinden daha fazla ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Bakımını kendisi sağlayanlarda da malnütrisyon ve malnütrisyon riski daha fazladır ($p<0.05$). Malnütrisyonu olanlarda total protein ve albumin önemli şekilde daha düşük, sedimentasyon ve CRP ise önemli şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

Sonuç: Evde sağlık hizmeti alanlarda malnütrisyon riski ve malnütrisyon siktir. Bu hastaların beslenme açısından değerlendirilmeleri ve uygun girişimlerle beslenme durumlarının düzeltilmesi genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini ve hastalıklarına bağlı komplikasyonları olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar sözcükler: Evde sağlık hizmeti, yaşlı, malnütrisyon.

Summary

Objective: Undernutrition is common among the elderly. It is even more common in the older people taking home care compared to general population. In this study, it is aimed to examine nutritional status of elderly patients taking home-health care service and its relation with sociodemographic variables and laboratory parameters.

Methods: This cross-sectional study was carried out between August 2011 and September 2012 in home health care unit of Taksim Research and Training Hospital in Istanbul also providing home health care service to an elderly institute. For sociodemographic features health status and laboratory parameters, the nationally standardized patient files have been used. Mini Nutritional Assessment test has been used for nutritional assessment and applied by the nurse or the doctor. Scores classified as normal nutritional state as risk for malnutrition between 17-23, and below 17 as malnutrition.

Results: A total of 89 elderly patients included in the study. Twelve (13.5%) were in normal nutritional status, 38.2% were at risk for malnutrition and 48.3% were malnourished. The presence of a wound/pressure ulcer, being bed-ridden, suffering from hypertension or cardiac insufficiency were significantly associated with malnutrition ($p<0.05$). Self-caring people were also at higher risk for malnutrition or were more malnourished ($p<0.05$). Total protein, albumin were significantly lower and CRP were significantly higher among the participants who were malnourished ($p<0.05$).

Conclusions: Malnutrition and risk of malnutrition are common among elderly patients taking home health care service. To assess the nutritional status of patients taking health care service at home and to intervene as it is needed will positively effect general health status, quality of life and complications of chronic diseases of these patients.

Key words: Home care services, aged, malnutrition.

Yaşlılık döneminde beslenme durumu yaşlanma sonucu vücutta oluşan değişikliklerden, kronik hastalıklardan, kullanılan ilaçlardan, fiziksel ve psikolojik,

sosyal ve ekonomik durumdan etkilenir. Yaşlanma ile beraber kırılganlık ve engellilik artar ve beslenme durumu olumsuz yönde etkilenir; yiyecek alımı azalır ve malnütris-

¹ Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul

² Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul

³ Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Prof. Dr., İstanbul

yonu neden olur.^[1,2] Sağlıklı bir yaşlanma sürecinde bile yağ dokusundan metabolik olarak daha aktif olan kas dokusunun ve fiziksel aktivitenin azalması ile günlük enerji gereksinimi azalır; diğer yandan besin ayarlayabilme kapasitesi de azalır ve aşırı yeme veya yetersiz yeme olarak ortaya çıkar.^[3] Literatürde toplum içinde yaşayan yaşlılarda ilerlemiş yaşın,^[4-7] çoklu komorbidite varlığının,^[5-7] bir önceki sene hastane yatış öyküsünün,^[7] entelektüel kapasite azalmasının,^[8] fonksiyonel bağımlılığın^[6-7] malnütrisyon riski veya malnütrisyon ile ilişkisi gösterilmiştir. Eş kaybı, tek başına yaşamak, düşük eğitim düzeyi, kötü sağlık algısı bozulmuş beslenme durumu ile ilişkili diğer faktörlerdir.^[6-12]

Bakımevinde kalanlarda ve hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon riski ve malnütrisyon daha sıklıkla gözlenmektedir.^[13-15] Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında toplum içinde yaşayan yaşlıların %5-10'unda malnütrisyon mevcuttur. Akut hastalık için hastaneye yatırılanlarda bu oran %26'ya ve bakım evinde kalan ve uzun süreli bakım alanlarda %30-60'lara çıkar.^[16]

Yaşlılarda en sık malnütrisyon tipi enerji-protein azlığına bağlı yetersiz beslenmedir.^[16] Çoğu zaman malnütrisyon sinsi başlar ve farkedilmez.^[15] Yetersiz tanı konduğu gibi tanı konanlar da yetersiz tedavi edilmektedir; kilo kaybı olan yaşlıların %75'ine hiçbir tedavi verilmediği gösterilmiştir.^[17]

Bu veriler hem toplum içinde yaşayan hem de kurumsal bakım alan yaşlıların malnütrisyon açısından taranmasının önemini göstermektedir. Yaşlıda beslenme durumunun saptanmasında kullanılacak parametreler antropometrik ölçümler, laboratuvar değerlendirmeleri, klinik değerlendirme ve diyet içeriğinin değerlendirilmesidir.^[3] En sık kullanılan antropometrik ölçüt beden kitle indeksi (BKİ) olmakla birlikte yağ dokusu ile kas dokusu kayıplarını ve santral obeziteyi ayırt etmez. Laboratuvar parametrelerinden en çok albumin kullanılmakla birlikte duyarlılığı ve seçiciliği düşük olup malnütrisyonu gösteren kesin bir laboratuvar belirteci yoktur. Günlük beslenme içeriği kaydı değerli olmakla birlikte doğru kayıt alınması ve uygulanması güçtür. Avrupa beslenme taranması rehberleri yaşlılarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) veya Mini Nütrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF) önermektedir.^[18]

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların beslenme durumlarının MNA ile değerlendirilmesi ve sosyodemografik değişkenler ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Ağustos 2011 ve Eylül 2012 tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağ-

lık Birimine başvuran ve 65 yaş üstünde terminal hastalığı olmayan hastalar arasında yürütülmüştür.

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi 2011 yılından beri hizmet vermektedir. Birim bölgesindeki evde sağlık hizmeti almak isteyen hastaların yanında İhtiyarlara Yardım Derneği'ne bağlı bakımevinde kalan ve sağlık hizmetine gereksinim duyan yaşlıların da sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Bu bakımevine genellikle kendi bakımını yapabilen kişiler kabul edilmekle birlikte terminal döneme kadar veya sonradan gelişen Alzheimer hastalığı gibi durumlarda bakımları aynı enstitüde devam ettirilmektedir.

Beslenme açısından değerlendirme için MNA testi kullanılmıştır. MNA testi evde sağlık biriminde çalışan ve araştırma öncesi uygulama konusunda iki saatlik eğitim alan sağlık personeli tarafından yüzyüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. MNA testi Guigoz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bir tarama testi olup, kesin tanı koydurmamakla birlikte yaşlılarda tek başına BKİ ölçümünden daha güvenilir olduğu ve laboratuvar parametreleri değişikliklerinden önce malnütrisyon riskini saptadığı ileri sürülmektedir.^[19-21] Kolay uygulanabilir, non invazif ve kabul edilen etkin yöntemlerden birisidir. Bakımevi, hastane ve toplum gibi farklı ortamlarda yaşamakta olan yaşlılarda malnütrisyon riskini değerlendirmede %86-100 duyarlılığa ve %70 üzeri seçiciliğe sahip olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir.^[22] MNA testi, altı tarama ve 12 değerlendirme sorusu olmak üzere 18 sorudan oluşmaktadır. Bu 18 sorunun 15'i sözel sorgulama ve 3'ü antropometrik ölçümdür. Tüm nütrisyonel skora 30 puan üzerinden yapılmakta, altı sorudan oluşan ön sorgulama kısmında 14 üzerinden 12 veya üzeri puan alındığında kişinin nütrisyon durumu normal kabul edilerek teste son verilmektedir. Bu kısımda 11 veya altında puan alındığında ise testin geri kalan 12 sorusuna devam edilmektedir. Toplamda 23.5-30 puan arası normal nütrisyonel durumu, 17-23 puan malnütrisyon riskini, <17 puan ise kesin malnütrisyonu göstermektedir. MNA içinde yer alan 15 sözel soru, hastanın nütrisyonel açıdan genel değerlendirilmesi ve diyet alışkanlıklarına yöneliktir. MNA sırasında yapılan antropometrik ölçümler ise; BKİ, üst kol çevresi ve baldır çevresidir.

Sosyodemografik veriler için Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından evde sağlık hizmetleri için standardize edilmiş sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. SB sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, klinik görüşe göre yatağa bağımlılık durumu, yardımcı cihaz kullanımı, bakıcı durumu gibi verileri içermektedir. Laboratuvar verileri hasta dosyaları taranarak elde edilmiştir.

Çalışmanın etik onayı Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmış ve çalışmaya dahil edilen her hastadan veya yakınından onam alınmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS 18.0 programı ile yapılmıştır. Gruplar arasında fark olup olmadığını saptamak üzere nicel değişkenler için ANOVA ve iki bağımsız örnek t testi, nitel değişkenler için Kruskal Wallis ve Ki-kare testi kullanılmış, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma süresince birime başvuran 143 kişiden çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 65 yaş üstünde ve terminal dönemde olmayan 58 kadın ve 31 erkek olmak üzere toplam 89 kişiden veri toplanmıştır. Grubun yaş

ortalaması 82.9 ± 6.8 olup, 19 kişinin (%44.2) yatağa bağımlı, 18 kişinin (%41.9) kısmen bağımlı olduğu; 33 kişinin (%37.1) kişisel bakımını kendisinin sağladığı, 47 kişinin (%52.8) ailesinden, 6 kişinin (%6.7) ise bakıcısından hizmet aldığı saptanmıştır. Bir kişinin özel sigortasının olduğu, bir kişinin hiçbir sağlık güvencesi bulunmadığı, diğerlerinin ise devletin sosyal güvenlik kurumu güvencesi altında olduğu görülmüştür (Tablo 1)

Çalışma grubuna uygulanan MNA sonuçlarına göre 12 kişide (%13.5) normal nütrisyon, 34 kişide (%38.2) malnütrisyon riski ve 43 kişide (%48.3) malnütrisyon bulunmaktadır.

Tablo 1. Evde sağlık birimine başvuran 65 yaş üstü kişilerin özellikleri ve beslenme durumları

Özellikler	Normal nütrisyon		Malnütrisyon riski		Malnütrisyon		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet								
Erkek	6	50.0	9	26.5	16	37.2	31	34.8
Kadın	6	50.0	25	73.5	27	62.8	58	62.2
Sosyal güvenlik								
Genel sağlık sigortası	7	58.3	9	26.5	33	76.7	49	55.1
Özel sigorta	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	1.1
Güvence yok	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	1.1
Yeşil kart	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	1.1
Diğer	5	41.7	24	70.6	8	18.6	37	41.6
Yatağa bağımlılık								
Yatağa bağımlı	0	0.0	5	14.7	19	44.2	24	27.0
Kısmen bağımlı	6	50.0	14	41.2	18	41.9	38	42.7
Evde bakım ihtiyacı								
Evet	12	100.0	33	97.1	41	95.3	86	96.6
Hayır	0	0.0	1	2.9	2	4.7	3	3.4
Kişisel bakımı yapan								
Kendisi	8	66.7	18	52.9	7	16.3	33	37.1
Aile	4	33.3	9	26.5	34	79.1	47	52.8
Bakıcı	0	0.0	4	11.8	2	4.7	6	6.7
Komşu	0	0.0	2	2.0	0	0.0	2	2.0
Diğerleri	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	1.1
Kişisel hijyen								
Yeterli	12	100.0	31	91.2	25	58.1	68	76.4
Yetersiz	0	0.0	3	8.8	18	41.9	21	23.6
Kronik hastalık								
Yok	1	8.3	1	2.9	4	9.3	6	6.7
Var	11	91.7	33	97.1	39	90.7	83	93.3
Bası ülseri								
Yok	12	100.0	31	91.2	31	72.1	74	83.1
Var	0	0.0	3	8.8	12	27.9	15	16.9
Hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı								
Var	3	25.0	21	61.8	17	39.5	41	46.1
Yok	9	75.0	13	38.2	26	60.5	48	53.9
		$\chi^2=6.254$		$p=0.044$				
Ağrı/spazm								
Var	0	0.0	5	14.7	12	27.9	17	19.1
Yok	12	100.0	29	85.3	31	72.1	72	80.9

Çalışmaya alınanların çeşitli özelliklerine göre beslenme durumu incelendiğinde cinsiyet, yaş, evde bakım gereksinimi, kişisel hijyen, kronik hastalık varlığına göre malnütrisyon ve malnütrisyon riski dağılımının istatistiksel açıdan önemli olmadığı ($p>0.05$), yatağa bağımlı, bası ülseri olan, hipertansiyonu veya koroner kalp yetmezliği olanlarda ise malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin oran

olarak diğerlerinden daha fazla olduğu saptanmıştır. Kişilerin beslenme durumu, bakım veren kişiye göre değerlendirildiğinde, bakımını kendisi sağlayanlarda malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin oran olarak daha fazla olduğu görülmektedir Tüm bu sonuçlar **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Tablo 2 araştırma grubundakilerin çeşitli laboratuvar değerleri ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi özetle-

Tablo 2. Araştırma grubunun laboratuvar bulguları ile beslenme durumu

Laboratuvar bulguları	Normal nütrisyon		Malnütrisyon riski		Malnütrisyon		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemoglobin								
Normal	8	66.7	21	72.4	25	59.5	54	65.1
Düşük	4	33.3	8	27.6	17	40.5	29	34.9
					$p>0.05$			
Hematokrit								
Normal	5	41.7	16	55.2	22	52.4	43	51.8
Düşük	7	58.3	13	44.8	20	47.6	40	48.2
					$p>0.05$			
Açlık kan şekeri								
Normal	10	83.3	21	72.4	25	59.5	56	67.5
Düşük	1	8.3	2	6.9	2	4.8	5	6.0
Yüksek	1	8.3	6	20.7	15	35.7	22	26.5
					$p>0.05$			
Albumin								
Normal	10	83.3	21	72.4	11	26.2	42	50.6
Düşük	2	16.7	8	27.6	31	73.8	41	49.4
					$\chi^2=20.676$ $p<0.001$			
Folat								
Normal	9	75.0	22	75.9	38	92.7	69	84.1
Düşük	1	8.3	1	3.4	2	4.9	4	4.9
Yüksek	2	16.7	6	20.7	1	2.4	9	11.0
					$p>0.05$			
Sedimentasyon								
Normal	3	27.3	7	24.1	2	4.9	12	14.8
Yüksek	8	72.7	22	75.9	39	95.1	69	85.2
					$\chi^2=6.558$ $p=0.038$			
Üre								
Normal	7	58.3	18	62.1	21	50.0	46	55.4
Yüksek	5	41.7	11	37.9	21	50.0	37	44.6
					$p>0.05$			
Kreatinin								
Normal	8	66.7	17	58.6	19	45.2	44	53.0
Düşük	2	16.7	9	31.0	19	45.2	30	36.1
Yüksek	2	16.7	3	10.3	4	9.5	9	10.8
					$p>0.05$			
LDH								
Normal	9	75.0	26	89.7	30	71.4	65	78.3
Düşük	1	8.3	1	3.4	5	11.9	7	8.4
Yüksek	2	16.7	2	6.9	7	16.7	11	13.3
					$p>0.05$			
ASO								
Normal	11	91.7	28	100.0	39	92.9	78	95.1
Yüksek	1	8.3	0	0.0	3	7.1	4	4.9
					$p>0.05$			
CRP								
Normal	8	72.7	19	65.5	11	26.2	44	53.7
Yüksek	3	27.3	10	34.5	31	73.8	44	53.7
					$\chi^2=15.460$ $p=0.004$			

mektedir. Tabloda görüldüğü gibi, CRP, total protein, albumin ve sedimentasyon hızı değerleri, kişilerin beslenme durumuna göre önemli şekilde farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Malnütrisyonu olanlarda total protein, albumin önemli şekilde daha düşük, sedimentasyon ve CRP ise önemli şekilde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 2).

Çesitli laboratuvar bulguları ile MNA tarama sonuçları arasındaki ilişki, yaş ve çalışma yerine göre standardize edilerek incelendiğinde, MNA değerleri ile total protein, albumin, sedimentasyon, ve CRP değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon bulunduğu saptanmıştır. MNA ile malnütrisyon saptananlarda total protein, albumin, değerleri daha düşüktür.

Evde sağlık hizmetinden yararlanıp evinde yaşayanlar ile bakımevinde yaşayanlar alt gruplar olarak karşılaştırıldığında evinde yaşayan grubun yaş ortalaması 80.98 ± 6.11 , bakımevinde kalan grubun 85.72 ± 6.92 bulunmuş olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($t=3.402$ $p<0.001$). Cinsiyet açısından iki grup arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Evinde kalan grupta yatağa bağımlılık oranı daha yüksektir ($\chi^2=39.729$ $p<0.001$). Bakımevinde yaşayanlarda hiç bası ülseri bulunmaz iken evinde kalanlarda bu oran %28.3 tür. Malnütrisyon riski evinde yaşayan grupta daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2=33.564$ $p<0.001$). Her iki grubun karşılaştırmaları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tartışma

Toplum içinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada yetersiz beslenme için altı tane risk faktörü saptanmıştır: tek başına yaşama, günlük yaşamı sürdürmek için yardıma muhtaç olma, depresyon, kronik hastalık veya engellilik varlığı, evde bakım hizmeti almak, aileden bakım almak.^[23] Bu çalışmanın sonuçlarına göre evde bakım hizmeti almak bağımsız bir risk faktörüdür. Guigoz'un literatür derlemesinde toplumda yaşlı malnütrisyon prevalansı %2 ve malnütrisyon riski %24'tür (21 çalışma, n=14149, aralık sırasıyla %0-8 ve %8-76). Evde bakım alanlarda bu oranlar sırasıyla %9 ve %45'e yükselmektedir (25 çalışma, n=3119, aralık sırasıyla %0-30 ve %8-65). Bakım evinde kalanlarda ise oranlar çok daha yüksektir; malnütrisyon %21 ve malnütrisyon riski %51'dir (32 studies, n = 6821 elderly, aralık sırasıyla %5-71 ve %27-70).

Ülkemizde dahiliye polikliniğine başvuran 140 yaşlı hasta ile yapılan bir çalışmada malnütrisyon oranı %2.1 ve malnütrisyon riski %14.3 olarak saptanmıştır.^[24] Dahiliye polikliniğine başvuran 413 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada malnütrisyon %13 ve malnütrisyon riski %31 olarak saptanmıştır.^[25]

Örneklemimizdeki malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin genel yaşlı popülasyondan daha yüksek olması do-

Tablo 3. Evde sağlık birimine başvuran hastaların evde kalma ve bakımevinde kalma durumuna göre tanımlayıcı özellikleri ve beslenme durumları

Yaş	Ortalama (SD)	Önemlilik (p)
Ev (n=53)	80.9±6.1	p<0.001
Bakım evi (n=36)	85.7±6.9	
n (%)		
Cinsiyet		
Ev		p>0.05
Kadın	37 (%69.8)	
Erkek	16 (%30.2)	
Bakım evi		
Kadın	21 (%58.3)	
Erkek	15 (%41.7)	
Yatağa bağımlılık durumu		
Ev		p<0.001
Yatağa bağımlı	22 (%41.5)	
Kısmen yatağa bağımlı	8 (%52.8)	
Bağımsız	3 (%5.7)	
Bakım evi		
Yatağa bağımlı	2 (%5.6)	
Kısmen yatağa bağımlı	10 (%27.8)	
Bağımsız	24 (%66.7)	
Bası Ülseri		
Ev	15 (%28.3)	p<0.001
Bakım evi	0 (%0.0)	
Beslenme durumu		
Ev		p<0.001
Normal	4 (%7.5)	
Malnütrisyon riski	19 (%18.9)	
Malnütrisyon	39 (%73.6)	
Bakım evi		
Normal	8 (%22.2)	
Malnütrisyon riski	24 (%66.7)	
Malnütrisyon	4 (%11.1)	

ğaldır; alt gruplara göre Guigoz'un evde bakım alanlar ve bakım evinde kalanlar ile karşılaştırıldığında da literatüre göre yüksektir. Burada dikkatle irdelenmesi gereken nokta örneklemimizdeki hastaların bakım değil sağlık hizmeti alıyor olmaları ve dolayısı ile ciddi sağlık sorunlarının olduğudur ki kronik hastalık ve genel sağlık durumu ile beslenme ilişkisi iyi bilinmektedir. Genel literatür ile karşılaştırdığımızda evinde kalanların beklenenden farklı bir şekilde bakım evinde kalanlardan beslenme açısından daha kötü durumda olduğu görülmektedir. Araştırmamızın primer amacı evinde yaşayan yaşlılar ile bakım evinde yaşayan yaşlıları karşılaştırmak olmamasına rağmen pratik uygulamada bu grup hastalarda evde sağlık hizmetinden yararlanan alt grubu oluşturmaktadır. İki grup karşılaştırma açısından uygun değildir; diğer yandan evde sağlık hizmeti alanların genel özelliklerini değerlendirmek ve sağlık hizmeti verenlerin konuya dikkatini çekmek için iki grubun karşılaştırmalı özelliklerinin de değerlendirilmesi uygun olacaktır. Bakım evinde kalan yaşlılarda yaş ortalaması daha yüksek olmasına rağmen

men malnütrisyon oranları daha düşük, ama malnütrisyon riskleri daha sık saptanmıştır. İki grup arasında kronik hastalık sayısı açısından anlamlı fark olmamasına rağmen, yatağa bağımlılık düzeyleri ve bası yarası oranlarına baktığımızda evinde yaşayan yaşlıların genel sağlık durumlarının daha kötü olduğu ve dolayısı ile beslenme durumlarının daha kötü olmasının şaşırtıcı olmadığı söylenebilir. Yine bakım evinde kalanların bakım evine ancak kendi bakımlarını sağlayacak düzeyde işlevselliğe sahip olmaları şartı, profesyonel sağlık çalışanlarının bakım ekibinde yer alması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılması ve iyi düzeyde koruyucu hekimlik hizmeti almaları da bu sonucu etkileyen diğer olası faktörlerdir.

Genel olarak değerlendirdimizde yatağa bağımlılık, bası ülseri varlığı ve hipertansiyon veya kardiyovasküler hastalığa sahip olmak malnütrisyon sıklığını artırmaktadır. Kendi bakımını kendi sağlayanlarda ise hem malnütrisyon riski hem de malnütrisyon daha fazladır. Yaşlılarda tek başına yaşamının beslenme yetersizliği açısından bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.^[23] Yakın bir zamanda toplum içinde yaşayan 1185 yaşlı ile yapılan bir çalışmada bası ülseri varlığı, son üç ay içinde hastaneye yatış öyküsü, daha önceki beslenme müdahalesi ve bilişsel düzeyin düşük olması durumunda malnütrisyonun daha sık olduğu, ama yemeklerin aile bireyleri tarafından verilmesinin ters ilişkili olduğu saptanmıştır.^[14]

Malnütrisyonu olanlarda total protein ve albumin değerleri düşüken, malnütrisyon riski olanlarda bu düşüklük gözlenmemiştir. Malnütrisyon değerlendirilmesinde serum protein değerleri özellikle albumin düşük duyarlılık ve seçiciliğine rağmen sıklıkla kullanılmaktadır.^[3] Yaşlılarda beslenme yetersizliği yavaş gelişir ve beslenme durumu iyi olan kişilerde beslenme yetersizliğine rağmen uzun süre albumin normale yakın değerlerde kalabilir.^[3] Bu çalışmadaki hastalar olasılıkla uzun süredir kronik hastalıkları olan hastalardır. Total protein ve albumin değerleri özellikle erken müdahale ile malnütrisyon gelişmesi önlenilecek olan malnütrisyon riskini göstermemektedir.^[22] CRP ve sedimentasyon hızı yüksekliği olanlarda malnütrisyonun daha sık olması da kronik enflamasyonun etken olduğunu düşündürmektedir.

Tartışılması gereken önemli bir nokta evde sağlık hizmeti alan ve beslenme yetersizliği saptanan hastaların beslenme girişimlerinden ne kadar yarar göreceği ve nasıl bir girişim yapılacağıdır; bu konuya ilişkin literatür yeterli değildir. Amerikan Diyet Birliği yaşlılarda malnütrisyonun taranmasını ve düzeltilmesini önermektedir.^[15] Cochrane derlemelerini de kapsayan bir sistematik derleme de toplum içinde yaşayan yaşlıların beslenme girişimlerinden sonra kilolarının arttığı ve fonksiyonlarında düzelleme olduğu ve en çok yarar görenlerin de beslenme durumu en kötü olan yaşlılar olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer bir sonuç mortalite üzerinde sınırlı pozitif et-

kisi olduğu ama komplikasyonların önlenmesi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı; uyum açısından evinde yaşayanlar ile bakım evinde kalanlar arasında fark olmadığının saptanmasıdır.^[16]

Arastırmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Tek merkezde yürütülmüştür ve tüm popülasyona genellenemez. Örneklem sayısı alt hastalık gruplarına bağlı beslenme durumu analizleri için yetersizdir. Laboratuvar verileri hasta dosyalarından sağlanmıştır; bu nedenle beslenme durumuna yönelik testlerin bütününe kapsamamaktadır. Yeni bir sağlık hizmeti yapılması olarak evde sağlık hizmetine en çok gereksinim duyanların ve dolayısı ile genel sağlık durumu daha kötü olanların öncelikle sisteme başvurmuş olması ve malnütrisyon oranlarının olduğundan daha yüksek saptanmış olması olasıdır. Diğer yandan bir sene boyunca evde sağlık hizmetine başvuranları kapsadığından merkezin hizmet vereceği kitleyi doğru olarak yansıttığını düşünmekteyiz.

Sonuç

Evde sağlık hizmetine başvuranlarda malnütrisyon ve malnütrisyon riski sıklığı yüksektir ve evde bakım hizmeti alıyor olmak beslenme yetersizliği açısından bir risk faktörüdür. Hastaların uygun ölçekler ile taranmaları ve malnütrisyon saptananların daha ileri incelemelerle tanınması ve uygun girişimlerle beslenme durumlarının düzeltilmesi genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini ve hastalıklarına bağlı komplikasyonları olumlu yönde etkileyecektir. Malnütrisyon riski olanlarda ise beslenme durumları daha fazla bozulmadan koruyucu tedbirlerin alınması ve yakın izlem, yaşlı kırılabilirliği ve buna bağlı komorbiditeler, yaşam kalitesindeki düşüş ve bağımlılık düzeyinin artmasını engellemede etkin olabilecek girişimlerden birisidir.

Kaynaklar

1. Neno R, Neno M. Promoting a healthy diet for older people in the community. *Nurs Stand* 2006;20:59-65.
2. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 2006;12:110-8.
3. Johnson LE, Sullivan DE. Nutrition and failure to thrive. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. *Current geriatric treatment and diagnosis*. International ed. New York: Mc Graw Hill Companies; 2004. p. 391-406.
4. Johansson Y, Bachrach-Lindström M, Carstensen J, Ek A-C. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* 2009;18:1354-64.
5. Chen SH, Acton G, Shao JH. Relationships among nutritional self-efficacy, health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults. *J Clin Nurs* 2010;19:2117-27.
6. Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. *Public Health Nutr* 2009;12:1189-96.
7. Yap KB, Niti M, Ng TP. Nutrition screening among home-dwelling older adults in Singapore. *Singapore Med J* 2007;48:911-6.

8. Kwon J, Suzuki T, Kumagai S, Shinkai S, Yukawa H. Risk factors for dietary variety decline among Japanese elderly in a rural community: a 8-year follow-up study from TMIG-LISA. *Eur J Clin Nutr* 2006;60:305-11.
9. Söderhamn U, Christensson L, Idvall E, Johansson A-K, Bachrach-Lindström M. Factors associated with nutritional risk in 75-year-old community living people. *Int J Older People Nurs* 2012;7:3-10.
10. Tomstad TS, Söderhamn U, Espnes GA, Söderhamn O. Living alone, receiving help, helplessness and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *Int J Gen Med* 2012;5: 231-40.
11. Johansson L, Sidenvall B, Malmberg B, Christensson L. Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *J Nutr Health Aging* 2009;13:855-61.
12. Pablo MA, Tzaga MA, Alday LA. Assessment of nutritional status on hospital admissions, nutritional scores. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:824-31.
13. Alves de Rezende CH, Marquez Cuhna T, Alvarena Junior V, Pehna-Silva N. Dependence of Mini-Nutritional Assessment scores with age and some hematological variables in elderly institutionalized patients. *Gerontology* 2005;51:316-21.
14. Verbrugghe M, Beeckman D, Van Hecke A, et al. Malnutrition and associated factors in nursing home residents: a cross-sectional, multi-centre study. *Clin Nutr* 2013;32:438-43.
15. Nutrition Screening Initiative. Nutrition statement of principle. Chicago: American Dietetic Institution and the American Academy of Family Physicians; 2002. [http://www.eatright.org/ada/files/nutrition\(1\).pdf](http://www.eatright.org/ada/files/nutrition(1).pdf).
16. Mucci E, Jackson SHD. Nutritional Supplementation in Community-Dwelling Elderly People. *Ann Nutr Metab* 2008;52(Suppl 1):33-7.
17. Arnaud-Battandier F, Malvy D, Jeandel C, et al. Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. *Clin Nutr* 2004;23:1096-103.
18. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.
19. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. The Mini Nutritional Assessment (MNA): a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994;4(Suppl 2):15-59.
20. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999; 15:116-22.
21. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-what does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10:466-85.
22. DiMaria-Ghalili RA, Guenter PA. The mini nutritional assessment. *Am J Nurs* 2008;108:50-9.
23. Söderhamn U, Dale B, Sundsli K, Söderhamn O. Nutritional screening of older home-dwelling Norwegians: a comparison between two instruments. *Clin Interv Aging* 2012;7:383-91.
24. Saka B, Özkuluk H. İç hastahkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nütrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Gülbane Tıp Dergisi* 2008;50:151-7.
25. Saka B, Kaya O, Oztürk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr* 2010; 29:745-8.

Geliş tarihi: 13.03.2013

Kabul tarihi: 14.05.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.07.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Hülya Akan

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

26 Ağustos Yerleşimi, Kayışdağı Caddesi

Kayışdağı 34755 İstanbul

e-posta: neseliha@gmail.com

Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşıları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları

Knowledges, attitudes and behaviours of adults about adult vaccines

Zeynep Aşık¹, Tuğba Çakmak², Pınar Bilgili³

Özet

Amaç: Erişkin bağışıklaması tüm dünyada güncel bir konudur. Bu çalışmadaki amaç erişkinlerin erişkin aşıları konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızda, Antalya merkez beş ilçesinden en çok nüfusa sahip üç ilçesinde bulunan beş ASM'ye başvuran hastalara 18 soru içeren bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak demografik bilgiler ile birlikte halkın erişkin dönem aşılarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışları araştırılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 19 programına girilerek, tanımlayıcı analizlerde ortalama ve standart sapma, karşılaştırmalarda ise ki-kare, Kruskal-Wallis testleri ile Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. P<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 50 kadın ve 50 erkek olmak üzere toplam 100 yaşları 19-63 arasında değişmekte olup, ortalama eğitim süresi 9.9±4.3 yılı idi. Katılımcıların %41'i hayatının herhangi bir döneminde hiç erişkin aşısı yaptırmamışken, %59'u en az bir kez yaptırmıştı. En fazla yapılan aşı tetanozdu (43 kişi). Erişkin aşıları ile ilgili bilgileri araştırıldığında, katılımcıların %37'si yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinlerin aşılanması gerektiğini ve tüm toplumu aşıalamanın gerekli olmadığını; %36'sı erişkin aşılarının varlığından bilgisi olduğunu, ancak bu aşıların neler olduğunu iyi bilmediğini belirtmekteydi. Katılımcılar tarafından en fazla bilinen erişkin aşısı influenza %32 idi; bunu sırasıyla tetanoz %30 (17), hepatit-B aşısı %12 (7), HPV %9 (5), pnömokok %5 (3), KKK %3 (2), zona %1 (1), kuduz %1 (1), menenjit %1 (1) izlemekteydi. Katılımcıların erişkin aşıları konusundaki düşünceleri değerlendirildiğinde, aşı yaptıran ve yaptırmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) saptandı.

Sonuç: Çalışmamız sonunda halkın erişkin dönem aşıları hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olmadığı, buna bağlı olarak erişkinlik döneminde istenen ölçüde aşı yaptırmadığı görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Erişkin, bağışıklama, aşılar.

Summary

Objective: Adult immunization is currently a center of interest for all over the world. The aim of this study is to investigate knowledge, attitude and behaviors of adults regarding adult immunization.

Methods: In this descriptive study, a questionnaire consists of 18 items exploring demographic variables and knowledge, attitude and behaviors regarding adult immunization was implemented to the patients admitted to the five family health centers in three major central districts of Antalya. Data was analyzed with SPSS 19 software. Mean and standard deviations were used for descriptive analysis as well as Chi-square, Kruskal-Wallis tests and Spearman correlation analysis were used for comparisons. P<0.05 was accepted for statistical significance.

Results: Ages of the 100 participants were ranged between 19-63 and mean duration of education were 9.9±4.3 years. 50% of the participants were female. 59% had at least one immunization procedure during their adult lives. Majority of these vaccinations were tetanus toxoid (43 participants). Regarding knowledge about immunization, 37% of respondents stated that only adults with certain diseases should be vaccinated and immunization of the whole community is not necessary; 36% of participants stated that they know that there are vaccines for adults but they don't know what these vaccines are. The most well-known vaccine was influenza vaccine (32%) followed by tetanus (30%), hepatitis-B (12%), HPV (9%), pneumococcal vaccine (5%), MMR (3%), Herpes zoster (1%), rabies (1%) and meningitis (1%). Immunized and non-immunized participants did not significantly differ in their opinions about adult immunization (p>0.05).

Conclusions: Our study suggested that adults do not have sufficient knowledge about adult immunization which is leading to low immunization rates below desired level.

Key words: Adult, immunization, vaccines.

¹ Antalya Kepez Toplum Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Antalya

² Iğdır Aralık İlçe Devlet Hastanesi, Uzm. Dr., Iğdır

³ Yozgat Kadışehir İlçe Devlet Hastanesi, Uzm. Dr., Yozgat

Çocukluk döneminde olduğu gibi erişkin yaş grubunda da aşı ile bağışıklama, birinci basamak hekimlerinin önemli görevlerinden biridir. Erişkin bağışıklaması tüm dünyada güncel bir konudur. Bu durum çocukluk dönemi aşı uygulamasındaki eksikliklerden ve uygulanan bazı aşuların uzun süreli bağışıklık sağlayamamasından kaynaklanmaktadır. Her iki durumda da erişkinler aşı ile önlenebilen hastalıklara açık hale gelmektedir.

Amerikan Mikrobiyoloji Akademisi'nin (AAM) 2012'de yayınladığı Erişkin Aşular Raporu'na göre, ABD'de her yıl 40 bin erişkin, aşı ile önlenebilecek hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir.^[1] Ülkemizde ilk kez 2008 yılında, Amerikan Bağışıklama Danışma Komitesi (ACIP) parantezinde bir Ulusal Erişkin Aşılama Şeması hazırlanmıştır.^[2] Buradaki beklenti, hastalıklara açık olan erişkinler için artırılmış fırsatların yitilmesidir.

Erişkin aşılama şemasında 2012 yılında bazı düzenlemeler yapılmıştır. Buna göre 19 yaş ve üzerindeki tüm erişkinlere yılda bir doz influenza; birisi azaltılmış difteri ve azaltılmış boğmaca (Tdap) olmak üzere yaşam boyunca 10 yılda bir doz tetanoz-difteri (Td); kadınlarda 19-26, erkeklerde 19-21 yaşlar arasında üç doz human papilloma virus (HPV); iki doz varicella, bir veya iki doz kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK); 60 yaş ve üzeri erişkinlere tek doz zoster ve 65 yaş üstündekilere ise bir doz polisakkarit pnömokok aşulari uygulanmalıdır. Ayrıca tıbbi, mesleki, yaşam tarzı gibi diğer endikasyonların varlığında bir veya iki doz pnömokok, iki doz hepatit-A, üç doz hepatit-B, bir veya daha fazla doz meningokok aşısı uygulanması gerekmektedir.^[2]

Ülkemizde 2004 yılında yapılan bir araştırmaya göre, o yıl içerisinde erişkinlerde tetanoz nedeniyle 33 ölüm ve 532 hastaneye yatış öyküsü; influenzaya bağlı 101 ölüm ve 13696 hastaneye yatış öyküsü bulunmaktadır.^[3] Bu sayının erişkin aşı oranları arttıkça düşmesi beklenir. Seksenli yıllarda çocukluk aşulari konusunda yapılan başarılı çalışmalar ve kampanyalar sonucunda, çocuklarda aşı ile önlenebilecek hastalıklarda gözle görülür azalmalar olmuştur. Öyle ki Haziran 2002 tarihinde ülkemize, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından "Polio'dan Arındırılmış Bölge" sertifikası verilmiştir.^[4] Erişkinlerde de aynı başarılı sonuçlara ulaşmak aşılamayla, ancak öncesinde bu konuda yeterli bilgi birikiminin ve farkındalığın sağlanmasıyla mümkündür.

Bu çalışmadaki amaç erişkinlerin erişkin aşulari konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Ulaşılabilecek kişi sayısı Antalya merkez beş ilçesinden en çok nüfusa sahip Konyaaltı (N=85.353), Kepez

(N=259.449) ve Muratpaşa (N=284.025) ilçelerinde %10 hata payı ile 95,98 olarak hesaplanmıştır. 01.06.2012-01.08.2012 tarihleri arasında 1 No'lu Meydankavağı ASM, 2 No'lu Meltem ASM, Uncalı ASM, 18 No'lu Kültür ASM, 31 No'lu ASM'lerine başvuran 19-64 yaş arasındaki 100 kişiye ulaşılması ve ilçelerin nüfuslarıyla orantılı olarak Muratpaşa'da 45, Kepez'de 41, Konyaaltı'nda 14 kişi ile görüşülmesi planlanmıştır.^[5]

Tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızda veri toplama aracı olarak, demografik bilgiler ile birlikte halkın erişkin dönem aşularıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeye uygun hazırlanmış 18 soru içeren bir anket kullanılmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu ölçütlerine uygun olarak yürütülmüştür.

Görüşme yapılacak kişiler ASM'ye başvuranlar arasından gönüllülük esasına göre belirlenmiştir. Anketler araştırmacılar tarafından birebir yüzyüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir.

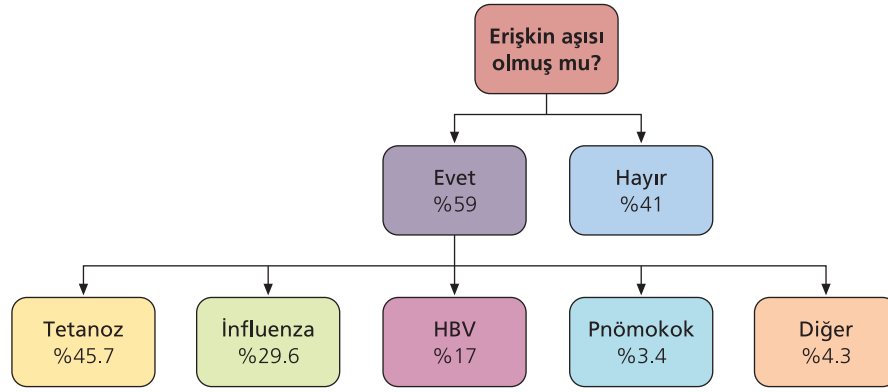
Araştırmamız sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS 19 programına girilerek, tanımlayıcı analizlerde ortalama ve standart sapma, karşılaştırmalarda ise ki-kare, Kruskal-Wallis testleri ile Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak p değerinin 0.05'ten küçük olması kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 50 kadın ve 50 erkek olmak üzere toplam 100 kişi katıldı. Katılımcıların yaşları 19-63 arasında değişmekteydi ve yaş ortalamaları 41.7±11.9 olup, %79'u evli ve %21'i bekarı. Ortalama eğitim süresi 9.9±4.3 yıl olan katılımcıların %55'i aktif olarak çalışmaktayken %2'si çalışmamakta, %12'si emekli ve %35'i ev hanımıydı.

Katılımcıların %41'i hayatının herhangi bir döneminde hiç erişkin aşısı yaptırmamışken, %59'u en az bir kez yaptırmıştı. En fazla yapılan aşı tetanozdu (43 kişi). Katılımcıların yaptırmış oldukları erişkin aşularının dağılımı Şekil 1'de verilmiştir.

Erişkin aşulari ile ilgili bilgileri araştırıldığında, katılımcıların %37'si yalnızca bazı hastalıkları bulunan erişkinlerin aşılama gerektğini ve tüm toplumu aşılamanın gerekli olmadığını; %36'sı erişkin aşularının varlığından bilgisi olduğunu, ancak bu aşuların neler olduğunu iyi bilmediğini; %19'u erişkin aşularını tam olarak bildiğini; %4'ü erişkinlikte yapılan aşuların gerekli olmadığını düşündüğünü; %4'ü aşuların sadece çocuklar için gerektiğini düşündüğünü belirtmişti. Katılımcılar tarafından en fazla bilinen erişkin aşısı influenza %32 (18) idi; bunu sırasıyla tetanoz %30 (17), hepatit-B aşısı %12 (7), HPV %9 (5), pnömokok %5 (3), KKK %3 (2), zona %1 (1), kuduz %1 (1), menenjit %1 (1) izlemekteydi. Katılımcıların %67'sinin erişkin aşulari konusunda önceden bilgisi



Şekil 1. Katılımcıların aşı yaptırma durumlarına göre dağılımı.

vardı. Erişkin aşıları konusunda bilgi edindikleri birincil kaynaklar Şekil 2’de gösterilmiştir.

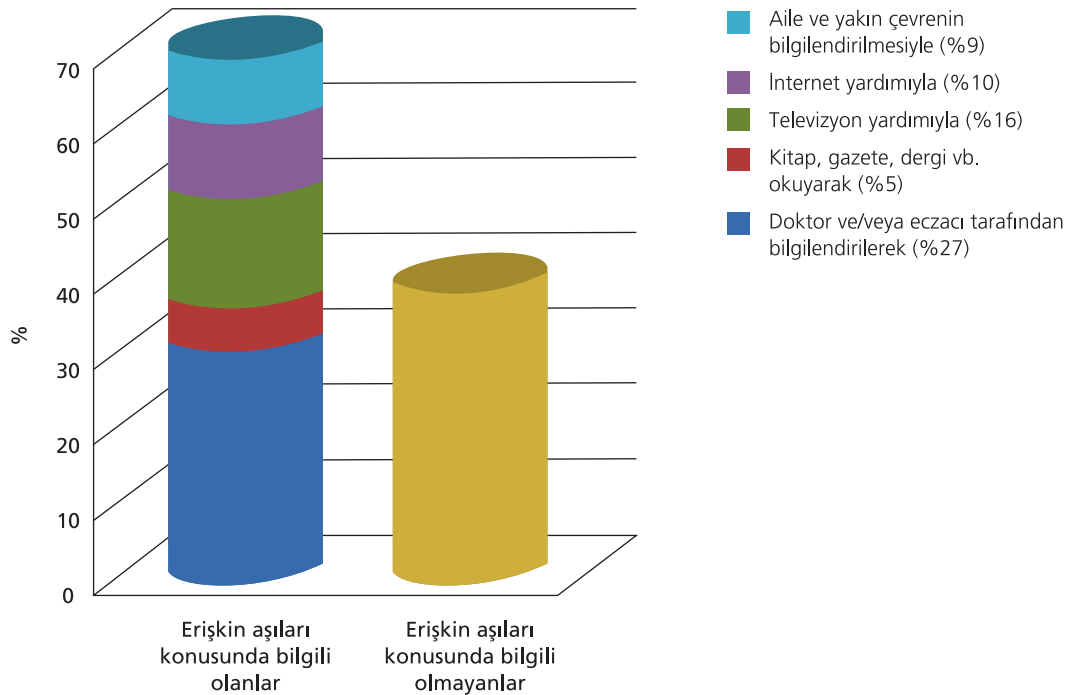
Katılımcıların erişkin aşıları konusundaki düşünceleri değerlendirildiğinde, aşı yaptıran ve yaptırmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Aşılar hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenler ile bilgi sahibi olmadığını belirtenlerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaşamının herhangi bir döneminde erişkin aşısı olanlar ve hiç erişkin aşısı olmayanların erişkin aşıları konusundaki bilgi durumları karşılaştırılmıştır. Buna gö-

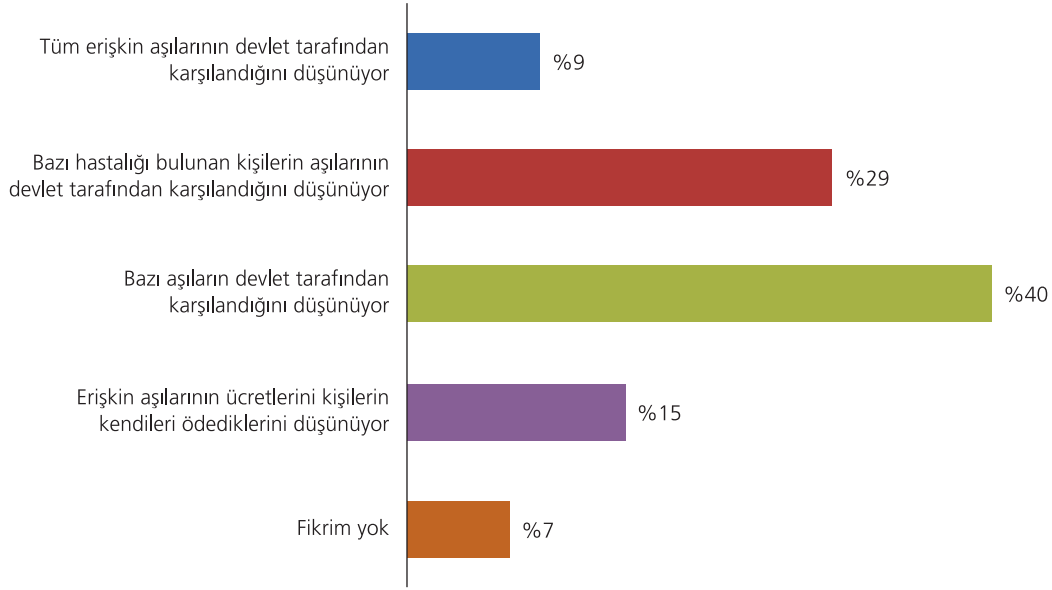
re aşı olmayanların %70’i, aşı olanların ise %64’ü konu hakkında bilgi sahibi olduğu gözlenmiştir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya alınan katılımcılar ağırlıklı olarak, bazı aşıların ücretlerini devletin karşıladığını düşündüklerini söylemiştir. Katılımcıların aşı ücretlerinin karşılanması konusundaki düşüncelerinin dağılımı Şekil 3’te verilmiştir.

Katılımcılardan eğitim düzeyi yüksek olanlar aşı ücretlerinin bireylerin kendileri tarafından ödendiğini ifade ederken, eğitim düzeyi düştükçe devlet tarafından karşılandığını düşünenlerin sayısı artmaktaydı, ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Aşı ücretlerinin



Şekil 2. Katılımcıların erişkin aşıları konusunda bilgi edindikleri kaynakların dağılımı.



Şekil 3. Katılımcıların aşı ücretleri hakkındaki düşüncelerinin dağılımı.

karşılanması konusunda yaşa göre de her hangi bir farklılık gözlenmedi ($p>0.05$). Değerlendirmeler Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Katılımcıların seçilmiş erişkin aşılarının yararlılığı konusundaki düşüncelerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Tabloda da görüleceği gibi katılımcılar en çok tetanoz aşısının erişkinlikte de koruyucu olduğunu düşünürken, en az bilinen aşılar zona ve HPV aşılarıdır.

Katılımcıların cinsiyete göre aşı olma durumları değerlendirildiğinde, kadınların %70’inin erkeklerin ise %48’inin aşı olduğu sonucuna ulaşılmış; cinsiyete göre gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.025$). Yaş ve eğitimin aşı olma durumu ile karşılaştırılmalarında Spearman korelasyon analizi yapılmış, ancak yaşa ve eğitim durumuna göre aşı olma durumları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların cinsiyete göre HPV aşısı hakkında fikir sahibi olma durumları karşılaştırıldığında, erkeklerin %46’sının (23 erkek), kadınların %14’ünün (7 kadın) fikrinin olmadığı görülmüştür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$). HPV aşısı hakkındaki düşüncelerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tartırma

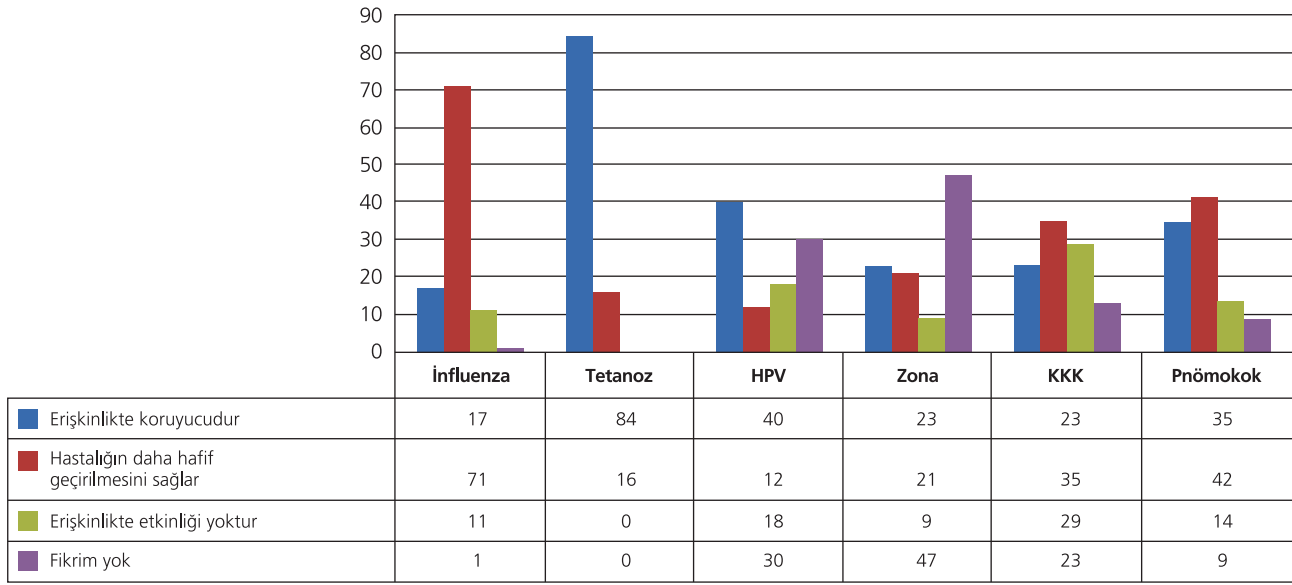
Ölnebilir hastalıklar grubundan olan enfeksiyon hastalıklarından korunmanın en etkin yolu bağışıklamadır. Aşı ise birincil bağışıklamanın temel taşıdır. Bu çalışmada Antalya’nın bazı ilçelerinde yaşayan erişkinlerin erişkin aşıları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymak istedik.

Görüldüğü gibi erişkin aşılarına gösterilen ilgi ve aşı yaptırma oranları oldukça düşük bulunmuştur. Katılımcılardan hiçbiri tüm erişkinlik aşılarını yaptırmamıştır, ancak %59’u yaşamının bir döneminde herhangi bir erişkin aşısı yaptırmıştır. Oysaki ülkemizde çocukluk aşısının uygulanma oranları çok yüksektir. 2011 Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre çocuklarda aşılanma oranları DaBT-İPA-Hib (beşli karma aşı) %98, verem %95, hepatit-B %96 ve KKK %98’dir.^[6] Çalışmamızda erişkin aşılarını yaptırmama oranları tetanoz için %45.7, influenza için %29.6, hepatit-B için %17 ve pnömokok için %3.4 bulunmuştur. Ülkemizde Köksal ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları araştırma çalışmamızı destekler niteliktedir. Buna göre erişkin aşılarından influenza aşısı hedeflenenin yarısı kadar, pnömokok dörtte bir oranında, hepatit-B aşısı %10 oranında yapılmaktadır. Erişkin dönemde tetanoz-difteri antikor pozitifliği ise %20’lerde-dir.^[7]

Erişkin dönem aşıları çoğu ülkede de bizim sonuçlarımıza benzer nitelikte eksik uygulanmaktadır.^[8-11] Kanada’da yapılan bir çalışmada 20-64 yaş arası influenza aşısı yaptırma oranı %37 bulunmuştur.^[10]

Çalışmamıza göre katılımcılar arasında en çok bilgi sahibi olunan erişkin aşısı influenzadır. Ancak çoğu erişkin bu aşının koruyuculuğundan emin olmadığını belirtmiştir. En iyi bilinen aşı influenza olsa da yaptırma oranı en yüksek olan aşı, influenza değil tetanoz aşısıdır. Tetanoz aşısı çalışmamızda erişkinlerin koruyuculuğuna en fazla güvendikleri aşı olarak bulunmuştur. Bu sonuç, aşıya güven duymanın onun kullanılma oranlarını ne denli arttırabileceği konusunda bir ipucu vermesi nedeniyle önemlidir.

Tablo 1. Katılımcıların erişkin aşılarının yararlılığı konusundaki düşüncelerinin dağılımı (%)



Katılımcılardan eğitim seviyesi en yüksek olan grup, aşı ücretlerini, yaptıracak kişilerin kendilerinin ödeyeceklerini düşünürken, en az eğitim almış gruptakiler, tüm aşıların ücretlerinin devlet tarafından karşılanacağını düşünmektedir. Ancak her iki grupta da aşı yaptırmaya ve aşılar hakkında bilgilendirme oranlarının farklılık göstermemesi ilginçtir. Kısacası erişkin aşıları ne eğitimden ne de aşı ücretlerinden dolayı istenilen seviyelerin altındadır.

Katılımcıların erişkin aşıları hakkında bilgilendirme düzeyi düşük bulunmuştur. Üçte biri daha önce erişkin aşılarını hiç duymadığını söylemiştir. Doktor veya sağlık personelinin erişkin aşıları konusunda bilgi alanların oranı yalnızca %27'dir. Oysa erişkin aşıları konusunda bilgilendirme, birinci basamak hekimleri ve sağlık personeli kilit rolde olmalıdır.^[11,12] Birinci basamak sağlık kuruluşlarında erişkin aşılarına ilişkin hizmet içi eğitimlerin sıklaştırılması, bu konuda çözüme ulaşmayı kolaylaştıracaktır düşüncesindeyiz. Tüm Avrupa ülkelerini kapsayan bağımsız bir kuruluş olan SIEVE'nin (Summit of Independent European Vaccination Experts) erişkin aşılarına ilişkin raporu da bu düşüncüyü desteklemektedir. Bu rapora göre, erişkin aşılarının oranlarını yükseltebilmenin ve halkı daha etkin koruyabilmenin yolu, önce hekimleri ve sağlık personelinin bu konu hakkında tekrar bilgilendirme ile başlamalıdır.^[8,13]

İkinci sıklıktaki bilgilendirme yolu ise televizyondur. Sağlık programlarının daha çok ev hanımları için uygun olan saatlerde yayınlanması, televizyon yoluyla bilgilendirme oranındaki yükseklik ve kadınların erişkin aşılarını erkekler göre daha fazla yaptırmaya olmaları, televizyonun erişkin aşıları konusunda etkin olduğunu düşündürmek-

tedir.^[14] Öte yandan mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitiminde erişkin aşılarına daha çok önem verilmesi, herhangi bir nedenle hekime başvuran hastalara erişkin aşıları hakkında yol gösterici olunması ve aşıları yaptırmaya konusunda teşvik edilmesi de yararlı girişimler olabilir.

Araştırmamızda örneklem seçimi ve sayısı açısından ortaya çıkan kısıtlılıklar sonuçların tüm topluma genelleştirilebilmesini engellemektedir. Ancak yine de çalışmanın yürütüldüğü bölgeye ilişkin tanımlayıcı değeri olduğunu düşünüyoruz. Sonuçların literatürle uyumluluğu bu düşüncemizi desteklemektedir.

Gerek çocuklarda, gerekse erişkinlerde aşı ile önlenilebilir hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması üzüntü vericidir. Çocukluk çağı bağışıklamasında ulusal aşı programı kapsamında ilerlenmiş ve çok yol kat edilmiştir. Erişkinlerin bağışıklamasında ise yapılacak çok iş vardır.

Sonuç

Çalışmamız sonunda halkın erişkin dönem aşıları hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olmadığı, buna bağlı

Tablo 2. Cinsiyete göre HPV aşısı hakkındaki düşüncelerin dağılımı

	Kadın	Erkek
Fikrim yok	7	23
Rahim ağzı kanserinden korur	21	19
Hastalığın daha hafif geçirilmesini sağlar	9	3
Rahim ağzı kanserinde etkin değildir	13	5

olarak erişkinlik döneminde istenen ölçüde aşı yaptırmadığı görülmüştür. Aşı yaptırmama nedenlerinin ve uygulanan stratejilerindeki eksikliklerin ortaya çıkarılmasında yeni araştırmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı-Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Ulusal Erişkin Aşılama Şeması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2009.
2. Amerikan Bağışıklama Danışma Komitesi (ACIP) 2012. Erişim: http://asi-danisma.com/2012_ACIP_eriskin_asilama_a.asp Erişim tarihi: 05.06.2012
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Hastanelerde Yatan Hastaların Seçilmiş 150 Hastalık Nedenine Göre Dağılımı. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6 Erişim Tarihi: 13.06.2012
4. Polio'dan Arındırılmış Bölge. Erişim: <http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Historyofpolio.aspx> Erişim tarihi: 13.06.2012
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı. Erişim: http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_il_ilce_yasgr.RDF&p_il1=7&p_ilce1=2038&p_kod=3&p_yil=2011&p_dil=1&desformat=html Erişim Tarihi:01.06.2012
6. Başara BB, Güler C, Eryılmaz Z, Tentür GK, Pulgat E. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2012. s. 71.
7. Köksal I, Usluer G. Erişkinlerde aşılama. *ANKEM Dergisi* 2006;20:239-45.
8. Klein N, Oxman MN, Plotkin SA, Poland GA, Reid A, Mahar MI. A report from the American Academy of Microbiology. Adult Vaccines: A grown up thing to do. American Academy of Microbiology; 2012. p. 7.
9. Freed GL, Clark SJ, Cowan AE, Coleman SM. Primary care physician perspectives on providing adult vaccines. *Vaccine* 2011;29:1850-52
10. Kwong JC, Stukel TA, Lim J, et al. The effect of universal influenza immunization on mortality and health care use. *PLoS Medicine* 2008;5:1440-52.
11. Nowalk MP, Zimmerman RK, Feghali J. Missed opportunities for adult immunization in diverse primary care office settings. *Vaccine* 2004;22:3457-63.
12. Schmitt HJ, Booy R, Aston R, et al. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Medicine* 2007;29:5-11.
13. Vaughn JA, Miller RA. Update on immunizations in adults. *Am Family Physician* 2011;84:1015-20.
14. Bulduklü Y. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010;24:75-85.

Geliş tarihi: 17.01.2013

Kabul tarihi: 28.02.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 27.07.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Zeynep Aşık

Kültür Mah. 3821 Sokak 13/7

Kepez 07100 Antalya

e-posta: zynpask@gmail.com

Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri

Anxiety, depression and quality of life among the patients with diabetes mellitus

Bilge Sönmez¹, İsmail Kasım²

Özet

Amaç: Diyabetik hastalarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların genel popülasyona oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Tip 2 diabetes mellitus'ta (DM) depresyon ve anksiyete görülmesindeki bu artış beraberinde hastanın uyumunu, tedaviye cevabını, hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca özbakım ve yaşam kalitesinde bozulmaya, komplikasyon gelişme riski, mortalite ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Günümüzdeki tedavi rehberleri DM'lu hastaları depresyon ve anksiyete yönünden taramayı, psikolojik sorunları saptananları mutlaka tedavi etmeyi önermektedir. Biz çalışmamızda dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan Tip 2 DM'lu hastaların anksiyete ve depresyon durumları ile yaşam kalitesi düzeylerini ve bunlarla ilişkili olabilecek faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, Tip 2 DM'lu 400 hasta dahil edildi. Tüm hastalara, sosyo-demografik özellikleri ve hastalıklarıyla ilgili genel durumu değerlendirmek için bir anket, depresyon ve anksiyete durumlarını değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), genel yaşam kalitesini değerlendirmek için EQ5D ölçeği uygulandı.

Bulgular: Araştırmamızda hastaların %21.8'inde anksiyete, %42.0'sinde depresyon bulunduğu gözlemlendi. Kadınlarda hem depresyon (p=0.001) hem de anksiyete açısından (p=0.001) erkeklerden daha yüksek puan saptandı. Depresyon ile yüksek eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, hastalık süresinin uzunluğu ve hipertansiyonun eşlik etmesi ve herhangi bir komplikasyon varlığı arasında anlamlı ilişki bulundu (p<0.05). Vücut kitle indeksi (VKI), diyabet süresi ve komplikasyon varlığı anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Yaşam kalitelerine bakıldığında; normalin üstünde kilolu ya da hipertansiyonu bulunan kadınların yaşam kalitelerinin anlamlı olarak düşük olduğu (p<0.05) gözlemlendi.

Sonuç: Bu çalışma diyabet hastalarında sık görülen depresyon ve anksiyetenin komorbidite, komplikasyonlar, VKI gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. İyi bir aile hekimliği uygulamasının bu faktörleri etkileyerek anksiyete ve depresyon oranını azaltabileceğinin daha ileri çalışmalar ile gösterilmesi gerekir.

Anahtar sözcükler: Diyabet, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi.

Summary

Objective: Depression and anxiety are more common among the patients with diabetes in comparing with healthy people. Anxiety and depression, adversely affect the diabetic patients' compliance, response to treatment and prognosis. Also, they increase the risk of complications, mortality and health costs, and decrease the quality of life and self-care. Recent guidelines recommend to screen depression and anxiety among diabetes patients and treat patients with any psychological problems. The aim of this study is to investigate the frequency of anxiety and depression among type two diabetes and determine their relation with quality of life.

Methods: Four-hundred type 2 diabetes mellitus patients are included in the study, who applied to Ankara Numune Training and Research Hospital, Family Medicine Department. A questionnaire is applied that investigates socio-demographic factors and stage of the disease among patients. Also, HAD scale for screening depression and anxiety and, EQ5D scale for assessing quality of life are used.

Results: 21.8% of the patients had anxiety, and 42.0% had depression. Women had higher scores both for depression (p=0.001) and anxiety (p=0.001) than men. Depression was related with higher education level, low socioeconomic level, duration of the illness, existence of hypertension and complications (p<0.05). BMI, duration of diabetes, existence of complication were also found related with anxiety (p<0.05). Quality of life was significantly lower among the obese and hypertensive patients (p<0.05).

Conclusions: This study shows that depression and anxiety among patients with diabetes are related with various factors like comorbidity, complications, BMI. Further studies are needed to show, careful and good planned family medicine care can decrease depression and anxiety prevalence by effecting these factors.

Key words: Diabetes, anxiety, depression, quality of life.

¹ Çerkeş İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Dr., Çankırı

² Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanı, Dr., Ankara

Coğunlukla orta ve ileri yaşlarda başlayan, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar içinde morbidite ve mortalitesinin yüksekliği nedeniyle önemli bir yer tutan diabetes mellitus (DM) tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Hastayı biyolojik, ruhsal, sosyal ve psikoseksüel yönlerden etkileyebilir.^[1]

Ömür boyu tedavi gerektiren, kronik ilerleyici bir hastalık olan diyabetin %90'ından fazlasını Tip 2 DM oluşturur.^[2,3] Tip 2 DM'a sıklıkla komorbid duygudurum bozukluğu eşlik etmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalar göstermiştir ki Tip 2 DM ile birlikte %10-30 arasında hafiften orta ve ağır derecelere kadar seyrebilen depresif bozukluklar görülmektedir.^[4-6] Ek olarak hastaların %14'ünde yaygın anksiyete bozukluğu %40 kadarında ise anksiyete düzeylerinde artış görülmüştür.^[7] Yapılan metaanalizler bir bireyde diyabet varlığının %24 oranında depresyon geliştirme riskinin olduğunu göstermiştir.^[8] Tip 2 DM'de depresyon ve anksiyete görülmesindeki bu artış beraberinde hastanın uyumunu, tedaviye cevabını, hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca özbakım ve yaşam kalitesinde bozulmaya, komplikasyon gelişme riski, morbidite, mortalite ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır.^[9-15] Bütün bunlara rağmen Tip 2 DM'de anksiyete ve depresyon tedavisinin yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu hastaların ancak yarısı tedavi alabilmektedir.^[16-17] Oysa metaanalizlerin de gösterdiği gibi; Tip 2 DM hastalarında depresyon ve anksiyete tedavi edildiğinde psikolojik sıkıntıların azalmasıyla birlikte glisemik kontrol de sağlanmaktadır. Günümüzdeki tedavi rehberleri diyabet hastalarını depresyon ve anksiyete yönünden taramayı, psikolojik sorunları saptananları mutlaka tedavi etmeyi önermektedir.^[18,19] Diyabet hastalarına daha iyi sağlık olanaklarının sunulması, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, erken ölümlerin azaltılabilmesi için multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımla hastalığın etkin tanı ve tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır.

Biz bu çalışmamızda dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan Tip 2 DM tanılı hastaların anksiyete ve depresyon durumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin hastalığın süresi, uygulanan tedavi şekli ve tedavi değişikliği ile ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Haziran-Eylül 2012 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji polikliniğine başvuran, ADA kriterlerine göre Tip 2 DM tanısı konulmuş ve çalışmaya katılmaya gönüllü 400 hasta üzerinde yapıldı.

Örneklem büyüklüğü ayrıca evren sayısı bilinmeyen örneklem hesabı formülüne göre de hesaplanarak %50

prevalans, %95 güven aralığında ve 0.05 hata payı olarak 345 kişi olarak hesaplanmıştır.

Tüm hastalara, sosyo-demografik özellikleri ve hastalıklarıyla ilgili genel durumlarını değerlendirmek için genel bir anket, depresyon ve anksiyete durumlarını değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), yaşam kalitelerini değerlendirmek için de EQ5D ölçeği uygulandı. HAD, Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen dördümlük likert tipi 14 soruluk bir ölçektir. Tek rakamlı sorular anksiyeteyi, çift rakamlı sorular ise depresyonu ölçer. Ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Aydemir ve ark tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda HAD ölçeği için ülkemizde yapılan çalışmalara uygun olarak anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise, 7/8 olarak uygulanmıştır.

EQ-5D sağlıkla ilgili genel yaşam kalitesini ölçmeye yarar ve Türkçe dahil 60'ı aşkın dile çevrilmiştir. Ölçek iki parçadan oluşur. Birinci parça hareketlilik, öz-bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon olmak üzere beş boyuttan oluşan bir ankettir. -0.59 ile 1 arasında değişen indeks puan hesaplanır. İkinci ise 0 en kötü, 10 en iyi sağlık durumunu gösteren görsel analog ölçeğidir (VAS).

Çalışmaya gebeler, 18 yaşından küçükler, psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü olanlar, bakım evinde kalan hastalar dahil edilmedi.

İstatistiksel analizler için MS-Excel 2007 ve SPSS for Windows Ver. 15.0 (SPSS Inc., Chicago, ILL, ABD) programları kullanıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı analizler yanı sıra karşılaştırmalarda ki kare, Man Whitney U testleri ve korelasyon analizleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmada yaş ortalaması 55.1 (max-min=86.0-20.0) yıl olan, 240'ı (%60.0) kadın ve 160'ı (%40.0) erkek olmak üzere tip II diyabetli toplam 400 hasta bulunmaktaydı. Hastalara ait sosyodemografik özelliklerin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmamızda yer alan hastaların diyabet tanısı aldıktan sonra geçen süre %18'i (72) için bir yıldan az, %33'ü (132) 1-5 yıl arası, %49'u (196) için ise 5 yıldan fazla idi. En az bir diyabetik komplikasyonu olan 303 (%75.8) hasta varken herhangi bir komplikasyonu olmayan 97 (24.2) hasta vardı. Komplikasyonlardan en sık nöropati (%49.5) gözlenmekteydi. Hastaların %45'inde diyabete hipertansiyon eşlik etmekteydi. %14.3'ünde koroner arter hastalığı, %5.8'inde astım bulunmaktaydı. Tedavi dağılımlarına göre değerlendirildiğinde hastaların %30.3'ü diyet, %16.0'ı spor yaptıklarını belirtti. Sadece oral antidiabe-

tik kullanan 217 (%54.3) hasta varken insülin+oral anti-diyabetik kullanan 175 (%43.7) hasta bulunmaktaydı. Sekiz hasta (%2.0) hiçbir tedavi almıyordu.

Hastaların HAD ölçeğinden aldıkları puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde 87 (%21.8) kişinin anksiyete açısından eşik üstü, 168 (%42.0) kişinin ise depresyon açısından eşik üstü puana sahip olduğu gözlemlendi. Kadınlar hem depresyon (p=0.001) hem de anksiyete açısından (p=0.001) erkeklerden daha yüksek puana sahipti. Eğitim düzeyi arttıkça eşik altı depresyon puanı olanlar azalmaktaydı (p=0.024). Sosyoekonomik düzeyde azalma depresyonu ve anksiyeteyi arttırmaktaysa da bu etki sadece depresyon için istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.026). Hastaların yaşları ile anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak düşük düzeyde ters yönlü ilişki olduğu belirlendi (rho=-0.152, p=0.002). Diyabet süreleri arttıkça hem depresyon hem de anksiyete eğiliminin arttığı gözlenirse de bu artış sadece depresyon için istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005). Ancak Vücut kitle indeksi (VKİ), arttıkça hem depresyona eğilim (p=0.023) hem de anksiyete eğilimi (p=0.039) artmaktaydı.

Hipertansiyonu olan hastaların %50.5'inin depresyon değerleri eşik değerin üzerinde bulundu (p=0.001).

En az bir komplikasyonu olan hastaların herhangi bir komplikasyonu olmayan hastalara göre anksiyete skorları ve depresyon skorları eşik değerin üzerinde bulundu. (p=0.002 ve p=0.001).

Hastaların yaşları ile EQ5D skorları ve VAS skalası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla, p=0.122 ve p=0.482). EQ5D anketi sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirildiğinde, normalin üstünde kilolu kadınların yaşam kalitelerinin anlamlı olarak düşük olduğu (sırası ile p=0.001 ve p=0.018) saptandı, aynı karşılaştırma VAS ile yapıldığında yine kadınların yaşam kalitesi daha düşük bulundu (p=0.006). Benzer şekilde hastaların diyabet yaşı ile EQ5D skorları ve VAS skalası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi (p>0.05).

Hipertansiyonu olan hastaların EQ5D skorları hipertansiyonu olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p=0.001).

En az bir komplikasyonu olan hastaların EQ5D skorları herhangi bir komplikasyonu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p=0.002)

EQ5D skorları ile anksiyete puanları arasında negatif yönde orta derecede bir korelasyon mevcutken (z=-.057

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişken		n	%
Cinsiyet	Kadın	240	60.0
	Erkek	160	40.0
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	118	29.5
	Okur yazar-ilk okulu bitirmiş	196	49.0
	Ortaokul-lise	70	17.5
	Üniversite	16	4.0
Sosyoekonomik düzeyi	Asgari ücret altı	75	18.8
	Asgari ücret-1500 TL	286	71.5
	1501-3000 TL	39	9.8
Çalışma durumu	Ev hanımı	227	56.7
	Emekli	126	31.5
	İşçi	18	4.5
	Memur	29	7.3
Sigara içme durumu	İçmiyor	321	80.2
	<1 paket/gün az	32	8.0
	≥1 paket/gün az	47	11.8
Vücut kitle indeksi	<24.9	44	11.0
	Zayıf (<18.5)	1	0.3
	Normal (18.5-24.9)	43	10.7
	>25	356	89.0
	Kilolu (25.0-29.9)	164	41.0
	Obez (30.0-39.9)	179	44.7
	Morbid Obez (≥40.0)	13	3.3

$p=0.000$), benzer şekilde depresyon puanları ile de negatif yönde orta derecede bir ilişki mevcuttu ($z=.0471$ $p=0.000$).

Tartışma

Çalışmamızda bulunan hastaların anksiyete ve depresyon durumları HAD ölçeğinden aldığı eşik üstü ve eşik altı puanlara göre değerlendirildi. Araştırmamızda hastaların %42.0'ı HAD-D alt ölçeğinden eşik üstü değer aldı. %21.8'i ise HAD-A alt ölçeğinden eşik üstü değer aldı. Araştırma kapsamında hastaların yaşları arttıkça anksiyete skorlarının azaldığı ancak depresyon skorlarının değişmediği görüldü. Bizim sonuçlarımızı destekler nitelikte diyabet hastalarında anksiyete ve depresyonun daha sık görüldüğünü ve yaş ile ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur.^[20-24]

Çalışmamızda yaş ile hastaların genel yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Literatürde hastaların yaşı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu, gençlerde yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu bildiren çalışma^[25] olmakla birlikte bizim çalışmamıza benzer şekilde yaşla yaşam kalitesi arasında ilişkinin olmadığını ya da yaşın zayıf belirleyici olduğunu bildiren çalışmalar da vardır.^[26-28]

Ancak diyabetin süresindeki artışın depresyonu arttırdığı gözlenmektedir. Diyabetli hastalarla ilgili 2001 yılında Gülseren ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, diyabet tanısının ilk konulduğu dönemlerde anksiyete bozukluğu görüldüğü, ancak hastalık ilerleyip süre uzadıkça da diyabetin yol açtığı kısıtlanmalara, yeti yitimine ve kan şekerindeki kronik dalgalanmaların santral sinir sistemi üzerindeki etkilerine bağlı olarak depresif bozukluğun daha sık görüldüğü belirtilmektedir.^[29] Bu sonuçlar da hastalığın kronik gidişi ile ilgili olarak tanı konulduğundaki ilk kaygıların yerini yas sürecinin son basamağı olan depresyon ve kabullenmenin almış olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların genel yaşam kaliteleri ile diyabetin süresi arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Collins ve arkadaşları tarafından 1456 diyabet hastasında yapılan çalışmada diyabet hastalarında yaşam kalitesinin kötüleşmesine en fazla beslenme kısıtlılığı ve gelecekle ilgili kaygı ve endişelerin neden olduğu görülmüştür.^[30] Bizim çalışmamızda kullandığımız ölçeğin genel yaşam kalitesini ölçmesi sonuçların anlamsız çıkmasına neden olabilir, diyabete özgü ölçekler kullanıldığında sonucun değişebileceği düşünülebilir.

Hastalık süresinin uzaması ile diyabet komplikasyonlarının görülme olasılığı yükselir. Hasta organlarını kaybedeceği, sakat kalacağı endişesine kapılabilir. İşlevsellikte azalma ve yaşamlarının sınırlanması sonucu yaşam kalitesinde azalma olabilir. Sıkı glisemik kontrol gerekli-

liği nedeniyle tedavi değişikliği ve takip sıklığında artışa ihtiyaç duyulabilir. Komplikasyonlara ve yeni tedavi şekline uyum çabası hastada kaygı düzeyinin artmasına, olumsuz psikolojik etkilerin görülmesine neden olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre kadınlar hem anksiyete hem de depresyon açısından daha yüksek riske sahip görünmektedirler. Yaşam kaliteleri de erkeklere göre daha düşüktür. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda da diyabetli kadın hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu gösterilmiştir.^[21,29] Ayrıca yine kadın hastalarda erkeklere göre yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmektedir.^[25] Genel popülasyonda da kadınlarda yaşam kalitesi erkeklerden daha kötü olarak bildirilmektedir.^[31,32]

Çalışmamızda hastaların eğitim durumları ve sosyo-ekonomik düzeyleri arttıkça depresyon görülme sıklığının azaldığı saptandı. Yapılan benzer çalışmalarda diyabetik hastalarda sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi düşüktüce anksiyete ve depresyon görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir.^[21,22,33-36]

Bu durumun nedeni; düşük eğitim ve sosyo-ekonomik düzeye sahip hastaların bilgi yetersizliği ve ekonomik nedenlerle tedavilerini aksatmaları, buna bağlı olarak metabolik kontrolün bozulması, komplikasyonların sıklanması ve hastalığın seyrinin olumsuz etkilenmesi olabilir. Çalışmamızda hastaların eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri ile genel ve diyabete özgü yaşam kaliteleri arasında fark bulunmadı. Literatürde eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar vardır.^[30]

Çalışmamızda hastalar VKİ'lerine göre değerlendirildiğinde kilo artışı ve obezitenin hastalarda anksiyete ve depresyon skorlarını artırdığı, genel yaşam kalitesi skorlarını ise azalttığı saptandı. Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalar mevcuttur.^[35]

Hipertansiyonun diyabetiklerde 1.5-2 kat daha fazla görülen bir komplikasyon olduğu bilinmektedir.^[37] Çalışmamızda diyabete eşlik eden hipertansiyonu olan hastalarda (%46.5) depresyon görülme sıklığı hipertansiyonun eşlik etmediği diyabetik hastalara göre daha yüksekti. Bu hastaların genel yaşam kaliteleri kötü bulundu. Diyabete eşlik eden ikinci bir kronik hastalık olması hastalarda tedavi yükünün artışına neden olur.^[38,39] Yaşamdaki engellenmeler artar. Glisemik kontrol yanında kan basıncı kontrolünü sağlamaya çalışmak, beslenme şekli başta olmak üzere yaşam tarzında ek değişiklikler gerekliliği hastanın depresyon ve anksiyetesini artırabilir.

Çalışmamızda diyabetik komplikasyonların görülmesindeki artışla birlikte hastaların anksiyete ve depresyon

skorlarının arttığı, yaşam kalitelerinin kötüleştiği saptandı. Literatürde bu bulgumuzu destekleyen, komplikasyonların yaşam kalitesini ve hastaların psikolojilerini olumsuz yönde etkilediğini bildiren başka çalışmalar vardır.^[40] Komplikasyon sayısı ve şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu ortaya konmaktadır.^[41,42] Ancak çalışmamızda komplikasyon şiddeti değerlendirilmediği için şiddet ile yaşam kalitesi arasında ilişkiye bakılamadı.

Sonuç

Diabetes mellitus, hastanın tüm yaşamını etkileyen, sosyal ya da psikolojik uyum sorunlarına yol açabilen bir hastalıktır. Özellikle depresyon anksiyeteye yol açabilmekte, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Kadınlar, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar, komorbiditesi ve komplikasyonları olanlar daha fazla risk altındadırlar. Aile hekimliği bu tür olumsuz faktörlerin ortadan kalması için önemli bir avantaja sahiptir. İyi bir hasta uyumu ve kişiselleştirilmiş bakımın, bu faktörleri etkileyerek diyabet hastalarında depresyon ve anksiyete oranını azaltacağı ve yaşam kalitesini arttıracakları ile ilgili başka çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

- Özkan S, Turgay M. Tip 1-2 diabetik hastalarda psikiyatrik morbidite ve hastalıkla başetme güçlükleri. S. Ozkan, editör. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi'nde. 1. baskı. İstanbul: Roche Yayınları; 1994. s. 398-407.
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet* 2011;378:31-40.
- Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of comorbiddepression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2006;23:1165-73.
- Bouwman V, Adriaanse MC, van't Riet E, Snoek FJ, Dekker JM, Nijpels G. Depression, anxiety and glucose metabolism in the general dutch population: the new Hoorn study. *PLoS One* 2010;4:e9971.
- Lin EH, Korff MV, Alonso J, et al. Mental disorders among persons with diabetes-results from the World Mental Health Surveys. *J Psychosom Res* 2008;65:571-80.
- Grigsby AB, Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002;53:1053-60.
- Nouwen A, Winkley K, Twisk J, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2010;12:2480-6.
- Bogner HR, Morales KH, Post EP, Bruce ML. Diabetes, depression and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care* 2007; 30:3005-10.
- Hamer M, Stamatakis E, Kivimaki M, Pascal Kengne A, Batty GD. Psychological distress, glycated hemoglobin, and mortality in adults with and without diabetes. *Psychosom Med* 2010;72:882-6.
- Hutter N, Schnurr A, Baumeister H. Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders-a systematic review. *Diabetologia* 2010;12:2470-9.
- Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49321 young Swedish men. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:31-7.
- Pan A, Lucas M, Sun Q, et al. Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:42-50.
- Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010;56: 38-46.
- Zhang X, Norris SL, Gregg EW, Cheng YJ, Beckles G, Kahn HS. Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. *Am J Epidemiol* 2005;161:652-60.
- Pouwer F, Beekman ATF, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2006;60: 235-40.
- Rubin R, Ciechanowski P, Egede L, Lin E, Lustman P. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. *Curr Diab Rep* 2004;4:119-25.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care* 2010; 33:11-61.
- IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 Diabetes. Book global guideline for Type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2005.
- Zenteno JFT, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with Type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002;33:53-60.
- M. M. Collins, P. Corcoran and Perry J. Psychology anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabet Med* 2009;26:153-61.
- Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7: 16-8.
- Sapoznikova IE, Tarlovskaja EI, Sobolev AA, Rodygina EV. Frequency and specific features of depressive disorders in patients with type 2 diabetes mellitus. *Klin Med (Mosk)* 2010;88:43-6.
- Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Curr Diabetes Rev* 2009;5:112-9.
- Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, et al. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997;20:562-7.
- Peyrot M, Rubin RR. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997;20:585-90.
- Wandel PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. *Scand J Prim Health Care* 2005;23:68-74.
- Sakamaki H, Ikeda S, Kegami N, et al. Measurement of HRQL using EQ-5D in patients with type 2 diabetes mellitus in Japan. *Value Health* 2006;9:47-53.
- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yeti yitimi ve yaşam kalitesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12:89-98.
- Collins MM, O'Sullivan T, Harkins V, Perry IJ. Quality of life and quality of care in patients with diabetes experiencing different model of care. *Diabetes Care* 2009;32:603-5.
- Hibbard JH, Pope CR. Gender roles illness orientation and use of medical services. *Soc Sci Med* 1983;17:129-37.
- Kandrack M, Grant KR, Segall A. Gender differences in healthrelated behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;32:579-90.
- Sevinçok L, Güney E, Uslu A, Baklaç F. Depression in a sample of Turkish type 2 diabetes patients. *Eur Psychiatry* 2001;16:229-31.

34. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabet Med* 2005;22:293-300.
35. Skinner, M. E. Carey, S. Cradock, et al.; DESMOND Collaborative. Short Report Depressive symptoms in the first year from diagnosis of Type 2 diabetes: results from the DESMOND trial. *Diabet Med* 2010;27:965-7.
36. Egede LE, Zheng D. Independent Factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2003;26:104-11.
37. Erbay P, Aksakoğlu G, Uçku R. Tip II diabetiklerde komplikasyonlar: Bir eşleştirme modeli. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi kitabı. 12-16 Eylül 1994, Didim.
38. Aima Y, Susman JL. Understanding Comorbidity with depression and anxiety disorders. *J Am Osteopath Assoc* 2006;5:9-14.
39. Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G, White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: a multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetol Metab Sydr* 2010;2:72.
40. Zenteno JFT, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with Type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002;33:53-60.
41. Anderson RM, Fitzgerald JT, Wisdom K, et al. Comparison of global versus disease-specific quality-of-life measures in patients with NIDDM. *Diabetes Care* 1997;20:299-305.
42. Trief PM, Grant W, Elbert K, et al. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1998;21:241-5.

Geliş tarihi: 21.04.2013

Kabul tarihi: 15.06.2013

Çevrimiçi yayım tarihi: 16.07.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Bilge Sönmez

Çerkeş İlçe Devlet Hastanesi, Çankırı

Tel: 0533 730 43 43

e-posta: bilgesnmez@yahoo.com

Elektronik (e) reçete uygulaması ve akılcı ilaç kullanımına katkısı

Electronic (e) prescription practice and its contribution to rational drug use

Ahmet Akıcı¹, Refik Altun²

Özet

Reçete, üzerinde yazılı bilgi ve talimatlar doğrultusunda tedavinin yapılabilmesi için eczacıya ve hastaya yönelik tıbben ehil kişilerce düzenlenmiş bir evraktır. Geçmişte daha çok elle kâğıda yazılması bir gelenek haline gelmiş olan reçete, günümüzde elektronik ortamda da yazılmaktadır. Elektronik (e) reçeteler, ilgili tüm format bilgilerinin ve rutin işlemlerinin (ilacın temini, geri-ödemesi, kaydı ve izlemi de dâhil) özel yazılımlar ve özel iletişim ağları sayesinde tümüyle elektronik ortamda yapıldığı reçetelerdir. Türkiye 2012 yılında bu uygulamayı pilot bölgelerde başlatmış olup, 15 Ocak 2013 tarihinden bu yana istisnai haller dışında Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödemeli reçetelerde bu uygulamayı zorunlu hale getirmiştir. Elle kâğıda yazılan reçeteye kıyasla hız, kolaylık, doğruluk vb. pek çok bakımdan hekime, geri ödeme kurumuna, sağlık merkezine, eczacıya, hastaya ve diğer ilgili kişi ve kurumlara önemli avantajlar sunabilen e-reçete uygulamasının gereği gibi başarılı sürdürülmesi halinde, akılcı ilaç kullanımına da büyük yararları olacağı öngörülebilmektedir. Henüz yeni sayılabilecek bu uygulama hakkında muhataplarının bilgi ihtiyacı içinde oldukları çeşitli platformlarda dile getirilmektedir. Bu yazıda e-reçetenin tanıtımına, uygulama ayrıntılarına ve akılcı ilaç kullanımına katkılarına yer verilmiştir.

Anahtar sözcükler: Elektronik reçete, tedavi giriş sistemleri, ilaç kullanımını değerlendirme.

Summary

A prescription is a document that is prepared by medically qualified persons for the pharmacist and patient to implement the therapy according to the information and instructions written on it. Even though a prescription was traditionally written on paper in the past, nowadays it is mostly written electronically. Electronic (e) prescriptions are the ones which are prepared entirely electronically by a special software and communication networks of all related format information and routine procedures such as drug supply, reimbursement, registration and follow-up. Turkey initiated this practice in pilot areas in 2012 and the Social Security Institution has made it mandatory for the reimbursed prescriptions except for some limited cases since January 15, 2013. It is predictable that e-prescription would provide substantial benefits to rational use of drugs, in case of successful maintaining of e-prescription practice which can offer important advantages to the physician, reimbursement authority, health center, pharmacist, patient and the other relevant individuals and institutions in many respects like speed, convenience, accuracy etc. as compared to hand-written prescriptions. It is mentioned in various platforms that related individuals need information about this practice that is yet considered new. Introduction of e-prescription practice details and its contributions to rational use of drugs were included in this article.

Key words: Electronic prescribing, medical order entry systems, drug utilization review.

Reçete, üzerinde yazılı bilgi ve talimatlar doğrultusunda tedavinin yapılabilmesi için, eczacıya ve hastaya yönelik tıbben ehil kişilerce düzenlenmiş bir belgedir. Geçmişte daha çok elle kâğıda yazılması bir gelenek haline gelmiş olan reçete, günümüzde alt yapısı elverişli pek çok ülkede elektronik ortamda da yazılabilmektedir. Sıklıkla yanlış algılandığı üzere reçete, sadece geri ödeme

işlemlerinin yapıldığı ya da sadece eczaneden ilacı temin etmenin bir aracı değil, aynı zamanda hastanın tedavisi süresince hatta sonrasında muhafaza edip, yazılı bilgilerinden, talimatlarından yararlandığı tıbbi, adli ve ekonomik önemi olan bir evraktır. Uygulanacak tedavinin başarılı olması, tedavi uyumu ile yakından ilişkilidir. Uyumu artırmak için reçetenin hastanın da anlayacağı biçimde yazılması ve kıla-

¹ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul

² Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı, Dr., Ankara

vuzluk etmesi için ona mutlaka bir kopyasının/çıkıntısının verilmesi gerekir.^[1-3]

Türkiye de dâhil pek çok ülkede reçete yazma yetkisi tıp fakültesi mezunu hekimlere verilmiştir. Bu yetki kendi alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla diş hekimlerine ve veteriner hekimlere de verilmiş olup, bazı ülkelerde gerekli eğitimi almaları koşuluyla diğer bazı sağlık mesleği mensuplarının da çok sınırlı sayıda ilaç/ürünü reçete etme imkânı bulunmaktadır. Gerek kimlerin reçete yazabileceği, gerekse reçetenin içinde bulunması gereken bilgilerin neler olması gerektiği, hangi ilaçların ne tür reçeteyle verilebileceği gibi konulara dair her ülkenin kendine ait yasal düzenlemeleri bulunmaktadır. Bu konudaki uygulamaların bir kısım ayrıntıları, üst düzenlemelere uymak koşuluyla, geri ödeme kurumlarının kendi tasarrufunda değişkenlik gösterebilmektedir.^[1,3,4] Türkiye’de elektronik (e) reçete uygulamasına geçilmiş olması bu durumun örneklerinden birisidir. Son yıllarda Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde köklü altyapı düzenlemeleri yapılmıştır. Bu düzenlemelerin gerektirdiği ilave entegrasyon işlemleri ve günlük işleyişe yönelik bazı uygulama değişiklikleri de hâlen yapılmaya devam etmektedir. Tüm bu gelişmeler reçeteyi, e-reçete uygulamasına geçişte olduğu gibi doğrudan etkilemekte ya da reçeteyi yazan hekim, yazıldığı kuruluşlar ve geri ödeme işlemleriyle vb. ilgili olarak dolaylı bir şekilde etkilemektedir.^[1,3,4]

Sağlıkta yaşanan bu hızlı değişim ve dönüşüm sürecinde e-reçete önemli bir kilometre taşı sayılabilir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından geri ödemesi yapılan reçeteler için Türkiye’de e-reçete uygulaması, bir yıla yaklaşan sürede teknik olarak hızla hayata geçirilmiş olmakla birlikte, muhatapları tarafından bazı yönleriyle yeterince tanınmamaktadır. Oysa elle kâğıda yazılan reçeteye kıyasla hız, kolaylık, doğruluk gibi birçok açıdan hekime, geri ödeme kurumuna, sağlık merkezine, eczacıya, hastaya ve diğer ilgili kişi ve kurumlara önemli avantajlar sunabilen e-reçete uygulaması, yeterince özümseyip, başarıyla sürdürülmesi halinde, akılcı ilaç kullanımına (AİK) büyük katkılar sağlayabilir. Bu yazıda başta hekimler olmak üzere, konunun öncelikli paydaşlarını ilgilendiren yönleriyle e-reçete uygulamasının tanıtımına, uygulama ayrıntılarına ve AİK’na olan katkılarına yer verilmiştir.

Yazıda geçen “sağlık hizmet sunucusu” ifadesi, birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile basamaklandırılmayan sağlık kuruluşlarının yanında; optisyenlik müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri ve kaplıcaların da dâhil olduğu, SGK ile hizmet sunumu, faturalama ve ödeme ilişkisine giren tüm gerçek ve tüzel kişiler için kullanılmıştır.

Elektronik Reçete

E-reçete, özel yazılımıyla elektronik ortamda reçetenin tüm format bilgilerini kaydeder. Özel iletişim ağları ile

sağlık kurumu, eczane, geri ödeme kurumu, ilgili diğer kişi/kurumlar, yetkileri dâhilinde reçete bilgilerine erişir, böylece; ilacın temini, geri ödemesi, kaydı ve izlemi dâhil rutin işlemlerin tümü elektronik ortamda yapılabilir.

Elektronik ortamın sunduğu pek çok avantaj nedeniyle günümüzde alt yapısı elverişli olan birçok gelişmiş ülkede e-reçete kullanılmaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, Avustralya, Avrupa Birliği ülkeleri e-reçete kullanmakta ve bu uygulamayı geliştirmeye çalışmaktadırlar.^[5-17]

E-reçete uygulaması bir dizi teknolojik alt yapı gerektirir. Hastanın sistemde var olan tıbbi ve demografik kayıtları, onun geri ödemededen yararlanabilme durumu vb. kayıtları ile birlikte servis sağlayıcı sistemde güncel halde tutulur. Hasta sağlık kuruluşuna başvurduğu zaman, bu kayıtlar yardımıyla hastanın bu hizmeti alma durumu kontrol edilir. Hastanın hekimle görüşme ve tedavisini düzenleme işlemleri yapılırken, şayet reçete yazılacak ise, hekim elektronik ortamda hastanın kimlik bilgileri/tıbbi kayıtları üzerinden ilgili reçete sayfasına erişir ve reçete yazma işlemlerini yapar. Elle kâğıda yazılı reçete üzerinde olması gereken bilgilerin çoğunluğu, e-reçetede standart yerlere/kutucuklara yazılır/işaretlenir. Hastaya tedavisi ile ilgili gerekli bilgiler, talimatlar, uyarılar anlatılır, kontrol durumu konuşulur. Hastaya anlatılanların anlaşılabilirliğinden emin olduktan sonra, hastaya elektronik ortamda yazılan reçetenin yazıcıdan kâğıda çıktısı (hastanın inisiyatifinde istenirse e-posta iletimi) verilir. Hasta bu reçete kaydına ait numara/pusula ve kimlik bilgileri ile eczaneye başvurur. Kayıt kontrol işlemlerinin ardından, reçetesinde yer alan ilaçlar eczacı tarafından hastaya sunulur. Eczacı gerekli bilgileri hastaya verir. Eczane kayıt işlemlerinin ve diğer bürokratik işlemlerin ardından hasta, ilacını e-reçete vasıtasıyla almış halde eczaneden ayrılır, tedavisini başlatır. İlgili kayıtlar ve geri ödeme süreci entegre elektronik sistem üzerinden yürütülür. E-reçete ile ilgili tıbbi kayıtlar, sadece geri ödeme işlemleri, ilaç temini amacıyla değil, aynı zamanda ilaç kullanımını araştırmaları için veri tabanı niteliği kazandırılarak farmakoepidemiolojik araştırmalar yapmak ve geri bildirim vermek amaçlarıyla da kullanılabilir.^[1,15-17]

Türkiye’de e-Reçete Uygulaması

Türkiye’de e-reçete uygulaması, halen ana geri ödeme kurumu olan SGK’nun uygulaması şeklinde yürütülmektedir. Buna göre sağlık hizmet sunucularının sistemleri üzerinde, SGK’nun duyurduğu ve tanımladığı şekilde, hekimler tarafından oluşturulan Medula sistemine elektronik ortamda kaydedilen, e-reçete numarası verilmiş olan reçeteler, e-reçete olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye’de 2010’lu yıllara gelindiğinde artık sağlık sisteminde elektronik uygulamaların hız kazanmaya başladığı görülmektedir. Bu hızdan reçete de etkilenmiş

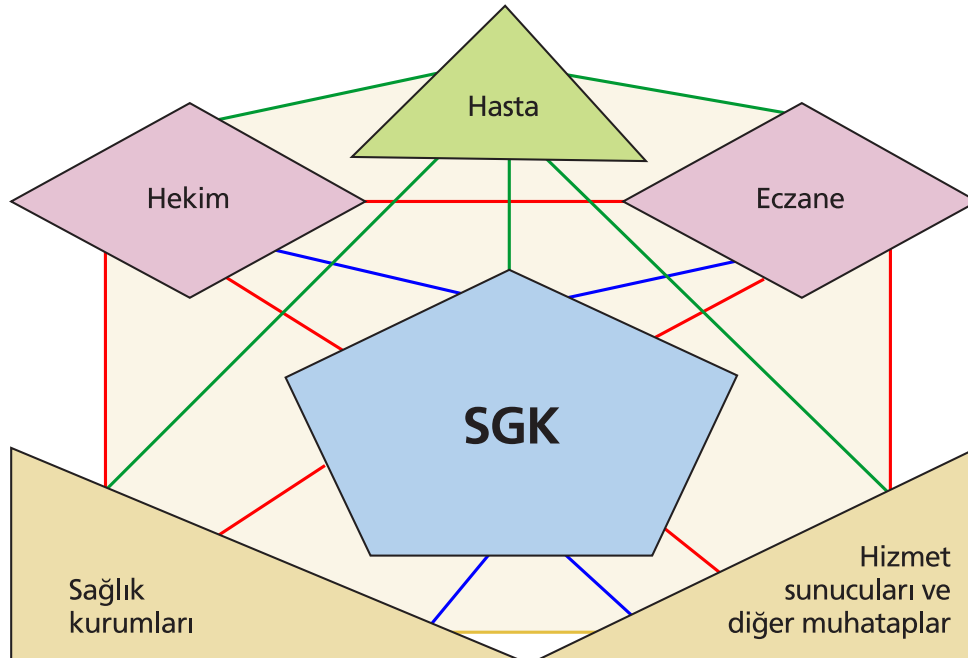
olup, bu arz, değişik kesimlerce gündeme taşınmaya başlanmıştır. İlk kez Haziran 2011’de, bir yıllık süren bir özel deneme ile Ankara’da özel bir hastanede e-reçete uygulaması ön hazırlığı başlatılmıştır. Bu hastanenin hastane bilgi yönetimi sistemi (HBYS) firmasıyla ve hekimleriyle e-reçete ön çalışmaları yapılmış, eğitimler verilmiştir. Türkiye, e-reçete uygulamasını pilot bölgelerde, 2012 yılı Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında (sırasıyla, Eskişehir, Konya ve İstanbul’da) daha entegre şekilde başlatmış ve 1 Temmuz 2012 tarihinde ülke genelinde yaygınlaştırmıştır. 15 Ocak 2013 tarihinden bu yana istisnai haller dışında SGK, geri ödemeli reçetelerde bu uygulamayı zorunlu hale getirmiştir.^[18]

E-reçete uygulamasının başladığı tarihten zorunlu hale getirildiği tarihe kadar 109.691 hekim “SGK Kurumsal Hekim Şifresi”ni almıştır. Bu rakam 9 Nisan 2013 tarihi itibarıyla 116.253’e ulaşmıştır. Hekimler, SGK tarafından hazırlanarak duyurulan kılavuzlara uygun olarak, <medeczane.sgk.gov.tr/doktor> adresinden girerek şifrelerini alabilmektedir.^[19] Bu şifreye sahip hekimler, hastalarına ait;

- Son 6 ayda yazılmış olan ilaçları görebilmekte,
- Son 1 yılda yazılmış olan raporlu ilaçları görebilmekte,
- E-raporları görebilmekte,
- Geri ödenen/geri ödenmeyen ilaç listelerini alabilmekte,
- Normal/kırmızı/turuncu/mor/yeşil reçete kapsamındaki ilaçların listelerini alabilmekte,

- İlaçların geri ödeme detayıyla ilgili bilgiyi görebilmekte,
- E-reçete yazabilmektedir.

Geçiş sürecinde gerek hekimler, gerekse sağlık hizmet sunucuları ve eczaneler bu konuyla ilgili olarak çeşitli yollarla (sık sorulan sorulara yanıtlar, duyurular, ilgili özel ve resmi kurum/kuruluşlara gönderilen resmi yazılar, sağlık hizmet sunucularının bilgi işlem ekranlarına ve hekimlerin e-posta adreslerine gönderilen uyarılar vb.) bilgilendirilmeye çalışılmıştır. E-reçete uygulaması ile ilgili gelişmeler, SGK tarafından 2012 yılı Şubat ayından itibaren ilgili kurum ve kuruluşlara duyurulmaya çalışılmış ve gerekli hazırlıkların yapılması istenmiştir. 2012’de Medula kullanım kılavuzuna e-reçete alanları eklenmiş ve kılavuz güncellenerek yayımlanmıştır. E-reçetenin HBYS ve “Aile Hekimliği Bilgi Sistemi” (AHBS) sistemlerine entegre edilebilmesi amacıyla kılavuzlar hazırlanmıştır. E-reçete uygulamasında reçete yazılabilmesi amacıyla hekimlere “SGK Kurumsal Hekim Şifresi” verilmiş, hekimlerin bu şifre ile <http://medeczane.sgk.gov.tr/doktor> adresinden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Medula sisteminde kayıtlı reçete ve raporlarına ulaşabilmeleri sağlanmıştır.^[19-21] E-reçete ile ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının, sağlık kurumlarının, eczacıların, hekimlerin ve hastaların gerek birbirleriyle, gerekse SGK ile olan etkin iletişimi, ilaç kullanımındaki kritik aşamaların (e-reçete düzenlenmesi, ilacın temini, kaydı, geri ödemesi vb.) başarıyla gerçekleştirilmesine katkı sağlar (Şekil 1).



Şekil 1. E-reçete işletim sistemi zemininde e-reçetenin ana muhatapları arası etkileşim.

Yazılım alt yapılarını tamamlaması amacıyla Medula Eczane Reçete Web Servislerinin Kullanım Kılavuzu SGK tarafından hazırlanmıştır. Hem bu kılavuz, hem de “kullanıcı tanımlama işlemleri” ve bilgilendirici diğer belgeler <https://medeczane.sgk.gov.tr/doktor> adresinde yayımlanmıştır.

Türkiye genelinde e-reçetenin yaygınlaştırılması sürecinde (1 Temmuz 2012–13 Ocak 2013) elde edilen istatistiklere göre, toplam 52783 hekimin e-reçete yazdığı (bu rakam 9 Nisan 2013 tarihi itibarıyla 65061 kişiye ulaşmıştır) ve ülke genelindeki eczanelerin yaklaşık tamamının (23500 eczane) e-reçete işlemi yaptığı bildirilmiştir.^[18] 1 Temmuz 2012–13 Ocak 2013 dönemindeki e-reçetelerin toplam reçetelere oranı %56.0 olup, yazılan e-reçete oranı her ay artmaktadır. Sadece Ocak 2013’te yazılan e-reçetelerin toplam reçetelere oranı %70.9’dur. Bu rakam, son zamanlarda %90’ı aşmıştır.

“SGK e-reçete uygulama zorunluluğu” kapsamında “SGK Kurumsal Hekim Şifresi” almamış olan hekimlerin elle kâğıda yazdıkları reçeteler, eczanelerden karşılanmaktadır. Bu kuralın birisi sağlık kurumları özelinde, diğeri ise reçete özelinde olmak üzere 2 ayrı istisnası bulunmaktadır. Gerekli kurumsal düzenlenmeler tamamlandığında bu tür istisnaların azalacağı beklenmektedir.

Çeşitli gerekçelerle e-reçete zorunluluğu şu anda bulunmayan yerler

- Aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları
- Belediyelere ait poliklinikler
- Huzur evleri
- İşyeri hekimlikleri
- Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri
- Üniversitelerin mediko-sosyal birimleri
- Türk Silahlı Kuvvetleri birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları.

Reçete özelinde istisna teşkil eden haller

- Majistral ilaç içeren reçeteler, alerji aşılı reçeteleri
- İthal ilaç grubuna giren kişiye özel yurt dışından getirilen ilaçlar için düzenlenen reçeteler
- Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında SGK tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenen reçeteler
- İlgili mevzuatta (Sağlık Uygulama Tebliği’nin (SUT) 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde) tanımlanan ve Medula hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen reçeteler
- Aile hekimleri tarafından “gezici sağlık hizmeti” kapsamında düzenlenen reçeteler (bu reçetelerin gezici sağlık hizmeti kapsamında düzenlendiğini belirtir ifadenin bulunması ve hekim tarafından onaylanması gerekmektedir)

- Evde bakım hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler
- 112 acil sağlık hizmeti birimlerinde düzenlenen reçeteler,
- SGK Medula sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemlerin geçici olarak çalışmaması kaynaklı e-reçete düzenlenememesi hallerinde (bu durumu açıklayan bilgi notuna da sahip olmak koşuluyla) elle kâğıda yazılmak zorunda olan reçeteler.^[22]

Türkiye’de e-reçete halen sağlık hizmet sunucularının sistemleri üzerinde, SGK’nun duyurduğu ve tanımladığı şekilde hekimler tarafından oluşturulmakta ve Medula sistemine elektronik ortamda kaydedilerek, e-reçete numarası verilmek suretiyle kullanılmaktadır. Bu sistemde, hekimin oluşturduğu bilgiler ile sağlık hizmet sunucusunun otomasyonunun oluşturduğu bilgiler bir araya gelerek e-reçeteyi oluşturmaktadır. Hastalar, T.C. Kimlik numarası ve kendilerine reçete düzenlenen yerde verilen reçete numarası ile eczaneye başvurmaktadır. Eczacının kontrolleri ve doğrulamalarının ardından hasta ilacını almaktadır. Hastanın hem tedavisi düzenlenen yerde hizmet sunucu yoluyla iletilen bilgileri hem de eczanedeki son kayıt edilen/işlenen ve Medula Eczane sistemi yoluyla iletilen bilgileri üzerinden SGK, entegre sistemle işlemlerini sürdürmekte ve arşivlemektedir (**Şekil 2**).

SGK’nun geri ödemesine tabi e-reçetelerde yer alan bazı bilgiler özetle aşağıda açıklanmıştır.^[1,19,22]

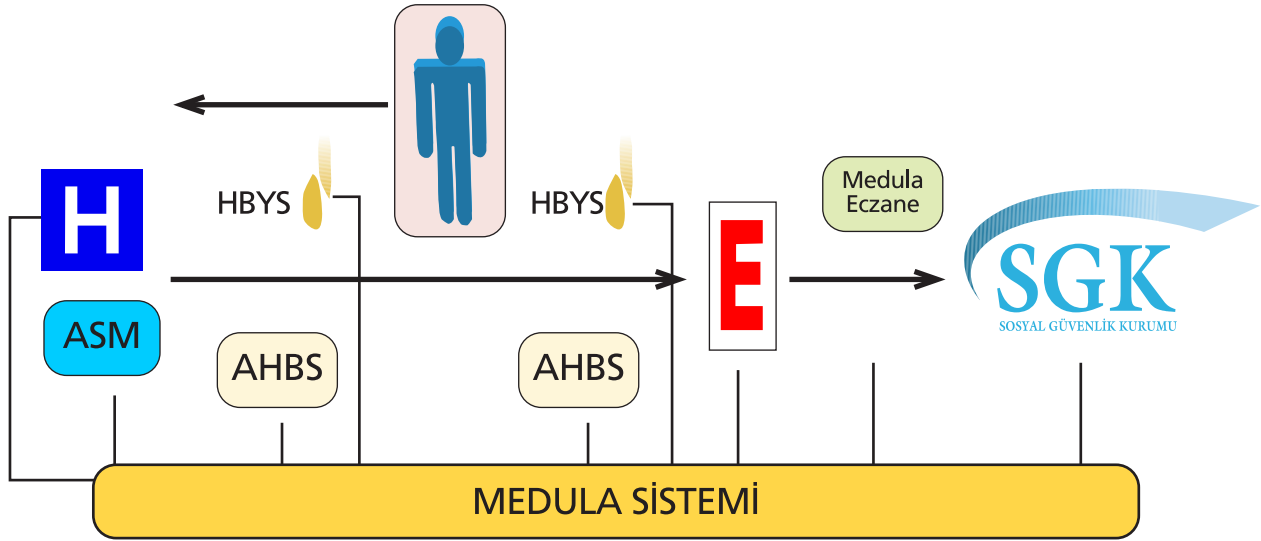
Hastane Tarafından Yapılacak İşlemler

Hastaneye hasta başvurusu aşamasında Medula takip numarası oluşturulmaktadır. Takip numarası verilmesi sırasında alınmış olan bazı bilgiler, e-reçete oluşturulması aşamasında otomatik olarak e-reçeteye eklenmektedir. Bu bilgiler; hastanın adı, soyadı, T.C. kimlik numarası, doğum tarihi, cinsiyeti, takip numarası, takip provizyon tipi (e-reçete provizyon tipi), takip tarihi (e-reçete tarihi), takip reçete alt türü (e-reçete alt türü) ve protokol numarası ile; hekimin T.C. kimlik numarası, branş kodu, sertifika kodu ve adı soyadından oluşur. Bu bilgilerin bir kısmı, hekimin yapacağı aşağıdaki işlemleri de kolaylaştırır. Bu işlemler, elektronik ortamın sunduğu kolaylıkla, hekimin ekranına sağlık hizmet sunucusunun otomasyon sisteminden otomatik olarak gelir. Aşağıda bu kolaylığın bulunduğu maddelerin yanında “seçim gerekmiyorsa, otomatik atanır” ifadesine atfen “gerekliyse” notu bulunmaktadır. Bu kolaylık hekime zaman tasarrufu sağlar.

Hekim Tarafından Yapılacak İşlemler

Reçete alt türü: “Ayaktan/Yatan/Günübirlik/Taburcu/Acil/Yeşil Alan/Evde Bakım” reçetelerinden hangisi olduğu belirtilmekte/seçilmektedir (gerekliyse).

Reçete türü: “Normal/Kırmızı/Turuncu/Mor/Yeşil” seçeneklerinden birisi işaretlenmektedir (gerekliyse).



Şekil 2. Hastanın başvurusundan itibaren e-reçete işleminin Medula entegrasyonu.

Reçete tarihi: “Medula Takip No Tarihi” (gerekliyse).

İlaç seçimi: Aşağıdaki alt başlıklar için hekim belirlediği ilacın seçimini gerçekleştirir.

- **İlacın adı;** “Medula Eczane Reçete Web Servislerinin Kullanım Kılavuzu”nda SGK sisteminde kayıtlı olan ilaçların listelerinin (aktif/pasif ilaç listeleri – sırasıyla SGK tarafından geri ödemesi yapılan/yapılmayan ilaçların listeleri) sağlık hizmet sunucuları tarafından alınabilmesi amacıyla web servisi kullanılmaktadır. Bu servisten listelerin sağlık hizmet sunucuları tarafından güncel olarak alınması, hasta mağduriyetinin önlenmesi ve sistemin işleyişi açısından gerekliliktir. İlaç adı ile ilgili bilgiler, AİK'na uygun ilaç seçiminde bulunabilmek için, entegre yazılımlarla imkanlar dahilinde daha da geliştirilebilmektedir.
- **İlaç kutu adedi:** Hekim ilgili listeden ilaç seçer ve daha sonra bu ilacın tedaviye uygun “kutu adedi”ni belirler.
- **İlaç dozu:** Hekim “kaç sefer ya da kez (doz 1) / seferde kaç doz (doz 2)” seçeneklerini, ambalaj miktarlarını planladığı tedavi çerçevesinde ekranda işaretleyerek reçeteye yazabilmektedir. “Doz 1” olarak tanımlanan alanda ilacın belirlenen periyotta kaç sefer verileceği belirtilir. Örneğin, belirlenen periyot; günlük tedavi olursa, günde 2 kez alınacak ilaç için “2 sefer” bilgisi “doz 1” ile ifade edilir. Öte yandan AİK açısından bunun daha doğru şekli “12 saat arayla” şeklinde daha açık tarif edilmesidir. “Doz 2”de ise her bir seferde ne kadar miktar ilaç kullanılacağı belirtilmektedir. Doz 1 için verilen örneği devam ettirmek gerekirse, günde 2 sefer alınacak bir ilaç için her seferinde 1 adet ilaç kullanılması durumunda buradaki 1, doz 2’yi ifade etmektedir. Bunlara ilave bilgi eklenmek istenirse, bu bilgiler “ilaç açıklama alanı”na da yazılabilmektedir. AİK açısından doğru olanı, reçeteye yazılacak bu bilgilerin daha açık ve anlaşılır ol-

masıdır. Dolayısıyla, hekimlerin bu açıklama alanlarını gerektiğinde daha ayrıntılı “ilaç doz açıklamaları”nı yazmak için de kullanmaları önerilir.

- **Kullanım periyodu birimi ve periyot açıklaması:** Hekim bu bölümde, “Kaç kez/seferde kaç doz” bölümüne yazdığı bilginin hangi sürede, ne sıklıkla kullanılacağını belirtmektedir. Doz için verilen örnekte bu alan, sırasıyla “1” ve “gün” yani bir günlük tedaviye ait ayrıntılar özelindeki bilgileri vermektedir. Hastaların doz ve kullanım talimatları bağlamında toksisite ya da tedavi etkisizliği sorunlarına yol açmamak için, bu bilgilerle tam olarak neyin ifade edildiği, e-reçete yazan hekim tarafından çok iyi bilinmeli ve doğru şekilde uygulanmalıdır.
- **Kullanım şekli:** Bunun için ekranda belirtilen ilgili alan kullanılmaktadır (gerekliyse). Çoğu durumda “oral yol” olduğu için, onunla başlayan listede diğer ilaç uygulamalarına ait seçenekler bulunmaktadır.
- **İlaç açıklama alanı:** Bu alandaki bilgiler (gerekliyse);
 - Teşhis/tanı: ICD-10 tanı kodu e-reçetede ayrıca belirtilmektedir. Hekim bu alana isterse ayrıca teşhis de yazabilmektedir.
 - Hasta güvenlik ve izlem formu
 - Endikasyon dışı kullanım izni
 - Tetkik sonucu
 - Tedavi süresi
 - Diğer: Bu alana hekim tarafından istenirse, ilaca ait açıklamalar vb. bilgiler yazılabilmektedir.
 - Doktor sertifika kodu
 - Reçete açıklama alanı: Bu alan ilaç açıklama alanıyla aynıdır. Gereken durumlarda açıklama bilgileri reçete açıklama alanına da eklenebilmektedir.

Eczacı Tarafından Yapılacak İşlemler

Elle kâğıda yazılan reçeteler için, hastanın T.C. kimlik numarasından ICD-10'a kadar eczanede yapılan en az 25 bürokratik işlem, e-reçete ile yediye düşmüştür. Bu işlemler; teşhisler (çoktan seçmeli), kare kod, özel durum (çoktan seçmeli), eşdeğer ilaç, rapor seçimi ve tedavi şemasıdır.

Hekim veya eczacı, e-reçete kâğıt çıktısını alarak hastaya sunma imkânına sahiptir. Bu uygulamanın halen yapıldığı gibi gönüllülük ya da kısmi değil, zorunlu hale getirilmesi AİK açısından gereklidir. Aksi durumda, yazının sonuna doğru değinilen sorunlar yaşanabilir.

e-Reçetenin Yararları ve Akılcı İlaç Kullanımına Katkısı

Günümüz teknolojik imkânları ile bezenen e-reçete, elle kâğıda yazılan reçeteye kıyasla aşağıda özetlenen pek çok bakımdan hekime, geri ödeme kurumuna, sağlık merkezine, eczacıya, hastaya ve diğer ilgili kişi ve kurumlara önemli avantajlar sunmaktadır. Bu avantajların muhataplarınca bilinmesi, e-reçetenin daha kolay benimsenmesine ve daha başarılı kullanılmasına yardımcı olabilir.

- E-reçete uygulaması, gereği gibi başarılı sürdürülebilmesi halinde, en büyük faydasını AİK'nın yaygınlaştırılmasında ortaya koyar. AİK, DSÖ'nün tanımlanmış olduğu şekliyle; "hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür". Bu tanımda da görüleceği üzere, AİK'nın hayata geçirilmesinde reçete önemli bir araçtır. Bu tanımla anlatılmak istenen "doğruluk/yeterlilik/uygunluk"ların çoğu, ilacın doğru reçete edilmesiyle yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, reçeteyi okunaklılık sorunundan, yanlış doz ve kullanım şekli sorunlarından arındırarak, tedavi sürecine doğruluk, hız ve kolaylık sağlayacak düzenlemeler, AİK açısından kayda değer gelişmelerdir.^[1,2,23]
- E-reçete ve bağlı işletim sistemleri, hasta bilgilerinin ekrana düşmesinden, ilacın adının ilk harflerinin yazılmasıyla ekranda ilaçların alfabetik sırayla görülmesine kadar; eczacının eskiden yaptığı işlem sayısını çok azaltmış, SGK yetkilisinin değerlendirme ve ödeme yapma işlemlerini gerçekleştirmesini hızlandırmış ve kolaylaştırmıştır. Bütün bunlar AİK'na katkı sağlayan son derece önemli gelişmelerdir.
- Yukarıda sayılan hız ve kolaylıklara ek olarak, e-reçete işlemleri, elle yapılan işlemlere göre daha doğru olarak yürütülmektedir. Örneğin ilacın adı, kullanım talimatları vb. konularda geçmişte pek çok sorun yaşanmakta idi. Bilhassa hekimin kötü el yazısı çeşitli sorunlara yol açmaktaydı. Nitekim Türkiye'de yapılmış çalışmalarda, kâğıda elle yazılan reçetelerde bü-

yük oranda okunaklılık sorunu yaşandığı, format bilgilerinde ciddi eksiklikler olduğu bildirilmiştir.^[24-26] Örneğin İstanbul'da yapılmış bir araştırma, sağlık ocaklarında hekimlerin tedavilerini düzenledikleri çocuklara yazdıkları reçetelerin sadece %26.3'ünün kolayca okunabildiği, gerekli bilgileri eksiksiz içeren reçete sayısının yok denecek kadar az olduğu (%1.5) bildirilmiştir.^[24] Geçmişte yaşanan bütün bu sorunlar e-reçete ile çok daha kolay aşılabilir. ABD'de eczane personeline uygulanan ankete dayalı bir araştırmada, yedi bakım sunucu merkezin her birinde, kişilerin e-reçeteleri klasik reçetelere tercih ettiği bildirilmiştir.^[5] ABD, İsveç ve İrlanda'da e-reçeteye yönelik benzer olumlu tespitler, hekimlere uygulanan anketlerle de saptanmıştır.^[6,10,7,8]

- E-reçete, ilaç/miktar/doz yanlışlarının asgariye indirilmesinde fırsat yaratabilir. Bu tür hatalar, okunaksız ve eksik reçete yazımına bağlı olabileceği gibi, doğrudan reçeteye yanlış bilgilerin yazılmasıyla da gerçekleşebilir. E-reçetede ilaçla ilgili bilgiler, sistemde pek çok ayrıntısı ile var olduğu ve işaretlenerek/çekilerek kullanıldığı için hata olasılığı çok daha düşüktür. Bu şekilde reçete oluşturulmasında format ve içerik bakımından standart sağlanmaktadır.
- Günümüzde e-reçete ve diğer elektronik takip araçları, ilgili tedavileri için rapor sahibi hastalara "başlangıçta 28 günlük, sonrasında ise 3 veya 6 aylık tedaviye yönelik ilaç verebilme" gibi bazı kolaylıkları da sunmaktadır.
- E-reçete ile ilaç ve geri ödemeye ait başka birçok evrakın işlemleri elektronik ortamda daha kolay yapılır. Bu gelişmeler, bürokrasinin hızlanmasına, hasta ve çalışan memnuniyetinin artmasına katkı sunabilir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından özel mevzuatı düzenlenmiş olan kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçeteler, e-reçete olarak düzenlenirse, ayrıca SGK'na ibraz edilmesine gerek yoktur. Dolayısıyla e-reçete zaman ve iş kaybını önlemektedir. Bu kapsamda olmasa da, ibraz gerektirmeyen başka bir durum SUT ekleriyle ilişkilidir. SUT eklerinde; bazı ilaçların kullanımı için düzenlenecek reçetelere ibrazı istenilen bilgileri içeren belgelerin eklenmesine, e-reçete uygulamasında e-reçete içinde belirtilmesi koşuluyla, gerek kalmamaktadır.
- Yatan hastalara düzenlenen reçetelerde "Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta" ibaresi aranmaksızın, e-reçetelerin sadece elektronik ortamda başhekimlik tarafından onaylanması yeterli olmakta ve yatan hasta için önemli kolaylık sağlamaktadır.^[21,22,27]
- Eskiden karşılaşılan "sahte reçete" ve "reçetelerde tahrifat yapılması" sorunları ortadan kalkmaktadır. Hekimin bilgisi ve kontrolü dışında, hekimi, sağlık kurumunu ve geri ödeme kurumunu oldukça olumsuz etkileyen bu sorunlar e-reçete ile büyük ölçüde giderilmiş/en aza indirilmiş olmaktadır.

- Manuel evrak/arşiv: E-reçetenin kolaylaştırdığı elektronik uygulamaların devam etmesi beklenmektedir. Elektronik fatura bunlardan birisidir. Gerek e-reçetenin kendisi ve ekleri, gerekse bu yeni uygulamalar neticesinde, sağlık hizmet sunucularından ve eczanelerden SGK'na yazılı belge akışı en aza indirilmektedir. SGK'nda arşiv sorunu daha az yaşanmakta ve bunlara bağlı iş yükü ciddi ölçüde azalmaktadır.
- E-reçete; izlem, geribildirim ve denetleme kolaylığına sahiptir.
- Medula hastane sistemi ile Medula eczane sisteminin birbiriyle bağlantısı kurulmuştur. Bu durum hastaneye gitmeyen kişi adına reçete yazılması sorununun giderilmesine de önemli katkı sağlamaktadır.
- E-reçete dinamikdir. İşletildiği ülkeden ülkeye, muhatapı olan kurumdan kuruma farklı özellikleri bulunabilir. Elektronik ortamın sağladığı kolaylıkla entegrasyon ve dönüşüme daha elverişlidir. Bu tür değişikliklerin olması halinde sistem, muhataplarını da aynı hızda haberdar edebilme gücüne sahiptir.
- Özel yazılımlarla desteklenerek ilaç-hastalık ve ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç risk yönetim planlarına kolay uyum imkânı, proaktif hareket imkanı vb. avantajları bulunmaktadır.
- E-reçete günümüzde Medula kayıt sistemi üzerinden faaliyetlerini sürdürmektedir. Kayıt sistemlerinin iyi tutulması ve farmakoepidemiolojik araştırmalarda kullanılması, AİK'na çok önemli katkılar sağlayabilir.
- Özetle e-reçete başarılı uygulanırsa, elle yazılan reçeteye göre, çok fazla avantaja sahiptir. Dile getirilen bu avantajların her biri AİK açısından başlı başına çok önemli kazanımlar sağlamaktadır.

E-Reçete Uygulamasının Olası Sorunları

Uygulamanın yeni olmasına bağlı olarak kurumsal veya bireysel kaynaklı bazı sorunlar (bilgi açığı ve uyum sorunu vb.) yaşanabilmektedir. Bu sorunların kısa zamanda çözüme kavuşturulmaması, tedavi eksik veya yanlışlıklarına yol açabilecek olumsuzluklara yol açabilir. İlaçlar açısından değerlendirilirse, bu istenmeyen durumlar, akılcı olmayan ilaç kullanımını körükleyen sorunlar olarak düşünülebilir.^[1,2,4,5,16]

- Örneğin her ne kadar Sağlık Bakanlığı ve SGK'nun, e-reçete konusundaki duyuru ve genelgelerinde "e-reçetenin kâğıt çıktısının hekim tarafından hastada kalmak üzere verilmesi" istenmişse de bu kurala bazen uyulmadığı duyuları alınmaktadır. Bu durum AİK açısından ciddi bir tehlikedir. Hasta, reçetesini tedavi sırasında ve sonrasında muhafaza etmeli, gerektiğinde tedavi ile ilgili bilgi edinmek için ondan yararlanmalıdır. Bu uygulamanın isteğe bağlı değil, zorunlu hale getirilmesi AİK açısından şarttır. Eczanede eşdeğer ilacın verilmesi de

dâhil bazı uygulamalarda, bu konu çok daha kritik hale gelmektedir. Konunun bu yönleri ayrıntılı düşünüldüğünde, AİK çerçevesinde beklenen "hekimin hastaya gerekli ilaç bilgisini" vermesi işleminde ciddi karışıklıklar yaşanma riski bulunmaktadır. Bu karışıklıkları önlemenin/azaltmanın ilk adımları; hekimin hastaya bu konularda bilgi vermesi ve reçetesinin kâğıt çıktısını ona sunması ya da hastanın talebi halinde, koşullar elverişliyse reçetesini ona e-posta yoluyla iletilmesidir. E-posta yoluyla hastaya reçete iletimi, onun iznine tabi olma ve mahremiyet ile ilgili gerekli tedbirlerin alınması koşuluyla günümüzde rahatlıkla yararlanılabilecek bir uygulamadır. Hastanın reçetesini kaybetmeden ona kolay ulaşması, bireysel tedavi arşivi oluşturması, hekimiyile ve diğer sağlık çalışanlarıyla gerektiğinde elektronik yolla iletişim kurabilme kolaylığı vb. avantajlarına ek olarak; kâğıt israfını önlemesi ve kâğıda reçete yazdırma zamanı israfını (bazı yerlerde yazıcı ktlığı nedeniyle sıra beklemek vb.) azaltması bakımından da oldukça avantajlıdır. Üstelik mevcut e-reçete uygulamasında yapılacak küçük bir düzenleme ile bu tercih, reçete yazımı sırasında kolaylıkla ("e-posta ile iletilsin mi?" seçeneğinin "evet" işaretlenmesi yoluyla) başarılabılır.

- İlaçların geri ödeme işlemleri bürokrasisi, AİK'nı zayıflatacak uygulamalara müsaade etmemelidir. Örneğin, Türkiye'de e-reçete uygulaması öncesinde, reçetenin geri ödeme sistemine ibrazı için hastanın elindeki tek reçete nüshası geri ödeme işleminde kullanılmak üzere eczanede hastadan alınmakta idi. Oysa AİK ilkelerine göre "reçete aynı zamanda hastaya hitaben yazılan bir belge"dir. Açık ve anlaşılır yazılmalı, hasta, tedavisi sırasında gerektiğinde reçetesine başvurarak buradaki yazılı talimatları takip edebilmelidir. Yukarıda değinildiği gibi e-reçete uygulamasında, reçetenin kâğıt çıktısı/eposta iletimi hastaya sunulmuyorsa, bu önemli bir sorundur. Bunun dışında e-reçetenin geri ödeme ve sağlık kayıt sistemlerinin bir aracı gibi algılanması da AİK'na zarar verebilmektedir. Örneğin e-reçetede doz, periyot vb. bilgilerin hastanın anlayacağı basitlikte yazılmaması, daha da önemlisi, verilen e-reçete kâğıt çıktısında ilaçların kullanım talimatının bulunmaması, bugünkü uygulamanın AİK açısından eksiklikleri olarak düşünülmeli ve iyileştirmelere gidilmelidir.
- Veri güvenliği ve hasta mahremiyeti oldukça hassas konulardır. AİK açısından da önemi büyüktür. Elektronik ortam ile ilgili gelişmeler bir taraftan kolaylıklar sunarken, diğer taraftan güvenlik açıkları yaratmaktadır. Bu sorun, mahremiyet ihlali ve minimum riskin artmasına yol açmaktadır. Tedaviye uyumun azalması, sisteme ve hekime güvensizlik, etik ve adli sorunlar vb. pek çok uzantısı olan bu sorunun yaşanmaması için gereken tedbirler taraflarca hızla alınmalıdır.

- Elektronik sistemde bazı değişiklikleri hayata geçirmek kolay ve hızlı olduğundan, sistemde belirli tarihler saptamadan yapılan değişimler, “haberdar olamama ve takip edilememe sorunlarına” yol açabilir. Bu gibi durumlarda, “haftanın/ayın belirli günü” gibi standart, kolay takip edilebilir zamanlar belirlenmesi, olağan koşullarda değişikliklerin o zaman dilimlerinde yapılması daha yararlıdır.
 - E-reçete, bazı durumlarda kâğıda yazılan reçeteye göre daha uzun zamanda yazılabilir. ABD’de yapılan bazı araştırmalarda da bu yönde tespitler bildirilmiştir.^[11,12] Öte yandan e-reçete memnuniyeti tespit edilen ABD ve İsveç’te yapılan diğer araştırmalarda ise, e-reçetenin zaman kazandırdığını düşünenlerin oranı oldukça yüksektir.^[7,13] Bu konuda hekimler aceleci davranmamalıdır. Zamanla, elektronik yazım kolaylığına alışan hekimin, nispeten daha hızlı reçete yazabileceği düşünülebilir.
 - E-reçete uygulamasında bazı standartlar bulunsa da, mevcut durumda hekimlerin bir bölümünce, yeterince iyi anlaşılmadığı endişesi bulunmaktadır. Hekim ve eczacının e-reçete kaynaklı sorunlarının hızla giderilmesi gerekir. Örneğin ülke genelinde, sağlık hizmet sunucuları farklı yazılımları kullanılıyorsa, çeşitli uyum sorunları yaşanabilir.
 - E-reçeteyi içeren sanal ortam, hekimi, AİK konusunda kolaycılığa kaçmaya itmemelidir. “Nasıl olsa elektronik erişimle bilgiye de ulaşır” diye düşünüp hastaya eksik bilgi vermemelidir.
 - Eczacı jenerik ilaç vermişse hekim haberdar edilmelidir. Maalesef mevcut sistemde bu özel dikkat gerektirmektedir. Oysa küçük düzenlemelerle bu konuda hekimin ve hastanın doğru bilgilendirilmesi sağlanabilir. Bu konuda bilgi eksikliğinin kuşku artırdığı ve AİK’na uygun olmayan hasta davranışlarını kolaylaştırdığı söylenebilir.
 - Kâğıda basılı reçete verilmeyen hastalar, parenteral ilaçlarının uygulanmasında çeşitli sorunlar yaşayabilmektedirler. Kâğıt çıktı alma sorunu her ne kadar giderilmişse de, başta hekimler, e-reçete ile uğraşanlar benzer sorunlar konusunda dikkatli olmalıdırlar.
 - Her ne kadar e-reçete, kâğıda yazılan reçetenin yerini almış olsa da, kâğıda yazılan reçete kavramı, öngörülebilir zamanda sistemde “istisnai hallerde” de olsa yaşamaya devam edecektir. Öte yandan e-reçetenin daha da yaygınlaşacağı birkaç yıl içerisinde, bilhassa genç hekimlerin kâğıt reçete bilgisi ve yazma becerisinde ciddi sorunlar yaşanabilecektir. Günümüzde majistral reçete hazırlamaktan uzaklaşan eczacıların durumuna benzer bir sorun, ileride kâğıt reçete yazmayı unutan/bilmeyen hekimler için de gündeme gelebilir. Dolayısıyla, iyi hekimlik uygulamalarının bir gereği olan bu temel bilginin kaybolmaması için, bilhassa mezuniyet öncesi tıp eğitiminde konunun önemini bilincinde hareket edilmesi ve gerekli eğitim ihmal edilmemelidir.
 - Okunaklı yazı ve ilaç seçimi konularında e-reçete avantajlı olmakla birlikte, yeterince dikkatli olunmaması halinde, e-reçete ile de çeşitli karışıklıklar da yaşanabilir. Örneğin ticari isimleri birbirine yakın ilaçların listeden seçiminde göz yanılması olabilir. Bu durum aceleci yaklaşımlar, aradığı ilaç adı/kodunu listede bulamama, dalgalılık, gözlük kullanan bazı hekimlerin o sırada gözlüksüz olması ya da başka görme sorunlarına bağlı karışıklıklar gibi potansiyel riskler e-reçete yazılırken de yaşanabilir. Bilhassa hekimler bu gibi durumlara karşı daha dikkatli olmalıdır.
 - Reçeteye bazı bilgilerin kısa yazılması okunma, anlaşılma sorunlarına yol açma riski taşır. Üstelik, çok basit bir bilgisayar yazılımıyla kolaylıkla çözülebilecek bu yazım şekli sorunu, e-reçetede de sürmekte ve süratle düzeltilmesi beklenmektedir. Gerek bu şekildeki kısaltmaların, gerekse “*tarifen almız*” gibi ne ifade ettiği tam anlaşılmayan kullanım talimatı bilgilerinin, hastanın tedaviye uyumunu azaltabileceği, yetersiz dozda, daha da önemlisi toksik dozda ilaç kullanımı gibi sorunlara daha kolay yol açabileceği akılda tutulmalıdır.
 - Tedavinin başarılı olması ve sorun yaşanmaması için tedavi işlemi bazı uyarılarla desteklenmelidir. Bu uyarıların önemli bir kısmı tedavinin düzenlenmesi sırasında hastaya sözel olarak yapılırken, daha kritik önemdeki bir kısmı da özetle reçetesinde belirtilebilir. Hastanın yeterli iletişim kurmadığı bazı durumlarda ise, tamamının yazılı olarak da hastaya verilmesi gerekebilir. Reçetede yer sorunu, ibraz güçlüğü vb. durum varsa, bunlar başka bir kâğıda yazılarak hastaya verilmelidir. E-reçete altyapı düzenleme faaliyetleri sırasında bu yönde ilave düzenlemelerin yapılması yararlı olabilir.
 - Elektronik sistemlerin, yazılımların önemli ekonomik yükleri olabilir. Ticari rekabetin bazı olumsuzlukları bulunabilir. Teknolojik aksaklıklar yaşanabilir. Bilhassa yaşlı hekimlerin değişime direnç göstermesi, uyum sorunu yaşaması söz konusu olabilir. E-reçetenin her yerde, her ortamda kolay erişilebilir olmaması gibi yönleri de bulunmaktadır.
- E-reçete ilaç tedavisi ile ilgili bazı kavramların önceliğini değiştirmiştir. Örneğin kâğıda elle reçete yazılması ve bunun birkaç nüsha hazırlanması gibi işlemler rutin olmaktan çıkmıştır. Reçete yazılmasının esas gerekçeleri ise varlıklarını korumaktır. Bu bakımdan en önemli nokta, reçetenin hastaya bilgi verme özelliğinin korunmasıdır. Geri ödemedede, bugün Türkiye’de yazılan reçetelerin ana muhatabı SGK’dur. SGK’nun reçeteyi ilgilendiren tasarrufları, hekimler tarafından çok iyi takip edilmeli ve hasta mağduriyetini önlemek için konunun gereklerine uyulmalıdır.

Sonuç

E-reçete uygulaması ülkemiz için tedavi sürecinin henüz yeni sayılabilecek bir parçası, entegre bir hizmettir.

Bu uygulamanın zorunlu başlatılmasından bu yana geçen sürede büyük oranda beklentileri karşılayabildiği söylenebilir. Bununla birlikte, bu işlemin sağlıklı ve kolay sürdürülebilmesi, reçeteleme sürecinin tüm muhataplarının e-reçete konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarını gerektirmektedir. E-reçete, ilaç kullanımı konusunda hız, kolaylık, hatalı uygulamaların azaltılması, geri ödeme sistemi kayıplarının engellenmesi gibi pek çok avantaja sahiptir. Bütün bunlara hasta kayıtlarıyla entegre ortamda uygun ilaç seçimi, etkileşimler, kontrendikasyonlar konusunda bilgilendirme/uyarılar, piyasada ürünün bulunabilirliğine, ilacın fiyatına ulaşabilme, kayıtlı verilerden rutin geri bildirim ve ilaç kullanımı araştırmaları ile kapsamlı değerlendirmeler yapabileceği olanakları da eklendiğinde, e-reçete'nin AİK'na çok önemli katkılar sağlayacağı söylenebilir. E-reçeteden AİK'na uygun, gereği gibi yararlanabilmek için bu konuda hastadan eczane çalışanına, sağlık kuruluşu kayıt birimi çalışanından hekime, hastane idarecisinden geri ödeme kurumu yetkilisine kadar ilgili herkese önemli sorumluluklar düşmektedir.

Kaynaklar

1. Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını; 2013. s. 31-216.
2. Akıcı A, Oktay S, Kayaalp SO. Reçete yazma kuralları ve akılcı ilaç kullanımı. In: Kayaalp SO, editor. Akılcı tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 13. baskı. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2012. s. 140-54.
3. Toklu HZ, Akıcı A, Keyer Uysal M, Dülger G. Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hasta uyuncuna hekim ve eczacının katkısı. *Türk Aile Hek Derg* 2010;14:139-45.
4. Le Grand A, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruscamp FM. Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy Plan* 1999;14:89-102.
5. Rupp MT, Warholak TL. Evaluation of e-prescribing in chain community pharmacy: Best practice recommendations. *J Am Pharm Assoc* 2008;48:364-70.
6. Jariwala KS, Holmes ER, Banahan BF, McCaffrey DJ. Adoption of and experience with e-prescribing by primary care physicians. *Res Social Adm Pharm* 2013;9:120-8.
7. Hellström L, Waern K, Montelius E, Astrand B, Rydberg T, Petersson G. Physicians' attitudes towards ePrescribing – evaluation of a Swedish full-scale implementation. *BMC Med Inform Decis Mak* 2009;9:37.
8. Hor CP, O'Donnel JM, Murphy AW, O'Brien T, Kropmans TJB. General practitioners' attitudes and preparedness towards Clinical Decision Support in e-Prescribing (CDS-eP) adoption in the West of Ireland: a cross sectional study. *BMC Med Inform Decis Mak* 2010;10:2.
9. Ross SM, Papshev D, Murphy EL, Sternberg DJ, Taylor J, Barg R. Effects of electronic prescribing on formulary compliance and generic drug utilization in the ambulatory care setting: a retrospective analysis of administrative claims data. *J Manag Care Pharm* 2005;11:410-5.
10. Wang CJ, Patel MH, Schueth AJ, et al. Perceptions of standards-based electronic prescribing systems as implemented in outpatient primary care: a physician survey. *J Am Med Inform Assoc* 2009;16:493-502.
11. Devine EB, Hollingworth W, Hansen RN, et al. Electronic prescribing at the point of care: a time-motion study in the primary care setting. *Health Serv Res* 2010;45:152-71.
12. Lapane KL, Rosen RK, Dube C. Perceptions of e-prescribing efficiencies and inefficiencies in ambulatory care. *Int J Med Inform* 2011;80:39-46.
13. Devine EB, Williams EC, Martin DP, et al. Prescriber and staff perceptions of an electronic prescribing system in primary care: a qualitative assessment. *BMC Med Inform Decis Mak* 2010;10:72.
14. Grossman JM, Gerland A, Reed MC, Fahlman C. Physicians' experiences using commercial e-prescribing systems. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:393-404.
15. Reeve J, Sweidan M. Setting a standard for electronic prescribing systems. *Aust Prescr* 2011;34:2-4.
16. Mäkinen M, Rautava P, Forsström J, Aärinmaa M. Electronic prescriptions are slowly spreading in the European Union. *Telemed J E Health* 2011;17:217-22.
17. Strom BL, Kimmel SE, Hennessy S. Pharmacoeconomics. 5th ed. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2012. p. 158-286.
18. Sosyal Güvenlik Kurumu. E-reçete Bilgi Notu. Yayımlanma tarihi: 15 Ocak 2013. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.01.2013)
19. Sosyal Güvenlik Kurumu. Medula Eczane Reçete Web Servislerinin Kullanım Kılavuzu (sürüm 1.14) (Güncellenme Tarihi: 21.01.2013) <http://medeczane.sgk.gov.tr/doktor/login.jsp> (Erişim tarihi: 08.04.2013).
20. Kayaalp SO. Farmakoekonomi, analiz tipleri ve geri ödemeye ilişkin esaslar. In: Kayaalp SO, editor. Klinik farmakolojinin esasları ve temel düzenlemeler. 5. baskı. Ankara: Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti; 2013. s. 371-446.
21. Sağlık Tesisi ve Aile Hekimlikleri Reçete Web Servisleri Dökümanı. Medula Eczane Reçete Web Servislerinin Kullanım Kılavuzu 21 Ocak 2013. Sürüm:1.14. <http://medeczane.sgk.gov.tr/doktor/SaglikTesisleriReçeteWebServisleri.pdf?CSRT=4023577663850790433Z> (Erişim tarihi: 08.04.2013).
22. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 2013. 24 Mart 2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324.htm> (Erişim tarihi: 09.04.2013).
23. World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines no5. Geneva: WHO/EDM/2002; 3.
24. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MU, Oktay S. Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratory-tract infections. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;60:211-6.
25. Akıcı A, Kalaca S, Ugurlu U, Toklu HZ, Oktay S. Antihypertensive drug utilization at health centres in a district of Istanbul. *Pharm World Sci* 2007;29:116-21.
26. Akıcı A, Oktay S. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye'de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; Supplement: 19-27.
27. Johnson KB, Lehmann CU; Council On Clinical Information Technology. Electronic prescribing in pediatrics: toward safer and more effective medication management. *Pediatrics* 2013 Apr;131(4):e1350-6. doi: 10.1542/peds.2013-0193.

Geliş tarihi: 10.04.2013

Kabul tarihi: 22.05.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 16.07.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Ahmet Akıcı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul

e-posta: aakici@marmara.edu.tr

Deli bal ile zehirlenen bir aile: Olgu sunumu

A family admission for poisoning with mad honey: a case report

Erhan Yengil¹, Mehmet Masuk Akhan², Duygu Yengil³, Hüseyin Evren Öztürkoğlu⁴,
İbrahim Şilfeler⁵, Ali Karakuş⁶

Özet

Deli bal zehirlenmesi, "*Rhododendron ponticum*" ve "*Rhododendron luteum*" çiçeklerinden beslenen arıların ürettiği, grayanotoksin içeren balın tüketilmesiyle oluşmaktadır. Dünyada Nepal, Kuzey Amerika, Brezilya ve Japonya'da, ülkemizde ise Doğu Karadeniz bölgesinde görülmektedir. Deli bal tüketimiyle oluşan zehirlenmelerde toksisite semptomları, az miktarda bal alımı ile bile gelişebilmektedir. Bu çalışmada, acil servise başvuran 35 yaşındaki anne ve 38 yaşındaki baba ile bunların 5 ve 10 yaşlarında iki kız çocuklarında görülen deli bal zehirlenmesi aile olgusu sunuldu. Anne ve babada baş dönmesi, bulantı-kusma, fenalaşma hissi ve karın ağrısı, çocuklarda ise hafif bulantı ve halsizlik şikâyetleri vardı. Her iki ebeveynde bradikardi ve hipotansiyon gözlenmesi üzerine bal yeme öyküsü araştırıldı ve sabah kahvaltıda bal yedikleri öğrenildi. Bu olgu sunumunda birçok hastalıkla karışabilen deli bal zehirlenmesinin teşhis ve tedavisinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Bradikardi, grayanotoksin, bal.

Summary

Poisoning with mad honey occurs by ingestion of grayanotoxin containing honey produced by bees fed with the flowers of "*Rhododendron ponticum*" and "*Rhododendron luteum*". It is prevalent in Nepal, North America, Brazil and Japan, and in Eastern Black Sea region in Turkey. Toxic symptoms in case of poisoning by ingestion of mad honey may be seen even with very small amounts. It can cause life threatening conditions. In this case report, a family of 35-year-old mother, 38-year-old father and their 5 and 10-year old daughters poisoned with mad honey and admitted to the emergency department is presented. Parents complained of dizziness, nausea-vomiting, abdominal pain and faintness. Daughters had complaints of mild nausea and weakness. Upon the finding of bradycardia and hypotension in parents, mad honey consuming was questioned and a history of breakfast with honey was taken. In this case report, it was aimed to review of the diagnosis and treatment of mad honey poisoning that can be confused with many other diseases.

Key words: Grayanotoxin, bradycardia, honey.

Deli bal zehirlenmeleri, Türkiye'de özellikle Doğu Karadeniz bölgesinde, halk arasında "deli bal" olarak bilinen "*Rhododendron ponticum*" ve "*Rhododendron luteum*" çiçeklerinden beslenen arıların ürettiği, grayanotoksin içeren balın tüketilmesiyle oluşmaktadır.^[1-4] Tipik zehirlenme tablosu; gastrointestinal sistem irritasyonu, kardiyak aritmiler ve nörolojik belirtilerden oluşur. Bu belirtiler arasında deride ve gözlerde kızarıklık, boğazda yanma hissi, ağız ve burunda kaşınma, bulantı, kusma, hipersalivasyon, halsizlik, görme bulanıklığı veya geçici körlük, baş dönmesi ve baş ağrısı, kramp tarzı karın ağrısı, gastroenterit, idrar ve gaita kaçırma, derin bradikardi, hipotansiyon, hipereksitabilite, deliryum hatta koma yer alabilmektedir.^[2,3,5,6] Belirtiler deli balın yenmesi sonrası ani olarak başlamakta ve sonlanması nadiren 24 saati geçmektedir.^[5,6] Bu yazıda acil servise karın ağrısı, baş dönmesi, görmede bulanıklık, bulantı ve terleme yakınmaları ile başvuran ve öyküsünde deli bal tüketimi saptanan bir ailenin sunulması amaçlanmıştır.

¹ Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Hatay

² Arhavi Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Dr., Artvin

³ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Dr., Ankara

⁴ Bandırma Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Dr., Balıkesir

⁵ Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı, Dr., Hatay

⁶ Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı, Dr., Hatay

Olgu Sunumu

Arhavi Devlet Hastanesi Acil servisine yakınları tarafından getirilen bir ailede, babanın (38 yaş) bulantı, kusma, karın ağrısı, baş dönmesi, fenalık hissi, görmede bulanıklık ve yeşil-görme şikayeti mevcuttu. Annede (35 yaş) baş dönmesi, bulantı, kusma ve fenalık hissi yakınması bulunmaktaydı. 10 yaşındaki büyük kız çocuğunda bulantı, halsizlik ve hafif baş dönmesi; beş yaşındaki küçük kız çocuğunda ise hafif bulantı ve halsizlik yakınmaları vardı. Babanın kan basıncı 50/30 mm/Hg, kalp atım hızı 42/dk, solunum sayısı 18/dk, ateşi 36.5 °C ve mental durumu hafif konfüze idi. Annenin kan basıncı 60/30 mm/Hg, kalp atım hızı 50/dk, solunum sayısı 16/dk, ateşi 37 °C idi. Anne ve babanın diğer sistem muayeneleri normal idi. Büyük kız çocuğunun fiziki muayenesinde kan basıncı 90/60 mm/Hg, kalp atım hızı 60/dk, solunum sayısı 24/dk, ateşi 36.8 °C ve diğer sistem muayeneleri normal olarak tespit edildi. Küçük kız çocuğunun ise kan basıncı 90/60 mm/Hg, kalp atım hızı 66/dk, solunum sayısı 26/dk ve ateşi 36.5 °C olarak ölçüldü; genel durumu iyi idi. Tüm aile bireylerinde hemogram ve biyokimya değerleri normal olarak bulundu. Her iki ebeveynde bradikardi ve hipotansiyon gözlenmesi nedeniyle derinleştirilen sorgulamada, daha önce herhangi bir rahatsızlıklarının olmadığı ve iki saat önce sabah kahvaltısında bütün ailenin deli bal yediği öğrenildi. Babanın yaklaşık iki yemek kaşığı, anne ve çocukların ise bir tatlı kaşığı kadar yediği belirlendi. Yakınmalarının bundan sonra başladığı öğrenilen aile bireylerine, deli bal tüketim öyküsünün olması ve tabloya ait karakteristik bulgular göz önüne alınarak deli bal zehirlenmesi tanısı kondu.

Tüm aile bireyleri, damar yolu açılarak izleme alındı. Babaya intravenöz (İV) bolus %0.9 NaCl infüzyonu başlandı. Elektrokardiyogramında sinüs bradikardisi saptanması üzerine 1 mg atropin yapıldı. Atropin sonrası nabız sinüs ritminde 98 atım/dk olarak saptandı. 4-6 saat sonra kan basıncı normale gelen hastaya toplamda 2000 cc mayi (%0.9 NaCl) verildi. Anneye İV bolus %0.9 NaCl infüzyonu başlandı; elektrokardiyogramında sinüs bradikardisi saptanması üzerine 1 mg atropin yapıldı. Atropin sonrası nabız sinüs ritminde 115 atım/dk olarak saptandı. Gözlem altına alınan hastanın kan basıncı, yaklaşık 4-6 saat sonra normale geldi. Toplamda 1500 cc mayi (%0.9 NaCl) verildi.

Büyük kız çocuğu gözlem altına alınarak İV %0.9 NaCl infüzyonu başlandı. Yaklaşık dört saat sonra klinik yakınmalarında düzelme sağlandı; bradikardisi düzeldi. Toplamda 1000 cc mayi (%0.9 NaCl) verildi. Altı saat sonra herhangi bir şikayeti olmaması üzerine taburcu edildi. Küçük kız çocuğuna aynı şekilde İV %0.9 NaCl infüzyonu başlanarak, müşahedeye alındı. Olgunun bradikardisi düzeldi. Yaklaşık 2-4 saat sonra klinik şikayetle-

ri de anlamlı bir şekilde düzeldi. Toplamda 1000 cc (0.9% NaCl) mayi verildi. 6 saat sonra bol sıvı alması önerilerek ayakta taburcu edildi.

Tartışma

Deli bal zehirlenmesi Türkiye’de Karadeniz bölgesinde, dünyada ise Nepal, Brezilya ve Japonya’da görülmektedir. Deli bal tüketimiyle oluşan zehirlenmelerde toksisite semptomları, az miktarda bal alımı ile de oluşabilmektedir. Deli bal zehirlenmesinin incelendiği olgu serilerinin çoğunda, belirtiler bir kaşık (15 gram) bal alımı ile başlamıştır.^[2] Bununla birlikte, farklı miktarlarda bal alımı ile de semptomların başlayabileceği (5-180 gram) bildirilmiştir.^[7] Bizim olgularımızın öyküsünde babanın iki kaşık (30 gram), annenin ve çocukların bir tatlı kaşığı (7.5 gram) yediği öğrenildi. Gündüz ve ark.’nın sunduğu olguların çoğunda (%65.3), benzer şekilde, bir kaşık bal alımının bile semptomları başlatmada yeterli olması dikkat çekicidir.^[2]

Semptomların bal alımından bir ile üç saat sonra oluşabileceği bildirilmiştir.^[2] Demircan ve arkadaşları, olgularında semptomların bal alımı sonrası ortalama 1±0.5 saat içerisinde başladığını vurgulamıştır.^[8] Bostan ve ark.’nın sunduğu olgularda semptomların ortaya çıkış süresi ortalama 1.64±0.87 saat olarak bulunmuştur.^[9] Olgularımızda, babanın bal alımından 1.5 saat sonra karın ağrısı ve bulantı şikayetinin olduğu, diğer aile bireylerinde ise 2 saat sonra semptomların başladığı saptandı.

Deli bal zehirlenmelerinde en sık gastrointestinal sistem belirtileri görülmektedir. Bradikardi, hipotansiyon, terleme, sersemlik, bilinç değişiklikleri, senkop, diplopi, bulanık görme ve hipersalivasyon, görülebilen diğer belirtilerdir.^[5,10] Bizim olgularımızda bu belirtilere ek olarak, babada bulanık görme yanında renkli (yeşil) görme bozukluğu da bulunmaktaydı.

Deli bal zehirlenmesi ile ilgili olgu sunumları ve çalışmalarında, non-spesifik bradikardi veya sinüs bradikardisinin olguların çoğunda görüldüğü bildirilmiştir.^[2,7,8,11-13] Ayrıca literatürde, nadir de olsa asistoli, miyokard infarktüsü, toksik hepatit gelişen olgular da bulunmaktadır.^[14,15]

Literatürde çocuklarda deli bal zehirlenmesi olguları nadirdir. Deli bal zehirlenmesi ile Karadeniz bölgesinde 8 yaşında bir erkek çocuğunda gastrointestinal ve nörolojik şikayetlerin varlığından bahsedilmiştir.^[16] Poon ve ark., Hong Kong’ta grayanotoksin içeren bir bitkinin kaynatılarak süt ile birlikte verildiği 57 günlük bir bebekte, ani gelişen kusma ve konvülsiyon vakası bildirmiştir.^[17]

Deli bal zehirlenmesinde yakınma ve bulgular endişe verici olmasına karşın, pek çok olguda elektrokardiyografik monitörizasyon, serum fizyolojik infüzyonu ve İV atropin tedavisinden oluşan destekleyici bakım, yakınma ve bulguların düzelmesi için yeterlidir.^[6,7,10,11] Olgula-

rimuzdan baba ve annede, serum fizyolojik ve atropin uygulaması sonrası, klinik belirtilerde belirgin düzelme gözlemlendi. Çocuklar ise yalnızca serum fizyolojik verilerek izlendi. Tüm aile bireylerinin etkilendiği olgu sunumuzda, iki çocuğun yetişkinlere göre klinik belirtilerinin daha hafif olduğu ve tedaviye daha hızlı yanıt verdiği görüldü.

Sonuç

Son yıllarda doğal ürün kullanımındaki artışa bağlı olarak, ülkemizde deli bal zehirlenmelerinde de artış görülebilir. Özellikle deli bal zehirlenmesinin yaygın görüldüğü bölgelerde kardiyak aritmi, gastrointestinal ve nörolojik yakınma ve bulgularla aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde, aile hekimlerinin deli bal zehirlenmesini göz önünde bulundurması gerekir. Ayrıca basın-yayın organları ve birinci basamak çalışanları tarafından, bölge halkının deli bal tüketimi ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Onat FY, Yegen BC, Lawrence R, Oktay A, Oktay S. Mad honey poisoning in manandrat. *Rev Environ Health* 1991;9:3-9.
2. Gündüz A, Meriç ES, Baydın A, et al. Does mad honey poisoning require hospital admission? *Am J Emerg Med* 2009;27:424-7.
3. Aliyev F, Türkoğlu C, Çeliker C, Firatlı İ, Alici G, Uzunhasan I. Chronic madhoney intoxication syndrome: a new form of an old disease? *Europace* 2009;11:954-6.
4. Jansen SA, Kleerekooper I, Hofman ZL, Kappen IF, Stary-Weinzinger A, van der Heyden MA. Grayanotoxin poisoning: "mad honey disease" and beyond. *Cardiovasc Toxicol* 2012;12:208-15.
5. Volkan H, Serhat B, Nihat K, Sami A, Serhan Y, Işıl ÖT. Zonguldak Bölgesinde deli bal zehirlenmesi: Yetmiş iki olgunun analizi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi* 2010;38:278-84.
6. Gündüz A, Tatlı Ö, Türedi S. Geçmişten günümüze deli bal zehirlenmesi. *Türk J Emerg Med* 2008;8:46-9.
7. Gündüz A, Türedi S, Uzun H, Topbas M. Mad honey poisoning. *Am J Emerg Med* 2006;24:595-8.
8. Demircan A, Keleş A, Bildik F, Aygencel G, Doğan ON, Gömez HF. Mad honey sex: therapeutic misadventures from an ancient biological weapon. *Ann Emerg Med* 2009;54:824-9.
9. Bostan M, Bostan H, Kaya AO, et al. Clinical events in mad honey poisoning: a single centre experience. *Bull Environ Contam Toxicol* 2010;84:19-22.
10. Yılmaz O, Eser M, Sahiner A, Altıntop L, Yesildag O. Hypotension, bradycardia and syncope caused by honey poisoning. *Resuscitation* 2006; 68:405-8.
11. Özhan H, Akdemir R, Yazici M, Gündüz H, Duran S, Uyan C. Cardiac emergencies caused by honey ingestion: a single centre experience. *Emerg Med J* 2004;21:742-4.
12. Choo Y.K, Kang H.Y, LimS.H. Cardiac problems in mad-honey intoxication. *Circ J* 2008;72:1210-1.
13. Okuyan E, Uslu A, Ozan Levent M. Cardiac effects of "mad honey": a case series. *Clin Toxicol (Phila)* 2010;48:528-32.
14. Yildirim N, Aydın M, Cam F, Celik O. Clinical presentation of non-ST-segment elevation myocardial infarction in thecourse of intoxication with mad honey. *Am J Emerg Med* 2008;26:108.e1-2.
15. Cetin N.G, Marçal E, Kıldırım M, Oğüt S. Hepatotoxicity with mad honey. *Türk J Emerg Med* 2009;9:84-6.
16. Dilber E, Kalyoncu M, Yarış N, Ökten A. A case of mad honey poisoning presenting with convulsion: intoxication instead of alternative therapy. *Türk J Med Sci* 2002;32:361-2.
17. WT Poon, CH Ho, KL Yip, CK Lai, et al. Case report: grayanotoxin poisoning from *Rhododendron simsii* an infant. *Hong Kong Med J* 2008;14: 405-7.

Geliş tarihi: 31.01.2013

Kabul tarihi: 29.03.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 24.06.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Erhan Yengil

Ürgenpaşa Mah.çelik Yapı Konutları

No: 5, Kat 3/14, Antakya 31100 Hatay

e-posta: dryengil@yahoo.com

Aile hekimliği disiplninde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları

Academic promotions in the discipline of family medicine and oral exams for associate professorship

İlhami Ünlüođlu¹

Özet

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlığı 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almış ve ilk uzmanlık eğitimi 1985 yılında başlamıştır. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu’nun üniversitelerde dahili tıp bilimleri bölümlerine bağlı olarak aile hekimliği anabilim dallarının kurulması ile ilgili kararı disiplinin akademik gelişiminde önemli bir kilometre taşı oldu. İlk anabilim dalının kuruluşunu, üniversitelerde uzmanlık eğitiminin başlaması ve akademik kadrolara atanmalar izledi. Doçentlik sınavlarında ilk başarılı sonuç 1996 yılında alındı. Disiplinin akademik kadrosu her yıl gelişerek güçlendi. Akademik kadronun gelişim sürecinde, jürilerin oluşumunda standardizasyon olmaması bu sınavların önemli sorunlarından biri idi. Yıllar içinde disiplinin akademik kadrosunun sayıca artarak ve yükselerek gelişmesi bu sorunun çözümünde büyük rol oynadı. 01.06.2013 tarihi itibarı ile disiplinde doçent sayısı 92’ye ulaşırken; bu doçentlerin 20’si profesörlüğe atanmışlardır. Doçentlik unvanını kazananların çoğunluğu üniversitelerden (%79.4) olup; bu gruba Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışanlar (%13.0) ve birinci basamakta çalışanlar (%7.6) izlemektedir. Disiplinde doçent unvanı alan 92 akademisyenin 43’ü (%46.7) kadındır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, akademik eğitim, tıbbi uzmanlık.

Summary

Legislation of family medicine specialization took place in 1983 in Turkey and the first vocational training program started in 1985 in training and research hospitals. Establishment of family medicine departments at universities in 1993, according to the regulatory decision of the Board of Higher Education was an important milestone in the development of family medicine as an academic discipline. This development had been followed by residency training and appointment of academic positions in universities. The first successful results were taken in 1996 regarding promotion of associate professorship positions. Discipline was strengthened by developing academic staff each year. During the process of the development of academic staff, the formation of juries for evaluating applications of associate professorship was one of the major problems because of the lack of standardization. Over the years, increasing numbers of academic staff and the development of the discipline played a huge role in solving this problem. As of 01.06.2013, the number of associate professors reached to 92 and 20 of the associate professors among them appointed to professor degree. The majority of the associate professors are from universities (79.4%), and the second group are from training and research hospitals (13.0%), and 7.6% of them are from primary care. 43 of 92 (46.7%) associate professors were female in the discipline.

Key words: Family practice, academic training, medical speciality.

Ülkemizde 1891 yılında tercüme edilen bir kitapta ilk defa terim olarak karşılaşılan aile hekimliği, yaklaşık 90 yıl sonra (5 Temmuz 1983) Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır. Ülkemizin tıp tarihi incelendiğinde; 1947 yılında “Genel Tıp Uzmanlığı” adı ile sağlık merkezlerine uzman yetiştirmeyi hedefleyen eğitim girişimi olduğu, fakat bu girişimin sonuca ulaşamadığı görülmektedir. Bu girişimden sonra, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulan ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı da gelişme gösterememiş ve kapatılmıştır.

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de eğitim hastanelerinde başladı. Uzmanlık eğitimi ilk yıllarda ana branşlarda rotasyonların tamamlanması esasına dayanıyordu. Eğitim almakta olanlar için akademik desteğin olmaması disiplinin önemli sorunlarından birisi idi.^[1-4]

Ülkemizdeki aile hekimliğinin gelişimindeki önemli kilometre taşlarından birisi, 16 Temmuz 1993 tarihinde Üniversiteler Arası Kurul’un (ÜAK) önerisi üzerine, Yüksek Öğretim Kurulu’nun (YÖK) üniversitelerde dahili tıp

¹⁾ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Eskişehir

bilimleri bölümlerine bağlı olarak aile hekimliği anabilim dallarının kurulması ile ilgili 12547 sayılı kararı oldu. YÖK'ün bu kararını takiben 17 Eylül 1993'te ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Trakya Üniversitesi'nde kuruldu ve Sağlık Bakanlığı adına açılan 10 asistan kadrosu ile aynı yıl uzmanlık eğitime başlandı. İlk kurulan anabilim dallarında kurucu başkan olarak halk sağlığı, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları gibi diğer disiplinlerden akademisyenler görevlendirilmişti. Bu akademisyenlerimizin deneyimleri, destekleri ve sahiplenmeleri ile disiplinin gelişimine büyük katkıları oldu.^[1,2,4,5]

1993 yılında YÖK'ün ilgili kararı ile akademik gelişimin önünün açılması sonucu disiplin oluşumu yolunda büyük hız kazanıldı. Aynı yıl ilk anabilim dalı açılırken; 1994'te akademik kadroya ilk aile hekimliği uzmanının atanması ve sahada çalışmakta olan uzmanlardan ilk doçentlik başvurularının gelmesi önemli adımlar oldu. Akademik kadroya ilk olarak Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na yardımcı doçent ataması yapıldı. Üniversite kadrosu ile ilk aile hekimliği araştırma görevlisi Nisan 1995 Tıpta Uzmanlık Sınavı ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göreve başlamıştır.^[1,4]

1994 yılı sonunda İstanbul'da düzenlenen bir panelde yapılan sunumda belirtildiği üzere mevcut aile hekimliği anabilim dallarının sayısı yediye yükselmiş ve bunların ikisinin (Osmangazi ve Celal Bayar Üniversiteleri) başkanlığını aile hekimliği uzmanları yapmakta idi (Tablo 1).^[5]

7-8 Aralık 1995 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen 2. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde katılımcılar arasında akademisyenliğe ilginin yüksek olması üzerine aile hekimliği özelinde yardımcı doçentliğe atanma ve akademik yükselme koşulları camiaya yayınlarla duyuruldu. Bu gelişme ve çalışmaların da etkisiyle üniversitelerde açılan anabilim dallarının ve yardımcı doçentliğe atanmış aile hekimliği uzmanlarının sayısı artmaya başladı.^[5,6]

Tablo 1. Türkiye'de aile hekimliği disiplininin ilk 10 yardımcı doçenti

İsim	Yıl	Üniversite
Dr. İlhami Ünlüoğlu	1994	Osmangazi Üniversitesi
Dr. Fatih Özcan	1994	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Füsün Ersoy	1995	Kocaeli Üniversitesi
Dr. Çağrı Kalaça	1995	Marmara Üniversitesi
Dr. Süleyman Görpelioglu	1995	Kocaeli Üniversitesi
Dr. Okay Başak	1995	Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. Esra Saatçi	1997	Çukurova Üniversitesi
Dr. Nezih Dağdeviren	1997	Trakya Üniversitesi
Dr. İsmail Hamdi Kara	2000	Dicle Üniversitesi
Dr. Ruşen Topallı	2000	Kocaeli Üniversitesi

Disiplinde akademik kadrolaşmanın başlaması ile, bilimsel yayınların önemi daha iyi fark edilmiş ve sonucunda bu dönemde aile hekimliği uzmanlarının bilimsel yayınlarında önemli gelişmeler olmaya başlamıştır. Disiplinin uzmanlarının uluslararası indekslerde (SCI-Exp.) ilk yayınları 1995 yılında olmuştur.^[7,8] Not ve derleme formatında olan bu yazıların yanı sıra aile hekimliği uzmanları tarafından SCI-Exp.'da ilk araştırma makalesi ve ilk editöre mektup ta 1997 yılında yayınlanmıştır.^[9,10]

Bu gelişmeler, disiplinin kendi bilimsel dergilerine gereksinimi ortaya koymuş ve ilk olarak; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Yrd. Doç. Dr. Füsün ERSOY ve Yrd. Doç. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'nun editörlüklerindeki "Aile Hekimi-Family Physician" Dergisi Eylül 1995'de yayınlanmıştır. İkinci sayıdan sonra yayımına son verilen Aile Hekimi dergisinden sonra; Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği'nin (AHUD) yayın organı olarak Mart 1997'de Dr. E. Zeynep TUZCULAR VURAL'ın editörlüğünde "Aile Hekimliği Dergisi" yayımlanmıştır. AHUD'un 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile isminin başında "Türkiye" kelimesini kullanma iznini alması ile derginin ismi de "Türkiye Aile Hekimliği Dergisi" olmuştur. Bu yıllarda başlayan süreç giderek ivme kazanmış ve 2013 yılında düzenlenen 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde editörlüğünü aile hekimliği uzmanlarının ve aile hekimliği disiplininde görevli akademisyenlerin yaptıkları dergilerle ilgili oturum düzenlenmiştir. Bu dergilerin büyük çoğunluğu uluslararası indeksler tarafından izlenmektedir.^[1,4]

Doçentlik Sınavları

Aile hekimliği disiplininde ilk doçentlik başvurusu 1994 yılında olmuştur. İlk sınav jürisi; Genel Cerrahi'den iki, Psikiyatri, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Pediatrik Kardiyoloji'den birer profesörden kurulmuştu. Doçentlik sınavlarında ilk başarılı sonuç 1996 yılında alınmış ve aynı gün iki aile hekimliği uzmanı doçentlik unvanına hak kazanmışlardır. 1996 yılındaki bu jüride ilk kez Aile Hekimliği Anabilim Dallarında başkanlık yapmakta olan profesörler de görev almışlardır. O tarihten itibaren aile hekimliği disiplini "2001 yılı hariç" her yıl "en az bir olmak üzere" yeni doçentler kazanmıştır (Tablo 2).^[1]

Türkiye'de aile hekimliği doçent sayısı 2003 yılında 10'a, 2007 yılında 25'e, 2010 yılında 50'ye ve 24.05.2013 tarihinde ise 92'ye ulaşmıştır.

Kayıtlara göre; Aile hekimliği disiplininde 2012 yılı sonuna kadar doçentlik başvurusu yapan 104 hekim olmuş ve bunların 92'si doçentlik unvanını almışlardır. Başvuru yapmış diğer 12 adaydan; (01.06.2013 tarihi itibarı ile) üçünün başvuruları dosya değerlendirme aşama-

sındadır. Beş adayın sınav süreçleri (dosya ve sözlü) devam etmektedir. Kalan 4 aile hekimliği uzmanı ise; 1997-2010 tarihleri arasındaki son başvurularından sonra dosya ve sınav sürecine devam etmemişlerdir.

Doçentlik sınavları ile ilgili mevzuatta değişiklikler olmasına karşın; yayın aşamasını geçen bir aday 3 kez sözlü sınava girebilir. Disiplinimizin 92 doçentinin 63'ü (%68.5) ilk başvuruda doçentlik unvanına hak kazanmışlardır. 21 doçent (%22.8) ikinci sınavda, 8 (%8.7) doçent ise; üçüncü sınavda doçentliğe hak kazanmışlardır.

Doçent Unvanı Kazanıldığında Görev Yerleri

Aile hekimliği doçenti unvanını kazanan 92 kişinin sınavda başarılı oldukları dönemde; 73'ü (%79.4) üniversitelerde/akademik kadrolarda, 12'si (%13.0) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve 7'si (%7.6) ise; üniversitelerin mediko-sosyal merkezleri de dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmakta idiler. Aile hekimliği doçenti unvanını kazanan 92 hekimin 90'ı aile hekimliği uzmanıdır.

Cinsiyete Göre Doçentlik

Ülkemizde kadın akademisyenlerimizin sayısı genel olarak artmakta olup; 2011-2012 öğretim yılında kadın akademisyenler profesörlerin %28.2'sini, doçentlerin ise; %40.8'ini oluşturmaktadır.^[10] Disiplinimizde ise; doçent unvanı alan 92 akademisyenin 43'ü (%46.7) kadındır. İlk 50 doçentte kadın akademisyenlerin oranı %40.0 iken, bu oran 51-92. doçentlerde %54.8'e ulaşmıştır (Şekil 1).

Jüri Oluşumunda Yaşanan Sorunlar

Aile hekimliği disiplini için doçentlik sınavlarındaki en önemli sorun jürilerin oluşumu olmuştur. İlk yıllarda rotasyon yapılan anabilim dallarının öğretim üyelerinden oluşan jüriye, halk sağlığı anabilim dallarından üyeler de katılmışlardır. Aile hekimliği anabilim dallarının jürilerde temsil edilmesi ancak; 1996 yılında aile hekimliği anabilim dalı başkanlarının jüriye katılması ile olmuştur. Disiplinimizin ilk profesörünün 2005 yılında doçentlik jürisinde yer alması ve bu sürecin gelişerek devamı ile temsiliyetin önemi artmıştır.

Aile hekimliği jürilerine şimdiye kadar aile hekimliği uzmanları dışında; en çok Halk Sağlığı akademisyenleri (33 üye ile) yer almışlardır. Halk Sağlığı uzmanlarını sırası ile; İç hastalıkları (19), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (16), Enfeksiyon (7), Psikiyatri (6), Kadın Hastalıkları ve Doğum (5), Genel Cerrahi (3), Göğüs Hastalıkları (1) ve Nöroloji (1) anabilim dallarının profesörleri jüri üyesi olarak yer almışlardır.

Aile hekimliği profesörlerinin sayılarının artması ile 2012-2013 yıllarında kurulan 15 doçentlik sınav jürisinde; aile hekimliği anabilim dallarında görev yapmakta olan profesörler %75.3 oranında görev almışlardır. Diğer jüri üyeleri ise; İç Hastalıkları, Psikiyatri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Enfeksiyon ve Nöroloji disiplinlerinden olmuştur.

Doçentlik sınav sürecinin uzunluğu dikkate alındığında, profesörlüğe atanan bir akademisyenin doçentlik jürilerinde görev alması zaman almaktadır. Aile hekimliği profesörü olan 20 öğretim üyesinden atanma tarihlerine göre ilk 16 üye doçentlik sınav jürilerinde görev almışlardır.

Jüri üyeleri üniversitelere göre değerlendirildiklerinde; 01.06.2013 tarihine kadar aile hekimliği doçentlik sınavlarında 30 üniversiteden öğretim üyeleri jüri üyesi olarak görev almışlardır. Sınavlarda en çok Ankara Üniversitesi'nden (13 üye ile) akademisyenler görev alırken; bunu İstanbul Üniversitesi (8), Hacettepe Üniversitesi (6), Çukurova, Erciyes ve Eskişehir Osmangazi Üniversitelerinden ise beşer öğretim üyesi ile izlemişlerdir.

Tablo 2. Türkiye'de aile hekimliği disiplininin ilk 10 doçenti

İsim	Yıl
Doç. Dr. Süleyman Görpelioğlu	1996
Doç. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural	1996
Doç. Dr. Füsün Ersoy	1997
Doç. Dr. İlhami Ünlüoğlu	1998
Doç. Dr. Okay Başak	1999
Doç. Dr. Dilek Güldal	2000
Doç. Dr. Mehmet Urgan	2002
Doç. Dr. İsmail Hamdi Kara	2002
Doç. Dr. Neşe Akın	2002
Doç. Dr. Hakan Yaman	2003

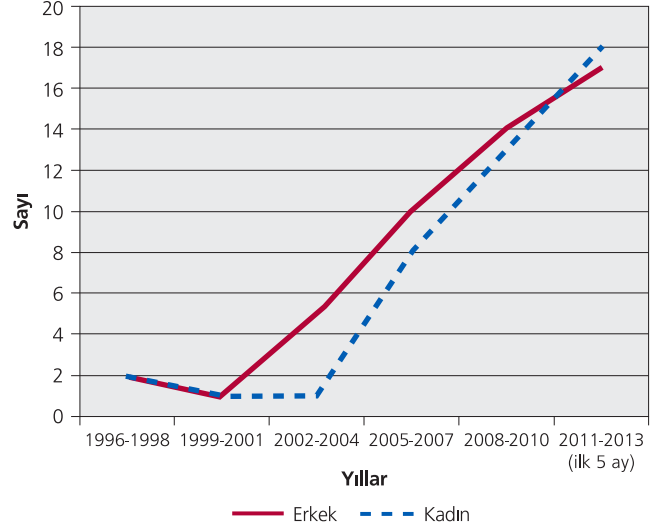
Tablo 3. Türkiye'de aile hekimliği disiplininin "aile hekimliği uzmanı" ilk 10 profesörü

İsim	Yıl
Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu	2002
Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu	2004
Prof. Dr. Füsün Ersoy	2005
Prof. Dr. Okay Başak	2006
Prof. Dr. Dilek Güldal	2006
Prof. Dr. İsmail Hamdi Kara	2008
Prof. Dr. Hakan Yaman	2009
Prof. Dr. Hüseyin Avni Şahin	2009
Prof. Dr. Zekeriya Aktürk	2010
Prof. Dr. Nezh Dağdeviren	2011

Disiplinin doçentlik unvanı kazanan 92 üyesinin (01.06.2013 tarihi itibarı ile) 20'si profesörlüğe atanmışlardır. Disiplinin profesörlerinde kadın akademisyen oranı %30.0'dur. Bu oranın doçentlik oranından farklı olmasının değerlendirilmesinde "Profesörlüğe atanma koşulları arasında üniversitelerde çalışıyor olmak" da dikkate alınmalıdır (Tablo 3, Şekil 2).

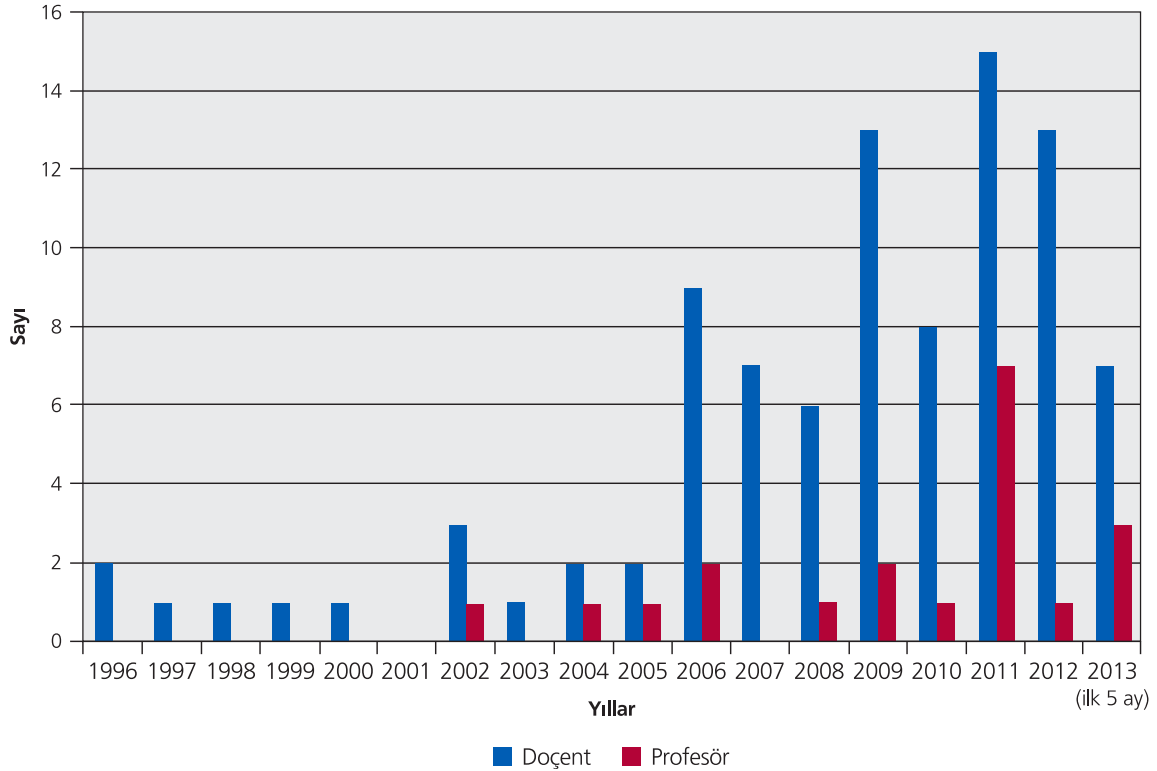
Güncel Mevzuata Göre Yardımcı Doçentlik ve Doçentlik Başvuru Koşulları

Ülkemizde Yardımcı Doçentliğe atanma, 2547 Sayılı Yasanın 23. Maddesi'ne göre olmakta ve bu uygulamada; "Bir üniversite biriminde açık bulunan yardımcı doçentlik, isteklilerin başvurması için rektörlükçe ilan edilir. Fakültelerde ve fakültelere bağlı kuruluşlarda dekan, rektörlüğe bağlı enstitü ve yüksekokullarda müdürler; biri o birimin yöneticisi, biri de o üniversite dışından olmak üzere üç profesör veya doçent tespit ederek bunlardan adayların her biri hakkında yazılı mütalaa isterler. Dekan veya ilgili müdür kendi yönetim kurullarının görüşünü de aldıktan sonra önerilerini rektöre sunar. Atama, rektör tarafından yapılır" diye belirtilmektedir. Yardımcı doçentler bir üniversitede her seferinde ikişer veya üçer yıllık süreler için en çok 12 yıla kadar atanabilirler. Her atama süresi sonunda görev kendiliğinden sona erer.



Şekil 1. Aile hekimliğinde doçentlerin cinsiyete göre dağılımları.

12 Ağustos 1986 tarihli Kanun Hükmünde Kararname'nin 260/7 maddesinin 18 Haziran 2008 tarihinde yeniden düzenlemesi (5772/3 madde) ile; Üniversiteler, yardımcı doçentlik kadrosuna atama için bu maddede aranan asgari koşulların yanında, Yükseköğretim Kurulunun onayını almak suretiyle, münhasıran bilimsel kaliteyi artırmak amacıyla yönelik olarak, bilim disiplinleri arasındaki farklı-



Şekil 2. Aile hekimliği disipliniinde yıllara göre yeni doçentler ve profesörler.

lıkları da göz önünde bulundurarak, objektif ve denetlenebilir nitelikte ek koşullar belirleyebilmektedirler.^[12]

Doçentlik Sınavları

Doçentlik sınavları ile ilgili koşullar “Doçentlik Sınav Yönetmeliği” ile belirlenmiştir. Buna göre; “Doçentlik sınavı, Üniversitelerarası Kurul’ca belirlenen ve Yükseköğretim Genel Kurulu tarafından onaylanan alanlarda açılır. Bu alanlar, her yıl Ocak ayında güncellenmiş olarak Yükseköğretim Kurulu’nun internet sitesinde yayımlanır. Doçentlik başvurusu, Nisan veya Ekim ayları içinde, Üniversitelerarası Kurulun belirleyeceği bir tarihe kadar yapılır. Üniversitelerarası Kurul’ca bir tarih belirlenmemesi halinde, başvurular, Nisan veya Ekim ayının onbeşinci günü başlayıp, en geç ilgili ayın son çalışma günü mesai saati bitimine kadar devam eder.”^[13,14]

Doçentliğe atanma 2547 Sayılı Yasa’nın 25. Maddesi’ne göre olmakta ve bu uygulamada; ”Bir üniversite biriminde açık bulunan doçentlik kadrosu, rektörlükçe, isteklilerin başvurması için ilan edilir. Müracaat eden adayların durumlarını incelemek üzere rektör tarafından varsa biri ilgili birim yöneticisi, en az biri de o üniversite dışından olmak üzere üç profesör tespit edilir. Bu profesörler, adaylar hakkında ayrı ayrı mütalaalarını rektöre bildirirler. Rektör, bu mütalaalara dayanarak, üniversite yönetim kurulunun görüşünü de aldıktan sonra atamayı yapar. 12 Ağustos 1986 tarihli Kanun Hükmünde Kararname’nin 260/7 maddesinin 18 Haziran 2008 tarihinde yeniden düzenlenmesi (5772/5 madde) ile; “Üniversiteler, doçentlik kadrosuna atama için, Yükseköğretim Kurulunun onayını almak suretiyle, münhasıran bilimsel kaliteyi artırmak amacıyla yönelik olarak, bilim disiplinleri arasındaki farklılıkları da göz önünde bulundurarak, objektif ve denetlenebilir nitelikte ek koşullar belirleyebilirler.”^[12]

Aile hekimliği ülkemizin genç disiplinlerinden birisi olarak akademik kadro gelişiminde uzun bir süreci yaşayarak gelişmeler sağlamış ve disiplinin kendi akademik yükselmelerini denetleyebilecek noktaya ulaşmıştır. Önümüzdeki dönemde bu gelişmelerin ivme kazanarak ve gelişerek süreceği beklenmektedir.

Kaynaklar

1. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliğinin tarihçesi ve gelişimi. In: Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C, editors. Aile sağlığı yönetimi. İstanbul: TAHEV Yayınları; 2012. p. 1-8.
2. Ünlüoğlu İ, Ünalacak M. Türkiye’de aile hekimliği disiplininin hızlı gelişen yönü: akademik yapılanmanın 15. yılında kadronun gelişimi ve yaşanan bazı sorunlar. *Türk Aile Hek Derg* 2008;3:163-6.
3. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de aile hekimliği disiplininin gelişimi. *PRN Aile Hekimliği Dergisi* 2008;33:425-9.
4. Ünlüoğlu İ, Çelik M. Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi, In: Bozdemir N, Kara İH, editors. Birinci basamakta tanı ve tedavi. Adana: Nobel Kitabevi, 2010. p. 9-17.
5. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. *Aile Hekimliği Dergisi* 1997;1:46-9.
6. Özkömür ME, Ünlüoğlu İ, Özcan F. Ülkemizde aile hekimliğinin geçmişi ve akademik geleceği. *Deniz Tıp Bülteni* 1996;1:8-14.
7. Kalaca Ç, Akın A. The issue of sex selection in Turkey. *Hum Reprod* 1995;7: 1631-2.
8. Görpeliöğlu S, Korkut F, Aytekin F. Family practice in Turkey. *Fam Pract* 1995;12:339-40.
9. Özcan F. Family planning in Isparta. *J Biosoc Sci* 1997;29: 509-10.
10. Topalli R. Family medicine in Turkey. *Fam Pract* 1997;14:262-2.
11. Kadın akademisyenlerin sayısı artıyor, işte istatistikler. <http://www.egitimintercili.com/universiteler/6402-kadin-akademisyenlerin-sayisi-artiyor-iste-istatistikler.html> /Erişim tarihi 02.06.2013.
12. 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu. Kabul Tarihi: 4/11/1981. Yayımlandığı Resmi Gazete 6/11/1981 Sayı: 17506.
13. Üniversiteler Arası Kurul Doçentlik sınav yönetmeliği www.uak.gov.tr/yonetmelikler/docentliksinavi.pdf Erişim tarihi 02.06.2013.
14. Üniversiteler Arası Kurul Doçentlik sınav yönetmeliği sağlık bilimleri temel alanı www.uak.gov.tr/temelalan/A_tablo10.pdf Erişim tarihi 02.06.2013.

Geliş tarihi: 13.06.2013

Kabul tarihi: 02.07.2013

Çevrimiçi yayım tarihi: 12.07.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

e-posta: iunluog@ogu.edu.tr

Düzeltilme: 0-18 yaş çocuk ve adolesanlarda büyüme eğrileri

Erratum to: Growth charts for 0-18 year old children and adolescents

Ahmet Öztürk¹, Arda Borlu², Betül Çiçek³, Canan Altunay⁴, Demet Ünalın⁵, Duygu Horoz⁶, Elçin Balcı⁷, Hasan Basri Üstünbaş⁸, Meral Bayat⁹, M. Mümtaz Mazıcıoğlu¹⁰, Nihal Hatipoğlu¹¹, Selim Kurtoğlu¹², Servet Kesim¹³, Vesile Şenol¹⁴

Yazarlar, 15. cilt 3. sayıda yayınlanan Türk Aile Hek Derg 2011;15(3):112-129; doi:10.2399/tahd.11.112 künyeli yazıdaki iki tabloda baskı sonrası hata tespit ettiklerinden dolayı, söz konusu iki tabloyu (Tablo 7 ve 9) düzeltilmiş haliyle tekrar göndermişlerdir. Tablo 7 ve 9 düzeltilmiş haliyle devam eden iki sayfada yer almaktadır.

Geliş tarihi: 21.05.2013
Kabul tarihi: 12.06.2013
Çevrimiçi yayın tarihi: 31.07.2013

- 1) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Biyoistatistik Uzmanı, Kayseri
- 2) Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı, Kayseri
- 3) Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Doç. Diyetisyen, Kayseri
- 4) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Kayseri
- 5) Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Meslek Yüksekokulu, Doç. Hemşire, Kayseri
- 6) Sağlık Müdürlüğü Kocasinan Sağlık Gurup Başkanlığı, Halk Sağlığı Uzmanı, Kayseri
- 7) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanı, Yard. Doç. Dr. Kayseri
- 8) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı uzmanı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Prof. Dr., Kayseri
- 9) Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doç. Hemşire, Kayseri
- 10) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., Kayseri
- 11) Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Pediatri Bölümü, Pediatrik Endokrinoloji, Doç. Dr., İstanbul
- 12) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Prof. Dr., Kayseri
- 13) Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Bölümü, Yard. Doç. Dr. Diş Hekimi, Kayseri
- 14) Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Meslek Yüksekokulu, Halk Sağlığı Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Kayseri

Tablo 7. 0-18 yaş gurubu erkek çocuklarda bel çevresi persentilleri

Bel	3	5	10	25	50	75	85	90	95	97
0	29.2	30.0	31.2	33.0	35.0	36.9	37.8	38.5	39.4	40.0
1-3	31.0	31.7	32.8	34.7	36.7	38.6	39.6	40.3	41.3	41.9
3-6	32.6	33.4	34.5	36.3	38.3	40.3	41.4	42.1	43.2	43.8
6-9	34.2	34.9	36.0	37.8	39.8	41.9	43.0	43.8	44.9	45.6
9-12	35.6	36.3	37.4	39.2	41.2	43.3	44.5	45.3	46.4	47.2
12-15	36.9	37.6	38.6	40.4	42.5	44.6	45.8	46.6	47.8	48.6
15-18	38.0	38.7	39.7	41.5	43.5	45.7	46.9	47.8	49.0	49.9
18-21	39.0	39.6	40.7	42.4	44.5	46.7	47.9	48.8	50.1	51.0
21-24	39.9	40.5	41.5	43.3	45.4	47.6	48.8	49.7	51.0	51.9
24-27	40.6	41.3	42.3	44.0	46.1	48.4	49.6	50.5	51.9	52.8
27-30	41.3	41.9	42.9	44.7	46.8	49.1	50.4	51.3	52.7	53.6
30-33	41.9	42.5	43.5	45.3	47.4	49.7	51.0	52.0	53.4	54.4
33-36	42.4	43.0	44.0	45.8	48.0	50.3	51.7	52.6	54.1	55.1
36-39	42.9	43.5	44.5	46.3	48.5	50.9	52.2	53.2	54.7	55.8
39-42	43.3	43.9	44.9	46.7	48.9	51.4	52.8	53.8	55.4	56.4
42-45	43.6	44.3	45.3	47.1	49.4	51.8	53.3	54.3	55.9	57.1
45-48	44.0	44.6	45.6	47.5	49.8	52.3	53.8	54.9	56.5	57.7
48-51	44.3	44.9	46.0	47.8	50.2	52.8	54.3	55.4	57.1	58.3
51-54	44.5	45.2	46.3	48.2	50.5	53.2	54.8	55.9	57.7	59.0
54-57	44.8	45.5	46.6	48.5	50.9	53.7	55.3	56.5	58.3	59.6
57-60	45.1	45.8	46.9	48.9	51.3	54.1	55.8	57.0	59.0	60.3
60-63	45.4	46.1	47.2	49.2	51.8	54.6	56.4	57.6	59.7	61.1
63-66	45.8	46.5	47.6	49.7	52.2	55.2	57.0	58.3	60.4	61.9
66-69	46.2	46.9	48.0	50.1	52.8	55.8	57.7	59.1	61.3	62.8
69-72	46.7	47.4	48.5	50.7	53.4	56.5	58.5	59.9	62.2	63.9
6.00	47.2	47.9	49.1	51.3	54.0	57.3	59.3	60.8	63.3	65.0
6.50	47.8	48.5	49.7	51.9	54.8	58.2	60.3	61.9	64.4	66.3
7.00	48.5	49.2	50.4	52.7	55.6	59.1	61.3	62.9	65.7	67.6
7.50	49.1	49.9	51.1	53.4	56.4	60.1	62.4	64.1	67.0	69.0
8.00	49.8	50.6	51.9	54.2	57.3	61.1	63.5	65.3	68.3	70.5
8.50	50.6	51.3	52.6	55.0	58.2	62.1	64.6	66.4	69.6	71.9
9.00	51.3	52.1	53.4	55.9	59.1	63.1	65.7	67.6	70.9	73.4
9.50	52.0	52.8	54.1	56.7	60.0	64.1	66.8	68.8	72.2	74.8
10.00	52.7	53.5	54.9	57.5	60.9	65.1	67.8	69.9	73.4	76.1
10.50	53.4	54.3	55.7	58.3	61.8	66.1	68.8	71.0	74.6	77.3
11.00	54.1	55.0	56.4	59.1	62.6	67.0	69.8	72.0	75.7	78.4
11.50	54.8	55.7	57.1	59.8	63.4	67.9	70.7	72.9	76.7	79.5
12.00	55.4	56.3	57.8	60.5	64.2	68.7	71.6	73.8	77.6	80.5
12.50	56.1	57.0	58.5	61.3	64.9	69.5	72.4	74.7	78.5	81.3
13.00	56.7	57.6	59.1	61.9	65.7	70.3	73.2	75.5	79.3	82.1
13.50	57.3	58.2	59.7	62.6	66.3	71.0	73.9	76.2	80.0	82.8
14.00	57.9	58.8	60.3	63.2	67.0	71.6	74.6	76.8	80.6	83.4
14.50	58.4	59.4	60.9	63.8	67.6	72.3	75.2	77.4	81.2	84.0
15.00	59.0	59.9	61.5	64.4	68.2	72.8	75.8	78.0	81.7	84.4
15.50	59.5	60.4	62.0	64.9	68.8	73.4	76.3	78.5	82.2	84.9
16.00	60.0	60.9	62.5	65.5	69.3	73.9	76.8	79.0	82.6	85.2
16.50	60.5	61.4	63.0	66.0	69.8	74.4	77.3	79.4	83.0	85.6
17.00	60.9	61.9	63.5	66.5	70.3	74.9	77.7	79.9	83.4	85.9
17.50	61.4	62.4	64.0	66.9	70.8	75.3	78.2	80.3	83.8	86.3
18.00	61.9	62.9	64.5	67.4	71.3	75.8	78.6	80.7	84.1	86.6

Tablo 9. 0-18 yaş gurubu erkek çocuklarda boyun çevresi persentilleri

Boyun	3	5	10	25	50	75	85	90	95	97
0	19.9	20.3	20.9	21.9	23.1	24.2	24.8	25.2	25.7	26.1
1-3	20.3	20.7	21.3	22.3	23.4	24.5	25.1	25.5	26.1	26.5
3-6	20.6	21.0	21.6	22.6	23.7	24.8	25.4	25.8	26.4	26.8
6-9	21.0	21.4	21.9	22.9	24.0	25.1	25.7	26.1	26.8	27.2
9-12	21.3	21.6	22.2	23.2	24.3	25.4	26.0	26.4	27.0	27.5
12-15	21.6	21.9	22.4	23.4	24.5	25.6	26.2	26.6	27.3	27.7
15-18	21.8	22.1	22.7	23.6	24.7	25.8	26.4	26.8	27.5	27.9
18-21	22.0	22.3	22.8	23.8	24.8	25.9	26.6	27.0	27.7	28.1
21-24	22.1	22.5	23.0	23.9	25.0	26.1	26.7	27.1	27.8	28.2
24-27	22.3	22.6	23.1	24.0	25.1	26.2	26.8	27.3	27.9	28.4
27-30	22.4	22.7	23.2	24.1	25.2	26.3	26.9	27.4	28.0	28.5
30-33	22.5	22.8	23.3	24.2	25.3	26.4	27.0	27.5	28.1	28.6
33-36	22.6	22.9	23.4	24.3	25.4	26.5	27.1	27.6	28.2	28.7
36-39	22.7	23.0	23.5	24.4	25.4	26.5	27.2	27.6	28.3	28.8
39-42	22.7	23.1	23.6	24.4	25.5	26.6	27.2	27.7	28.4	28.8
42-45	22.8	23.1	23.6	24.5	25.5	26.7	27.3	27.7	28.4	28.9
45-48	22.9	23.2	23.7	24.6	25.6	26.7	27.4	27.8	28.5	29.0
48-51	22.9	23.2	23.7	24.6	25.6	26.8	27.4	27.9	28.5	29.0
51-54	23.0	23.3	23.8	24.6	25.7	26.8	27.5	27.9	28.6	29.1
54-57	23.0	23.3	23.8	24.7	25.7	26.9	27.5	27.9	28.6	29.1
57-60	23.1	23.4	23.9	24.7	25.8	26.9	27.5	28.0	28.7	29.2
60-63	23.1	23.4	23.9	24.8	25.8	26.9	27.6	28.0	28.7	29.2
63-66	23.2	23.5	24.0	24.8	25.9	27.0	27.6	28.1	28.8	29.3
66-69	23.2	23.5	24.0	24.9	25.9	27.0	27.7	28.1	28.8	29.3
69-72	23.3	23.6	24.1	24.9	26.0	27.1	27.7	28.2	28.9	29.4
6.00	23.3	23.6	24.1	25.0	26.0	27.1	27.8	28.2	29.0	29.4
6.50	23.4	23.7	24.2	25.0	26.1	27.2	27.9	28.3	29.0	29.5
7.00	23.5	23.8	24.3	25.1	26.2	27.3	27.9	28.4	29.1	29.6
7.50	23.6	23.9	24.4	25.2	26.2	27.4	28.0	28.5	29.2	29.7
8.00	23.7	24.0	24.5	25.3	26.4	27.5	28.1	28.6	29.3	29.8
8.50	23.8	24.1	24.6	25.5	26.5	27.6	28.3	28.7	29.5	30.0
9.00	24.0	24.3	24.8	25.6	26.6	27.8	28.4	28.9	29.7	30.2
9.50	24.2	24.5	24.9	25.8	26.8	28.0	28.6	29.1	29.9	30.4
10.00	24.4	24.7	25.1	26.0	27.0	28.2	28.9	29.3	30.1	30.6
10.50	24.6	24.9	25.4	26.2	27.3	28.4	29.1	29.6	30.4	30.9
11.00	24.8	25.1	25.6	26.5	27.5	28.7	29.4	29.9	30.7	31.2
11.50	25.1	25.4	25.9	26.7	27.8	29.0	29.7	30.2	31.0	31.5
12.00	25.4	25.7	26.2	27.0	28.1	29.3	30.0	30.6	31.4	31.9
12.50	25.7	26.0	26.5	27.4	28.5	29.7	30.4	31.0	31.8	32.4
13.00	26.0	26.4	26.9	27.8	28.9	30.1	30.9	31.4	32.2	32.8
13.50	26.4	26.8	27.3	28.2	29.3	30.6	31.4	31.9	32.8	33.4
14.00	26.9	27.2	27.7	28.7	29.8	31.1	31.9	32.5	33.3	33.9
14.50	27.4	27.7	28.2	29.2	30.4	31.7	32.5	33.1	34.0	34.6
15.00	27.9	28.2	28.8	29.8	31.0	32.4	33.2	33.7	34.6	35.2
15.50	28.4	28.8	29.4	30.4	31.7	33.0	33.8	34.4	35.3	35.9
16.00	29.0	29.4	30.0	31.0	32.3	33.7	34.5	35.1	36.0	36.6
16.50	29.6	30.0	30.6	31.7	33.0	34.4	35.2	35.8	36.7	37.3
17.00	30.1	30.5	31.2	32.3	33.6	35.1	35.9	36.4	37.3	37.9
17.50	30.6	31.1	31.7	32.9	34.2	35.6	36.5	37.0	37.9	38.5
18.00	31.1	31.5	32.2	33.4	34.8	36.2	37.0	37.6	38.4	39.0

İspanya SoMaMFyC 2013 değişim programı gözlemleri

Vasco da Gama Hareketi, birçok ülkeden aile hekimliği asistanları ve uzmanlığının ilk 5 yılı içerisindeki uzman hekimleri farklı birçok organizasyon ile bir araya getirerek hekimlerin karşılıklı paylaşımlarda bulunmalarını, sosyokültürel ve bilimsel bir paylaşım ile geleceğe yönelik vizyon geliştirmelerini sağlayan bir oluşumdur. Değişim, araştırma, güçlendirme, eğitim ve görsel alt çalışma gruplarından oluşmaktadır.^[1-3]

Vasco da Gama Hareketi'nin bir parçası olan Hipokratlar değişim programı çerçevesinde 9-17 Mart 2013 tarihleri arasında İspanya'nın başkenti Madrid'de bir organizasyon düzenlendi. Toplam 7 farklı ülkeden 20'den fazla katılımcının yer aldığı değişim programında ülkemiz adına bir kişilik kontenjanla yer aldık.

Organizasyona ev sahipliği yapan İspanya, 47 milyonu aşkın nüfusuyla ve 505.992 km²'lik yüzölçümüyle Avrupa'nın büyük ülkelerinden biri. İspanyol Aile Hekimleri Derneği (semFYC) İspanya'daki aile hekimlerinin büyük çoğunluğunu temsil eden 20.000'den fazla üyesi bulunan bir topluluk. Ülke genelinde birçok kolu bulunmakta. Katılmış olduğumuz değişim programını düzenleyen Madrid Aile Hekimleri Derneği (SoMaMFyC) de bu kollardan biri.

İspanya'da sağlık sisteminin temelini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturuyor. Aile hekimliği uzmanları bu sistemde çok önemli bir role sahipler. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri ücretsiz veriliyor. Aile hekimleri gerekirse evde bakım hizmetlerinde görev alıyorlar. Kişiler yaşadıkları bölge etrafındaki istedikleri aile hekimi uzmanını kendileri seçebiliyor (Hekime kayıtlı kişi sayısı buna izin verdiği sürece). Bir aile hekimi uzmanına kayıtlı 2000-2500 kadar hasta bulunuyor. Aile hekimleri sadece 14 yaşından büyük kişilere hizmet veriyor. Bunun nedeni birinci basamak sağlık hizmetleri merkezinde aile hekimlerinin yanı sıra pediatristlerin de bulunması. 14 yaş altı her kişinin muayenesini, aşı ve büyüme-gelişim izlemine pediatristler yapıyor. Aile hekimlerinin günde ortalama baktıkları kişi sayısı 40 civarında ve istisnalar dışında tüm kişilere randevu ile bakılıyor. Ayrıca bu merkezlerde diş hekimi ve fizyoterapist gibi diğer dallardan uzmanlar da çalışıyorlar.





İspanya’da sevk zinciri uygulanıyor. Sevk edilen hasta miktarında herhangi bir kısıtlama yapılmıyor, hekim gerekli gördüğü tüm hastaları üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk edebiliyor. Hastalar isterlerse direkt olarak özel sağlık kuruluşlarına başvurabiliyorlar ancak bu merkezlerden reçetelendirme yapılırsa ilaç ücretlerinin tamamını kendileri karşılamak zorundalar. Aile hekimleri kronik hastaların ve gebelerin takiplerini yapıyorlar. Aile Hekimliği Merkezlerinde “Matron” denilen yüksek hemşireler bulunuyor ve bu kişiler servikal smear alabiliyor. Hemşireler kronik hasta takibi yapabiliyor, gerekli görürlerse hastaları hekime yönlendiriyorlar. Hastaların kanları her gün sabah 8.00-9.00 saatleri arası hemşireler tarafından alınıyor ve taşınabilir sistemle hastanelerdeki laboratuvarlara gönderiliyor. Merkezlerdeki her bir takımında iki ayrı ekip görev yapıyor. İlk ekip 08.30-15.00 arası çalışırken, ikinci ekip 15.00-21.00 saatleri arasında çalışıyor. Her aile hekimi ortalama haftada bir gün gündüz ve bir gün gece acil sağlık hizmeti de veriyor. Gündüz nöbetçi olunan günlerde hastalar randevusuz olarak nöbetçi hekime başvurabiliyorlar. Gece nöbetlerinde ise nöbetçi hekim sağlık merkezinde kalmıyor sadece hastalar tarafından çağrı olursa çağrılan yerlere gidiyor. Genelde geceleri hastanelerin acil servisleri tercih edildiğinden çok etkin nöbetler değiller.

Aile hekimliğinde kayıtlar çok etkin tutuluyor. 1993 yılından beri hastaların tanıları basitçe görülebilirken, 2004 yılından itibaren günü gününe hastalarla ilgili yapılan her işlem incelenebiliyor. Hatta hastanelerde bu hastalarla ilgili yapılan tüm işlemlere de birinci basamaktan kolayca ulaşılabilir. Birinci basamakta e-reçete sistemine henüz geçilmemiş durumda. Her ilaç ve her ay için tek tek reçetelendirme yapılıyor. Devletin ödeme yapmadığı ilaçlar dahi hekim onaysız alınmıyor. Akılcı antibiyotik kullanımına büyük önem veriliyor. Birinci basa-

makta halkın sağlık konularında bilinçlendirilmesine önem veriliyor.

Ülkede aile hekimliği asistanlığı 4 yıl sürüyor. Bu süre dahilinde eğitim, önceden belirlenen program dahilinde çeşitli rotasyonlarla hastanelerde ve aile hekimliği saha uygulaması olarak birinci basamak sağlık merkezlerinde veriliyor. Bir aile hekimi asistanı 4 yıl boyunca her yıl farklı sürelerde mutlaka sahada görev yapıyor ve aynı sağlık merkezinde aynı danışmanıyla birlikte çalışıyor. Asistanlar hastanede buldukları kliniğe göre değişmekle birlikte ayda ortalama 5-6 nöbet tutuyorlar. Asistanlık sonrası zorunlu devlet hizmetleri yok, kendileri iş bulmak zorundalar ve şehir merkezlerinde iş bulmak kolay değil.

Katıldığımız program boyunca; 4 gün birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği ‘Doctor Castroviejo Sağlık Merkezi’nde, 1 gün ise ‘Madrid Rey Juan Carlos Üniversitesi’nde Madrid’deki aile hekimi asistanlarına yönelik düzenlenen kongreye katılarak gözlemlerde bulduk. Bu değişim programı sayesinde İspanya gibi aile hekimliği sisteminde oldukça başarılı bir Avrupa ülkesinin uygulamalarını yakından inceleyebildik. Bu tür değişim programlarının ülkemizde daha sık yapılması ve yurtdışından da meslektaşlarımızın ülkemizin aile hekimliği uygulamasını yakından değerlendirebilmeleri için davet edilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Bu nedenle ülkemizde Vasco da Gama Hareketi’nin bilinirliğinin artırılmasını ve daha fazla sayıda asistan ve genç uzmanın değişim programları ile yurtdışına gönderilmesini diliyoruz.

Kaynaklar

1. Can H, Altuntaş M, Akbayn Z. Hollanda LOVAH 2012 Değişim Programı İzlenimleri. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012;1:69-70.
2. Akbayn Z, Can H, Erdem Ö, Külbay H, Altuntaş M. Vasco da Gama Genç Aile Hekimleri Hareketi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012;4:1.
3. Vasco da Gama Hareketi Türkiye - TAHUD, www.tahud.org.tr

2013 12. aile hekimliği kongresinin ardından

TAHUD ana sayfasında Rıdvan Şahin Öykü Yarışması hakkında kaldığımız yerden başlayacağım mecburen. Akciğer fibrozisi ilerliyor eşimin annesinde. Öte yandan güler misin? Ağlar mısın? Neviinden iş görüşmeleri yapıyorum. 12 yıldır üzerinde çalıştığım kitabın yayınlanması mali engellere takılmış. Hoş hangi biri başka türlü olabilir ki? Hiçbiri bana özgü değil bu dertlerin, insan hep benzer koşulları – çoğu kez de çok daha kötüsünü – yaşıyor, yaşayacak.

Nahoş bir iş görüşmesinden çıkıyorum. Ayakkabı numarası, bel ölçüsü, omuz ölçüsü, yaralanma/ölüm halinde haber verilecek yakınımı soruyor form: Mücehhez biçimde inşaat iskelesine çıkacak adama ihtiyaçları var. İş kazaları yaygınlığı ile bilinen ülkemde Zaloğlu Rüstem gibi kellesini koltuğuna almış genç hekimlere de ihtiyaç var elbette. Bizden geçmiş artık; gençlerin işi zor!

Dokunsan ağlayacak kıvamda dönüyorum eve: O da ne?

- “Hazırlan!” Diyorlar; “Yarın uçağın kalkacak!” Doğru ya, ayın 14’ü; Kongre’ye katılacaktım ben.
- “Hiç bir yere gidecek halim yok, yatacağım!” Diyorum.

Neyse ki hane halkı akli selimle ikna ediyorlar beni, ertesi sabah İzmir’deyim. Yorgunum; ama iyi ki gelmişim. 15 Mayıs öğle üzeri giriyoruz Kongre merkezine, öyle yorgunum ki, akşamüstüne kadar çıkamıyorum insan içine. İlk senelerin alevli coşkusu yerini durmuş oturmuş bir ortama bırakmış; ya da bana öyle geliyor. Elbette heyecan içinde sunum hazırlayanlara, konuşması olanlara sormalı bir de. Bildik oda sorunları yaşıyor yine; bir otele sığmıyoruz tümümüz birlikte. Öte yandan – bakmanın acı konuştuğuma – dost sözüdür bu; uzmanlığımızı teknisyenliğe çevirdikçe cari uygulama, destekçilerimiz yüz çeviriyor bizlere. Gün be gün, zorlaşıyor herkesi memnun edecek Kongreler düzenlemek.

İşte bu ahval ve şerait içinde biraz uzaktan temaşa ediyorum Müsamereyi. Ne diyor bu adam? Demeyin. 1950 bilemedin 1940'lara kadar tıbbi toplantılar müsamere olarak anılıyor; meraklısı baksın; benim de pek tuhafıma gitmişti ilk karşılaştığımda. Günler günleri kovalıyor, seneler seneleri, mal sahibi mülk sahibi, hani bunun ilk sahibi? Deli Dumrul bozkır Türklerinin yerleşik yaşama geçişini simgeleyen ölümsüz figür. Ölümsüz; zira bizden bir parçadır, yaşar derunumuzda. Şimdi pek uzak görünen Moğolistan dilindedir yasa da yasa(k) ta. Öte yandan kolay mıdır eleştirmesi bir hamburger bayinin ana şirketi? Tanımlayama-



dığım bir bungaluk var içimde, tarifsiz bir sıkıntı. Buraya sizleri görmeye geldim a dostlar, kalmayın kusura, bundandır kendimi kaptırışım bilinç akışına.

Akşam yemeğinde dostlarla sohbet doyuruyor beni. Daha iyiyim ikinci gün, katılabilirim artık oturumlara. Hipertansiyon oturumudur ilk girdiğim. Halil Bey konuşuyor sonra; uygulama içindeki arkadaşlarımızın sorunlarına değiniyor, soruları cevaplıyor. Anladığım o ki, su içmek için bile izin istenecek yakın gelecekte. Abartıyor muyum? Kim bilir? Simalar, simalar, mütebessim, düşünceli, ilgisiz, sevinçli, görmeden geçen, müziç bir tanıdığı görmüşçesine gerileyen, gelip boynunuza sarılan... Lise pilavları düşüyor aklıma; yeryüzünde geçirilen günler günlere eklenince her şey başlıyor birbirine benzemeye.

Öğleden sonra beni ilgilendiren bir oturum var; “Evde Bakım: Yaşam Sonu Bakım İlkeleri”. İlgiyle dinliyor,

pek çok öğreniyor, pek çok soruyorum. Zaman uzuyor, son konuşmacının affına sığınarak çıkıyorum salondan. Levent'le yüzmeye gideceğiz. Ben erken iniyorum sahile. Hiç çekmiyor beni bu deniz. Su bulanık, gökyüzü baştan-başta isli sisli, pis bulutlarla örtülmüş. Adet yerine bulsun diye oturuyorum biraz. Levent geliyor az sonra. Havadan sudan konuşuyoruz biraz. O, tenis turnuvasına gidecek. Odalarımıza çıkıyoruz. Yıkıyor, üzerimi değiştiriyor, aşağı iniyorum. Hasbıhal ederken telefon çalıyor; eşim ağlamaklı; kayınvalide sizlere ömür...

K2 masasına gidiyorum, biletimi değiştirebilmem için yardım ediyorlar, Cumartesi sabahı kongrenin belki de en canlı bölümünün başladığı sırada havaalanına yollanıyorum ben. Bu sefer kısmet bu kadarmış. Varsın bütün kongreyi izleyenler aktarsın son günlerle ilgili izlenimlerini.

Böyle bırakmak haksızlık olacak; yeri gelmişken aile hekimliğinin şu, “her yaşta her hastalığı” hedefleyen ana ilkesinin hayatımda doğrulanmasını yaşıyorum. Ne yalan söyleyeyim, “her hastalığı” derken, “canım, herhalde her hastalığı değil...” diye geçirirdim içimden. Akciğer fibro-

zisi ile karşı karşıya kaldığımda, ilk aklıma gelen göğüs hastalıkları uzmanı arkadaşşıma danışmak oldu: Ne cevap verse beğenirsiniz? “E, ölür bu hasta!” A iki gözüm, hekim olmaya gerek var mı bunu söylemek için? İçerledim, yardım etmek istemiyor zannettim. Hastalık ilerleyip, biz de yolumuzu çizdikçe, anladım: O uzman arkadaşım kendini “iyileştirilebilen hastalıklar” ile sınırlandırmıştı. Bir başka deyişle akciğer fibrozisinin son dönemi hakkında donanımı yoktu. Değişimiz vardır; kimse demez “yoğurdum kara”. Zor gelmişti, bilgisizliğini itiraf etmek. Ne büyük bir hastalığımızdır bu; ne kadar ayıptır “bilmemek!” Bu ayıplı duruma düşmemek için bilmediği yolları tarif eden pek çok kimse ile karşılaşmadık mı? Hele “bir sigara içimi” gibi ölçüye, tartıya gelmez ifadelerle...

İkinci yılın sonuna doğru gördük ki, hastalık ağır ağır göğüs hastalıkları alanını terk ediyor, anestezi ve reanimasyona doğru yelken açıyordu... Sürecin her aşamasında tekneyi aile hekimi yönetiyordu.

Benim yakınım vesilesiyle yaşadığım bu süreci adeta bir yan dal gibi işleyen arkadaşlarımla varlığıyla gurur duydum.