



Doğum Öncesi Bakımın Neresindeyiz? Toplum Tabanlı bir Araştırma	264
Konya'daki Gebe Kadınların Sağlıklı Gebelik Süreci ve Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeyleri	271
Enürezis Şiddet İlişkisi Kalitatif Çalışma	277
Sağlık Ocaklarında İş Ortamı ve İş Yaşamına İlişkin Risklerinin Değerlendirilmesi	284
Adli Raporlara Dikkat;Eskişehir Deneyimi	292
Avrupa'da Sağlık ile İlgili Gereksinimler Yeniden Şekillendi: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Hedefleri Sağlık 2020	297
Kadın Cinselliğinin Gizlenen Yönü: Vajinismus ve Hemşirenin Rolü	301



Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner
Dr. Berkan KaplanDoç. Dr. Aysun B. Odabaşı
Dr. Yılmaz Yıldız

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer
Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)
Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)
Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)
Dr. Tolga İnce (Sosyal Pediatri)
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)
Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)
Prof. Dr. Esra Önal (Neonatoloji)
Prof. Dr. İmran Özalp (Metabolizma)
Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)
Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)
Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)
Prof. Dr. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)
Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler
Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu
Prof. Dr. Semih Başkan
Prof. Dr. İskender Sayek
Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Alper Büyükkakkuş
Dr. Hayati Çakır
Dr. Şamih Demli
Dr. Naciye Demirel
Dr. Sema İlhan
Dr. Remzi Karşı
Dr. Mehmet ÖzenDr. Alfert Sağdıç
Dr. Mustafa Sülkü
Dr. Figen Şahpaz
Dr. Emrah Şeyhoğlu
Dr. Fatih Şua Tapar
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu
Prof. Dr. Dilek Aslan
Prof. Dr. Ayşen Bulut
Doç. Dr. Deniz Çalışkan
Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak
Prof. Dr. Sibel Kalaça
Dr. Sibel Kıran
Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)
Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)
Prof. Dr. Önder Ergönül (Enfeksiyon)
Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)
Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun
Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent Ertuğrul İnan
Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman
Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ
Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat
Dr. Hasan Değirmenci
Dr. Nesrin ErborüDr. Sultan Gemalmaz
Dr. Nevruz Gürceğiz
Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Basım Yeri: Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti.
Tel: (0.312) 395 95 96 Adres: İvedik Organize Sanayi
Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle-Ankara
Vergi Dairesi: Yenimahalle Vergi No: 613 046 2266
Ticaret Sicil No: 64/1828
Basım Tarihi: 09 Ocak 2013

Araştırma/Research

Doğum Öncesi Bakımın Neresindeyiz? Toplum Tabanlı bir Araştırma 264
*Dr. Sevinç Sütü, Dr. Binali Çata, Dr. A. Selçuk Kılıç, A.Bilgen Taşdemir, Melek Dinç, Havva Ayaş***Konya'daki Gebe Kadınların Sağlıklı Gebelik Süreci ve Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeyleri** 271
*Dr. Fatma Gökşin Cihan, Dr. Funda Gökgöz Durmaz, Dr. Nadire Karsavuran***Enürezis Şiddetli İlişkisi Kalitatif Çalışma** 277
*Kübra Terzi, Nurcan Kolaç***Sağlık Ocaklarında İş Ortamı ve İş Yaşamına İlişkin Risklerinin Değerlendirilmesi** 284
*Nurcan Kolaç, Dr. Ayşe Yıldız, Saime Erol***Adli Raporlara Dikkat; Eskişehir Deneyimi** 292
Dr. Kenan Karbeyaz, Dr. Tank Gündüz, Dr. Harun Akkaya, Beyza Urazel, Mehmet Ali Kökçüoğlu

Derleme/Review Article

Avrupa'da Sağlık ile İlgili Gereksinimler Yeniden Şekillendi: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Hedefleri Sağlık 2020 297
*Dr. Dilek Aslan***Kadın Cinselliğinin Gizlenen Yönü: Vajinismus ve Hemşiresinin Rolü** 301
Dr. Hande Dağ, Dr. Sevgül Dönmez, Dr. Oya KavlakKapak Fotoğrafı
"Çocuk Ol(ama)Mak"Hasan Yaşar
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011
Jüri Özel Ödülü



Merhaba,

Yeni bir sayı ile birlikteyiz. Sürekli tıp eğitimi (STE) etkinliği, hekimlerin bilgi, beceri ve mesleki yeteneklerini geliştirmeyi, pekiştirmeyi ve uygulama ile ilgili ilişkilerini sürdürmeyi amaçlayan; mezuniyet öncesi tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve görev gereği yerine getirilmesi gereken (öğretim üyeliği, yüksek lisans, doktora vb.) etkinlikler dışındaki eğitim etkinlikleridir. Sürekli mesleki gelişim (SMG) ise; sürekli tıp eğitimini de içine alan daha geniş bir kavram olup mesleki alanda kendini geliştirme ve sosyal yetkinlik, yönetsel beceri gibi, tıp dışı alanlarda da yeterliğin geliştirilmesini amaçlayan eğitim etkinlikleridir.

Bilgilerin çok hızlı bir değişim ve gelişim gösterdiği çağımızda STE / SMG, her sağlık çalışanının kendini geliştirmesi için olmazsa olmazlarındandır. Bu kapsamda 8 –11 Kasım 2012 tarihleri arasında Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimler Kolu, Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü ve Pratisyen Hekimlik Derneği birlikteliğiyle “Klinik Bağımsızlık ve Meslek Eğitimi Hakkı” ana teması ile Kuşadası / Aydın'da 17. Pratisyen Hekimlik Kongresi gerçekleştirilmiştir. Ülkenin birçok ilinden mesleğine sahip çıkan pratisyen hekimlerle birlikte üçü kurs, dördü kahvaltı ve biri serbest bildiriler oturumu olmak üzere toplam 22 oturum gerçekleştirilmiştir. Gebe - loğuva ve yenidoğan izlemi, yaşlı sağlığı gibi



koruyucu sağlık hizmetlerinden; hipertansiyon, diyabet, solunum yolu hastalıkları gibi yaygın görülen hastalıkları içeren tedavi edici hizmetlere geniş bir yelpazede değerli konuşmacılar ile birlikte gündemdeki sorunlar ve olası çözümler paylaşılmıştır. Kongre sonuç bildirgesinde kongrenin ana teması esas alınmış ve şu görüşlere yer verilmiştir:

“Klinik bağımsızlık, nitelikli ve iyi hekimlik uygulamalarının yapılmasında vazgeçilmez koşuldur. Oysaki, sağlık hizmetleri her alanda ticari bir meta haline getirilmiştir. Kural koyucular (Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı) da performans ve döner sermaye uygulamalarında olduğu gibi, birçok yöntemle bilimsel ve mesleki özerkliğimize sürekli müdahale etmektedir. Mevzuat konusundaki düzenlemeler en kısa sürede meslek örgütleri ve derneklerin görüşü alınarak bilimsel çerçeveye oturtulmalıdır. Bu hedefle meslek örgütü, mücadelesini sürdürmeye devam edecektir.”

Kongre “Acil servis hekimi, aile hekimi, kurum hekimi, serbest hekim, işyeri hekimi, toplum sağlığı hekimi, VSD hekimi, AÇSAP hekimi, 112 hekimi, özünde pratisyen hekimdir. Pratisyen hekimler, sıfatlar ile özünden uzaklaştırılmaya, bölünmeye ve bireyselleştirilmeye yönlendirilmektedir. Bunun olmasına izin vermeyeceğiz. Sağlık haktır! Herkese eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, nitelikli, kamusal sağlık hizmeti sunulmalıdır! Ekip hizmetine dayanan, toplum sağlığını önceleyen, iş – gelir – can güvenceli çalışma ortamı sağlanmalıdır! Nitelikli bir mesleki eğitim ve kendimizi geliştirecek sürekli eğitim zaman ve olanakları verilmelidir! Biz pratisyen hekimler, bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da örgütümüze, emeğimize, mesleğimize, geleceğimize ve eğitim hakkımıza sahip çıkacağız” görüşleriyle sonlandırılmıştır. Pratisyen Hekimlik Derneği internet sitesinde kongredeki oturumların sunumlarına ulaşılabilir.

(<http://www.phd.org.tr/17kongresunum.htm>)

Bilimsel ve dostça...



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer almıştır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazılığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz. STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metninle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi. Mali destek ve diğer kaynaklar. Ana metnin sözcük sayısı. Şekil ve tabloların sayısı.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet uzun ayneç çevirisi olmalıdır.

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

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

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

5. Sonuçlar: Bulguların metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

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

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

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla **yirmi beş (25)** kaynak kullanılabilir. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

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

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

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

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

8. Yazı tipi: Dergiyeye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

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

Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

Doğum Öncesi Bakımın Neresindeyiz? Toplum Tabanlı bir Araştırma

Where We Are on Prenatal Care; a Population Based Study

Araştırma



Research

Dr. Sevinç Sütü, Dr. Binali Çatak**, Dr.A. Selçuk Kılınc*,
Ebe A. Bilgen Taşdemir***, Ebe Melek Dinç***, Ebe Havva Ayaş***,
Ebe Ayşe Yıldırım****

Geliş tarihi : 05.10.2012
Kabul tarihi: 09.12.2012

Öz

Amaç: Burdur ili'nde doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tipte yapılan çalışmanın evrenini 18 Ocak 2011 tarihinde, Burdur ili'nde yaşayan 1639 gebe oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 504 kişi olarak belirlenmiş ve örnekleme çıkan gebeler aile hekimi gebe listelerinden randomizasyonla belirlenmiştir. Veriler, 31 Ocak- 25 Mart 2011 tarihleri arasında, ebe/hemşireler tarafından anket yöntemi ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve gebeden sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır. Veriler SPSS 10,5 paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada gebelerin tamamı doğum öncesi bakım almıştır; ortalama ilk muayene haftası 9,2 (\pm 4,7) olup, %85,3'ü ilk gebelik muayenesini 12 hafta içinde olmuştur. 33 hafta ve daha büyük gebeler ile doğum yapmış gebelerin %89,5'ine kan tetkiki, %83,2'sine idrar tetkiki, %36,6'sına Rh ölçümü, %18,8'ine hepatit B antijeni bakılmış; gebelerin %49,2'sinin boyu, %99,0'ının kan basıncı ve ağırlık ölçümü, %24'ünün anne kalp öskültasyonu, %93,7'sinin çocuk kalp sesleri dinlenmiş; %85,3'ü gebelikte olabilecek yakınmalar konusunda, %82,7'si genel konularda, %81,7'si tehlike işaretleri konusunda, %78,0'i emzirme konusunda eğitilmiştir.

Sonuç: Gebelerin tamamı DÖB almıştır. Ancak aile hekimlerince verilen DÖB nitelik olarak, bazı parametreler açısından, rehberde öngörülen değerlere göre düşüktür; diğer bir deyişle parametrelerin verilme düzeyi arasında homojenlik yoktur. Bu bağlamda; ilde aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yönelik interaktif, periyodik bilgi tazeleme eğitimleri verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Doğum öncesi bakım niteliği, Doğum öncesi bakım niceliği, Aile hekimi.

Abstrac

Aim: In this study it is aimed to evaluate antenatal care services in the province of Burdur.

Material and methods: 1639 pregnant women living in the province of Burdur on 18 January 2011 comprise the universe of the cross-sectional population study. The sample size was determined as 504 persons and the sample was randomized from the family physician pregnant women lists. Starting on 31 January and continuing until 25 March 2011, data were collected by midwives / nurses applying a questionnaire by face to face interviews after obtaining the verbal consent of the pregnant women. Data were analyzed using SPSS 10.5 package program and descriptive statistics were used for the analysis of the data.

Findings: The study revealed that all pregnant women had received antenatal care. The mean week of initial examination was 9.2 (\pm 4.7) and 85.3% of the women had been examined in the first 12 weeks of pregnancy. The women exceeding 33 weeks of pregnancy and those who had given birth were examined for the relevant criteria as follows: blood examination 89.5 %, urinalysis 83.2%, Rh measurement 36.6, hepatitis B antigen 18.8%; height measurement 49.2% , blood pressure and weight measurement 99.0%, maternal cardiac auscultation 24%, fetal heart auscultation 93.7%; training regarding pregnancy complaints 85.3%, training on general subjects 82.7%, training on danger signs of pregnancy 81.7%, on breastfeeding 78.0%. breastfeeding.

Results: All pregnant women had received antenatal care. However, the quality of antenatal care provided by family physicians was lower than the criteria described in the guidelines in terms of some parameters. In other words, the provision of the services was not evenly distributed. In this context, periodic continuing education and refresher training should be provided interactively for family physicians and other family health professionals.

Key words: Prenatal care quality, Prenatal care quantitative evaluation, Family Physician

*Halk Sağlığı Müdürlüğü, Burdur

**Nilüfer Toplum Sağlığı Merkezi, Bursa

***Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Burdur

Giriş

Doğum öncesi bakım (DÖB); anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş sağlık personeli tarafından izlenmesidir. DÖB genelde annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlığın korunmasını amaçlar. DÖB özel amaçları ise annede gebelikten önce var olan hastalıkları saptamak, gebelik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak, gerekirse hastayı sevk etmek, riskli gebelikleri belirlemek, fetüsü intrauterin izlemek, anneyi tetanosa karşı bağışık kılmak, doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yapılacağına karar vermek; anneyi beslenme, gebelik hijyeni, doğum sonrası bakım, bebek bakımı ve doğum sonrası kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konularında eğitmektir. DÖB ne kadar erken dönemde başlatılır ve düzenli aralıklarla, nitelikli olarak izlenirse, anne ve bebek ölümlerini azaltmada da o kadar etkili olmaktadır (1).

Ülkemizde anne ve bebek ölümlerini önlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan birisi de 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'dır (UAÖÇ). Bu çalışmaya göre, ölen her 10 anneden 6'sı önlenebilir nedenlerle yaşamını yitirmiş, her 5 anneden biri doğum öncesi bakım (DÖB) almamış, DÖB alan her 4 anneden biri ise nitelsiz bakım almıştır (2). Bu verilerden hareketle, Sağlık Bakanlığı 2008 yılında ulusal düzeyde daha nitelikli ve standart DÖB yapılması için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi hazırlamış ve uygulamaya koymuştur. Rehberde her gebenin 14 hafta içinde, 18-24, 30-32 ve 36-38 haftalar arasında olmak üzere 4 kez izlenmesi ve her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetlerini tanımlanmıştır (3).

Araştırmada; Burdur ilinde aile hekimi ve aile sağlığı elemanları tarafından verilen doğum öncesi bakım hizmetlerini nicelik ve nitelik açısından değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

2011 yılında toplam nüfusu 250.527 olan Burdur'da 72 aile hekimi hizmet vermekte olup aile hekimi başına yaklaşık olarak 3500 kişi düşmektedir.

Kesitsel tipte yapılan çalışmanın evrenini 18 Ocak 2011 tarihinde, Burdur ilinde yaşayan 1639 gebe oluşturmuştur. 2008 TNSA'ya göre ülke genelinde gebelerin yaklaşık olarak %8,0'ı DÖB almamıştır (4). Epi info programında evreni temsil eden ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü; %8 prevalans, %2 yanılma payı ve tip 1 hata düzeyi %5 olarak alındığında 494 olarak hesaplanmıştır. Örneklem çıkarılan gebe sayısı aile hekimi sayısına oranlandığında (494/72), her bir aile hekiminden yaklaşık olarak 7 gebe alınmasına karar verilmiştir. Buna göre ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü de 504 olarak hesaplanmıştır. Örneklem alınacak gebeler, aile hekimlerinden istenen gebe listelerinden randomizasyonla belirlenmiştir.

Çalışmanın verileri, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) temel alınarak hazırlanan soru formu ile toplanmıştır (3, 4). Soru formu kadının sosyodemografik, biyodemografik ve doğum öncesi bakımda yapılması gereken muayene, ölçüm, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini içeren sorulardan oluşturulmuştur.

Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra 31

Ocak- 25 Mart 2011 tarihleri arasında, Burdur'da toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe/hemşireler tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve gebeden sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır. Veri toplamadan önce, veri toplamada standardizasyonu sağlamak için veri toplayacak ebe ve hemşirelere çalışmanın amacı ve soruların tek tek neyi hedeflediği konusunda eğitim verilmiştir. Soru formunun ön denemesi örneklem seçilmeyen 5 gebe ile yapılmış, belirlenen aksaklıklara yönelik soru formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Ulaşılamayan gebelere ikinci kez ulaşılmaya çalışılmamıştır. Veri toplama formunda eksik bırakılan ve atlanılan kısımlar gebeye telefon ile ulaşılarak tamamlanmıştır. Örneklem %97,4'üne (491/504) ulaşılmıştır.

Veriler SPSS 10,5 paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde; tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde; merkezi yığılım ölçütleri (ortalama ve ortanca) ve merkezi yaygınlık ölçütleri (standart sapma, en büyük ve en küçük değer) kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de gebelerin sosyodemografik ve biyodemografik özellikleri görülmektedir. Tablo izlendiğinde, gebelerin %19,8'i geniş ailede, %87,4'ü dörtten az kişilerden oluşan ailelerde yaşamakta; %52,1'i görücü usulü ile evlenmiş, %3,3'ünün resmi nikâhı bulunmamakta, %8,0'ı eşi ile akraba, %2,6'sı eğitimsiz, %5,9'unun sağlık güvencesiz, %81,9'u ev kadını, %10,6'sının gelirinin evin geçimine yetmiyor olduğu görülmektedir.

Gebelerin %9,0'u 19 yaş ve altındadır; %30,5'i düşük ve %2,4'ü ölü doğum yapmış, %3,4'ünün 5 yaş altında çocuğu ölmüştür. Gebelerin %18,0'ünün iki ve daha fazla çocuğu bulunmakta, %39,9'unun ise ilk gebeliğidir (Tablo 1).

Gebelerin %90,4'ü demir destek programı çerçevesinde demir profilaksisi almıştır; %17,6'sı tetanosa karşı tam bağışıklanmış, %58,7'sine bu gebeliğinde tetanos aşısı yapılmış, %20,8'inin henüz aşı zamanı gelmemiştir. (Tablo'da gösterilmemiştir.)

Araştırmada gebelerin tamamı doğum öncesi bakım almıştır (Tablo 2); ortalama ilk muayene haftası 9,2 (\pm 4,7) olup %85,3'ü ilk gebelik muayenesini 12 hafta içinde olmuştur (Tabloda verilmemiştir.).

Diğer yandan 33 hafta ve daha büyük gebeler ile doğum yapmış kadınların %89,5'ine kan tetkiki, %83,2'sine idrar tetkiki, %36,6'sına Rh ölçümü, %18,8'ine hepatit B antijeni bakılmıştır (Tablo 2).

Aile hekimliğince verilen hizmetler fizik muayene açısından değerlendirildiğinde, gebelerin %49,2'sinin boyu, %99,0'ünün kan basıncı ve ağırlık ölçümü, %24'ünün anne kalp öskültasyonu, %93,7'sinin çocuk kalp sesleri dinlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4'te gebelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri görülmektedir. Buna göre, 33 hafta ve daha büyük gebeler ile doğum yapmış gebelerin %85,3'ü gebelikte olabilecek yakınmalar konusunda, %82,7'si genel konularda (beslenme, hijyen, genel vücut bakımı, ağız diş sağlığı konuları), %81,7'si tehlike işaretleri konusunda, %78,0'ı emzirme konusunda eğitilmiştir. Diğer yandan %51,8 gebenin nerede doğum yapacağı aile hekimi tarafından planlanmıştır.

Tartışma

Gebelik komplikasyonları anne ölümlerinin, erken neonatal ölümlerin ve morbiditenin önemli nedenleridir. Bu nedenle, güvenli anneliği sağlama konusunda doğum öncesi bakımın etkili olması, bu kontroller sırasında olası komplikasyonları belirlemek için yapılan muayene, ölçüm ve testlere dayanmaktadır (4). Çalışmada, Burdur'da aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarınca verilen DÖB hizmetlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Aile hekimi yönetmeliği, aile hekiminin kendisine kayıtlı her gebeye gebelik süresince DÖB vermesini zorunlu kılmıştır (5). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde ise aile hekimince verilecek DÖB nicelik ve nitelik olarak tanımlanmıştır. Rehberde her gebenin gebelik süresince ve belirli aralıklarla en az 4 kez izlenmesi belirtilmektedir (3). Burdur'da gebelerin tamamı en az bir kez DÖB almıştır. Karabük İl Merkezi'nde yapılan bir alan çalışmasında gebelerin %0,6'sı, TNSA'da ülke genelinde gebelerin %7,8'i, Burdur'un da içinde bulunduğu Akdeniz'de ise gebelerin %5,1'i doğum öncesi bakım almamıştır (4, 6). Ancak Burdur'da tüm gebelerin DÖB almasına karşın, alınan doğum öncesi bakım nicelik olarak rehberde öngörülen değerlerin altındadır. Şöyle ki, 25–32 hafta arasındaki gebelerde 2 ve daha az DÖB sayısına sahip olan gebenin olmaması gerekirken, gebelerin %25,3'ü 2 ve daha az DÖB almıştır. Aynı durum 33 hafta ve doğum yapmış gebeler içinde geçerlidir; bu grupta gebelerin %12,0'ı 2 ve daha az DÖB almış iken, %68,6'sı en az 4 kez almıştır. Karabük'te yapılan çalışmada 25–32 haftalar arasındaki gebelerin %34,4'ü 2 ve daha az, 33 hafta ve doğum yapımlar ise %62,2 en az 4 kez DÖB almıştır (6).

DÖB Yönetim Rehberi'nde gebelere yapılması istenen incelemeler tanımlanmış ve her DÖB'de kan ve idrar tetkikinin yapılması istenirken, kan grubu ve hepatit B antijen belirlenmesinin bir kez yapılması istenmektedir. Kan ve idrar tetkiki gebelik haftasına göre değerlendirildiğinde, rehberde öngörülen değerlerin altındadır. Kan grubu ve hepatit B antijen bakılması ise oldukça düşük düzeydedir. Karabük'te yapılan alan çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir (6). Laboratuvar hizmetlerindeki düşüklük,

Tablo 1. Gebelerin sosyodemografik ve biyodemografik özellikleri (Burdur, 2011)

Sosyodemografik özellikler	n (%)	Sosyodemografik özellikler	n (%)
Aile tipi		Erkeğin çalışması	
Geniş	97 (19,8)	İşsiz/ara işler	29 (5,9)
Çekirdek	394 (80,2)	Devlet/özel sektör	293 (59,7)
Evde yaşayan kişi		Kendi hesabına	105 (21,4)
4 ve altı	429 (87,4)	Çiftçi	58 (11,8)
5 ve üzeri	62 (12,6)	Gelir evin geçimine	
Evlenme usulü		Rahat yetiyor	235 (48,0)
Görücü usulü	256 (52,1)	Ancak yetiyor	203 (41,4)
Anlaşarak	235 (47,9)	Yetmiyor	52 (10,6)
Resmi nikâh		Biyodemografik özellikler	
Yok	16 (3,3)	Yaşı	
Var	475 (96,7)	19 yaş ve altı	44 (9,0)
Eşi ile akrabalık		20–34	407 (82,9)
Yok	451(92,0)	35 ve üstü	40(8,1)
Var	39 (8,0)	Düşükler	
Eğitim durumu		Var	90(30,5)
Eğitimsiz	13 (2,6)	Yok	205(69,5)
İlkokul	158(32,2)	Ölü doğum	
Ortaokul	120 (24,5)	Var	7(2,4)
Lise	114 (23,3)	Yok	288(97,6)
Üniversite	85 (17,4)	5 yaş altı çocuk ölümü	
Eşin eğitim durumu		Var	10(3,4)
Eğitimsiz	4(0,8)	Yok	284(96,6)
İlkokul	149(30,5)	Yaşayan çocuk sayısı	
Ortaokul	96(19,7)	0	19 (3,9)
Lise	135(27,7)	1	384 (78,1)
Üniversite	104(21,3)	2 ve üzeri	88 (18,0)
Sağlık güvencesi		Toplam gebelik	
Yok	29 (5,9)	İlk gebelik	196 (39,9)
Yeşil kart	39 (7,9)	2. gebelik	161(32,8)
SGK	423(86,2)	3. gebelik	77(15,7)
Kadının çalışması		4 ve üzeri gebelik	43(11,6)
Ev kadını	402 (81,9)	Toplam	491 (100,0)
Devlet/Özel sektör	76 (7,9)		
Kendi hesabına	13 (2,2)		
Toplam	491 (100,0)		

Toplam 2. Doğum öncesi bakım ve laboratuvar istemlerinin gebelik haftasına göre dağılımı (Burdur, 2011)

DÖB ve laboratuvar	Gebelik haftası			
	≤ 14	15–24	25–32	≥ 33 hafta ve doğum yapmış
	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)
DÖB				
1	20 (46,5)	39 (22,3)	3 (3,6)	5 (2,6)
2	16 (37,2)	49 (28,2)	18 (21,7)	18 (9,4)
3	6 (14,0)	49 (28,2)	24 (28,9)	37 (19,4)
4>	1 (2,3)	37 (21,3)	38 (45,8)	131 (68,6)
Kan tetkiki				
Yapıldı	31 (72,1)	130 (74,7)	62 (74,7)	171 (89,5)
Yapılmadı	12 (27,9)	44 (25,3)	21 (25,3)	20 (10,5)
İdrar tetkiki				
Yapıldı	27 (62,8)	126 (72,4)	65 (78,3)	159 (83,2)
Yapılmadı	16 (37,2)	48 (27,6)	18 (21,7)	32 (16,8)
Kan grubu tayini				
Yapıldı	20 (46,5)	63 (36,2)	35 (42,2)	70 (36,6)
Yapılmadı	23 (53,5)	111 (63,8)	48 (57,8)	121 (63,4)
HBVAg				
Bakıldı	11 (25,6)	26 (14,9)	17 (20,5)	36 (18,8)
Bakılmadı	32 (74,4)	148 (85,1)	66 (79,5)	155 (81,2)
Toplam	43 (100,0)	174 (100,0)	83 (100,0)	191 (100,0)

* Sütun yüzdesi

gebelerin kadın-doğum uzmanına muayeneleri sırasında bu tetkiklerin yapılması, dolayısıyla aile hekimlerinin bunları yeniden istememesinden kaynaklanmış olabilir.

Rehberde fizik muayene olarak boy ölçümünün bir kez ve ilk izlemde; kalp oskültasyonunun özellikle birinci ve ikinci izlemde; ağırlık, kan basıncı ölçümünün her izlemde; çocuk kalp seslerinin ise 10–12. haftalardan başlayarak her izlemde yapılması istenmektedir (3). Boy ölçümü gebelerin yaklaşık olarak yarısına, kalp oskültasyonu ise 33 hafta ve üzeri her 4 gebeden birine yapılmıştır. Karabük çalışmasında da gerek boy ölçümü ve gerekse kalp oskültasyonu benzer düzeyde yapılmıştır (6). Oskültasyon ve boy ölçümündeki düşüklüğün olası nedeni, aile hekimlerinin doğum öncesi bakım yönetim rehberinin içeriğini yeterince bilmemeleri; içeriği bilseler bile fizik muayene bulgularının anne ve bebekte sağlık açısından oluşabilecek

riskleri belirlemedeki öneminin farkında olmamaları olabilir.

UAÖÇ'de hemorajiden sonra anne ölümlerinin ikinci sıradaki nedeninin preeklampsi/eklampsi olması, gerek kan basıncı ve gerekse ağırlık ölçümlerinin önemini ortaya koymaktadır (2). Araştırmada kan basıncı, ağırlık ölçümü ve çocuk kalp seslerinin dinlenme düzeyi %90,0'ların üzerindedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da bu parametrelerin yapılma düzeyi yüksektir (4, 6, 7). Kan basıncı ve kilo ölçümünün yüksek olmasının olası nedeni, özellikle sağlık ocağı sürecinde ebelerin kadınlara kazandırdıkları bir alışkanlık olması, bunun sonucunda da gebelerin bu hizmetleri aile hekimleri/aile sağlığı elemanlarından istemeleri olabilir. Çocuk kalp seslerinin dinlenmesinin yüksek olması ise, aile hekimlerine Doppler aletinin zorunlu tutulması ve bu zorunluluğun getirdiği baskıdan kaynaklanmış olabilir.

Tablo 3. Fizik muayene parametrelerinin gebelik haftasına göre dağılımı (Burdur, 2011)

Fizik muayene	Gebelik haftası *			
	≤ 14	15–24	25–32	≥ 33 hafta ve doğum yapmış
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Boy ölçümü				
Ölçülen	27 (62,8)	88 (50,6)	39 (47,0)	94 (49,2)
Ölçülmeyen	16 (37,2)	86 (49,4)	44 (43,0)	97 (50,8)
Ağırlık ölçümü				
Ölçülen	41 (95,3)	167 (94,3)	82 (98,8)	189 (99,0)
Ölçülmeyen	2 (4,7)	7 (5,7)	1 (1,2)	2 (1,0)
Kan basıncı ölçümü				
Ölçülen	39 (90,7)	169 (97,1)	82 (98,8)	189 (99,0)
Ölçülmeyen	4 (9,3)	5 (2,9)	1 (1,2)	2 (1,0)
Gebe kalp oskültasyonu				
Dinlendi	6 (14,0)	25 (14,4)	15 (18,1)	46 (24,1)
Dinlenmedi	37 (86,0)	149 (85,6)	68 (81,9)	145 (75,8)
Bebeğin kalp sesi				
Dinlendi	7 (16,3)	92 (52,9)	72 (86,7)	179 (93,7)
Dinlenmedi	36 (83,7)	82 (47,1)	11 (13,3)	12 (6,3)
Toplam	43 (100,0)	174 (100,0)	83 (100,0)	191 (100,0)

* Sütun yüzdesi

Anne ölümlerinin en önde gelen nedeni “hane halkı faktörleri ve toplumsal faktörlerdir” (2). Bundan dolayı DÖB temel bileşenlerinden biri de gebeye yönelik yapılacak bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleridir. Rehberde belirlenen bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin her DÖB’de yapılması istenmektedir. Ancak Burdur’da aile hekimi/aile sağlığı elemanları bu hizmetleri %50,0-%85,0 arasında vermiştir. Karabük TSM bölgesinde yapılan çalışmada da bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri benzer düzeyde bulunmuştur (6). Bu hizmetlerin istenilen düzeyde olmaması özellikle aile sağlığı elemanlarının iş yoğunluğunun fazla olmasından dolayı yeterince zaman ayıramamasından kaynaklanmaktadır.

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005–2015” kapsamında ülke genelinde gebelerin

%98,0’ının en az bir kez DÖB alma hedefi (8) Burdur’da gerçekleşmiştir. Ancak aile hekimlerince verilen DÖB nitelik olarak, bazı parametreler açısından, rehberde öngörülen değerlere göre düşüktür; diğer bir deyişle parametrelerin verilme düzeyi arasında homojenlik yoktur.

Bu bağlamda; ilde aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yönelik interaktif, periyodik bilgi tazeleme eğitimleri verilmelidir. Zaman zaman alan çalışmaları ile verilen eğitimlerin düşük parametrelerin yapılabilirliğine etkisi değerlendirilmeli, çıkan sonuçlar hizmet sunucularla paylaşılmalı ve gerekiyorsa yerel düzeyde DÖB politikası gözden geçirilmelidir.

Teşekkür

Çalışmanın yapılması süresince ulaşımı sağlayan şoförümüz Ayhan Eser’e teşekkür ediyoruz.

Tablo 4. Eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin gebelik haftasına göre dağılımı (Burdur, 2011)

Eğitim ve danışmanlık	Gebelik haftası *			
	≤ 14 n (%)	15–24 n (%)	25–32 n (%)	≥ 33 hafta ve doğum yapmış n (%)
Gebelikteki yakınmalar				
Bilgilendirilmiş	33 (76,7)	147 (84,5)	68 (81,9)	163 (85,3)
Bilgilendirilmemiş	10 (23,3)	27 (15,5)	15 (18,1)	28 (14,7)
Gebenin genel eğitimi**				
Eğitilmiş	33 (76,7)	136 (78,6)	66 (79,5)	158 (82,7)
Eğitilmemiş	10 (23,3)	37 (21,4)	17 (20,5)	33(17,3)
Tehlike işaretleri				
Bilgilendirilmiş	24 (55,8)	126 (72,4)	61 (73,5)	156 (81,7)
Bilgilendirilmemiş	19(44,2)	48 (27,6)	22 (26,5)	35 (18,3)
Emzirme eğitimi				
Verilmiş	30 (69,8)	121 (69,5)	62 (74,7)	149 (78,0)
Verilmemiş	13 (30,2)	53 (30,5)	21 (25,3)	42 (22,0)
Doğumun yapılacağı yerin planlaması				
Yapılmış	33 (76,7)	122 (70,1)	50 (60,2)	99 (51,8)
Yapılmamış	10 (23,3)	52 (29,9)	33 (47,9)	92 (48,2)
Toplam	43 (100,0)	174 (100,0)	83 (100,0)	191 (100,0)

* Sütun yüzdesi

** Gebenin genel eğitimi: beslenme, hijyen, genel vücut bakımı, ağız-dış sağlığı konuları ile ilgili eğitimler

İletişim: Dr.Sevinç Sütlü
E-posta: sevincdr@gmail.com

Kaynaklar

1. Akın A. Türkiye’de ana sağlığı, aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşüklükler. İçinde: 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ileri analiz sonuçları. Ankara: 2002. s. 151–82.
2. Türkiye ulusal anne ölümleri çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. Ankara: 2005.
3. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: 2009.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,
5. Aile Hekimi Uygulama Yönetmeliği. Erişim tarihi 17 Ocak 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-0376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeli.html>.
6. Çatak B, Davas A, Zencir M., Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesi’nde doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. TAF Prev Med Bull 2012; 11(2):1-10.
7. Çatak B. Adıyaman 2 No’lu Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesi’nde 2007 yılında canlı doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası izlemleri. Ankara. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008.
8. Sağlık Bakanlığı. Erişim tarihi 5 Ekim 2011, http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf

Konya'daki Gebe Kadınların Sağlıklı Gebelik Süreci ve Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeyleri

The Level of Knowledge of Pregnant Women in Konya on Healthy Pregnancy and Nutrition

Araştırma



Research

*Dr. Fatma Gökşin Cihan**, *Dr. Funda Gökğöz Durmaz***,
*Dr. Nadire Karsavuran***

Geliş tarihi : 10,11,2012

Kabul tarihi: 21.12,2012

Öz

Amaç: Çalışmamızda bir eğitim ve araştırma hastanesinde prenatal izlemi yapılan gebe kadınların, sağlıklı gebelik seyriyle ve komplikasyonlarıyla ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amaçlandı.

Gereç ve yöntem: 9-15 Ocak 2012 tarihleri arasında gebe izlem polikliniğine başvuran ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 202 gebeye sosyodemografik özellikleri ve tutum-davranışlarını sorgulayan seçmeli ve açık uçlu sorular içeren bir anket formu uygulandı. Veriler SPSS 18.0 ile değerlendirildi.

Bulgular: Gebelerin ortalama yaşı $26,1 \pm 5,1$ 'di. Eğitim düzeyi arttıkça gebelik sayısının azaldığı belirlendi ($p < 0,05$). Multiparlar önceki gebeliklerinde ortalama $11,8 \text{ kg} \pm 4,2$ almışlardı. Gebelerin %2'si halen sigara içiyordu; %29,7'si herhangi bir ilaç/vitamin kullanmıyordu. "Gebelik ile ilgili sorunlarınızı kime danışsınız?" sorusuna %68,8 kadın- doğum uzmanı, %35,6 aile sağlığı elemanı(ASE), %23,7 aile hekimi yanıtını vermişlerdir. Gebelerin %54'ü hipertansiyonun, %57,9'u diyabetin, %66,3'ü kalp hastalıklarının, %69,3'ü böbrek hastalıklarının, %71,3'ü obezitenin gebelikte risk faktörü olduğunu bilmiyordu. Gebelik sayısı arttıkça, vücut kitle indeksi(VKİ) artıyordu ($p < 0,05$).

Sonuç: Gebenin beslenmesi kendisinin ve gelişen fetüsün gereksinimini karşılamak için yeterli enerji ve besinleri içermelidir. Gebelik öncesi normal VKİ olan gebeler için gebelik boyunca $14,5 (11,5-16,0) \text{ kg}$ 'lık artış olmalıdır. Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenilebilir önemli bir risk etmenidir.

Anahtar sözcükler: Prenatal bakım, Gebelik, Sigara içimi, Beslenme

Abstrac

Aim: The objective of this study was to determine the knowledge of pregnant women on prenatal follow-up in a training and research hospital, about a healthy pregnancy process and complications of pregnancy.

Material and Methods: 202 pregnant women consulting the prenatal follow-up polyclinic between 9 and 15 January 2012, who agreed to participate in the study, were administered a questionnaire of multiple choice and open-ended questions about their socio-demographic characteristics, attitudes and behaviors. The data were analysed by SPSS 18.0.

Results: The mean age of the women was 26.1 ± 5.1 . The educational level decreased with increasing number of pregnancies ($p < 0.05$). Multipars had gained $8,11 \text{ kg} \pm 4,2$ in their previous pregnancies. Of the women, 2% were current smokers and 29,7% were not using any medications / vitamins. The question on "To whom do you ask for advice about your pregnancy-related problems?" was answered as 68.8% obstetrics and gynecology specialist; 35.6% family health staff, 23.7% family physicians. The pregnant women were not aware of the various risks in pregnancy as follows: 54% did not know that hypertension; 57.9% diabetes; 66.3% heart disease; 69.3% kidney disease; and 71.3% obesity is a risk factor in pregnancy. The body mass index (BMI) increased parallel to the increase in the number of pregnancies ($p < 0.05$).

Conclusion: In order to meet the requirements of the growing fetus and herself, the diet of pregnant women must contain sufficient energy and nutrients. For women with normal BMI before pregnancy, $14.5 (11.5-16.0) \text{ kg}$ should be gained during pregnancy. Smoking during pregnancy is an important preventable risk factor for mortality and morbidity.

Key words: Prenatal care, Pregnancy, Smoking, Nutrition

*Uzm; Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Konya

**Arş.Gör. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Konya

Giriş

Gebelik dönemi, birbirine bağlı iki insanın sağlığını en üst düzeyde tutmak için birçok faktörden oluşan özel bir çaba gerektirir. Düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, doğru beslenme ve dinlenme alışkanlıklarının, normal gebelik seyrinin ve olası gebelik komplikasyonlarının bilinmesi gebelik sürecinin niteliğini etkilemektedir (1). Ülkemizde gebelikte beslenme sorunlarının başlıca nedenleri; gebelikte artan gereksinimlere uygun olarak günlük beslenmeye ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi nedeniyle yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan yanlış uygulamalardır (2). Gebelikte yetersiz beslenme yanında, aşırı beslenme de bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yanlış bir inanış sonucu halk arasında gebe kadınlara iki canlı oldukları için daha fazla yemeleri önerilir. Bunun sonucunda, fazla alınan enerjinin yol açtığı şişmanlık, doğumu güçleştiren bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (3). Gebelikte önerilen sınırlar arasında kilo alan kadınların maternal ve fetal sonuçlar (düşük doğum ağırlığı, makrozomi, spontan preterm doğum oranları, sezaryen doğum, maternal postpartum obezite) açısından en sağlıklı gebelik sonuçlarına sahip oldukları bildirilmiştir(4). Bu çalışma, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde antenatal izlemi yapılan gebelerin sağlıklı gebelik süreci ve beslenme hakkındaki bilgi düzeylerini, genel tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, tanımlayıcı, kesitsel bir araştırma olarak, 2 ile 15 Ocak 2012 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği'ne izlem amaçlı başvuran gebe kadınlar arasında yürütülmüştür. Veri toplamak için araştırmacılar tarafından hazırlanan ve gebelerin sosyodemografik özellikleriyle bilgi, tutum-davranışlarını sorgulayan 25 adet seçmeli ve açık uçlu soru içeren anket formu kullanılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 202 gebeye soru formları uygulandı. Çalışma ile ilgili izinler Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi EPK kurulundan alındı. Ayrıca çalışma öncesi katılımcılar araştırma hakkında

bilgilendirilerek kendilerinden sözlü onay alındı. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı analizlerin yanı sıra ki-kare testi ve One Way ANOVA kullanıldı. P değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 202 gebenin ortalama yaşı $26,1 \pm 5,1$ 'di. Katılımcıların yüzde 2'si okuryazar değilken yüzde 42,6'sı ilköğretim, yüzde 29,2'si ortaokul, yüzde 17,3'ü lise, yüzde 8,9'u üniversite mezunu idi. Ev kadını olanların oranı yüzde 92,1 ($n=186$) idi. Eğitim düzeyi arttıkça, gebelik sayısının azaldığı saptandı ($p<0,05$). Çalışmaya katılan gebelerin, yüzde 23,3'ü ($n:47$) 1. trimesterde, yüzde 34,7'si ($n:70$) 2. trimesterde ve yüzde 42'si ($n:85$) 3. trimesterde idi. Gebelerin yüzde 34,7'si primipar, yüzde 65,3'ü multipardı. Gebelerin yüzde 2'si halen sigara içiyordu, yüzde 4,5'i sigarayı bırakmıştı. Sigarayı bırakanların yüzde 66,7'si gebeliğini öğrendiğinde, yüzde 33,3'ü gebe kalmadan önce sigarayı bırakmıştı. Gebelik öncesi vücut kitle indekslerine (VKİ) bakıldığında yüzde 15,3'ü ($n=31$) zayıf, yüzde 50'si ($n=101$) normal kilolu, yüzde 17,8'i ($n=36$) aşırı kilolu, yüzde 11,9'u ($n=24$) ise obezdi. Multiparlar önceki gebeliklerinde ortalama $11,8 \text{ kg} \pm 4,2$ almışlardı. Gebelik sayısı arttıkça VKİ'nin arttığı saptandı ($p<0,05$).

Çalışmamıza katılan gebelerin yüzde 29,7'si gebelikleri süresince herhangi bir ilaç kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Gebelerin kullandıkları ilaçlara göre dağılımları Tablo 1'de görülmektedir. Çalışmaya katılan gebelerin yüzde 34,2'si bulantı - kusma yakınması olduğunu açıkladı. Yüzde 10,9'unun eşlik eden kilo kaybı bulunmaktaydı. "Sağlıklı bir gebelik için kaç kilo alınması gerekmektedir?" sorusuna verilen yanıt "ortalama $11,5 \pm 3,05$ kilo alınmalı" idi. Bu soruya "bilmiyorum" yanıtı verenlerin oranı yüzde 18,8'di. Katılımcıların yüzde 15,3'ü gebelikte egzersiz yapılmaması gerektiğini bildirmişlerdir. Yüzde 39,1'i gebelikte 3 öğün, yüzde 17,3'ü 6 öğün yemek yenmesi gerektiği belirtmişlerdir.

Gebelerin gebelikleri süresince ortalama uyku sürelerinin günde $8,9 \pm 1,7$ saat olduğu saptanmıştır. "Kendinizi nasıl tanımlarsınız?"

sorusuna yüzde 63,4'ü normal kiloluyum, yüzde 0,5'i şişmanım yanıtını vermiştir. Katılımcılara "gebelik süresince hangi gıdalardan kaçınılması gerektiği" sorusu yöneltildiğinde, sırasıyla aldığımız yanıtlar yüzde 43 asitli, yüzde 37,6 yağlı baharatlı, yüzde 25,7 çay-kahve, yüzde 16,8 sigara alkol, yüzde 8,9 tuzlu, yüzde 7,9 hormonlu hazır gıda, yüzde 6,9 hamur işi, yüzde 4,9 şekerli, yüzde 4,4 ıhlamur, adaçayı, maydanoz gibi bitki çayları, yüzde 1 bakliyat olarak belirlendi. Bu soruya "bilmiyorum" yanıtını verenler yüzde 11,4 oranındaydı (Tablo 2). Bu sorunun devamı olarak "bu gıdalardan neden kaçınılması gerektiği" sorusunun yanıtları Tablo 3'te görülmektedir.

Çalışmaya katılan gebelere "Gebelikte kesinlikle tüketilmesi gereken gıdalar nelerdir?" sorusu yöneltildiğinde yüzde 75,2 süt-yoğurt, yüzde 57,4 sebze-meyve, yüzde 54 et-yumurta, yüzde 13,9 kuru baklagiller, yüzde 6,9 ceviz-üzüm yanıtları alınmıştır (Tablo 4). "Bu gıdalar neden tüketilmelidir?" sorusuna ise en fazla yüzde 93 oranı ile bebeğin sağlıklı gelişmesi için yanıtı verilmiştir. Daha sonra anne sağlığı ile ilgili yüzde 17,8 kansızlık olmaması, yüzde 13,3 kemik erimesi olmaması, yüzde 8,9 dişlerin çürümemesi, yüzde 7,4 kilo almak için bu gıdaların tüketilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu soruya "bilmiyorum" yanıtını verenlerin oranı ise yüzde 5,4'tür (Tablo 5).

Çalışmamıza katılan gebelerin yüzde 68,8'i gebelikte ilgili sorunlarını kadın hastalıkları ve doğum uzmanına, yüzde 35,6 aile sağlığı elemanına, yüzde 23,7 aile hekimine danışmaktadır. Çalışmamıza katılan gebelere "Gebelikte ilgili risk faktörleri nelerdir?" sorusu yöneltildiğinde yüzde 69,7 oranıyla en sık akraba evliliğinin risk faktörü olduğu belirtildi. Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı ve böbrek hastalığı gibi kronik hastalıkların gebelikte ilgili bir risk faktörü olmadığını düşünenlerin oranı her bir hastalık için yüzde 50'nin üzerindedir. Gebelikte ilgili diğer risk faktörleri olarak önceki sorunlu gebelik ve düşükler yüzde 41,1, ileri yaş (35 yaş üstü) yüzde 40,6, genç yaş (18 yaş altı) yüzde 24,3, şişmanlık yüzde 28,7, zayıflık yüzde 19,3, yanlış ilaç kullanımı yüzde 36,6, çoğul gebelik yüzde 10,4 oranlarında belirtilmiştir (Tablo 6).

Gebelerin yüzde 31,7'si o anda ya da önceki gebeliklerinde herhangi bir diş sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. Bu sorunların yüzde 56,3'ü diş ağrısı, yüzde 29,7'si diş çürüğü, yüzde 1,6'sı dolgu, yüzde 12,5'i diş eti rahatsızlığıydı.

Tartışma

Bu çalışmada, gebelik ve doğum sayısı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Gebelik ve doğum sayısı yüksek olan gebelerin yüksek kiloya eğilimli oldukları görülmektedir. Bu bulgular önceki çalışmalarla uyumludur (5).

Çalışmamızda gebelerin yalnızca yüzde 2'si halen sigara içmekteydi. 1998'de yapılan bir çalışmada gebelerin yüzde 28'inin gebelikleri süresince sigara içtiği bulunmuştur (6). 2001 yılındaki benzer bir çalışmada bu oran yüzde 17,2 olarak belirlenmiştir (7). 2005'teki bir çalışmada ise, gebelikte sigara içimi yüzde 20,8 saptanmıştır (8). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)-2008 sonuçlarına göre halen gebe olan her on kadından biri ve emziren kadınların yüzde 17'si sigara içmektedir (9). Bu çalışmada, sigara içen gebelerin sıklığında saptanan bu düşük oran umuyoruz ki ülkemizde 2009'dan bu yana yürütülen sigara karşıtı kampanyaların başarısını gösteren sevindirici bir bulgudur.

Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez önemli bir risk etmenidir. Yapılan çalışmalarda, gebelikleri süresince sigara içen kadınlarda yüksek oranda abortus ve düşük doğum ağırlıklı bebek olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle, poliklinikte görülen her hastaya, özellikle gebelere sigara içip içmediği sorulmalıdır. İçenlere "sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? Sigarayı bırakmanın sağlığınız için yapabileceğiniz en doğru şey olduğunu biliyor musunuz?" soruları yöneltilmelidir. Yalnızca bu yaklaşım bile sigara bırakma sıklığında artış sağlamaktadır (10).

Gebelik öncesinde ve gebeliğin ilk 12 haftasında kullanımının nöral tüp defekti oluşumunu önlediği bilinen folik asitin bu çalışmadaki kullanım oranlarına baktığımızda, çalışmamıza katılan gebelerin yüzde 23,3'ü birinci trimestirde olmasına karşın, folik asit alanlar yüzde 6,9 bulunmuştur. Dünyada ve

Tablo 1. Gebelik döneminde kullanılan ilaçlar

Kullandığınız ilaç veya Vitamin var mı?		
	%	n
Multivitamin	51,90	105
Demir	35,10	71
Folik asit	6,90	14
Antiepileptik	0,50	1
Antihipertansif	0,50	1
İnsülin	1,48	3
Analjezik	1,48	3
Aspirin	1,98	4
Magnezyum	1	2
Tiroid	2	2
Antitroid	1	2
Antireflü	1	2
Kullanmıyor	29,70	60

Tablo 2. Gebelikte kaçınılması gereken gıdalar

	%	n
Asitli	43	88
Yağlı baharatlı	37,60	76
Çay/Kahve	25,70	52
Sigara-Alkol	16,80	34
Hormonlu / Hazır gıda	7,90	16
Tuzlu	8,90	18
Hamur işi	6,90	14
Şekerli	4,90	10
Bitki çayı (adaçayı-ıhlamur -maydanoz)	4,40	9
Bakliyat	1	2
Bilmiyorum.	11,40	23

ülkemizde yapılan çalışmalar gebelerin ilk kontrollerine 8. hafta ve sonrasında geldiklerini göstermektedir. Oysa nöral tüp defekti gelişimi en çok bu dönemde oluşur (11). Folik asit kullanımının halen düşük olması, bu konuyla ilgili bilgi ve uygulama eksikliği olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların yüzde 17,8'i gebelik öncesi BMI'lerine göre aşırı kilolu ve yüzde 11,9'u obez olmasına karşın, kendileri ile ilgili algılarını sorguladığımızda yalnız yüzde 0,5'i şişman olduğunu düşünmektedir. Yapılan bir çalışmada, gebelik öncesi kilosunu doğru değerlendiren gebelere oranla, gebelik öncesi kilosunu olduğundan az algılayan normal kiloluların 2 kat ve aşırı kilolu/obez kadınların ise 7 kat daha fazla gebelik dönemi aşırı kilo artışı olduğu belirlenmiştir (12). Bu nedenle,

Tablo 4. Gebelikte mutlaka tüketilmesi gereken gıdalar

	%	n
Süt - yoğurt	75,20	152
Meyve - sebze	57,40	116
Et - yumurta	54	109
Kuru Baklagil	13,90	28
Ceviz - üzüm	6,90	14

Tablo 5. Gebelikte bazı gıdaları tüketme nedenleri

	%	n
Süt - yoğurt	75,20	152
Meyve - sebze	57,40	116
Et - yumurta	54	109
Kuru Baklagil	13,90	28
Ceviz - üzüm	6,90	14

Tablo 3. Gebelikte bazı gıdalardan kaçınma nedenleri

Bu gıdalardan neden kaçınılmalı ?		
	%	n
Bebek gelişmez	42.5	86
Bulantı - kusma yapar.	28.2	57
Düşüğe neden olabilir.	23.7	48
Bebekte sakatlık yapabilir.	11.3	23
Cinsiyeti etkiler.	0.5	1
Bilmiyorum.	21.7	44

obezite farkındalığının artırılması da sağlıklı gebelik için önemlidir. TNSA 2008 verilerine göre, toplumumuzda annelerin yüzde 34,5'i kilolu, yüzde 23,9'u şişmandır (toplam yüzde 58,4) (9).

Gebelik öncesi normal ağırlıkta olan gebeler için gebelik boyunca 14,5 kg (12-17 kg) artış olmalıdır. Son yıllarda doğurganlık çağındaki kadınların çoğu gebelik dönemine fazla kilolu ya da obez olarak girmektedir. Gebelik sırasında da fazla kilo alınması, anne ve bebeğin yaşamını etkileyen kronik hastalıklar için risk oluşturmaktadır. Anne ve bebeğin sağlığını korumak için kadınların gebe kalmadan önce BMI'lerine göre normal sınırlarda olmaları ve yeni kılavuzlarda önerilen kilo alım miktarlarına uymaları gerekir (Tablo 7). Bu nedenle, gebelik öncesi kilo kontrolü için danışmanlık verilmelidir (13).

Bu çalışmaya katılan gebelerin yüzde 85'i gebelikte egzersizin yararlı olduğunu ve yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. 2005'te yapılan bir çalışmada, gebelerin yüzde 95'inin

Tablo 6. Gebelikteki risk faktörleri nelerdir?

	Evet (%)	Hayır (%)
Akraba evliliği	69,8	30,2
Önceki sorunlu gebelik ve düşükler	41,1	58,9
Hipertansiyon	46	54
Diyabet	42,1	57,9
Kalp hastalığı	33,7	66,3
Böbrek hastalığı	30,7	69,3
Şişmanlık	28,7	71,3
İleri yaş (35 yaş üstü)	40,6	59,4
İlaç kullanımı	36,6	63,4
Zayıflık	19,3	80,7
Genç yaş (18 yaş altı)	24,3	75,7
Çoğul gebelik	10,4	89,6

egzersizin yararlı olduğuna inandıkları saptanmıştır (14). Başka bir çalışmada, gebelerin yarısından fazlasının uyku ve dinlenmeye özen gösterdiği ve yüzde 92,0'ının yürüyüş yaptığı anlaşılmıştır (15).

Obez kadınlarda spontan düşük, birden fazla erken düşük (12 haftadan önce), hipertansiyon, hipertansiyonun gebelik komplikasyonları (HELLP dahil), gebelik diyabeti, makrozomi, sezaryen oranları, sezaryen komplikasyonları, sezaryen sonrası vaginal doğumda başarı düşmesi, entübasyon ve epidural kateter yerleştirme güçlüğü, tromboemboli, ölü doğum gibi riskler artmıştır (16).

Öneriler (16)

1. Gebelikten önceki periyodik muayenelerle jinekolojik bakım ve izlem için diğer vizitler, kilo vermeyi gebelik öncesinde ele almak için ideal bir fırsat sunar. Kadınlar gebeliğe VKİ 30'un altında, ideali 25'in altında olacak şekilde girmeye teşvik edilmelidir. (Kanıt düzeyi III ve B)

2. VKİ, gebelik öncesindeki boy ve kilodan hesaplanmalıdır. VKİ 30'u aşanlar obez kabul edilir. Bu ölçütler, kadınlara obeziteyle birlikte

görülen gebeliğin riskleri konusunda önerilerde bulunmak için yardımcı olabilir. (II-2 ve B)

3. Obez gebe kadınlar, kilo alımı, beslenme ve gıda seçimi konusunda danışmanlık almalıdır. (II-2 ve B)

4. Obez kadınlara, kalp hastalığı, akciğer hastalığı, gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel gebelik ve obstrüktif uyku apnesi gibi tıbbi komplikasyon riski taşıdıkları açıklanmalıdır. Gebelik esnasında düzenli egzersiz, bu risklerin bir kısmını azaltabilir. (II-2 ve B)

5. Obez kadınlara, fetusun doğumsal anomali taşıma riskinin artmış olduğu ve uygun bir tarama yapılması gerektiği açıklanmalıdır. (II-2 ve B)

6. Obstetrik bakım sorumluları, ikinci trimesterde fetal anatomik değerlendirmeyi planlarken, VKİ'yi de hesaba katmalıdır. Obez gebe kadınlar için 20-22. haftalar daha iyi bir seçim olabilir. (II-2 ve B)

7. Obez kadınlarda sezaryen olma olasılığı artmış, sezaryen sonrasında vaginal doğum başarısı düşmüştür. (II-2 ve B)

8. Her obez kadın için venöz tromboemboli riski değerlendirilmelidir. Bazı klinik durumlarda tromboprolaksi değerlendirmesinin kişiselleştirilmesi gerekir. (III ve B)

1998'de yapılan çalışmada, gebelerin bilgi edinmek için yüzde 87 oranında doktorları, yüzde 32 hemşireleri, yüzde 16 ebeleri, yüzde 7 diğer sağlık personelini tercih ettiği bulunmuştur (15). Bizim çalışmamızda kadınların normal gebelik ile ilgili sorularını, sürekli iletişim halinde oldukları aile hekimlerinden çok, gebelik boyunca sınırlı sayıda görebildikleri kadın-doğum uzmanlarına sormayı seçmeleri düşündürücüdür. Başka bir çalışmada, gebelerin yüzde 72,2'sinin doktor, ebe ve hemşirelerden herhangi birisinden bilgi aldığı bulunmuştur (17). Benzer biçimde, 2004'teki çalışmada olguların en başta sağlık personeli, diyetisyen ve özel kitaplardan bilgi aldıkları anlaşılmıştır (18). Bu sonuçlar bizim

Tablo 7. Gebelik öncesi BMI'ye göre gebelikte kilo alım oranları ile ilgili yeni öneriler (13)

Gebelik öncesi BMI	BMI+ (kg/m ²) (WHO)	Toplam kilo alma aralığı	2. ve 3. trimesterde kilo alma oranı (kg/hafta)
Zayıf	<18.5	14-20	0.5
Normal kilolu	18.5-24.9	12-17	0.5
Fazla kilolu	25.0-29.9	7-12	0.25
Obez	≥30.0	5-10	0.25

çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak; gebelik dönemi hem bebeğin, hem de annenin gelecekteki sağlığı için çok önemli bir süreçtir. Anne adayları bu dönemde önerilere uymaya daha istekli olduklarından, bu dönemin sağlık bakımı verenlerce iyi değerlendirilmesi gerekir. Beslenme, egzersiz, obezite, sigara bağımlılığı gibi konularda bu dönemde verilecek öneriler anne ve bebek sağlığında çok önemli olumlu değişiklikler sağlayabilir. Ayrıca aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının bakım verdikleri doğurgan çağdaki kadınlarla iyi iletişim içinde olmaları ve gebelik öncesinde de eğitim ve önerilerde bulunmaları, ana-çocuk sağlığı ve toplum sağlığı açısından olumlu getirileri olacak bir yatırımdır.

İletişim: Dr. Fatma Gökşin Cihan

E-posta: goksincihan@yahoo.com

Kaynaklar

1. Evans AT, Niswander KR. Prenatal Bakım. Öztopçu C, Çeviri ed. Obstetrik El Kitabı. 6. Baskı. Ankara: Medikal & Nobel; 2008. s 19-26.
2. Baysal A. The importance of nutrition in maternal health and economy in nutrition. Turk Hemsire Derg 1988; 38: 24-7.
3. Altan, EF. Yarıkentsel ve kentsel bölgedeki gebelerin beslenme alışkanlıkları ve besin tüketimleri. Bilim uzmanlığı tezi (basılmamış). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1992.
4. Abrams BF, Berman CA. Nutrition during pregnancy and lactation. Prim Care 1993; 20: 585-97.
5. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. STED 2005;14(7):157-60.
6. Şirin A. Primiparaların doğum öncesi bakıma ilişkin uygulamalarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;14(3): 215-27.
7. Taşpınar A, Özbaşaran F, Bolsoy N. Manisa ili Horozköy Sağlık Ocağı bölgesinde bulunan gebelerde risk etmenlerinin saptanması. 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. Ankara: 2001. s. 277- 8.
8. Özen İ, Bostancı M, Zincir M, Demirhan H. Bağbaşı ve Kayhan bölgesindeki tamamlanmış gebeliklerin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2002; 2: 54-8.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009.
10. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı(Hekimler İçin). 2010.
11. Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. Medical Clinics of North America 1996;80(2):337-74.
12. Herring SJ, Oken E, Heines J, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP et al. Misperceived pre-pregnancy body weight status predicts excessive gestational weight gain: findings from a US cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2008; 8:54. doi:10.1186/1471-2393-8-54
13. Kathleen M, Ann L. Ed. Committee to Reexamine IOM. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington DC: National Academies Press; 2009.
14. Krans EE et al. Pregnant women's beliefs and influences regarding exercise during pregnancy. J Miss State Med Assoc. 2005; 46 (3): 67-73.
15. Hawkins JW. et al. Women's reported self-care behaviors during pregnancy. Health Care for Women International 1998;19: 529-38.
16. Davies G A, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, et al. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada(SOGC). Clinical Practice Guidelines: Obesity in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32(2):165-73.
17. Sevil Ü, Bakıcı A. Gebelikte yaşanan fiziksel sorunların saptanması ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2002; 12(3): 56-62.
18. Cwiek D. et al. Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class. Wiad Lek 2004; 57(1): 48-51.



Enürezis Şiddet İlişkisi Kalitatif Çalışma*

The Relation of Enuresis With Violence: Qualitative Study

Kübra Terzi**, Nurcan Kolaç***

Geliş tarihi : 14.10.2012

Kabul tarihi: 18.12.2012

Öz

Amaç: Çalışma, bir ilköğretim okulunda öğrenim gören enürezisli çocukların enürezis ve şiddete ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu niteliksel araştırma 15 Ekim 2011 / 20 Şubat 2012 tarihleri arasında İstanbul İli Üsküdar İlçesi'ne bağlı kamuya ait bir ilköğretim okulunda okumakta olan çocuklarda fenomenolojik yaklaşım uygulanarak yapıldı. Araştırma evrenini ilköğretim okulu 1-8. sınıf öğrencileri (N=1350) oluşturdu. Çocuklara ilişkin bilgiler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu, ve Ruhsal Uyum Ölçeği(RUÖ) ile toplandı. Araştırma niteliksel olarak planlandığı için örneklem büyüklüğü hesaplanmadı. Enürezis sorunu olan 7-12 yaş arası 64 çocuk araştırmanın örneklemini oluşturdu. Çalışma araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden 9 çocukla gerçekleştirildi. Çocuklara enürezis ve şiddet hakkında sorular soruldu ve bu sorulara yönelik yanıtlar istendi. Görüşmeler çocukların izni ile ses kayıt cihazına kaydedildi. Görüşme yaklaşık 40-60 dakika sürdü. Aynı gün ses kayıtları yazıya döküldü. Derinlemesine görüşmeden elde edilen veriler ile temalar oluşturuldu ve sekiz tema belirlendi.

Bulgular: Araştırmada, çocukların yaptığı açıklamalar doğrultusunda 8 tema ve 21 alt tema ortaya çıktı. Bu temalar; enürezisin nedeni, enürezisin duygusal sonuçları, enürezisle oluşan sıkıntılar, şiddet tanımı, şiddetin ortaya çıkması, şiddete başvurma durumları, şiddetin gerekliliği, şiddetle karşılaşıldığında hissedilenler olarak belirlendi.

Sonuç: Çocuklar alt ıslatmanın, çok su içip çok yemek ve korkuya bağlı olduğunu, şiddetin ise hoş bir davranış olmadığını fakat bazen gerekli olduğunu belirttiler.

Anahtar sözcükler: Enürezis, Şiddet, Çocuk, Fenomenolojik yöntem

Abstract

Objective: This study was planned to identify primary school students' feelings and thoughts about enuresis and violence.

Material and Method: This qualitative research was conducted using a phenomenological approach with the students of a primary school located in Uskudar, Istanbul between October 15, 2011 and February 20, 2012 using a population consisting of students from 1st grade to 8th grade (N=1350). Information related to students was collected via Personal Identification Form and Mental Adjustment Scale (MAS), which were developed by the researchers based on the relevant literature. Since the study was planned as qualitative research, the sample size was not calculated. The sample consisted of 64 students with enuresis of ages 7 and 12. The study was conducted with 9 students who volunteered to participate. Students were asked questions about enuresis and violence. Interviews were tape-recorded with the students' consent. Interviews took on average 40 to 60 minutes. Records were transcribed verbatim on the same day. Themes were generated from the data obtained from the in-depth interviews and eight themes were identified.

Results: Eight themes and 21 subthemes were identified based on students' reports. These themes included the cause of enuresis, the feelings that enuresis created, the problems associated with enuresis, the definition of violence, the emergence of violence, the conditions leading to the use of violence, necessity of violence, the feelings experienced during violence exposure.

Conclusion: Students stated that enuresis resulted from drinking excessive amounts of water and from fear and that violence is not a kind behavior but it is sometimes necessary.

Key words: Enuresis, Violence, Child, Phenomenological method

*Bu çalışma 26- 28 Nisan 2012 tarihinde Bursa da yapılan Öğrenci Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

**İnt. Öğrenci, Marmara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü

***Öğr. Gör.; Marmara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü Halk

Sağlığı Hemşireliği AD

Giriş

Çocukların özgüvenleri ve özsaygısı ile ebeveynlerin ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyen enürezis sözcüğü, idrar kesesinin istemli olarak boşaltılabildiği yaşlarda, istemsiz idrar yapma olarak tanımlanır. DSM-IV (Diagnostic and a Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition) tanı ölçütlerine göre enürezis; 5 yaşından büyük çocukların diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, sistit ve üriner sistem anomalileri gibi tıbbi bir hastalığa bağlı olmadan, uyku sırasında, yineleyici nitelikte, istem dışı idrar kaçırmaları ve bu davranışın üç ay süreyle en az haftada iki kez ortaya çıkmasıdır (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması, klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları (ICD-10) enürezisi duygusal ve davranışsal bozukluklar başlığı altında ele almıştır (3). Enüretik çocukların psikolojik ve fiziksel istismara daha çok maruz kaldıkları ve daha sık cezalandırıldıkları bilinmektedir. Enüretik çocuklar ile ebeveynleri arasında iletişim sorunları yaşanmasının, çocuklarda gelişebilecek psikolojik sorunları daha çok artırdığı bildirilmektedir (4). Çocuğun ailesi ya da arkadaşları tarafından sorununa yönelik sürekli konuşulması, ayıplanması, alay edilmesi, yetersiz ilgi gösterilmesi, cezalandırılması gibi hatalı tutumlar, çocuğun çevresi ile ilişkilerini bozmakta, çoğu kez geçici olan bu durumun kalıcı duruma gelmesine neden olmaktadır (5).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da enürezisin şiddetle bağlantısı net bir biçimde ortaya konmuştur. Bu çalışmada enürezisli çocukların yüzde 86,4 şiddet gördüğü, ailelerin çocuklarını enürezisden dolayı yüzde 42,1 tokatladığı ve yüzde 12,8 poposuna vurduğu rapor edilmiştir (6, 7). Yine Singapur'da yapılan bir çalışmada da, enürezis olgularının yüzde 20'sinin çocuklarına şiddet gösterdiği belirtilmiştir (30). Almanya ve Tokat'ta yapılan bir çalışmada cinsel istismar gören çocuklarda enürezis saptanmıştır (8, 9). Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada, enürezisli çocukların yüzde 50,8 fiziksel olarak cezalandırıldığı, cezalandırmadan yüzde 87,9 annenin sorumlu olduğu anlaşılmıştır (10).

Bu araştırma, enürezisli çocukların şiddete ilişkin duygu ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç Yöntem

Bu niteliksel araştırma 15 Ekim 2011-20 Şubat 2012 tarihleri arasında İstanbul İli Üsküdar İlçesi'ne bağlı kamuya ait bir ilköğretim okulunda okumakta olan çocuklarda fenomenolojik yaklaşım uygulanarak yapıldı.

Çalışmanın yapıldığı ilköğretim okulu, orta sosyoekonomik düzeye sahip yarı zamanlı eğitim sistemi uygulayan bir okuldur. Okulda Hemşirelik Yüksekokulu tarafından oluşturulan bir sağlık ofisi bulunmakla birlikte kadrolu okul hemşiresi yoktur.

Araştırmanın evrenini ilköğretim okulu 1-8. sınıf öğrencileri (N=1350) oluşturdu. Araştırma niteliksel olarak planlandığı için örneklem büyüklüğü hesaplanmadı. Enürezis sorunu olan 7-12 yaş arası 64 çocuk araştırmanın örneklemini oluşturdu. Çalışma, araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden 9 çocukla gerçekleştirildi.

Örneklem seçimi öncesinde, araştırmaya katılacak çocuklar hakkında fikir sahibi olabilmek için çocukların ailelerine Kişisel Bilgi Formu ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilmiş olan Ruhsal Uyum Ölçeği (RUÖ) gönderildi. Kişisel Bilgi Formu, çocukların sosyodemografik özelliklerine yönelik 8 soruluk bir formdu. Ruhsal uyum anketi ise 32 sorudan oluşmaktaydı.

Aile formu gönderilenlerden 964 aile, formunu doldurup geri gönderdi. Ruhsal uyum anketi ile çocuklarda sıkça karşılaşılan kekemelik, tırnak yeme, parmak emme, enürezis, enkoprezis ve okul başarısızlığı gibi bazı belirtilerin yaygınlığı saptandı. Ailelerde 7-12 yaş arasında çocuğu olan 64'ü, Ruhsal Uyum Anketi'nde çocukları için "yatağına işiyor" ifadesini işaretledi. Çalışma bu çocuklardan 9'u ile gerçekleştirildi.

Veriler çocukların enürezis ve şiddet hakkındaki duygularını, düşüncelerini, yaşadıkları sorunları ortaya koymaya yönelik sorularla derinlemesine görüşme yolu ile toplandı.

Görüşmeler, İstanbul İli Üsküdar İlçesi'ne bağlı kamuya ait bir ilköğretim okulunun revir, kütüphane ve konferans salonunda gerçekleştirildi. Görüşmenin bire bir olması sağlanarak, ortamda başka kimsenin olmamasına özen gösterildi. Görüşmeye

başlamadan önce araştırmacı kendisini tanıtır, çalışmanın amacı hakkında çocuklara bilgi verir. Araştırmacı, niteliksel araştırmanın planlanması, görüşme teknikleri ve analizi konusunda eğitim almıştı. Görüşmeler yaklaşık 40-60 dakika sürdü ve çocukların izniyle ses kayıt cihazına kaydedildi.

Derinlemesine görüşmeden elde edilen veriler araştırmacılar tarafından dinlendi, okundu, kodlandı, kavram ve kategorilere ayrıldı, temalar oluşturuldu. Veri analizi sonunda sekiz tema belirlendi. Araştırmaya katılan çocukların ifadelerinin altına parantez içinde yaşları, cinsiyetleri belirtildi.

Araştırmanın sınırlılığını, İstanbul İli içindeki belirli bir okulda yapılması ve kız öğrencilerin araştırmaya katılmak istememesi oluşturdu. Araştırmaya katılacak çocuklar, bu görüşmenin bilimsel araştırma amacıyla yapıldığı ve elde edilen verilerin araştırmanın sınırları dışında üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı konusunda bilgilendirilip sözlü onamları alındı.

Bulgular ve Tartışma

Araştırma kapsamına alınan çocukların tanıtıcı özellikleri Tablo 1' de verilmiştir.

Çocukların yaş ortalaması 9,6'dır. Öğrencilerin 8'i erkek, 1'i kızdır. Çocukların hiç birinin kronik bir hastalığı yoktu ve herhangi bir nedenden ötürü ilaç kullanmıyordu. Çocukların yüzde 55,5'i karanlıktan korktuğunu, yüzde 44,4'ü korku filmleri ve böcekler nedeniyle korkular yaşadıklarını belirtti. Çocukların babalarının yüzde 55,5'i ilkökul mezunu, annelerin ise yüzde 33,3'ü ilkökul mezunuydu.

Temalar

Araştırma sonucunda sekiz tema ve yirmi bir alt tema bulunmuştur. Bu temalar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tema 1: Enürezis nedeni

Alt Tema: Çok su içme ve yemek yeme, korkunç şeyler görme ve izleme, şiddet görme

Tema 2: Enürezis ile hissettikleri

Alt Tema: Kötü hissetme, annemin kızacağı hissediyorum, hiçbir şey hissetmiyorum

Tema 3: Enürezisle oluşan sıkıntılar

Alt Tema: Temizleme, annemin kızması, sıkıntı oluşturmadığı

Tema 4: Şiddet tanımı

Alt Tema: Birisi hata yaptığında dövmek, gururunu ezme,

Tema 5: Şiddetin ortaya çıkması

Alt Tema: Allah öyle yapmış, hata yaptığında uyarmak için

Tema 6: Şiddete başvurma

Alt Tema: Zor durumda kalanlar, kalpsizler, annemle babam

Tema 7: Şiddetin gerekliliği

Alt Tema: Gerekli değil, gerekli, bazen gerekli bazen de gereksiz

Tema 8: Şiddetle karşılaştığında hissettikleri

Alt Tema: Acıma, korku, üzülmeye

Tema 1: Enürezis nedeni

'Sence altını ıslatma problemin niçin olmuştur?' sorusuna çocukların çoğunluğu 'çok su içme ve yemek yeme, korkunç şeyler görme ve korku filmi izleme, şiddet görme' olarak yanıt vermişlerdir.

'Çok yemek yiyorum... çok su içiyorum... oyuna dalınca tuvaletim gelince üşüyorum...' (10 yaşında, erkek)

Korkunç şeyler düşündüğümde olabiliyor, bazen de korkunç filmler olabiliyor televizyonlarda, onlardan kaynaklanabiliyor, bir de karanlık yer de kaldığımda çok oluyor...' (12 yaşında, erkek)

Canımı kurcalayan bir şeyler her şeyler var... Yunus beni dövüyor ... mesela ablamın bilmeceleri birazcık zor bulunuyor... ben de pek çözemiyorum... geçen bir tane sormuştu... ben anlamadım...

(7 yaşında, erkek)

Genelde enürezis durumunda ailelerin sıvı kısıtlaması yöntemine başvurduğu, ancak sonuç alınmadığı bilinmektedir. Diğer yönden, akşam fazla sulu besin alan çocuklarda enürezisin daha sık olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, akşam saatlerinde, fazla sulu besin alma alışkanlığı olan çocuklara bu yöntem önerilebilir. Ancak yapılan bir çalışmada, sıvı kısıtlamasının çocukların kuru kalmasına yardımcı olduğuna ilişkin bulgu saptanmamıştır (11, 12, 13).

Tablo 1. Araştırmaya katılan çocukların bireysel özelliklerinin dağılımı

Bireysel özellikler		N	%
Yaş	5-10	6	66,6
	11-16	3	33,3
Cinsiyet	Kız	1	11,1
	Erkek	8	88,8
Hastalık durumu	Yok	9	100
	İlaç kullanımı Yok	9	100
	Fobi Karanlık	5	55,5
	Diğer(film, böcek)	4	44,4
Baba eğitimi	İlkokul	5	55,5
	Lise	3	33,3
	Üniversite	1	11,1
Anne eğitimi	İlkokul	3	33,3
	Ortaokul	2	22,2
	Lise	3	33,3
	Üniversite	1	11,1
Anne- baba	Birlikte	8	88,8
	Ayrı	1	11,1
Ailedeki çocuk sayısı	İki çocuk	6	66,6
	Üç çocuk	2	22,2
	Dört çocuk	1	11,1
Kaçınıcı çocuk olduğu	İlk çocuk	3	33,3
	İkinci çocuk	1	11,1
	Son çocuk	5	55,5

Bazı araştırmalar sonucunda, enüretik çocukların psikolojik ve fiziksel istismara daha çok maruz kaldıkları görülmüştür (4, 14). Bu çalışmada çocukların anksiyete, stres vb durumlarla karşılaşmalarının enürezis riskine yol açabileceği düşünülmektedir.

Tema 2: Enürezis ile hissedilenler

'Altını ıslattığın zaman neler hissediyorsun?' sorusuna çocuklar genelde 'kötü hissetme, annemin kızacağına hissediyorum, hiçbir şey hissetmiyorum' biçiminde yanıt vermişlerdir. 'Annemin kızacağına hissediyorum... orayı kendim temizleyebilir miyim diye düşünüyorum... bir daha tuvaletini yapmadan yatma kızım tamam mı diyor... sürekli uyarıyor beni...'

(7 yaşında, kız)

'Telaş hissediyorum... üzümlük hissediyorum... mutsuz oluyorum... rahatsız oluyorum...'

(11 yaşında, erkek)

' Hiçbir şey hissetmiyorum...'

(10 yaşında, erkek)

... altımı ıslattığım zaman bazen kardeşimle yatmak istiyorum... kardeşim ben altımı ıslatıyorum diye benle yatmıyor, o yüzden çok üzülüyorum... altımı ıslattığım zaman çok üzülüyorum yani sanki bir tek ben varmışım gibi hissediyorum dünyada... çok üzülüyorum o yüzden bazı arkadaşlarım benimle dalga geçiyor... söylüyorum lütfen söyleme diye.. ama arkadaşlarım beni dinlemeyip benim alt ıslatmamla dalga geçiyor...'

(10 yaşında, erkek)

Enürezis önemli psikolojik ve sosyal sonuçları ile sık görülen bir bulgudur. Bazı araştırmalarda enürezis olan çocuklarda azalmış özgüven, okulda ve arkadaşları arasında sosyal uyumda sıkıntılar yaşama, davranış sorunları bildirilmiştir (4, 15, 16, 17)

Tema 3: Enürezis ile oluşan sıkıntılar

'Altını ıslatman sende ne gibi sıkıntılar oluşturmaktadır?' sorusuna çocuklar genelde 'temizleme, annemin kızması, sıkıntı oluşturmadiği' olarak yanıt vermişlerdir.

'Çok sıkıntı oluşturuyor... küçükken de ben yapıyordum ama anneme söyleyemiyordum vurur kızar diye... sonra bir aralar böyle yatağı temizleyemediğimden -küçüğüm ya bir de temizleyemiyordum, kalıyordu böyle ıslak... sonra annem geçen şey, o gün işte çarşafı temizleyecekmiş ,bakmış yatak ıslak... şey dedi, bu ne dedi, ben de su döküldü dedim. Sonra koku olunca bu çişe benziyor dedi, tamam mı? O da dedi, yok dedim. Bir daha olmasın dedi, tamam mı? Ben de dedim ohh be bir şey yapmayacak sandım dedim. Sonra bazen de böyle oluyor, gece kalkmak istiyorsun, kalkamıyorsun... sonra yatağın falan sıcak geliyor, kalkamıyorsun. Ondan sonra yatağın ıslakken sabaha kadar ıslak yatıyorsun...'

(12 yaşında, erkek)

'... ben de sıkıntı oluşturmuyor... Yatağımı annem ya da ablam topluyor...'

(10 yaşında, erkek)

Yapılan çalışmalarda, enürezisli çocukların ailelerinin çocuklarına psikolojik ve fiziksel şiddet gösterdiği belirtilmiştir. Enüretik çocukların psikolojik ve fiziksel istismara daha çok maruz kaldıkları ve sık cezalandırıldıkları bilinmektedir. (4, 6, 7). Yine enüretik çocuklar ile ebeveynleri arasında iletişim sorunları yaşanmasının çocuklarda

Tablo 2. Araştırma sonucunda sekiz tema ve yirmi bir alt tema bulunmuştur. Bu temalar aşağıdaki gibidir.

Tema 1:	Enürezis sebebi
Alt Tema:	çok su içme ve yemek yeme, korkunç şeyler görme ve izleme, şiddet görme
Tema 2:	Enürezis ile hissettikleri
Alt Tema:	Kötü hissetme, annemin kızacağını hissediyorum, hiçbir şey hissetmiyorum
Tema 3:	Enürezisle oluşan sıkıntılar
Alt Tema:	Temizleme, annemin kızmaması, sıkıntı oluşturmadığı
Tema 4:	Şiddet tanımı
Alt Tema:	Birisi hata yaptığında dövmek, gururunu ezmek,
Tema 5:	Şiddetin ortaya çıkması
Alt Tema:	Allah öyle yapmış, hata yaptığında uyarmak için
Tema 6:	Şiddetin başvurma
Alt Tema:	Zor durumda kalanlar, kalpsizler, annemle babam
Tema 7:	Şiddetin gerekliliği
Alt Tema:	Gerekli değil, gerekli, bazen gerekli bazen de gereksiz
Tema 8:	Şiddetle karşılaştığında hissettikleri
Alt Tema:	Acıma, korku, üzüme

gelişebilecek psikolojik sorunları daha çok artırdığı bildirilmektedir (15).

Tema 4: Şiddet tanımı

'Sence şiddet ne demektir?' sorusuna çocukların genel yanıtı, 'birisi hata yaptığında dövmek, gururunu ezmek' olmuştur.

'Bence birisi hata yaptığında ona kızmak ya da dövmek... şiddetle karşılamak... Biri hata yaptığında böyle bağırsın ya da biri hata yaptığında döversin...'
(13 yaşında, erkek)

'Şiddet birisinin canını acıtmak , vurmak mesela... nasıl diyeyim... birisine vurmak, onun gururunu ezmek...'
(10 yaşında, erkek)

'Şiddet birine kızmak, dövmek...'
(7 yaşında, kız)

'Şiddet çocukları üzüp ve ağlatarak her şey yaptırır...'
(10 yaşında, erkek)

Yapılan bir araştırmaya göre zorlamak, bedensel ya da psikolojik acı çektirmek, vurmak, dövmek, yaralamak gibi bir dizi davranış şiddetin en yaygın biçimi olarak bilinmektedir.. Bu bağlamda şiddet, zarar verici bir saldırı olarak da tanımlanabilir. (18). Araştırmada elde edilen ifadeler bu bulguları destekler niteliktedir. Çocukların hata durumunda insanların şiddetle

cezalandırılmalarını normal karşılamaları oldukça düşündürücüdür.

Tema 5: Şiddetin ortaya çıkması

'Sence şiddet neden ortaya çıkmıştır?' sorusuna çocukların genellikle yanıtı 'Allah öyle yapmış, hata yaptığında uyarmak için' olmuştur.

'Herkes hata yaptığı için onları uyarmak için.. bir daha yapmaması için...'
(13 yaşında, erkek)

'Çünkü bir kişiye kızdığımızda ona şiddet uygulamak ister birisi... ona vurmak ister, ona öyle vurunca da ortaya çıkmış olabilir...'
(10 yaşında, erkek)

'Maçlarda bazen insan çok stres yapıyor..topu vuruyor, bazen kafasına geliyor... stres yapıyorlar, neden yaptın falan diye... kızıyorlar... Bazen ağabeyimle evin içinde top oynuyoruz ağabeyimin bir parmağı acıdı ben topu attığımda, ağabeyim benim saçımı çekti...'
(7 yaşında, kız)

'Allah öyle yapmış...'
(7 yaşında, erkek)

Bu çalışmada çocuklar şiddetin kızgınlık, hata yapma gibi durumlarda kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Bu durum çocukların pek çok saldırgan davranışı başkalarından izleyerek öğrendiklerini, şiddetin anne-baba tutumuna bağlı olarak sosyalizasyon sürecinde

öğrenilebildiğini, içgüdüsel olarak tetiklendiğini düşündürmektedir. (19, 20).

Tema 6: Şiddete başvurma

'Kimler şiddete başvurur?' sorusuna çocuklar genelde 'zor durumda kalanlar, kalpsizler, annemle babam' gibi yanıtlar vermişlerdir.

'Annem, bazen de babam... annemle babam tartışıyorlar karşılıklı... biraz birbirlerine kötü sözler söylüyorlar...'

(7 yaşında, kız)

'Kötü olanlar... kalpsizler...'

(11 yaşında, erkek)

'Zor durumda kalanlar başvurur... yapmaması için... mesela bir çocuk küfür ediyor.. onu döversin bir daha yapmaması için, terbiyesi için...'

(13 yaşında, erkek)

Ev içi şiddete tanık olma ya da şiddet mağduru olma her yaşta aile bireyini ve özellikle çocukları çok yönlü etkilemektedir (19). Bu çalışmada çocuklar şiddeti normal olarak karşılamış ve sorunların çözümünde gerekli görmüşlerdir. Bu durum çocukların şiddeti ailelerinin ve toplumun sorunların çözümünde ya da toplumda sosyal kabul sağlayan, ödüllendiren davranış olarak görmelerinden kaynaklanabilir. (21).

Tema 7: Şiddetin gerekliliği

'Sence şiddet problemlerin çözümünde gerekli midir?' sorusuna çocukların genellikle verdiği yanıt 'gerekli değil, gerekli, bazen gerekli, bazen de gereksiz' biçimindedir.

'Çok kötü bir şey... gerekli de değil... çünkü biri dövüyor... biri vuruyor... bir kötülük sebebi çıkıyor...'

(7 yaşında, erkek)

'Bazı yerlerde gerekli buluyorum... Mesela birisi sana küfür ettiğinde, o anda işte ya, ben bana birisi küfür ettiğinde kötü söz sahibine aittir diyorum... ama işte dayanamıyorum sonra ben de. Ben de vuruyorum ona tabi, daha doğrusu da çok vurmuyorum, acıyorum. Mesela kardeşimin bana dün yaptığı hareketi bir daha ben ona yapmam. Yaptığımda vicdan azabı hissediyorum, o yüzden vurmuyorum hiç kimseye. Sonra vurmamakça üstüme geliyorlar... Ezik görüyorlar seni sonra daha çok laf ediyorlar o yüzden...'

(12 yaşında, erkek)

'Hayır... çünkü herkes birbirine kızıyor, o

zaman da bir yere varılmıyor... boş boşuna insanlar üzölmüş oluyor...'

(7 yaşında, kız)

Yapılan bir çalışmanın verileri de, Türkiye'de şiddetin bir 'terbiye' biçimi olarak algılanması ve bunun hem aile içinde, hem de kamusal yaşamda meşru olarak görülmesinin, şiddetin hem yeniden üretilmesine, hem de gizlenmesine yol açtığını destekler niteliktedir. Türkiye de, erişkinlerle 23 ilde yapılan bir çalışmada, görüşülen kişilerin yüzde 64'ünün erkeğin eşini dövmesini onaylamakta olduğunu, kadınların yüzde 35,1'inin ise ara sıra dayak yemelerini haklı kılacak davranışlarda bulduklarını düşündükleri belirtilmiştir. Benzer bir başka çalışmada, Türkiye'de erkeklerin yüzde 44,9'unun kocaların sözlerini dinlemeyen eşlerini dövme hakkı olduğunu, yüzde 66,2'si erkeğin evin reisi olduğunu, erkeklerin yüzde 53,7'sinin kadınlardan daha üstün olduklarını düşündükleri ortaya çıkmıştır (22, 23). Yapılan bu çalışmada enürezisli çocukların erişkinlerle benzer düşüncelere sahip oldukları görölmektedir.

Tema 8: Şiddetle karşılaştığında hissettikleri
'Çevrende şiddet gördüğün zaman neler hissediyorsun?' sorusu çocuklara sorulduğunda genellikle 'acıma, korku, üzölme' yanıtını vermişlerdir.

'Yani o kişinin yerine koyuyorum kendimi... kendimi yani... beni dövseler benim canımı acıtsalar ne olur yani... onun yerine koyuyorum ve ona acıyorum...'

(10 yaşında, erkek)

'Korku bir de korku hissediyorum...'

(11 yaşında, erkek)

Şiddetle karşılaşan kişilerin hissettikleriyle ilgili yapılan başka bir çalışmada katılımcılar; üzüntü, huzursuzluk, mutsuzluk, acıma, kötü hissetme, sıkıntı duyma, rahatsızlık, utanç, yadırgama, çaresizlik, kızgınlık, sevgisizlik gibi duyguları belirtmişlerdir (24). Araştırmada elde edilen yanıtlar da bu bulguları destekler niteliktedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, çocuklar enürezis sorunlarından dolayı psikolojik ve sosyal olarak etkilenmişlerdir. Çocuklar, alt ıslatmalarının çok su içip çok yemek yemeye ve korkuya bağlı olduğunu, şiddetin hoş bir davranış olmadığını,

fakat bazen normal karşılanabileceğini, bazen de gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

Bu doğrultuda, okul hemşireleri ve okul yönetimi işbirliği içinde, okullarda ve yapılan ev ziyaretlerinde ailelere, öğretmenlere, çocuklara;

Enürezis hakkında bilinçlendirme programları yapılmalı, bu programlar içinde; enürezisin bir hastalık olmadığı, genellikle hangi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmeli, çocuklara yaklaşımın nasıl olması gerektiği hakkında eğitim programları düzenlenmelidir. Okul hemşiresi, okul ve toplum arasında işbirliğini oluşturmada anahtar rol üstlenerek pozitif davranış değişikliğine rehberlik edebilir.

İletişim: Nurcan Kolaç

E-posta: nkolaç@hotmail.com

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Mathews B, editor. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1995. s.1314.
2. Uluocak N, Erdemir F. Enürezis nokturna: Etiyopatogenez. Türk Urol Sem 2011; 2: 35-40.
3. Dünya Sağlık Örgütü (WHO). ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması, klinik tanımlamalar ve tanı klavuzları. Çev: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk O, Rezaki M, Uluğ B. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği 1993.
4. Toros F, Avlan D, Çamdeviren H. Enüretik çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 38-45
5. Sakarya B. 7-12 yaş grubu enüretik olan ve enüretik olmayan çocuklarda aile tutumlarının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: 2008.
6. Melina C, Sapi, Juliana S. P. Vasconcelos, Fernando G. Silva, Ronaldo Damião, Eloísio A. da Silva. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. J Pediatr (Rio J) 2009 Sept-Oct ; 85: 59433-7.
7. Can G, Topbas M, Okten A, Kizil M. Child abuse as a result of enuresis. Pediatr Int 2004; 46: 64-6.
8. Berberich HJ, Neubauer H, Urologe A. Urological dysfunction after sexual abuse and violence. Article in German 2004 Mar; 43(3): 273-7.
9. Yildirim A, Uluocak N, Atılğan D, Özçetin M, Erdemir F, Boztepe O. Evaluation of lower urinary tract symptoms in children exposed to sexual abuse. Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda alt üriner sistem semptomları değerlendirilmesi. Urol J 2011 Winter; 8(1): 38-42.
10. Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG, Damiao R, Silva EA. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. J.Pediatr.Rioj 2009 Sep-Oct; 85(5): 433-7
11. Ünal F. Enürezis nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17: 789-802.
12. İşcan B. Enürezisi olan çocuklarda sağlıklı yaşam kalitesinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. 2010.
13. Kirk J, Vestergaard R, Ritting S, Djurhuus J. Provoked enuresis-like episodes in healthy children 7 to 12 years old. J Urol 1996; 156(1): 210-3
14. National kidney and urologic diseases information clearinghouse (NKUDIC). Urinary incontinence in children. NIH Publication No. 07-4095 October 2006.
15. Küçük L. Çocuk ve ergenlerde önemli bir sorun olan enürezisin psikososyal yönü. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3).
16. Sakarya B. 7-12 yaş grubu enüretik olan ve enüretik olmayan çocuklarda aile tutumlarının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: 2008.
17. Yıldız A, Kolaç N, Ergün A. Enürezis nokturna sorunu olan ve olmayan ilköğretim öğrencilerinin benlik algıları. 1. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi 2007 İzmir özet kitabı. s. 27.
18. Deveci H, Karadağ R, Yılmaz F. Primary school students' perceptions of violence. Electronic Journal of Social Sciences Spring 2008; 7(24). Erişim, info@esosder.org
19. Tel H. Gizli sağlık sorunu: Ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002, 6 (2): 9.
20. Buller JE. The impact of family of origin conflict management style on participation in a violent intimate relationship 2008. Erişim, www.digital.library.okstate.edu.tr
21. Tokdemir M, Deveci E, Açıık Y, Yağmur M. İlköğretim öğrencilerinin en sık izledikleri televizyon programlarına göre fiziksel şiddete başvurma ve fiziksel şiddete yaklaşımlarının karşılaştırılması. Erişim, www.firat.edu.tr
22. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. Ankara: 2000.
23. Zara Page A, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. Türk Psikoloji Yazıları Aralık 2008; 11 (22): 81-94.
24. Yegen G. Öğretmen adaylarının kadına uygulanan şiddet olgusuna drama yöntemi ile bakışı. Erişim, www.emu.edu.tr -PDF

Sağlık Ocaklarında İş Ortamı ve İş Yaşamına İlişkin Risklerinin Değerlendirilmesi*

An Assessment of Risks Regarding Work Life within the Working Environment in Primary Health Care Units

Araştırma



Research

Nurcan Kolaç*, Dr. Ayşe Yıldız**, Dr. Saime Erol

Geliş tarihi : 07.12.2012

Kabul tarihi: 19.12.2012

Öz

Amaç: Bu çalışma Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir il merkezinde bulunan sağlık ocakları ve AÇSAP merkezlerinde çalışan personelin son bir yıl içinde iş ortamı ve iş yaşamına ilişkin en sık karşılaştıkları riskler ve sağlık sorunlarını tanımlamak amacıyla kesitsel türde yürütülmüş bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini TC Sağlık Bakanlığı'na bağlı Tunceli İl Merkezi'nde bulunan Merkez, Atatürk, Cumhuriyet sağlık ocakları ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde çalışan tüm sağlık personeli ve diğer çalışanları (74 kişi) oluşturmuştur. Tüm kişilere ulaşmanın planmış olmasına karşın, örnekleme 2004 yaz aylarında ulaşılabilen 60 kişi alınmıştır. Veriler, sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini, çalışma ortamı ve çalışma yaşamıyla ilgili risklerin değerlendirmeye yönelik soru formu ile toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında, çalışanların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı ve yüzdeler ile, bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler ise Pearson-chi-square testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %80'i kadındır. Çalışanların %45'i ebe, 26,7'si hemşire, 10,7'si sağlık memuru, 6,7'si doktor, %10'u ise diğer sağlık personelinde oluşmaktadır. Çalışanların çalışma yaşamında sık karşılaştıkları risklerin başında %71,7 ile stres, %70 ile monoton çalışma ortamı gelmektedir. Çalışanların %55'i karda düşme, %51,7'si köpek ve başka hayvan saldırısı, %38,3'ü kimyasal madde sızması, %31,7'si ise kesici, batıcı aletle yaralanma yaşamıştır.

Çalışanların yaşları ile hasta yakınları tarafından sözel saldırıya maruz kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=8,07$ $p=0,04$) Çalışanların cinsiyetleri ile köpek ve bazı hayvan saldırısına maruz kalma ve hasta yakınları tarafından sözlü saldırıya uğrama arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($\chi^2=7,35$, $p=0,00$, $\chi^2=6,85$, $p=0,00$). Çalışanların %86,7'si mesleki risklerden korunmaya yönelik sağlık eğitimi almamıştır.

Abstract

Objective: This cross sectional study has been conducted in order to identify the most common risks and healthcare problems experienced within the working environments and during practices by the healthcare workers employed in mother and child care centers and primary health care units located in Tunceli (A city in East Anatolia Region)

Material and Methods: The research comprised all health care and non-health care workers employed in the mother and child care centers and primary health care units located in Tunceli (74 persons). These units and centers are subsidiaries of the Turkish Ministry of Health and are located in central Tunceli. Although it was initially planned to include all the scope without any sampling method, due to leaves during the summer season (2004) a total of 60 subjects were included. Data were collected by questionnaires designed to determine the socio-demographic features of participants and risks on working conditions and environment

Dependent variables of the study were working environment and risks involved in work, while the independent variables were age, sex, profession, marital status and worked years of the participants. Data were assessed by using percentages and the Pearson-chi-square test.

Results: Of the health care workers participating in the survey, 80% were women, 45% midwives, 26,7% were nurses; 10,7 % were medical officers; 6,7% were doctors and 10% were other health care workers. The most common risk factors experienced by the health care workers in working life and the environment were stress (71,7%) and monotonous work (70%). Of the workers, 55% had experienced falls during home visits in snowy weather; 51.7% had been attacked by pets; 38.3% of the workers were injured by contact of chemicals; 31.7% were hurt by cutting or piercing.

Health care workers demonstrated a statistically significant correlation between age and the number of verbal abuse experienced. ($\chi^2=8,07$ $p=0,04$) There

* Bu Çalışma 13-14 Nisan 2006 tarihinde Manisa'da yapılan IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu'nda poster bildirisi olarak sunulmuştur.

** Halen ASM'lere dönüştürülmüş olan sağlık ocaklarında çalışan personelin risklerini değerlendiren bir araştırma olmasına karşın, birinci basamakta çalışan hekim ve diğer personelin benzer riskler altında olduğu düşünülerek güncelliğini koruması nedeniyle yayımlanması uygun görülmüştür.

***Öğr. Gör.(Msc.); Marmara Ü. Hemşirelik YO Halk Sağlığı AD, İstanbul

****Yrd. Doç.; Marmara Üniversitesi Hemşirelik YO Halk Sağlığı AD, İstanbul

*****Yrd. Doç.; Marmara Üniversitesi Hemşirelik YO Halk Sağlığı AD, İstanbul

Sonuç: Sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün mesleğe bağlı risklerle korunmaya ilişkin sağlık eğitimi almadığı, yarısından fazlasının hasta yakınları tarafından sözlü şiddet yaşadığı, en sık yaşadıkları sorunların başında stres ve monoton yaşamın geldiği saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Sağlık çalışanı, çalışma ortamı, çalışma yaşamı, iş riskleri.

Giriş

Sağlık çalışanlarının sayısının giderek artması, çalıştıkları kurumların çeşitlenmesi, çalışma süreci ve yaşamlarındaki risklerin artması, sağlık çalışanlarının sağlığını gündeme getirmiştir (1, 2, 3) .

Sağlık çalışanı, toplumun sağlığını koruma, iyileştirme sürecinde pek çok risk etmeni ile karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılmıştır. Araştırmalar başta fiziksel , kimyasal ,biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri bildirmiştir (2, 3, 4).

Türkiye' de sağlık çalışanlarının ne kadar, hangi sıklıkla, hangi meslek hastalıklarına ya da iş kazalarına maruz kaldığını, maruz kalanların ise iş göremezlik, sakatlık ya da yaşam yitimine ilişkin verilere sahip değiliz. Ancak yerel düzeyde yapılan araştırmalarda işe bağlı tüberküloz, hepatit B, kas iskelet sistemi hastalıkları, enfekte kesici- batıcı cisim

were also a statistically significant correlation between the sexes of the workers and pet attacks and verbal abuses from patient relatives ($\chi^2 =7,35$, $p=0.00$), ($\chi^2=6,85$ $p=0.00$)

Conclusion: In this study, it was determined that major part of health care workers were not educated for protecting themselves from risks, over half of them experinced verbal abuse by relatives of patients in their work environment. The most common problems were stress and monotonous life.

Key words: Health care worker, working environment, work life, occupational risks

yaralanmaları, şiddete ve istismara maruz kalma sıklığında artış olduğu görülmektedir (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) .

Sağlık ocakları toplumsal sağlığı, koruma ve geliştirme çalışmalarına önemli katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte, özellikle sağlık ocaklarında çalışanların mesleki risklerine ilişkin sayılabilecek araştırmalar oldukça sınırlı sayıdadır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinin son bir yıl içinde iş ortamı ve iş yaşamına ilişkin en sık karşılaştıkları riskler ve sağlık sorunlarını tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü ve Evren: Çalışma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Tunceli İl Merkezi'nde bulunan Atatürk, Cumhuriyet, Merkez sağlık ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması Merkezi'nde çalışan tüm sağlık personelinin, memur ve hizmetlileri kapsamıştır. Araştırma için örnek seçilmemiş, bu merkezlerde çalışan 74 kişinin tamamına ulaşılmaması hedeflenmiştir. Sağlık ocaklarında 42 , AÇSP Merkezinde 18 olmak üzere araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 60 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı dönemde 14 sağlık çalışanı senelik izinde olduğu için araştırma dışında kalmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri: Tunceli İl Merkezi'nde üç sağlık ocağı ve bir AÇSAP merkezi bulunmaktadır. Sağlık ocaklarında başta ev ziyaretleri olmak üzere birinci basamağa özgü hizmetler verilmektedir.

Veri Toplama Yöntemi: Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. Ankette çalışanların

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının tanıtıcı özellikleri (N=60)

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	48	80
Erkek	12	20
Yaş		
23-28	10	16,7
29-34	15	25
35-40	29	48,3
41 ve üstü	6	10
Medeni Durum		
Evli	51	85
Bekar	9	15
Meslek		
Ebe	27	45
Hemşire	16	26,7
Doktor	4	6,7
Sağlık Memuru	8	10
Lab, Tek,	1	1,7
Diğer)	6	10
Çalışma süresi		
1-3 yıl	4	6,7
4-6 yıl	4	6,7
7-9 yıl	5	8,3
10 ve üstü	47	78,3
Genel toplam	60	100

Tablo 2. Çalışma ortamında son bir yıl içinde karşılaşılan risk ve sağlık sorunları

Son bir yıl içinde karşılaşılan risk ve sağlık sorunları *	Sayı	%
Ev ziyaretleri sırasında karda düşme	33	55
Soğukta donma	16	26,7
Kırık, burkulma, çıkma	5	8,3
Köpek ve bazı hayvan saldırıları	31	51,7
İlaç ve bazı kimyasal madde sızması	23	38,3
Kesici ve batıcı aletle yaralanma	19	31,7
Çalışmalar sırasında geçirilen trafik kazası	1	1,7
Hasta yakınları tarafından sözlü saldırı	35	58,3
Hasta yakınları tarafında fiziksel şiddet	8	13,3
Çalışma arkadaşları tarafından fiziksel şiddet	3	5
Çalışma arkadaşları tarafından sözel şiddet	9	15
Mesleğe Bağlı Bulaşıcı Hastalık Geçirme	7	11,7
Hepatit Geçirme	4	6,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3. Sağlık ocağında çalışan personelin hasta yakınları tarafından sözlü saldırıya maruz kalma durumlarının yaşlara göre dağılımı

Hasta yakınları tarafından sözlü saldırıya maruz kalma							İstatistiksel Değerlendirme	
Evet	Hayır		Toplam		n	%	χ ²	P
	n	%	n	%				
23-28	9	15.0	1	1.7	10	16.7	*8.07	0.04
29-34	10	16.7	5	8.3	15	25.0		
35-40	12	20.0	17	28.3	29	48.3		
41 ve üstü	4	6.7	2	3.3	6	10.0		
Toplam	35	58.3	25	41.7	60	100.0		

Tablo 4. Çalışanların hayvan saldırısına ve hasta yakınları tarafından sözlü saldırıya maruz kalma durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı

Hayvan saldırısına maruz kalma							İstatistiksel Değerlendirme	
Cinsiyet	Hayır		Toplam		n	%	χ ²	P
	n	%	n	%				
Kadın	29	60,4	19	39,6	48	100	**7,35	0,00
Erkek	2	16,7	10	83,3	12	100		
Toplam	31	51,7	29	48,3	60	100		
Hasta Yakınları Tarafından Sözlü Saldırıya Uğrama								
Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam		χ ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Kadın	32	66,7	16	33,3	48	100	**6,85	0,00
Erkek	3	25	9	75	12	100		
Toplam	35	58,3	25	41,7	60	100		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, **Pearson Chi-Square

Tablo 5. Çalışma yaşamında sık karşılaşılan risklerin dağılımı

Hayvan saldırısına maruz kalma							İstatistiksel Değerlendirme	
Cinsiyet	Hayır		Toplam		n	%	X ²	P
	n	%	n	%				
Kadın	29	60,4	19	39,6	48	100	**7,35	0,00
Erkek	2	16,7	10	83,3	12	100		
Toplam	31	51,7	29	48,3	60	100		
Hasta Yakınları Tarafından Sözlü Saldırıya Uğrama								
Cinsiyet	Cinsiyet		Hayır		Toplam		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Kadın	32	66,7	16	33,3	48	100	**6,85	0,00
Erkek	3	25	9	75	12	100		
Toplam	35	58,3	25	41,7	60	100		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, **Pearson Chi-Square

sosyodemografik özelliklerini tanımlamak için 5, çalışma riskleri ve bu risklerle karşılaşma durumlarını içeren 31 soru olmak üzere toplam 36 soru yer almıştır. Anketler kişilerden gerekli izin alındıktan sonra sağlık çalışanlarına dağıtılmış ve 1-2 hafta sonra toplanmıştır.

Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkeni iş riskleri ve bunlarla karşılaşma durumlarıdır. Bağımsız değişkenler ise, sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, meslekte çalışma süreleri olarak belirlenmiştir.

Sınırlılıklar: Araştırma yaz döneminde gerçekleştirildiği için sağlık çalışanlarının tümüne ulaşamamıştır.

Verilerin Analizi: Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Sağlık ocağı çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı ve yüzdeler ile, bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler ise Pearson-chi-square testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %80'i kadındır. %48,3'ü 35 yaş ve üstündedir. Sağlık personelinin %45'i ebe, %26,7'si hemşire, %10,7'si sağlık memuru, %6,7'si doktor, %10'u ise diğer sağlık personelinden oluşmaktadır. Çalışanların %78,3'ü 10 yıldan daha uzun süredir görev yapmaktadır. Katılımcıların %85'i evlidir.

Sağlık çalışanlarının işyeri ortamında son bir yılda karşılaştıkları risk ve sağlık sorunları

değerlendirildiğinde, çalışanların yarısından fazlası (%55) ev ziyaretleri sırasında karda kayıp düşerken, %8,3'ü kırık, burkulma gibi sorunlar yaşamıştır. Sağlıkçıların %51,7'si ev ziyaretleri sırasında kedi köpek gibi bazı hayvanların saldırısına maruz kalmıştır. Çalışanların %38,3'ü ilaç ve kimyasal madde sızması, %31,7'si kesici ve batıcı bir aletle yaralanmıştır. Çalışanların %58,3'ü hasta yakınları tarafından sözel saldırı yaşarken, %13,3'ü hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı, %15'i çalışma arkadaşları tarafından sözel şiddet, %5,0 ise çalışma arkadaşları tarafından fiziksel şiddet yaşamıştır.

Çalışanların %11,7'si mesleğe bağlı olarak bulaşıcı hastalık geçirmiştir. Bulaşıcı hastalık geçirdiğini söyleyenler arasında hepatit geçirenlerin oranı %6,7 dir (Tablo 2).

Çalışma ortamındaki sağlık riskleri ile çalışanların demografik özellikleri karşılaştırıldığında; yaş ile hasta yakınları tarafından sözel saldırıya maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=8.07$, $p=0.04$) (Tablo 3).

Çalışanların cinsiyetleri ile köpek ve bazı hayvan saldırısına maruz kalma ve hasta yakınları tarafından sözel saldırıya uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla Pearson Chi-Square $X^2=7.35$, $p=0.00$, $X^2=6.85$, $p=0.00$). Kadınların 29'u (%60,4), erkeklerin 2'si (%16,7) hayvan saldırısına uğradıklarını belirtmiştir. Kadınların 32'si (%66,7), erkeklerin 3'ü (%25) hasta yakınları tarafından sözel saldırıya uğradıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5. Çalışma yaşamında sık karşılaşılan risklerin dağılımı

Çalışma yaşamında riskler	Sayı*	%
Stres yaşama	43	71,7
Batıcı- delici aletlerle yaralanma	9	15
Soğukta çalışma	30	50
Sıcakta çalışma	27	45
Uzun süre çalışma(mesai saatlerinin dışında)	12	20
Monoton çalışma ortamı	42	70
Bulaşıcı hastalık riski	28	46,7
İlaç ve bazı kimyasal maddelerle temas	7	11,7
Kötü aydınlatma	6	10
Kötü havalandırma	14	23,3
Uzun süre yaya yürüme	18	30
Kötü hava koşullarında çalışma	20	33,3
Şiddet, saldırı, tehdit görme	11	18
Ergonomik olmayan aletler kullanma	15	25

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 6. En sık kullanılan kişisel koruyucular

En sık kullanılan kişisel koruyucular	Sayı	%
Eldiven	52	86,7
Maske	1	1,7
Önlük +maske	2	3,3
Hepsi	5	8,3
Toplam	60	100

Tablo 7. Mesleki risklerle ilgili herhangi bir eğitim alma durumu

Eğitim alma durumu	Sayı	%
Evet	8	13,3
Hayır	52	86,7
Toplam	60	100

Sağlık ocaklarında çalışanların çalışma yaşamında sık karşılaştıkları risklerin başında (%71,7) stres gelmektedir. Katılımcıların %15'i batıcı ve delici bir aletle yaralandığını, %50'si soğukta, %45'i sıcakta, %20'si ise mesai saatlerinin dışında uzun süre çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Çalışanların %70'i monoton çalışma ortamından yakınmaktadır, %46,7 si mesleğe bağlı bulaşıcı hastalık riski yaşadığını, %11,7'si ilaç ve bazı kimyasal maddelerle temas ettiğini belirtmiştir. Çalışanların %10'u kötü aydınlatma, %23.3'ü kötü havalandırma, %30'u uzun süre yaya yürüme, %33.3'ü kötü

hava koşullarında çalışma, %18.3'ü ise şiddet ve tehdit gördüklerini, %25 i ise ergonomik olmayan aletler kullandıklarını belirtmektedir (Tablo 5).

Çalışanların %86,7'si eldiven kullanırken, yalnızca %1,7'si maske ve eldiveni birlikte uygulamaktadır. Önlük ve maskeyi aynı anda kullananlar ise %3,3'tür.

Sağlık ocağı çalışanlarının %86,7'si mesleki risklerle ilgili herhangi bir sağlık eğitimi almamıştır.

Tartışma

Araştırmanın yapıldığı sağlık ocaklarında çalışanların %55'i son bir yıl içinde ev ziyaretleri sırasında karda kayma, düşme, %8,3'ü kırık, çıkık, burkulma gibi yaralanmalar, %26,7'si soğukta kalma, %30'u uzun süre yaya yürüme ve %51,7'si kedi-köpek gibi hayvanların saldırısına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği olan ev ziyaretleri sayısız yararları ile birlikte sağlık çalışanları açısından bazı riskleri de birlikte getirmektedir. Islak zemin, yüksek basamaklar, bozuk yollar gibi çevreye ait faktörlerin kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi kazalara yol açabileceği düşünülmelidir.

Yeşildal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin %56'sının işyeri ortamında en yaygın olarak kayma/takılma biçiminde yaralandığı belirlenmiştir (9, 10).

Çalışma koşullarının yoğunluğuna ek olarak, sağlık ocağı personelinin çalışma biçimi, bölgenin uzun süren kış mevsimi ve coğrafik özellikleri nedeniyle bu tür risklerin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışanların cinsiyetleri ile köpek ve bazı hayvan saldırısına maruz kalma ve hasta yakınları tarafından sözel saldırıya uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson Chi-Square $X^2=7,35$, $p=0,00$, $X^2=6,85$, $p=0,00$). Çalışanların yaşları ile hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalmaları arasında da anlamlı fark bulunmuştur. ($X^2=8.07$, $p=0.04$) (Tablo 3).

Şiddetin sosyal ve demografik ilişkisi incelendiğinde, cinsiyet, meslek, çalışma zamanı arasında ilişki bulunmuştur (12). Bu durumun olası nedeni, ebelerin ve hemşirelerin sunduğu hizmet farklılığı olabilir.



Sağlık çalışanlarında şiddete uğrama riski, diğer hizmet sektörü meslek gruplarına göre 16 kat fazla bulunmuştur (11). Dünyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en sık türü sözel şiddet olarak görülmektedir. Arkasından fiziksel şiddet ya da cinsel şiddet gelmektedir (12).

Çalışanların %58,3'ü hasta yakınları tarafından, %15'i ise çalışma arkadaşları tarafından sözel şiddet görmüştür; %13,3'ü hasta yakınları, %5'i çalışma arkadaşları tarafından fiziksel şiddet yaşadıklarını belirtmiştir. Cürcani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin %80,9'unun sözel, %23,4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı ve şiddetin %78,7 oranıyla hastalar tarafından uygulandığı bulunmuştur (13). Alçelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının %60,3'nün şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (14). Ölmezoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, fiziksel saldırıya maruz kalma %16,8, sözel tacize maruz kalma %67,6 ve sözlü tehdide maruz kalma %48,6'dır. Son bir yıl içinde şiddet endişesi taşıyan sıklığı ise %81'dir (15).

Ergör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma %58,7 olarak bulunmuştur (7). Türkiye'de sağlık çalışanları arasında farklı yer ve gruplarda yapılan çalışmalarda benzerlik görülmektedir. Şiddetin ruhsal ve duygusal yaşam üzerinde etkisi olduğu, özellikle anksiyete, depresyon, korku, tükenmişlik, güven kaybı gibi sağlık sorunlarına neden olduğu kanıtlanmıştır (16).

Sağlık hizmetindeki hızlı değişimler, gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler, gerekse uzun süre çalışma ve güvenlik önlemlerinin yeterli olmayışı gibi olumsuzluklar sağlık çalışanları için önemli risk yaratan etmenlerdir.

Günümüzün en önemli çalışma sorunlarından biri olan stres, çalışma yaşamını etkileyen bir konu olarak her zaman önemini korumuştur (17). Sağlık çalışanları ise insan sağlığıyla doğrudan ilişkili bir sorumluluk yüklendiklerinden, çalışma ortamı stresini daha yoğun yaşayabilmektedirler (18).

Özkan'ın çalışmasında, sağlık personelinin %56,6'sının iş ortamındaki stresten etkilendiği belirlenmiştir (4). Bizim çalışmamızda, çalışma riskleri arasında stres ilk sıradadır (%71,7). Bayık'ın hemşirelerle yaptığı çalışmada stresin %73,2 ile ilk sırada yer alması, bizim çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir (19).

Sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü monoton yaşamı sorun olarak belirtmişlerdir (%70). Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda özellikle tekrarlayıcı işleri bir sorun olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda en büyük insangücünü oluşturan ebe ve hemşirelerin günün önemli bir kısmını kurumda geçiriyor olması, mesai saatlerinin dışında çalışma durumlarının olması(%20) ev ve işyerlerindeki sorumluluklarının fazla olmasının yanı sıra, bölgede sosyal yaşamın kısıtlılığı(tiyatro, sinema vb sanatsal merkezlerin hiç olmayışı) , gibi durumların bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı bozmaya zemin hazırlayacağı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının %86,7'si mesleğe bağlı risklerden korunmaya ilişkin sağlık eğitimi almamıştır. Sağlık personelinin mesleki riskler hakkında bilgi sahibi olmaması, önemli bir sorundur Sağlık hizmetlerinin yaygın olarak verildiği temel sağlık kuruluşlarında bu eksiğin giderilmesinin, sağlık çalışanlarının sağlığının korunmasında önemli olduğu bir adım olacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde HBV enfeksiyon zincirinin önemli bir halkasını sağlık personeli oluşturmaktadır. Sağlık personelinde HBV enfeksiyonu sıklığı diğer mesleklere göre 3-6 kat daha fazladır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %47,6'sı bulaşıcı hastalık riski ile sık karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Mesleğe bağlı olarak bulaşıcı hastalık geçirenlerin oranı %11,7' dir. Bulaşıcı hastalık geçirenler arasında hepatit geçirenlerin oranı ise %6,7'dir. Ergör ve arkadaşlarının sağlık ocaklarında yaptığı bir çalışmada, HBV enfeksiyonu %3,5 ile en sık karşılaşılan hastalık olarak belirlenmiştir. Bu sıklık bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur (7).

Türkiye de yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin %97,4'ünün kesici, delici ve batıcı yaralanmaya maruz kaldığı ve bunların %1,9'unda Hepatit B enfeksiyonu meydana geldiği saptanmıştır(6)

Bizim çalışmamızda çalışanların %31,7'si bıçak, makas, büstüri, enjektör vb aletlerle yaralanmıştır. Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, Ergör ve arkadaşlarının çalışmasında yaralanma oranı %55,9, Altıok ve arkadaşlarının çalışmasında aletle yaralanma %79,1 olarak bulunmuştur (7, 11). Bu farklılıklar, önemli ölçüde çalışmaların kapsam ve yöntemlerinin farklılığından kaynaklanmaktadır.

Bulaşıcı hastalık risklerini azaltmak için ellerin uygun şekilde yıkanması, eldiven ve diğer koruyucuların uygulanması, tek kullanımlık araçların kullanılması yararlı olacaktır. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının en sık kullandıkları kişisel koruyucu %86,7 ile eldivendir. Sağlık çalışanları için önerilen standart koruyucu önlemler; el yıkama, izolasyon önlemleri, koruyucu önlük, maske, eldiven ve gerektiğinde koruyucu gözlük kullanımındır.

Eldivenin sık kullanılıyor olması olumlu olmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Mesleki risklere karşı bireysel önlemin yanı sıra, kurumsal önlemlerin de alınması gereklidir. Çalışanlar arasında bulaşıcı hastalık riskinin yüksek olması nedeniyle, sağlık personelinin bulaşıcı hastalıklara karşı evrensel önlemleri benimseyip uygulaması başta gelen önlemlerdendir.

Sağlık çalışanlarının %38,3'ü son bir yıl

içinde bazı kimyasal maddelerin el, yüz gibi alanlara sıçradığını belirtmişlerdir. Ergör ve arkadaşlarının sağlık ocaklarında yaptığı çalışmada ise kimyasal madde sıçrama oranı %33,6 ile en sık karşılaşılan ilk beş risk arasında yer almıştır. Bizim çalışmamızda ise, ilk sekiz risk arasında yer almıştır (7). Sağlık kuruluşlarında çok sayıda kimyasal maddenin kullanılması, bu maddelerin taşınması uygulanması, depolanması, kontaminasyonu ve yok edilmesi gibi aşamalar düşünüldüğünde bu riskin boyutu kaygı vericidir.

Çalışanların %25'i iş yaşamında ergonomik olmayan aletleri kullanmak zorunda olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalara göre, işyerindeki ergonomik faktörlerin olumsuzluğu nedeniyle, her yıl 1,8 milyon sağlık çalışanı kas iskelet sistemi yaralanmaları yaşamışlardır (20). Ergör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada her beş çalışandan birinde kas-iskelet sistemi sorunu bulunmuştur (7, 21). Ergonomik olmayan araçların kullanılması sonucu, sağlık çalışanlarının stresinin artabileceği ve mesleki iş kazalarına da yol açabileceği düşünülmektedir.

Sonuç ve öneriler

Sağlık ocağı ve AÇSAP merkezlerinde çalışan sağlık personeli çeşitli meslek riskleri altında çalışmaktadır; ancak bu riskler konusunda yeterince bilgi sahibi değildiler. Yapılabilecekler öyle sıralanabilir:

İşyeri ortamında çalışanı olumsuz yönde etkileyen ve pek çok sağlık sorununa yol açabilen mental ve psikososyal strese yönelik çalışmalar yapılarak gerekli önlemler alınmalıdır.

Monoton iş yakınmalarına yönelik olarak sağlık çalışanları arasında rotasyon planlanabilir.

Sağlık çalışanlarının koruyucu malzeme kullanımını yaygınlaştırılmalıdır.

Şiddeti önlemeye dönük kapsamlı bir politika ve önlemler oluşturulmalıdır.

Birinci basamaktaki sağlık personelinde meslek sağlık risklerine yönelik farkındalığın artırılması için bu konuda hizmet içi eğitim verilmelidir.

İletişim: Nurcan Kolaç

E-posta: nkolac@hotmail.com

Kaynaklar

- 1.Soyer A. Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri ve sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği birimleri: Neden , Nasıl? Toplum ve Hekim Kasım Aralık 1999; 14 (6).
- 2.Ergönül Ö. Sağlık çalışanlarının sağlığı:1999'dan bugüne ve geleceğe. Toplum ve Hekim Mayıs-Haziran 2006; 21(3).
- 3.Abbasoğlu S. Sağlık çalışanlarının sağlığı kime emanet. Toplum ve Hekim Mayıs- Haziran 2006; 21(3).
- 4.Özkan Ö, Emiroğlu N. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10:3.
- 5.Pala K, Engindeniz T. Uludağ Üniversitesinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi. IX Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı 3-6 Kasım 2004; Ankara. s 311.
- 6.Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlık Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bülleten 2008; 7 (6).
- 7.Ergör A., Kılıç B, Gürpınar E. Narlidere Eğitim Araştırma ve sağlık ocaklarında durum değerlendirmesi. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim –Kasım-Aralık 2003. s. 44.
- 8.Arbak P. Sağlık çalışanlarında ütbekülöz kontrolü ve önlemler. III. U lusal İşçi Sağlığı Kongresi. s.629.
- 9.Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2005; 4 (5): 280-302.
- 10.Ergün A, Erol S, Kolaç N. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin ev ziyareti uygulamalarında kişisel güvenlik riski algılamaları ve önlemler. IX Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı 3-6 Kasım 2004; Ankara. s. 309.
11. Altıok M., Kuyurtar F, Karaçoğlu S, Erdoğan S. Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009; 2(3).
- 12.Turhan E. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığı, türleri ve önlemler. Toplum ve Hekim Kasım Aralık 2008: 23(6).
13. Cürcani M. Diyaliz üniteleri ve nefroloji servislerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler ve sağlık sorunları. TAF Prev Med Bull 2009; 8(4): 339-44.
- 14.Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi B. AİBÜ Tıp Fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2005; 4(2): 55.
15. Ölmezoğlu ZB, Vatansver K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999; 14:420-5.
- 16.Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2010; 2:161.
17. Atay O. Son bir yıl içinde Güneydoğu Anadolu Projesi Bölgesi'nde özel sektörlerde çalışan kadın yöneticilerin yaşadıkları stres üzerinde yapılan bir araştırma analizi. Uluslararası –Disiplinler arası Kadın Kongresi Bildiri Kitabı Sakarya. s. 59.
18. Ocaktan E. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumulluk ve sürekli kaygı düzeyi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55(1).
19. Bayık A. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin koruyucu sağlık davranışları, sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler. İçinde: 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir:1990. s. 63-74.
20. www.ato.org.tr.02.04.2000)
- 21 Yılmaz E, Özkan S. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(3).



Adli Raporlara Dikkat; Eskişehir Deneyimi

Watch out for Judicial Reports, Eskişehir Experience

Dr. Kenan Karbeyaz, Dr. Tarık Gündüz**, Dr. Harun Akkaya***, Beyza Urazel****, Mehmet Ali Kökçüoğlu*****

Geliş tarihi : 22.11.2012

Kabul tarihi: 15.12.2012

Öz

Amaç: Adli olgular, acil servise başvuran hastaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hekimler bu olgulara iş yoğunluğu, adli tıp eğitimi eksikliği gibi nedenlerle eksik ya da hatalı adli rapor düzenleyebilmektedirler. Bu çalışmada Eskişehir il merkezi ve yakın çevresinde hizmet veren hastanelerde adli raporu düzenlenmiş olgularda, raporlardaki eksiklik ve yanlışlıklar değerlendirilmiş ve çözüm önerileri sunulmuştur.

Yöntem: 01.06.2011 ile 01.06.2012 tarihleri arasında birimizden kesin rapor istenen ve öncesinde acil servislere adli raporu düzenlenmiş olgular değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin, trafik kazası başta olmak üzere çoğu adli olguda, raporu ağır verme eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Hata yapma ile hekim niteliği arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Olguların %50,4'ünde alkol tespiti yapılmadığı belirlenmiştir.

Sonuç: Tıp fakültelerinde adli tıp eğitimi daha efektif verilmelidir. Mezuniyet sonrasında da adli rapor düzenlenmesine ilişkin eğitimler yer almalıdır. Ülke genelinde 24 saat hizmet veren adli olgu danışma birimlerinin kurulması ve tüm hekimlerin gerekli gördüklerinde buralara başvurmaları, sorunun çözümünde önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Adli rapor, Adli tıp, Acil tıp

Giriş

Acil servislere çalışan hekimler, görevleri gereği diğer hekimlere göre adli olgularla daha sık karşılaşmaktadırlar. Acil servislere çalışan hekimler bu durumda hem bir adli rapor düzenlemekle, hem de adli makamlara bildirim yapmakla yükümlüdürler (1, 2, 3).

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) adli rapor yazımında önemli değişiklikler getirmiştir. TCK'de yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin

Abstract

Objective: Criminal cases comprise an important section of the patients admitted to the emergency departments. Physicians may arrange incomplete or incorrect forensic reports for these cases because of reasons such as workload or training gap. In this study, the cases for which reports arranged by the physicians serving at emergency departments of the hospitals in service in or nearby our city Eskişehir were reviewed for their fallacies and incompetence and solutions have been presented.

Material and Methods: In this study, the cases for which definitive reports were demanded from our unit were evaluated, who were issued forensic reports at the emergency departments previously between 06.01.2011 and 06.01.2012.

Results: Physicians were in the tendency to increase the weight of trauma in most of the criminal cases, especially in traffic accidents. It was observed that there was no relation between faulty activity and the quality of the physicians. In 50.4% of the cases, no alcohol-detection was performed.

Conclusion: More effective training of forensic medicine should be provided at medical faculties. Postgraduate training for arranging forensic reports should be programmed. The establishment of consultation units for criminal cases giving services for 24-hours throughout the country, where all physicians can apply when needed will contribute to the solution of the problem.

Key words: Forensic report, Forensic medicine, Emergency medicine

belirlenmesi için, yaşamsal tehlikesinin olup olmadığı, basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği gibi sorulara yanıt verilmesi istenmektedir (4). Adli raporlarda belirtilen bu durumlara göre, karşı tarafın yargılanacağı mahkeme türü, gözaltına alınıp alınmayacağı ve sonuçta kişinin alacağı cezanın süresi belirlenmektedir. Hastayı ilk değerlendiren

*Uzm.; Eskişehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü Eskişehir Adalet Sarayı, Eskişehir

**Doç.; Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Eskişehir

***Uzm.; Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

****Arş. Gör.; Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fak.i Adli Tıp ABD., Eskişehir

hekimin vereceği rapora göre, yaralanmayı oluşturan tarafın olay sonrasında maruz kalacağı adli süreç belirlenmektedir. Adli raporlar, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği'nce, yeni Türk Ceza Kanunu çerçevesinde düzenlenecek adli raporlar için hazırlanan klavuza göre yazılmalıdır (5).

Hekimler iş yoğunluğu, adli tıp eğitimi eksikliği gibi nedenlerle eksik veya hatalı adli rapor düzenleyebilmektedirler (1, 3, 6, 7). Bu eksiklik ya da hatalar adli süreci oldukça uzatmakta ve kimi zaman geri dönüşü mümkün olmayan durumlara yol açabilmektedir (3, 6, 7). Yanlış düzenlenmiş raporlar, adli yargılama sürecinin yanlış başlamasına, yanlış ilerlemesine, davanın yanlış mahkemede görülmesine, kişilerin gereksiz yere tutuklu yargılanmasına ya da hatalı cezalar almasına neden olabilmekte ve hekimler ciddi yasal yaptırımlarla karşı karşıya gelebilmektedir (3).

Bu çalışmada Eskişehir il merkezi, ilçeleri ve çevre yerleşim birimlerindeki hastanelerde ön raporu düzenlenmiş olgularda, adli raporlardaki eksiklik ve yanlışlıklar değerlendirilmiş ve çözüm önerileri sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem

İlimizdeki hastanelerde adli raporları düzenlenen adli olguların kesin raporları birimizde düzenlenmektedir. Bu kapsamda 01.06.2011 ile 01.06.2012 tarihleri arasında birimizden kesin rapor istenen ve öncesinde acil servislerde adli raporu düzenlenmiş 6.404 adli olgu çalışma kapsamında değerlendirildi. Ön raporundaki el yazısı okunamayan 232 olgu çalışma kapsamına alınmadı. Olgulara ilişkin, olay türü, raporu düzenleyen hekimin niteliği ve rapor içerikleri değerlendirildi. Ön raporlarında yaralanmalar için belirlenen "yaşamsal tehlike" ve "basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği" durumlarının doğru değerlendirilip değerlendirilmediği araştırıldı. Raporlarda saptanan eksiklikler ve oranları belirlendi. Verilerin analizinde SPSS 16 paket programı kullanıldı.

Bulgular

01.06.2011 ile 01.06.2012 tarihleri arasında birimizden kesin rapor istenen ve öncesinde acil servislerde adli raporu düzenlenmiş 6.404 adli olgu değerlendirildi. Ön raporundaki el yazısı okunamayan 232 olgu çalışma kapsamına alınmadı. Geri kalan

Tablo 1. Olay türlerine göre yaşamsal tehlike durumunun değerlendirilmesi

Olay türü	Ön raporda yaşamsal tehlike verilen olgular	Tarafımıza düzenlenen kesin raporda yaşamsal tehlike verilen olgular	Hatalı değerlendirme oranı	
			N	%
Trafik Kazası	1503	312	1191	79,2
Darp	235	72	163	69,4
Kesici-delici alet	320	253	67	20,9
Zehirlenme	201	53	148	73,6
Yüksekten düşme	120	82	38	31,7
Elektrik çarpması, Yanık	11	5	6	54,5
Toplam	2390	747	1643	68,7

Tablo 2. Olay türlerine göre "basit tıbbi müdahale" durumunun değerlendirilmesi

Olay türü	Ön raporda "basit tıbbi müdahale ile giderilemez"	Tarafımıza düzenlenen kesin raporda "basit tıbbi müdahale ile giderilemez"	Hatalı değerlendirme oranı	
			N	%
Trafik Kazası	678	112	566	83,5
Darp	125	57	68	54,4
Kesici-delici alet	251	167	84	33,5
Zehirlenme	189	121	68	36,0
Yüksekten düşme	67	32	35	52,2
Elektrik çarpması, Yanık	8	6	2	25,0
Toplam	1318	495	823	62,4

Tablo 3. Adli raporlarda yapılan hataların hekim niteliklerine göre dağılımı

Hekim niteliği	Hatalı değerlendirilen kısım	
	Basit tıbbi müdahale	Yaşamsal tehlike
Pratisyen hekim	691	1411
Acil tıp uzmanı	64	109
Acil tıp asistanı	68	123
Toplam	823	1643

6172 olgu değerlendirildiğinde, %42,8'inin (n=2643) trafik kazası, %39,1'inin (n=2411) darp, %10,6'sının (n=656) kesici-delici alet yaralanması, %4,4'ünün (n=271) zehirlenme, %2,8'sinin (n=172) yüksekten düşme, %0,3'ünün (n=19) elektrik çarpması ve yanık olduğu belirlenmiştir.

672 olgunun (%10,9) hastanelerde düzenlenen raporlarında, yaşamsal tehlike olup olmadığının belirtilmediği saptanmıştır. Yaşamsal tehlike durumu belirtilen olguların olay türleri Tablo 1'de sunulmuştur. Yaşamsal tehlike durumu belirtilen 5500 olgu değerlendirildiğinde, yaşamsal tehlike olduğu halde "yaşamsal tehlikesi yoktur" yönünde rapor düzenlenen olgu olmadığı görülmüştür. Ancak 1643 olguda yaşamsal tehlikesi olmadığı halde "yaşamsal tehlikesi vardır" yönünde rapor düzenlendiği belirlenmiştir. Yaşamsal tehlike yönünden yanlış değerlendirilen olguların en sık trafik kazalarına (n= 1191, %79,2) bağlı yaralanmalarda görüldüğü anlaşılmıştır.

Olguların 3543'ünde (%57,4) yaralanmanın "basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği" bildirilmemiştir. Basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği belirtilen olgularda, olay türleri ile raporlarındaki "basit tıbbi müdahale" değerlendirmesi Tablo 2'de sunulmuştur. "Basit tıbbi müdahale" değerlendirmesi yapılmış 2629 olgunun 1318'inde (%50,1) yaralanmanın "basit tıbbi müdahale ile giderilmeyeceği" bildirilmiştir. Tarafımızca yapılan değerlendirmede bu 2629 olgunun yalnızca 495'inin "basit tıbbi müdahale ile giderilmeyecek" nitelikte yaralandığı belirlenmiştir. Hekimlerin ilk yazdıkları raporlarda "basit tıbbi müdahale" açısından %62,4 oranında yanlış değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir. En sık yanlış değerlendirme yapılan olguların trafik kazaları (%83,5) olduğu saptanmıştır.

Düzenlenen raporların 655'ine (%10,6) acil

tıp uzmanlarının, 409'una (%6,6) acil tıp asistanlarının 5108'ine (%82,8) pratisyen hekimlerin rapor verdiği görülmüştür. Raporlarda yapılan hataların hekim niteliklerine göre dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Hekim niteliği ile adli raporları hatalı değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Olguların %50,4'ünde alkol tespiti yapılmadığı belirlenmiştir. Hastanelerde düzenlenen raporların tümünde, hastanın kimlik bilgilerini, raporun tarihini, saatini içeren barkotların bulunduğu görülmüştür. Olguların %91,9'unda (n=5673) olayların etiolojisi yalnızca bir sözcükle belirtilmiş olup, olayın ve yaralanmanın oluş tarzıyla ilgili anamneze yer verilmemiştir. Olguların %32,2'sinde (n=1988) hastanın genel durumu, bilinç ve kooperasyonu belirtilmemiştir. 2541 adli raporda (%41,2) hastanın sistemik bulgularının durumu ile ilgili bilgi olmadığı saptanmıştır.

Tartışma

Adli raporlar, tüm hekimlerin meslek yaşamlarında sık olarak ve doğru biçimde düzenlemekle yükümlü oldukları belgelerdir (8). Özellikle acil servislere başvuran olguların çoğunluğunu adli olgular oluşturmaktadır. Adli bir olay sonucu yaralanan olgu, acil servise başvurduğunda hekimin tedavi yükümlülüğü yanında, ihbar ve adli rapor düzenleme yükümlülüğü de vardır (1, 2, 3). İlk düzenlenen adli rapor, yaralanmayı oluşturan tarafın olay anında gözaltına alınıp alınmayacağını belirleyebilir. Bu raporlarda yapılacak hatalar adli sürecin uzamasına ve kimi zaman haksızlıklara neden olabilmektedir.

Adli olguların değerlendirildiği çalışmalarda, en sık karşılaşılan olguların trafik kazaları olduğu vurgulanmıştır (3, 6, 9). Sunulan çalışmada da adli olguların %42,8'ini (n=2643) trafik kazalarının oluşturduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda hekimlerin adli raporlarda çoğunlukla "yaşamsal tehlikenin olduğu" yönünde rapor düzenleme eğiliminde oldukları belirlenmiştir (3, 6, 9). Denizli'de üniversite hastanesinde yapılan çalışmada yaşamsal tehlike değerlendirmesinin %13 oranında yanlış olduğu, yaşamsal tehlikesi olmadığı halde, "yaşamsal tehlikesi vardır" yönünde

rapor düzenlendiği bildirilmiştir (3). Bursa'da üniversite hastanesinde yapılan çalışmada bu oran %6,5 olarak değerlendirilmiştir (7). Sunulan çalışmada bu oranın %68,7 olduğu belirlenmiştir. Yaşamsal tehlike durumu belirtilen olgularda, yaşamsal tehlikesi olduğu halde olmadığı yönünde düzenlenen rapora rastlanmamıştır. Çalışmamızdaki oranın yüksek olmasının, yalnızca üniversite hastanesi değil, çevredeki tüm hastanelerden gelen raporların değerlendirilmesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Ayrıca basit tıbbi müdahale değerlendirmesi yapılan olguların %62,4 oranında hatalı değerlendirildiği belirlenmiştir. Sonuç olarak, hekimlerin adli olgularda raporu ağır verme eğiliminde oldukları görülmektedir. Uygulamada, böyle rapor verdiklerinde, başlarının belaya girmeyeceği düşüncesinin egemen olduğu görülmektedir. Ancak bu durumda da travmaya neden olan taraf haksız yere gözü altında kalabilmektedir. Uygulamada haksız yere gözü altında kaldığı için, ilk raporu veren hekim hakkında suç duyurusunda bulunan kişiler olduğu görülmektedir.

Adli raporlarda genel olarak acil hekiminden beklenen, istenen kişinin yaşamsal tehlike geçirip geçirmediği ve basit tıbbi müdahale ile iyileşip iyileşmeyeceği sorularına yanıt vermesidir. 01.06.2005 tarihinde 5237 sayılı TCK ile 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) yürürlüğe girmesini takiben Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esasları düzenleyen 22.09.2005 tarih ve 13292 sayılı bir genelge yayımlanmıştır. Bu yasa maddelerinin içeriği ile yaralanmalarda adli raporların nasıl düzenleneceği, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği'nce hazırlanmış olan "Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz" adlı kitapçıkta toplanmıştır (5).

Gerek yaşamsal tehlike, gerekse basit tıbbi müdahale konusunda en sık hata yapılan olguların trafik kazaları olduğu belirlenmiştir. Trafik kazalarında hekimlerin raporu daha ağır verme eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu durum genellikle karşı tarafın haksızlığa uğramasıyla sonuçlanmaktadır.

Literatür ile uyumlu çalışmamızda da adli raporlarda, alkol düzeyi, genel ve sistemik

muayene bulgularının bildirilmesinde eksiklikler olduğu görülmektedir (3, 6, 7, 9). Ancak çalışmanın yapıldığı dönemde, adli raporların üzerine barkot yapıştırıldığı için kimlik ve tarih ile ilgili bilgilerin eksiksiz olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin hatalı ya da eksik adli raporlar düzenlemesi durumunda, görevi ihmal iddiasıyla TCK 257/2. maddesinden yargılanmaları söz konusu olabilecektir (3, 10, 11). Birimiz adliye içinde yer aldığından, birçok hekim hakkında adli raporlar ile ilgili olarak suç duyurusunda bulunulduğuna tanık olmaktayız.

Ülkemizde adli tıp eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalarda, sürekli olarak adli tıp eğitimin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (12 - 18). Raporu yazan hekimin niteliği ile hata yapma oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4, $p>0,05$). Bu durum adli tıp eğitiminin yalnızca tıp fakültelerinde değil, asistanlık eğitimi sırasında da yeterli olmadığını göstermektedir.

Hekimlerin el yazılarının okunaksız olması, çalışmalara konu olmuştur (19, 20). Sunulan çalışmada da 232 olguda rapor kötü yazı nedeniyle anlaşılammış ve değerlendirme yapılamamıştır. Uygulamada kötü el yazısı nedeniyle okunamayan raporları tekrar değerlendirmesi istendiğinde, yazan hekimlerin kendilerinin bile okuyamadığı görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Adli raporların düzenlenmesi sırasında hekimlerin yapacağı her türlü hata ve eksiklik, aynen diğer malpraktis olgularında olduğu gibi hekimin yasal olarak sorumlu tutulup, ceza ve tazminat davaları ile karşı karşıya gelmesine neden olabilecektir. Hekimlerce adli rapor düzenlenirken, olabildiğince kısaltma kullanılmamalı, okunaklı ve sade açıklamalar yapılmalıdır. Adli raporların bilgisayar ortamında yazılmasının yaygınlaşması, okunamayan rapor sorunu için köklü bir çözüm olacaktır. Barkot sistemi sayesinde hastaların kimlik bilgileri, olay tarihi ve saatinin eksiksiz olarak raporlarda yer aldığı görülmektedir.

Adli raporlarda olgulara ait genel ve sistemik muayene bulgularına ve kısaca anamneze yer verilmelidir. Adli raporlarda genel olarak hekimden istenen, yaralanma nedeniyle kişinin yaşamsal tehlike geçirip

geçirmediği, kişinin yaralanmasının basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği gibi iki önemli sorunun aydınlatılması olup, bu sorulara "Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz" kullanılarak yanıt verilmelidir.

Adli rapor yazımındaki sorunlarla ilgili olarak, adli tıp eğitim eksikliği üzerinde durulmaktadır. Bu sorunun çözümünde acil hekimleri kadar, adli tıp uzmanlarına da sorumluluk düşmektedir. Bu konuda tıp fakültelerinde adli tıp eğitiminin daha efektif sunulması gerekmektedir. Ayrıca mezuniyet sonrası, başta acil servislerde çalışanlar olmak üzere tüm hekimlere hizmet içi eğitimlerle adli olguların önemi ve yaklaşım ile ilgili bilgiler verilmelidir. Tüm bunlar gereklidir, ancak yeterli olmayacaktır. Ülke genelinde 24 saat hizmet veren adli olgu danışma birimlerinin kurulması ve tüm hekimlerin gerekli gördüklerinde buralara başvurmaları sorunun çözümünde katkı sağlayacaktır. Bu birimler zehir danışma birimi benzeri görev alarak, hekimlere her türlü adli olgu konusunda yardım edebilme kapasitesi ile hizmet vermeli.

İletişim: Dr. Kenan Karbeyaz

E-posta: drkenankarbeyaz@hotmail.com

Kaynaklar

1. Küçük H. Acil servise gelen ölümlü sonuçlanmayan travmatik adli olguların ve raporlarının değerlendirilmesi. *Acil Tıp Dergisi* 2003; 3 (4): 19-23.
2. Bengidal MS, Keskinlik B, Kuvan L, Odabaşı O, Bengidal S. Acil servislerde hekimin adli sorumluluğu. *Step* 2001; 10 (8): 301-5.
3. Serinken M, Türkçüer I, Acar K, Ozen M. Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011; 17(1): 23-8.
4. Yalvaç G. Karşılaştırmalı / Gerekçeli Türk Ceza Kanunu. Yalvaç G. Karşılaştırmalı - Gerekçeli TCK, CMK, CGTİK ve ilgili kanunlar ile yönetmelikler. Ankara: Adalet Yayınevi; 2005. s. 75-529.

5. Balcı Y, Güzel S, Çetin G. Yeni Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi. İçinde: Balcı Y, ed. Herkes için adli tıp cep kitabı. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Yayınları; 2008. s. 203-35.
6. Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Mistakes and omissions in judicial reports prepared in emergency services. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15: 180-4.
7. Çoltu MA, Durak D, Fedakar R. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde düzenlenen adli rapor formlarının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2000; 5: 36-40.
8. Tüzün B, Elmas İ, Akkay E. Adli rapor düzenleme zorunluluğuna hekimlerin yaklaşımı. *Adli Tıp Bülteni* 1998; 3 (1): 27-31
9. Yavuz MF, Baştürk P, Yavuz MS, Yorulmaz C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Adli Bilimler Dergisi* 2002; 1: 21-6.
10. Kurtuluş A, Acar K, Boz B. Hekimin yasal sorumlulukları. *Akademik Dizayn* 2008; 2:10-4.
11. Hancı H. Birinci basamak adli raporlarında yapılan hatalar. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2004; 175: 4-5.
12. Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003; 4 (2): 175 -9.
13. Salaçin S, Tuncer İ, Erkocak EU. Türkiye'de mezuniyet öncesi ve sonrası adli tıp eğitiminin sorunları. *Adli Tıp Dergisi*. 1993; 9(1-4): 17-22.
14. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş NG, Etiler N. Kocaeli İlinde görev yapan pratisyen hekimler. *Adli Tıp Dergisi* 2001;15 (2): 36-45.
15. Salaçin S, Çekin N, Özdemir MH, Kalkan Ş. Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi almış öğrencilere yönelik bir anket çalışması. *Adli Tıp Bülteni* 1997; 2(1):21-4.
16. Yavuz MS, Aydın S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde adli olgu ve raporlar. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2004; 8(1): 30-3.
17. Tüzün B, Elmas İ, Akkay E. Adli Rapor Düzenleme Zorunluluğuna Hekimlerin Yaklaşımı: Anket Çalışması. *Adli Tıp Bülteni* 1998; 3(1): 27-31.
18. Yemişçigil A, Özkara E. Adli tıp eğitimi ve uygulamadaki etkileri (Bir anket çalışması). *Klinik Adli Tıp* 2001; 1(1): 37-42.
19. Yılmaz R, Ozbay M, Koc S. Evaluation of handwriting legibility on 235 prescriptions. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2006; 3: 47-52.
20. Aşıcıoğlu F, Cantürk G. Hekimlerin okunaksız el yazısının yol açtığı sorunlar: Bir anket çalışması. *Adli Bilimler Dergisi* 2003; 2: 13-22.

Avrupa'da Sağlık ile İlgili Gereksinimler Yeniden Şekillendi: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Hedefleri Sağlık 2020

Health Related Needs Have Been Re-shaped in Europe:

World Health Organization European Region-Health 2020 Targets

Derleme



Review Article

*Dr. Dilek Aslan**

Geliş tarihi : 02.12.2012

Kabul tarihi: 09.12.2012

Öz

"Sağlık 2020" hedefleri, Eylül 2012 tarihinde 53 üye devletin katıldığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi 62. Bölge Toplantısı'nda kabul edilmiştir. Sağlık 2020'nin başlıca amaçları toplumların sağlık ve iyilik hallerinin geliştirilmesi, eşitsizliklerin azaltılması, halk sağlığı yaklaşımlarının güçlendirilmesi, herkesin sağlık güvencesine sahip olmasıdır. Bu amaçlar doğrultusunda hedefler belirlenmiştir. Hedeflerin odağındaki Avrupa bölgesi pek çok açıdan değişim içindedir ve DSÖ Avrupa Bölgesi de çok farklı koşulları içinde barındırmaktadır.

Bu yazı kapsamında, Sağlık 2020 hedeflerinin gerekçeleri, tarihsel arka planı, hedeflerin neler olduğu, hedeflerin yaşamda karşılık bulup bulamayacağına ilişkin özet değerlendirmeye yer verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, Sağlık 2020, Dünya Sağlık Örgütü

Abstract

"Health 2020" was accepted in the 62nd Regional Meeting of the World Health Organization European Region, which was organized in September 2012. Major objectives of Health 2020 have been based on improving health and well-being of populations, reducing health inequities, strengthening public health and ensuring universal health coverage for all. Targets have been determined parallel with these aims. European region has been changing in many aspects and a number of different situations/conditions exist in the region.

In this paper, rationale of the "Health 2020", historical background, details of the targets, brief assessment regarding the realization of the targets in practice were discussed.

Key words: Health, Health 2020, World Health Organization

"SAĞLIK 2020" hedefleri, Eylül 2012 tarihinde 53 üye devletin katıldığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi 62. Bölge Toplantısı'nda kabul edilmiştir. Bir anlamda "hedefler bütünü" olarak da değerlendirilebilecek olan Sağlık 2020'nin temel başlıkları aşağıda sıralanmıştır (1):

1. Toplumların sağlıklı olma ve iyilik hallerinin geliştirilmesi

2. Eşitsizliklerin azaltılması

3. Halk sağlığı yaklaşımlarının güçlendirilmesi

4. Hakkaniyet temelinde sürdürülebilir, niteliği yüksek ve kapsayıcı özellikleri içinde barındıran sağlık sistemlerinin kurulması.

Türkiye de DSÖ Avrupa Bölgesi içinde yer almaktadır. Bu bağlamda Hedef 2020'nin ülkemiz açısından da önemi bulunmaktadır. Sağlık 2020'yi daha iyi anlayabilmek için,

aşağıdaki soruların yanıtlarını aramak yararlı olabilir.

1. Sağlık 2020'ye neden gereksinim duyuldu?

Avrupa bölgesi pek çok açıdan değişim içindedir. Bu değişimlerin sağlığı ve ortaya çıkan gereksinimleri yakından etkilediği bilinmektedir. Böyle bakıldığında sağlık kavramı ile ilgili değişiklikleri gözden geçirmek yararlı olacaktır:

a. Bölgedeki bütün ülkelerin sosyal, ekonomik, çevresel ve demografik değişimler nedeniyle "zorlayıcı" koşullara sahip olduğu bilinmektedir. Ulusal ve yerel sağlık otoriteleri bu zorluklarla baş edebilme konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip değildiler.

b. Bölgede ülkeler arasında sağlıklı eşitsizlikler gün geçtikçe derinleşmektedir.

c. DSÖ tarafından tanımlanmış olan sağlığın (2) bir insan hakkı olduğu temel

kabulüne olan vurgunun özellikle Kıta Avrupa'sında refah ülkelerinin yeniden yapılanma süreçlerinde yapılması gerekmektedir (3).

DSÖ Avrupa Bölgesi'ni daha yakından tanımak için bazı rakamları paylaşmakta yarar vardır (4):

1. DSÖ Avrupa Bölgesi çok farklı koşulları içinde barındırmaktadır.

2. Örneğin, Rusya'da erkekler arasında doğuştan beklenen yaşam süresi İzlanda'da olduğundan 20 yıl daha geridedir.

3. Kırgızistan'da anne ölüm hızının 70/100 000 olduğu bilinmektedir. Bu değer 5 ve dolayında olduğu Avrupa bölgesi ülkeleri bulunmaktadır.

4. Ülkelerin kendi içlerinde de eşitsizlikler vardır. Örneğin, 2001 yılına ait verilere göre Norveç'te öğrenim düzeyi yüksek ve düşük olan 30 yaşındaki bireylerin doğuştan beklenen yaşam süreleri arasında 5 yıldan fazla bir fark bulunmaktadır.

Sağlık 2020 hedefler bütünü'nün dayanağı olan kimi tarihsel dönemleri anımsamakta yarar bulunmaktadır:

1. Mayıs 1977 tarihinde DSÖ Genel Kurulu'nda; 2000 yılında bütün taraf ülkelerde yaşayan bireylerin sosyal ve ekonomik açıdan "üretken" olması için bir yaklaşım

geliştirilmiştir. Bu yaklaşım aslında Alma Ata Deklarasyonu için de bir zemin olmuştur (5).

2. 1978 Alma Ata Bildirgesi ile "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramı kabul edilmiştir. Bu bildirgenin içerdiği temel sağlık hizmetleri aşağıda sıralanmıştır (6):

a- Toplumun sağlık eğitimi

b- Beslenme

c- Temiz su ve sanitasyon

d- Anne ve çocuk sağlığı

e- Aile planlaması

f- Sık görülen hastalıklara karşı aşılama/bağışıklama

g- Endemik hastalıkların kontrolü

h- Temel ilaçların sağlanması/kemoproflaksi

1. 1980 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi "Herkes İçin Sağlık" hedeflerini kabul etmiştir (7).

2. Kanada'da Ottawa'da 1986 yılında düzenlenmiş olan Birinci Sağlık Geliştirme Konferansı'nda alınan kararlar da önem taşımaktadır. Sağlık geliştirilmesi kavramının oldukça geniş bir biçimde tanımlandığı bu sürecin Sağlık 2020 için önemli bir zemin oluşturduğu söylenebilir. Daha öncesinde ise, 1978 yılı "Alma Ata Bildirgesi" ve temel sağlık hizmeti yaklaşımı dikkat çekmektedir. Bu



konferansta öne çıkan bir başka konu da, sağlık için temel gereksinimlerin "olmazsa olmaz" koşullar olarak tanımlanmış olmasıdır. Bu koşullar ya da sağlık için temel gereksinimler şöyledir (8):

- a- Barış
- b- Barınma
- c. Eğitim
- d. Beslenme
- e. Yeterli gelir
- f. Dengeli ekosistem
- g. Sürdürülebilir kaynaklar
- h. Sosyal adalet
- i. Eşitlik
- j. Hakkaniyet

1. DSÖ Avrupa Bölgesi-21. Yüzyıl için "Herkes için Sağlık" hedefi ise 1998 yılında bir belge olarak yayımlanmış ve DSÖ Avrupa Bölgesi için 21. yüzyılda toplumun sağlıklı olma hedefine yönelik amaç, hedef ve stratejiler belirlenmiştir (9).

2. Tarihsel süreç değerlendirmesinde Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedeflerinin de önemi bulunmaktadır. Bu ilkeler bütünü, aşağıdaki sekiz başlığı kapsamaktadır (10, 11):

- a. Açlık ve yoksulluğun ortadan kaldırılması
- b. Küresel düzeyde temel eğitimin sağlanması
- c. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin gereklerinin yerine getirilmesi ve kadının güçlendirilmesi
- d. Çocuk ölümlerinin azaltılması
- e. Anne sağlığının iyileştirilmesi
- f. HIV/AIDS, sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele
- g. Çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması
- h. Küresel işbirliklerinin geliştirilmesi

Sağlık 2020 kapsamında DSÖ iki "stratejik" amaç tanımlamaktadır (12,13):

1. Eşitsizliklerin azaltılması

- a. Herkes için sağlık hedefinin sağlanması
- b. Eşitsizliklerin azaltılması için sağlığın sosyal belirleyicilerinin dikkate alınması

2. Daha iyi "yönetişim"

- a. Sağlık için katılımcı "yönetişim"
- b. Bireylerin güçlendirilmesi

Sağlık 2020 kapsamında dört öncelikli alan tanımlanmaktadır (12, 13):

1. Yaşam boyu yaklaşım
 - a. Doğumdan ölüme "yaşam boyu yaklaşım", sağlıklı yaşlanma kavramı
 2. Hastalık "yükü"
 - a. Bulaşıcı hastalıklar
 - 2.a.i. Özellikle bölgedeki görece "yoksul" ülkeler bulaşıcı hastalıklardan iki kat daha olumsuz etkilenmektedir.
 - b. Bulaşıcı olmayan hastalıklar
 - 2.b.i. Hipertansiyon, tütün kullanımı, alkol kullanımı, yüksek kolesterol düzeyi, şişmanlık, sağlıksız beslenme, yetersiz bedensel etkinlik gibi riskler bu bölümde mücadele edilmesi gereken başlıklardır.
 3. Sağlık sistemleri
 - a. Acil durumlara baş etme kapasitesini geliştirecek sistemleri de kapsayan bireyin güçlenmesini merkeze alan sağlık sistemlerinin kurulması
 4. Toplumsal yapıların/çevresel koşulların düzenlenmesi/güçlendirilmesi
 - 2020 yılı için ortaya atılan somut hedefler aşağıda sunulmaktadır (14):
Hedef 1. Erken ölümlerin 2020 yılı itibarıyla azaltılması
 - KVH, kanser, DM, KOAH nedenli ölümlerde %1,5 azalma
 - Aşı ile korunabilir hastalıkların eliminasyonu (polio, kızamık, kızamıkçık, konjenital rubella sendromu)
 - Trafik kazalarında %30 azalma
 - Hedef 2.** Doğuşta beklenen yaşam süresinde artma
 - Hedef 3.** Bölgede eşitsizliklerde azalma
 - Hedef 4.** Avrupa halkının iyilik halinin sürdürülmesi/sağlanması
 - Hedef 5.** Herkesin sağlığa ulaşma/erişme hakkı

Hedef 6. Ulusal hedeflerin her ülke için belirlenmesi

DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından Sağlık 2020 hedeflerine ulaşabilmek için “bütünsel” bir bakış açısına gereksinim bulunmaktadır. Belirtilen hedeflerin özellikle Birinci Sağlık Geliştirme Konferansı’nda 1986 yılında ortaya konulan “sağlık için gereklilikler” temeli üzerinden ilerlemesi gerekir. Aksi durum, hedefler arasındaki bütünlük ve hedeflerin gerçek yaşamda karşılık bulması olanaklı olmayabilir.

Süreç değerlendirmeleri yapılırken aşağıda yazılı olan bazı diğer başlıklar da kullanılabilir:

- Gerçekçilik
- Ulaşılabilirlik
- Hedeflerin kendi içindeki uyumu
- Birey/toplum hedeflerinin birbirini tamamlayıp tamamlamadığı
- Dayandığı sistemlerle/sağlık sistemleri ile bütünlüklü olup olmaması
- Küreselleşme sürecinin etkilerinin değerlendirilmesi

Sonuç olarak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla ortaya konmuş olan “Sağlık 2020” hedefleri Avrupa için güncellenmiş hedefler bütünüdür. Ancak bu bütünün gerçekleşmesi için yukarıda tanımlanan ve felsefede-“zeminde” bulunması gereken “olmazsa olmaz” koşulların yerine getirilmesi gerekmektedir.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. About Health 2020.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/about-health-2020>. Erişim: 7.12.2012.
2. The right to health was first proclaimed in 1948 in the preamble of the WHO Constitution (Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents. 45th ed. Supplement, October 2006). Geneva:World Health Organization; 2006
3. Why Health 2020.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/about-health-2020/why-health-2020>. Erişim: 7.12.2012.
4. Jacob Z, Marmot M. Social determinants of health in Europe. Lancet January 2012;379(9811): 103-5.
5. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 5). www.euro.who.int/document/ehfa5-e.pdf ,p. 11. Erişim: 7.12.2012.
6. The Declaration of Alma Ata.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Erişim: 8.12.2012.
7. EUR/RC62/9 Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Erişim: 9.12.2012.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf.
8. Milestones in Health Promotion. Statementd from Global Conferences. p: 1.
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf. Erişim:9.12.2012.
9. Health for all in the 21st century.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf. Erişim: 9.12.2012.
10. <http://www.un.org/millenniumgoals/> Erişim: 9.12.2012.
11. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/millennium-development-goals>. Erişim: 6.12.2012.
12. Reducing inequalities.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/about-health-2020/strategic-objectives/reducing-inequalities>. Erişim: 9.12.2012.
13. Better governance.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/about-health-2020/strategic-objectives/better-governance>. Erişim: 6.12.2012.
14. Developing indicators for the Health 2020 targets. First meeting of the expert group Utrecht, the Netherlands, 18–19 June 2012. WHO, 2012.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf. Erişim: 9.12.2012.



Kadın Cinselliğinin Gizlenen Yönü: Vajinismus ve Hemşirenin Rolü*

The Hidden Aspect of Women Sexuality: Vaginismus and the Role of the Nurse

Dr. Hande Dağ, Dr. Sevgül Dönmez*, Dr. Oya Kavlak****

Geliş tarihi : 10.11.2012

Kabul tarihi: 17.12.2012

Öz

Cinsellik, ülkemizde hem çok merak edilen, hem de utarılan ve konuşulmayan bir konu olduğu için cinsel işlevlere ilişkin yaşanan sorunlar kadınlar için son derece özel, rahatsız edici, fiziksel ve sosyal açıdan yıkıcı bir durumdur. Bu makalenin amacı, vajinismusun tanımı, görülme sıklığı, etiyolojisi ve bütüncül hemşirelik yaklaşımının önemini irdelemektir.

Cinselliğin değerlendirilmesi ve danışmanlık, hemşirenin rolleri arasında olmasına karşın az sayıda kişi bunu yerine getirmektedir. Hemşirelerin ergenlik döneminde ve evlilik öncesinde cinsel danışmanlık hizmeti vererek, halk ve gençler arasında bilinen, yanlış inanç ve uygulamaları belirlemesi ve gerekli eğitimleri vererek uygun birimlere yönlendirmesi gerekmektedir. Sağlık personeli arasında hemşireler, hastalarla en fazla zamanı geçirebilen, ev ziyaretleri ile onların yaşadıkları ortamda bulunabilen, dinleme ve gözlem becerilerini kullanarak karşılıklı güven ilişkisini daha kolay kurup kişilerin özel yaşamıyla ilgili bilgileri rahatlıkla toplayabilen meslek grubudur.

Vajinismus tedavisi olanaklı olduğunca hastayı ve eşini kapsayarak bireyselleştirilmelidir. Ayrıca vajinismusun tanı ve tedavisinde, hemşirelerle birlikte ebeler, kadın hastalıkları-doğum uzmanları, ürologlar, psikologlar ve psikiyatristlerden oluşan multidisipliner bir ekip yer almalıdır. İnsanların cinselliğe bakışları ve bu konuyla ilgili eğitimlerinin artırılması, vajinismusun psikiyatrik bir hastalık olarak medyada ve okullarda daha çok tanıtılması, durumu bütünsel olarak saptayabilmek için cinsellikle ilgili araştırmaların yapılmasına olanak sağlanması ve bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Kadın cinselliği, Vajinismus, Hemşirenin rolü

Abstract

Although sexuality is one of the most curious topics in Turkey, it is also an ashaming subject not to be talked about much. The problems due to sexual functions are deemed as very special, irritating, physically and socially devastating for women in Turkey. The aim of this article is to preset the definition, incidence and etiology of vaginismus and the importance of the holistic nursing approach.

Evaluation of the sexuality and counseling are one of the most important roles of a nurse, although a small number of them practice this function. The nurses should provide sexual counseling services to adolescents and marrying couples after finding out the false beliefs and practices of the public and young people and should refer them to appropriate units after giving the needed education. Among the medical staff, nurses have more time with the patients, can be found in their environment through home visits, use their skills of good listening and observation by establishing mutual trust relationship and in this way, gathering information about people's private lives easier than the other professions.

Treatment should be individualized by including wife and husband together. Nurses, midwives, obstetricians, urologists, psychologists and psychiatrists should work together as a multidisciplinary team. General public education and training on sexuality is needed, also introducing vaginismus as a psychiatric illness at schools and through the media. Sexuality related surveys should be developed and promoted for better understanding of the situation..

Key words: Women sexuality, Vaginismus, Nursing role

Giriş

Vajinismus, kadın cinsel işlev bozuklukları arasında sınıflandırılmakla birlikte, her iki eşin cinsel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Cinsel ilişkiden alınacak hazla ilişkili olduğu gibi, cinsel kimliği gerçekleştirmek, sağlıklı ve doyumlu bir eş ilişkisinde bulunmak

ve bazı durumlarda çocuk sahibi olmak isteğiyle de ilgilidir (1, 2).

Bu makalenin amacı vajinismusun tanımı, görülme sıklığı, etiyolojisi ve bütüncül hemşirelik yaklaşımının önemini irdelemektir.

*Çalışmamız 03-06 Mart 2011'de 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

*Arş. Gör.; Ege Ü. Hemşirelik Fakültesi, İzmir

**Doç.; Ege Ü. Hemşirelik Fakültesi, İzmir

Vajinismusun Tanımı ve Görülme Sıklığı

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV-TR) vajinismus, cinsel ağrı bozuklukları içinde bir cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Ana tanı ölçütü; "vajinanın dış üçte birindeki kaslarda, tekrarlayan ya da sürekli, istem dışı ve cinsel ilişkiye engel olan kasılma" olmasıdır. Kadın, kasılan kaslar üzerinde hiçbir kontrolü olmadığını düşündüğü için cinsel işlev bozuklukları arasında kadını en çaresiz bırakan bozukluğun vajinismus olduğu söylenmektedir (1, 2).

Kadının kontrolü dışında olan bu kasılmalar; yalnızca cinsel ilişki sırasında değil, kadının jinekolojik muayene, tampon kullanımı ya da parmağın vajene sokulması gibi girişim içeren durumlarda da tetiklenebilmekte ve kişide endişe, korku ve panik durumu yaratabilmektedir (3). Ayrıca disparöni ve vajinal kas spazmları, vulvar vestibulit, posterior frenulum labiorum pudentini yırtılması, vulva-vajinit ve vulvar dermatoz nedenleriyle de oluşabilmektedir (2).

Vajinismus, primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Primer vajinismus, istemsiz vajinal kas kasılmalarının daha önce cinsel deneyimi olmamış bir kadında görülmesidir. Bu durum literatürde "tamamlanmamış evlilik" olarak da belirtilmektedir. Sekonder vajinismus ise daha önceden vajinal ilişkiye sorunsuz girebilen bir kadının, durumsal (tecavüze uğrama) ya da menopoz gibi dönemlerde yaşanan disparöni sonucu istemsiz kas kasılmaları nedeniyle cinsel ilişkiye girememesine denilmektedir. Kadın cinsel işlev bozuklukları arasında en fazla primer vajinismus görülmektedir (4, 5, 6).

Cinsel yaşam fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve dini inanışlar gibi birçok faktörden olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu nedenle cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunların görülme sıklığı, ülkeler ve hatta aynı ülkenin bölgeleri arasında bile farklılıklar gösterebilmektedir. Literatürde belirtildiğine göre, kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı Mısır'da %69, ABD'de %43, İngiltere'de %33, İran'da %32, İzlanda'da %22 ve Hollanda'da %4,2 olarak saptanmıştır (5, 7, 8).

Ülkemizde birinci basamakta yapılan bir çalışmada vajinismus sıklığı %41,7 olarak

bulunmuştur (9). Torun'un (2010) makalesinde belirtildiğine göre, cinsel işlev bozuklukları polikliniklerinde yapılan araştırmalarda ise vajinismus sıklığı %66-75,9 olarak bildirilmektedir (10). Vajinismus sorunu yaşayan kadınların tedaviye başvurmadan çekindikleri ve bu yüzden eksik tanı konulduğu ve gözden kaçırıldığı düşünülmektedir (11,12). Konya'da normal popülasyonda yapılan bir araştırmada vajinismus görülme sıklığı %15,3 olarak belirlenirken, vajinismus yaşayan kadınların %46,3'ünün bu durumu yalnızca eşlerinin bildiği, %53,7'sinin de kendilerinin dışında başka kişiler tarafından bilindiği saptanmıştır (13). Yapılan bir çalışmada, cinsel sorunlar nedeniyle psikiyatri kliniklerine başvuran kadın hastaların %73'ünün vajinismus olduğu bildirilmektedir. Bu sonuç Kayır ve arkadaşları (1992) tarafından da doğrulanmıştır (14).

Vajinismusun Etiyolojisi

Vajinismus teriminin ilk ortaya atıldığı yıllarda konuyla ilgilenen jinekologlar, deneyimsiz eşin neden olduğu mikrotravmalar ve enflamatuvar süreçlerin temel patolojiye neden olduğu ileri sürmüşlerdir. Aslında nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, genel olarak vajinismus; sosyal, kültürel, psikolojik ve fizyolojik bulguların birbirini tamamlayıp bütünleştiği bir durumdur. Oluşumunda daha çok çevrenin, çocuklukta cinsel travmaların, cinsel bilgi ve eğitim yetersizliği, cinselliği değersizleştiren ve aşağılayan ailenin, cinsel organlardan iğrenme ya da hoşlanmama, kızlık zarını yitirme ve bilinçaltında penisin vücuda girişine karşı bir korkunun; eş ilişkisinde sorunlar olması, eşte cinsel işlev bozukluğu ve aşırı dinci-kültürel tutumların rol oynadığı bir bozukluk olarak ele alınmaktadır (2, 9, 11).

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin (2006) yayımladığı araştırma sonuçlarına göre, ülkemizde kadınların %45'inin ilk cinsel birleşme denemelerinde kasılma, acı, ağrı, kaçınma duygusu ya da korku nedeniyle birleşme olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca, bu araştırmada ülkemizde vajinismus görülmesinin nedenleri arasında; küçük yaşta evlendirilmelerin yaygın olması, kızlık zarının kutsallığı ve korunmasına verilen önem, masturbasyonu ve kadının bedenini tanımasının engelleyen inanışların olması, evlilik öncesi cinselliğin hoş görülmemesi ve

yasaklanması, cinselliğin bilinmemesi, çocukluktan beri gelen "bacağını kapa, eteğini ört" söylemleri, gebe kalma korkusu, kültürel faktörler olduğu bulunmuştur. Yukarıda belirtilen faktörlerin etkisi ile çocukluğundan itibaren kızlık zarını özenle koruması öğretilmiş bir kadın, evlendiği zaman bile sahip olduğu bu değerli şeyi kaybetmek istememektedir (15).

Vajinismuslu kadınların, çoğunlukla çocuksu özellikler gösteren, cinsel kaçınmaları olan, cinsel açıdan deneyimsiz, kırılgan, kurallara uyan, kızgınlığını dışa vurmayan, sürekli bir kabul gereksinimi içinde olan 'iyi kızlar' oldukları belirtilmektedir (3). Ayrıca vajinismus olan kadınların %81,6'sında major depresyon ya da anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bu durum infertiliteye neden olduğunda, depresyon belirtilerinin görülme oranı artmaktadır (16). Doğan ve Varol Saraçoğlu'nun (2009) yaptıkları çalışmaya göre, vajinismuslu kadınlar daha fazla görücü usulü evlenme, cinsel bilgi yetersizliği, eşlerinde cinsel işlev bozukluğu, evlilik öncesi cinsel deneyimsizlik, cinsel işlevsellik sorunları ve cinsel doyumda azalma bildirmişlerdir (9). Kayır ve arkadaşlarının (1992) 100 vajinismuslu kadın ile yaptıkları çalışmada %99 oranında suçluluk duygusu, bunun %65'inin de cinsel suçluluk olduğu saptanmıştır (14). Woo MA ve Brotto'nun (2008) yaptıkları çalışmaya göre ise ilk cinsel deneyim yaşanma yaşının geç olmasının, vajinismus görülme oranını artırdığı saptanmıştır (17).

Vajinismus Olan Kadınların Eşlerinin Özellikleri

Vajinismuslu kadınlar, genellikle baskıcı ve otoriter olan babalarının tersi özellikler gösteren kişileri eş olarak seçme eğilimindedirler. Eşleri nazik, kibar ve edilgindir (pasif) (3). Vajinismus durumunda erkek, eş tarafından istenmediğinde ya da reddedildiğinde eşinden uzaklaşma; eşine karşı öfke, kırgınlık ve bekâret konusunda kuşku yaşama ya da tam tersi olarak eşine karşı empati kurma davranışları gösterebilmektedir. Bu erkeklerde cinsel işlev bozuklukları, depresyon, şizofreni, histeri, sosyal içedönüklük görülebilmektedir ve eşlerine karşı temel duygularının da şefkat olduğu saptanmıştır. Vajinismus sorunu ile penetrasyon sağlayamayan eşler, cinsel bilgisizlikleri ve deneyimsizlikleri yüzünden kendilerini güçsüz ve başarısız hissedip,

sorunun kendilerinde olduğunu düşüncesiyle ürologlara gidip tedavi olmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle cinsel işlev sorunu yaşayan eşlerin birlikte incelenip bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeleri ve tanılanmaları gerekmektedir (6, 18).

Vajinismusun Tedavisi ve Hemşirenin Rolü

Ülkemizde toplumsal, kültürel, sosyal etmenlerin ve dini inançların etkisi nedeniyle cinsellik, rahatça soru sorulamayan, konuşulamayan bir konu olmayı sürdürmekte ve halen tabu olarak kabul edilmektedir (7, 15, 19). Berman ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada, cinsel yakınmaları bulunan kadınların %42'si doktora başvururken, bu konuda yardım almayanların %54'ü de aslında tedavi istediklerini belirtmişlerdir (20). Oysa vajinismus, tanı koyulduğunda en kolay tedavi edilebilen cinsel işlev bozukluğudur. Vajinismus tedavisinde; dilatörler, seks terapisi, eğitim, ev ödevleri, görüşmeler, hipnoterapi, gevşeme terapileri, biyofeedback, benzodiazepinler ve botulin- toksin enjeksiyonlarının kullanıldığı ilaç tedavileri ve en sık uygulanan yöntem olan bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri (duyarsızlaştırma ve yeniden işleme) gibi pek çok seçenek bulunmaktadır (2, 5, 10, 21, 22).

Genelde hastalar cinsel birleşme girişimi sayısını artırarak vajinismus sorununun üstesinden gelme eğilimindedir (9). Vajinismusta en çok denenilen yöntemler arasında, sakinleştirici haplar (%16,8) ve lokal anestetik jel (%11,2) bulunmaktadır. Ancak başarılı bir vajinismus tedavisinde; bu kasların yeniden çalıştırılması ve kasılmaların ortadan kaldırılması hedeflenir. Tedavideki temel unsur "kas belleğinin yeniden oluşturulması-farkındalığının artırılması"dır. Vajinismusun herhangi bir ilaç ya da operasyonla tedavisi olanaklı değildir, fakat en etkili tedavi yöntemi olan cinsel terapi ile bu sorun, ortalama 2-4 ay sürede ve 6-10 seansta %90'ı aşan bir başarı oranı ile tedavi edilebilmektedir (5, 23). Bilişsel-davranışçı yöntemlerde amaç, yanlış öğrenilmiş tepkilerin yerine yeni ve doğru tepkilerin öğrenilmesine olanak sağlamaktır. Bu yöntemde bedeni tanıma egzersizlerinden başlanarak aşamalı parmağın/ dilatörlerin vajene sokulması, Kegel ve koitus egzersizleri uygulanmaktadır. Sekonder vajinismus olan kadınlarda lidokain jel tedavide etkili olmaktadır. Kadının cinsel ilişki sırasında partnerini yönlendiren pozisyonlarda olması ve

partneriyle iyi iletişim kurması önerilmektedir. Ayrıca vajinal dilatasyon, psikoeğitim, duyarsızlaştırma gibi geleneksel yöntemlerin vajinismus tedavisinde başarılı olduğu bildirilmekle birlikte, henüz kanıta dayalı yeterli bulgu yoktur (2, 5, 10, 22, 23, 24).

Torun'un (2010) çalışmasında çocukluk çağında travma geçirmiş iki olguda Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization & Reprocessing-EMDR) tekniği ile yapılan 3 seanslık tedavi bulgularına göre; her iki olguda da hem kaygı düzeylerinde azalma, hem de cinsel ilişkiye yönelik işlevsel olmayan düşüncelerin ortadan kalktığı görülmüş ve vajinismus sorunu ortadan kalkmıştır (10). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada, in vitro sistematik duyarsızlaştırmada 39 hastadan 37'sinde, hipnoterapide altıda altı başarı elde edilmiştir (5).

Cinselliğin değerlendirilmesi ve danışmanlık, hemşirenin görevleri arasında olmasına karşın, az sayıda kişi bunu yerine getirmektedir. Ancak genellikle genç çiftler arasında evliliğin ilk gecesinde, ilk cinsel birleşme denemesi ile ortaya çıkan bu sorunun ortaya çıkarılması ve tedavisine başlanmasında hemşireye önemli roller düşmektedir. Çünkü bu sorunu yaşayan kadınların çoğunda gözlenen diğer bir etmen ise, ailedeki evlilik deneyimi olan anne, yenge gibi diğer kadınlardan; "İlk seferinde çok acı duyacaksın ama sonra geçer", "Kızlık zarın yırtılırken çok fazla kanama olacak", "Bir hafta boyunca ağır hareket yapma, sakın denize girme, eşin olmadan banyoya girme" gibi korkutucu bilgilerin aktarılması, kadınlara sanki tıbbi bir operasyon geçirecekler ya da başlarına kötü bir şey gelecekmiş gibi mesajlar vermektedir (25, 26). Hemşirelerin bu noktada, ergenlik döneminde ve evlilik öncesinde cinsel danışmanlık hizmeti vererek, toplum tarafından ve gençler arasında bilinen, yanlış inanç ve uygulamaları belirlemesi ve gerekli eğitimleri vererek uygun birimlere yönlendirmesi gerekmektedir. Sağlık personeli arasında hemşireler, hastalarla en fazla zaman geçirebilen, ev ziyaretleri ile yaşadıkları ortamda bulunabilen, dinleme ve gözlem becerilerini kullanarak karşılıklı güven ilişkisi kurup kişilerin özel yaşamlarıyla ilgili bilgileri rahatlıkla toplayabilen meslek grubudur (3, 7, 19).

Cinsel değerlendirme fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel yönü içermelidir. Kadının jinekolojik, obstetrik ve genitoüriner durumu, kullandığı kontraseptif yöntemler, cinsel ilişki sırasında ağrı, acı ve korku yaşaması ve kaçınma davranışlarının açık bir şekilde tanımlanabilmesi için ayrıntılı bir klinik öykü alınmalıdır. Psikolojik değerlendirmede ise; beden imajı, benlik saygısı, cinselliğe bakışı, cinsellik ile ilgili kendine güveni, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik sorunlar, cinsel istismar öyküsü, ilaç kullanımı, eşi ile ilişkisinin kalitesi göz önüne alınmalıdır. Ayrıca bu alanda uzman bir terapist ya da danışman eşliğinde kadının pelvik muayenesi yapılmalıdır. Tedavinin eşi ve kendisini kapsayacak biçimde bireyselleştirilmesine çalışılmalıdır. Vajinismusun tanı ve tedavisinde hemşireler ile birlikte ebeler, kadın-doğum uzmanları, ürologlar, psikologlar ve psikiyatristlerden oluşan multidisipliner bir ekip yer almalıdır (11, 19, 23, 27).

Bütüncül yaklaşım çerçevesinde hemşirelik girişimleri;

- Hemşire hastanın cinsellikle ilgili konuşmayı yapabilmesi için güvenli ve uygun bir ortam oluşturmaktadır.
- Kadının bireysel cinsel sağlığını güçlendirebilmek için hemşire hastanın bu konudaki gereksinimlerini fark etmelidir.
- Kadınların cinsel sorunlarını açıklayabilmeleri için hastayı uygun iletişim tekniklerini kullanarak cesaretlendirmeli ve cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemelidir.
- Kadınların cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirmeli ve cinsel yaşama ilişkin sorunları belirlemeye yönelik girişimlerde bulunulmalıdır.
- Belirlenen sorunların çözümü için bireye ve soruna özgü bir yaklaşımla, uygun girişimlerde bulunulmalı ve kadınların yaşam kalitesi yükseltilmelidir (3, 7, 19, 23).

Sonuç

Cinsellik, ülkemizde hem çok merak edilen hem de utanılan ve çok konuşulmayan bir konu olduğu için cinsel işlevlere ilişkin yaşanan sorunlar kadınlar için son derece özel, rahatsız edici, fiziksel ve sosyal açıdan yıkıcı bir durumdur (7). Toplumumuzda cinsellikle ilgili pek çok tabu halen önemini koruyarak yaşanmaktadır. Bu yüzden vajinismusun asıl

nedeni; cinsel eğitimin aile içinde verilmemesi ve toplumdaki yanlış inanışlara bağlı olarak kadınların cinsel konularda bilgisiz ve deneyimsiz olmaları görülmektedir (13). Bu durum da vajinismusun hem bir sağlık sorunu, hem de sosyolojik bir sorun olarak konumunu koruduğunu göstermektedir. Hemşirelerin, gerekli danışmanlık hizmetini vererek kadınların cinselliğe bakış açılarının ortaya çıkarılmasında, bu konuyla ilgili bilinçlendirilmesinde, sorunun oluşmadan önlenmesinde ve erken tanılanmasında, uygun birim ya da profesyonellere yönlendirilmesinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli bir rolü bulunmaktadır. Ayrıca vajinismusun psikiyatrik bir hastalık olarak medyada ve okullarda daha çok tanıtılması, cinsellikle ilgili araştırmaların yapılmasına daha çok olanak sağlanması, hemşireler ve diğer anabilim dalları uzmanlarının multidisipliner olarak çalışarak bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır (11, 12, 19).

İletişim: Hande Dağ

E-posta: hande.yagcan@gmail.com

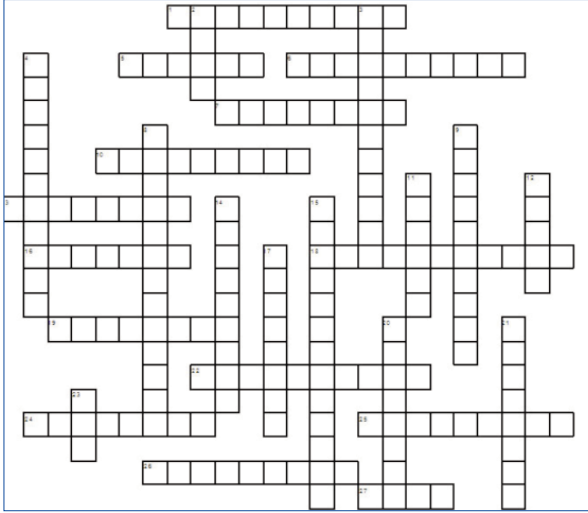
Kaynaklar

1. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. Arch Sex Behav, Springerlink 2009; 39(2):1-14.
2. Sonnex C. Psychosexual problems. Sexual health and genital medicine in clinical practice. Springer Verlag London Limited; 2007. s.143-5.
3. Küçük L, Buzlu S. Vajinismusun psikososyal yönü. Hemşire Çalışma Grubu / Kadın Cinsel Sağlığı 2006; 79-81.
4. Hope ME, Farmer L, McAllister KF, Cumming GP. Vaginismus in peri and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. Menopause International 2010;16: 68-73.
5. McGuire H, KKE H. Interventions for vaginismus. Cochrane Database Syst Rev 2009;1:1-14.
6. Zargooshi J. Unconsummated marriage: clarification of etiology; treatment with intracorporeal injection. BJU International 2000; 86(1): 77-9.
7. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12): 111-6.
8. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999; 281(1174): 537-44.
9. Doğan S, Varol SG. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doğumun değerlendirilmesi. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2009; 26(2): 151-8.
10. Torun F. Vajinismusun EMDR yöntemi ile tedavisi: iki olgu sunumu. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(3): 243-8.
11. Crowley T, Richardson D, Goldmeier D. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH special interest group for sexual dysfunction. International Journal of STD & AIDS 2206;17(1):14-8.
12. Koehler JD. Vaginismus: diagnosis, etiology and intervention. Contemporary Sexuality 2002; 36(9): 1-8.
13. Yılmaz E, Zeytinci, E, Sarı S, Karababa İF, Çilli AS, Kuçur R. Konya il merkezi'nde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(2): 126-34.
14. Kayır A, Salman B, Arı D. 100 vajinismus olgusunun tat verileri. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı. Ankara; 1992. s.103.
15. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği [CETAD]. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması; 2006. s. 65-156.
16. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçügil L, Özmenler KH, Özşahin A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(4):311-22.
17. Woo MA, Brotto LA. Age of first sexual intercourse and acculturation: effects on adult sexual responding. The Journal of Sexual Medicine 2008; 5(3):571-82.
18. Oktay M, Tombul K. İki yüz vajinismus vakası ve eşlerin psikolojik yönden incelenmesi. Yeni Symposium Dergisi 2003; 41(3): 115-9.
19. Mete S. Kadın ve cinsellik. Şirin A, Kavlak O. Ed. Kadın sağlığı. I. Baskı. İzmir: Bedray Yayıncılık; 2008. s. 120.
20. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, Powell JA. Seeking help for sexual function complaints: What gynecologists need to know about the female patient's experience. Fertil Steril 2003; 79: 572-6.
21. Bower WF. Sexual dysfunction and the overactive pelvic floor, pelvic floor re-education. Second Edition. London: Springer- Verlag; 2008. s. 254.
22. Shafik A, El-Sibai O. Vaginismus: results of treatment with botulin toxin. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000; 20(3): 300- 2.
23. Alexander LL, Larosa JH, Bader H, Garfield S. New dimensions in women's health. 4th Edition. Jones and Bartlett Publishers; 2007. s.121.
24. Reissing ED. Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. The Journal of Sexual Medicine 2012 Jan 9 (1): 251-8.
25. Boyacıoğlu SG. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999; 2: 54-9.
26. TC. Sağlık Bakanlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsellik ve üreme sağlığı. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. Cilt 1, Ankara: 2004.
27. Stanley E. Vaginismus. BMJ 1981; 282:1435-7.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza

2 TTB- STE Kredi Puanı veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Kasım Aralık 2012** sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Hekimin yasal olarak sorumlu tutulup, ceza ve tazminat davaları ile karşı karşıya gelmesine neden olabilecek davranışlarının genel adı.
- 2- Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Derneği ile birlikte yeni Türk Ceza Kanunu çerçevesinde düzenlenecek adli raporlar için hazırlanan klavuza katkı sunan uzmanlık derneği adının kısaltması.
- 3- "SAĞLIK 2020" hedeflerinin karar altına alındığı yıl.
- 4- Vajinismus tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri.
- 5 - Türkiye'nin içinde yer aldığı Dünya Sağlık Örgütü'nün bölgesi.
- 6- Kadın cinsel işlev bozuklukları arasında sınıflandırılmakla birlikte, her iki eşin cinsel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen bir hastalık.
- 7- 5 yaşından büyük çocukların diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, sistit ve üriner sistem anomalileri gibi tıbbi bir hastalığa bağlı olmadan, uyku sırasında, yineleyici nitelikte, istem dışı idrar kaçırması ve bu davranışın üç ay süreyle en az haftada iki kez ortaya çıkması.
- 8- Sağlık 2020 kapsamında hastalık "yükü" başlığında bulaşıcı olmayan hastalıklardan biri.
- 9- Enüretik çocukların maruz kaldıkları

- istismar türlerinden biri.
- 10- Vajinismuslu kadınların, çoğunlukla çocuksu özellikler gösteren, cinsel kaçınmaları olan, cinsel açıdan deneyimsiz, kırılgan, kurallara uyan, kızgınlığını dışa vurmeyen, sürekli bir kabul gereksinimi içinde olan durumlarını tanımlayan ifade.
- 11- 1986 yılında düzenlenmiş olan Birinci Sağlık Geliştirme Konferansı'nın yapıldığı yer.
- 12- Alma Ata Bildirgesi'ne göre sağlık için temel gereksinimlerin "olmazsa olmaz" koşullarından biri.
- 13- Daha önceden vajinal ilişkiye sorunsuz girebilen bir kadının, durumsal (tecavüze uğrama) ya da menopoz gibi dönemlerde yaşanan disparöni sonucu istemsiz kas kasılmaları nedeniyle cinsel ilişkiye girememesi olarak adlandırılan vajinismus türü.
- 14- Ülkemizde anne ve bebek ölümlerini önlemeye yönelik yapılan Ulusal Anne Ölümleri.
- 15- Sağlık 2020'nin temel başlıklarından biri. Çalışması'nın yılı.
- 16- 1978 yılında "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramının kabul edildiği bildirge.
- 17- İşe bağlı gelişebilecek hastalıklardan biri.
- 18- Halk arasında gebe kadınlara daha fazla yemelerini önermesine neden olan yanlış inanış.
- 19- Monoton iş yakınmalarına yönelik olarak sağlık çalışanları yönelik önerilerden biri.
- 20- Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve risk gruplarından biri.
- 21- Cinsel yaşamı etkileyen faktörlerden biri.
- 22- Adli raporlarda yer alan olgu gruplarından biri.
- 23- Dünya Sağlık Örgütü'nün kısaltması.
- 24- Alma Ata Bildirgesinin içerdiği temel sağlık hizmetleri başlıklarından biri.
- 25- Gebelikte önerilen sınırlar arasında kilo alan kadınların karşılaşma olasılığının düştüğü fetal sonuçlarından biri.
- 26- Adli rapor yazımında önemli değişiklikler getirmiş olan yeni Türk Ceza Kanunu'nun yürürlüğe girişi yılı.
- 27- Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na göre, ölen her 10 anneden önlenemez nedenlerle yaşamını yitiren anne sayısı.