

Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı
Dr. Şamih Demli
Dr. Tolga İnce
Stj. Dr. Berkan Kaplan
Dr. R. Ekrem Kutbay
Dr. Mehmet Özen
Dr. Murat SincanDr. Figen Şahpaz
Dr. Emrah Şeyhoğlu
Prof. Dr. Songül Yalçın
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
Dr. Yılmaz Yıldız
Dr. Adnan Yüce

Bilimsel Danışma Kurulu

Adli Tıp

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

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)
Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)
Yrd. Doç. Dr. Esra Önal
Prof. Dr. İmran Özalp
Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)
Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)
Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Kula

Deontoloji ve Tıp Tarihi

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

Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova
Doç. Dr. Önder Ergönül
Prof. Dr. Serhat Ünal

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

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

Genel Pratisyenlik

Dr. Aylin Sena Beliner
Dr. Alper Büyükkakuş
Dr. Hayati Çakır
Dr. Naciye Demirel
Dr. Sema İlhan
Dr. Remzi Karşı
Dr. Alfert Sağdıç
Dr. Mustafa Süllü
Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

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

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın
Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun
Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz
Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nevruz Gürçeğiz

Dr. Nesrin Erborü

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Eriş Bilaloğlu

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. 2 Kat: 4
Maltepe 06570 Ankara

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

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

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

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

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi: 24.06.2011

Bu Sayıda

Cilt	20
Sayı	2
Mart	
Nisan	2011

Araştırma / Research

**Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Son Sınıf Öğrencilerinin Kan ya da
Vücut Sıvılarından Etkilenimlerinin
Değerlendirilmesi** 45

*Dr. Tekin Ulaş Karatepe, Dr. Nalan Akış,
Dr. Mustafa Demiröz*

**İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde Kırk Yaş ve
Üstü Kadınlarda Meme Kanseri Risk
Durumunun Belirlenmesi** 51

Dr. Gülgünel S. Mermer, Dr. Recı Meseri

**Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma
Merkezinin Başvuran Hastalarda En Çok
Görülen Hastalıklar** 57

*Dr. Mustafa Demiröz, Dr. Özlem Özçay,
Dr. Tekin Ulaş Karatepe*

**Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde
Görülen Depresif Bulgular Üzerine
Günlük Yaşam Etkinliklerindeki Bağımlılık
Düzeyinin Etkisi** 63

*Dyt. Gülşah Kaner, Dr. Gazanfer Aksakoğlu,
Dr. Reyhan Uçku*

**Antenatal İzlemler Sırasında Gebelere
Emzirme Eğitimi Verilme Durumu** 66

*Dr. Sevgi Özsoy Gökdemirel, Dr. Gülçin
Bozkurt, Dr. Hacer Karanisoğlu*

Derleme / Review Article

Gençlerde Tütün Kontrol Programları 70
Dr. Gökben Yaslı, Dr. Gönül Dinç Horasan

Olgu Sunumu / Case Report

**Yenidoğan Hemolitik Hastalığında İntravenöz
İmmunoglobulin Uygulaması:
İki Olgu Sunumu** 76

*Dr. Arzu Dursun, Dr. Nilgün Karadağ,
Dr. Belma Saygılı Karagöl, Dr. Nurullah Okumuş,
Dr. Ayşegül Zenciroğlu*



Kapak Fotoğrafı
"Kedi"

Dr. Can Mustafa Eren, Adana
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2010
Başarı Ödülü



Merhaba,

Dr. Karatepe ve arkadaşları "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kan ya da Vücut Sıvılarından Etkilenimlerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmalarında Uludağ Üniversitesi sağlık kuruluşlarında staj yapan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında kan ve/veya vücut sıvılarından etkilenim yaşama durumlarını değerlendirmişler. Araştırmada öğrencilerin kan ve vücut sıvılarından etkilenim oranı yüksek (%69,7), bildirim oranları ise düşük bulunmuş.

Dr. Mermer ve arkadaşları "İzmir İli Kemalpaşa İlçesinde Kırk Yaş ve Üstü Kadınlarda Meme Kanseri Risk Durumunun Belirlenmesi" çalışmalarında toplumda meme kanseri riski olan kadınları belirlemek için Gail Modelini kullanmışlar. Çalışmada kırk yaş üstü tüm kadınların ve meme kanseri yönünden yüksek risk altında olan kadınların erken tanı ve izlem için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmeleri gerektiği vurgulanmakta.

Dr. Demiröz ve arkadaşları "Nilüfer Halk

Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezleri'ne Başvuran Hastalarda En Çok Görülen Hastalıklar" araştırmalarında 0 - 4 yaş grubunda en çok akut üst solunum yolu enfeksiyonu, 5 yaş ve üstü nüfusta da solunum sistemi hastalıkları ilk sırada yer almış. Bunu hipertansif hastalıklar, kas iskelet sistemi hastalıkları ve sindirim sistemi hastalıkları izlemiştir. Çalışmada solunum sistemi hastalıklarının yanı sıra hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların yakından izlenmesi, özellikle ileri yaş grubu için hayati önem taşıdığı belirtilmektedir.

Dyt. Kaner ve arkadaşları "Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Görülen Depresif Bulgular Üzerine Günlük Yaşam Etkinliklerindeki Bağımlılık Düzeyinin Etkisi" isimli araştırmalarında depresif bulgu saptanan yaşlı bireylerin yarıdan fazlasında temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olduğu belirtilmektedir.

Dr. Gökdemirel ve arkadaşları "Antenatal İzlemler Sırasında Gebelere Emzirme Eğitimi Verilme Durumu" isimli çalışmalarında antenatal izlemler kapsamında 32. Haftadan itibaren gebelere emzirme eğitiminin verilmesini önemini vurgulamaktalar.

Dr. Yaslı ve Dr. Dinç Horasan "Gençlerde Tütün Kontrol Programları" isimli çalışmalarında gençlerde sigara kullanımının azaltılması için gençlerde sigara kullanmaya başlama nedenlerinin bilinmesini ve sigara konusunda eğitim programları yürütülmesini önermektedirler.

Dr. Metan "Toplumda Kazanılmış Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Tedavisinde Florokinolon Kullanımı" makalesinde florokinolonların uygun farmakokinetik ve dinamik özellikleri ile ASYE tedavisinde önemli bir seçenek haline geldiği belirtilmektedir.

Dr. Dursun ve arkadaşları "Yenidoğan Hemolitik Hastalığında İntravenöz İmmunoglobulin Uygulaması" başlıklı olgu sunumlarında yenidoğanın acil durumlarından biri olarak değerlendirilen sarılığa dikkat çekilerek, yenidoğan hemolitik hastalığı saptanan seçilmiş olgularda intravenöz immunoglobulin kullanımının gereksiz kan değişimini ve hasta sevklerini azaltabileceği vurgulanmaktadır.

Bilimsel ve dostça kalın.



Fotoğraf: "Alın Terim" Dr. Zafer Tunç
STED Fotoğraf Yarışması 2010 Sergi Ödülü



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ndedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılacak 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 taşımaları gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme 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.

- Metinle ilgili yazılmadan 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 özün aynen çevirisi olmalıdır.

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

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

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 gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

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

Tipik dergi makalesi

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

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 kısaltmalar ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ??

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift 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.

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

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

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (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 Tunaliğil 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



Dr. Tekin Ulaş Karatepe, Dr. Nalan Akış**, Dr. Mustafa Demiröz**

Geliş Tarihi: 28. 04. 2011
Kabul Tarihi: 30. 05. 2011

Öz

Amaç: Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi sağlık kuruluşlarında staj yapan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında kan ve/veya vücut sıvılarından etkilenim yaşama durumları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıfında okuyan, 31 Temmuz 2010 tarihinde bir yıllık intörlük süresini dolduracak olan 234 öğrencide yapılmıştır. Öğrencilere gözlem altında veri toplama yöntemiyle 19 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Veriler bilgisayar yardımıyla değerlendirilmiş, istatistiksel analizde ki kare testi kullanılmıştır. İstatistik değerlendirmelerde $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada öğrencilerin %74,7'ine ulaşılmıştır. Öğrencilerin %52,0'ı erkek, %48,0'ı kadındır. Yaş ortalamaları $24,8 \pm 1,1$ yıldır.

Öğrencilerin %69,7'si son 12 ay içerisinde kan ve vücut sıvılarından etkilenim yaşadığını belirtmiştir. Kız öğrencilerde bu oran %36,6; erkek öğrencilerde ise %33,1'dir. Aradaki fark anlamlı değildir. (χ^2 : 0,07 $p > 0,05$).

Bu öğrencilerin %84,4'ü kan ve/veya vücut sıvılarından deri ya da mukozalar yoluyla bulaş, %79,5'i hasta materyalleriyle kontamine olmuş delici/kesici aletle yaralanmaya maruz kalmaları nedeniyle etkilenim yaşamışlardır.

Öğrencilerden tam doz hepatit B aşısı olanların oranı %89,7'dir.

Kan ve/veya vücut sıvılarından etkilenim konusunda eğitim aldığını söyleyenlerin oranı %10,3'dür.

Etkilenim yaşayan öğrencilerin %61,5'i bu durumu bildirmemiştir.

Sonuç: Araştırmada öğrencilerin kan ve vücut sıvılarından etkilenim oranı yüksek (%69,7), bildirim oranları ise düşük bulunmuştur. İntörlüğe geçiş sürecinde konuyla ilgili bilgilendirilmeleri ve tüm öğrencilerin tam doz Hepatit B aşısı ile aşılanmalarının sağlanması uygun olacaktır.

Anahtar sözcükler: Kan ve vücut sıvılarından etkilenim, Tıp fakültesi, Öğrenci

Abstract

Objective: In this study, senior medical students' exposure to blood and/or other body fluids during their practice in Uludağ University Health Foundations was evaluated.

Material and Method

This cross-sectional and descriptive study was conducted with 234 sixth year medical students who were to complete their one-year internship period on July 31st, 2011. The survey form which included 19 questions was filled under observation. All data was evaluated on the computer and chi square (χ^2) test was used for statistical analyses. $p < 0.05$ was accepted as the level of significance.

Results

In this study, 74.7% of the students were reached. 52.0% of the students were male and 48.0% were female; and their average age was 24.8 ± 1.1 years.

69.7% of the students declared that they were contaminated with blood and/or body fluids in the last 12 months. This rate was 36.6% among females and 33.1% among males. The difference between two rates was not significant (χ^2 : 0.07 $p > 0.05$).

84.4% of these students had contact with blood and/or body fluids by mucosa or skin, 79.5% were injured with penetrative/incisive tools which were contaminated with patient's materials.

The rate of students who had full dose of hepatitis B vaccination was 89.7%. 10.3% of students pointed out that they were trained on exposure to blood and body fluids before. 61.5% of the affected students did not make a declaration of the incident.

Conclusion

In the research, student's exposure rate to blood and body fluids was found high (69.7%), but the rate of notification was low. The students should be informed about this subject and full hepatitis B protection should be provided before they start their internship.

Key words: Exposure to blood and body fluids, Medical school, Student

*Arş. Gör.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Bursa

**Yrd. Doç.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Bursa

Giriş

Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC), sağlık kuruluşlarında verilmekte olan hizmet sırasında hastaların kan ve/veya vücut sıvılarından ya da hastaların kan ve/veya vücut sıvılarından hazırlanan laboratuvar materyallerinden deri ve mukozalara sıçrama, dökülme ve kesici/delici yaralanmalar yolları ile etkilenmeleri 'kan ve vücut sıvılarından etkilenim' olarak tanımlamıştır (1).

Hastanedeki günlük faaliyetler sırasında hastaların kan ve vücut sıvılarıyla temas etme olasılığı olan sağlık çalışanlarının hepsi; başta, önemli mortalite ve morbidite nedeni olan hepatit B, hepatit C, insan immun yetmezlik virüsü (HIV) olmak üzere 50'den fazla patojenle karşılaşma riski altındadır (2,3).

Karşılaşma kan/ vücut sıvılarının iğne ve diğer aletlerle inokülasyonu, derideki çatlakların kontaminasyonu, ağızdan ağza suni solunum gibi nedenlerle kişilerin kanını yutmak, yara ile kontaminasyon, kontamine alanların basınçlı su ile temizlenmesi sırasında yara ve müköz membranlar üzerine sıçrama ve ısırıklar gibi etkilenim biçimlerinde olabilir (4). Bu olayların bildiriminin çoğu yerde yapılmaması enfeksiyon riskini belirlemeyi güçleştirmektedir. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre dünyada her yıl 35 milyon sağlık çalışanından üç milyonu kan kaynaklı enfeksiyonlara maruz kalmaktadır (4).

Klinik uygulamalar sırasında, klinik deneyimlerinin yetersiz olması nedeniyle tıp fakültesi öğrencileri kan/vücut sıvılarına etkilenim açısından özellikle risk altındadır. Yapılan çalışmalarda tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimleri süresince % 11-50'sinin (5) delici ve kesici aletlerle yaralanmaya maruz kaldığını göstermektedir. Ancak özellikle ülkemiz için tıp fakültesi öğrencilerinde kan ve vücut sıvılarından etkilenime ilişkin az sayıda çalışma vardır (6).

Bu çalışmanın amacı, Uludağ Üniversitesi sağlık kuruluşlarında staj yapan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında kan ve/veya vücut sıvılarından etkilenimleri ve etkilenim sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Uludağ Üniversitesi (U. Ü.) Tıp Fakültesi altıncı sınıfta okuyan, bir yıllık intörnlik süresini 1 Ağustos 2010 tarihinde tamamlayarak mezun olması beklenen 234 öğrencide yapılan kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmaya başlamadan önce U. Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığından izin ve 2010-3/5 sayılı etik kurulu izni alınmıştır.

Öğrencilerle, mezuniyet provalarının yapıldığı 23, 28, 30 Haziran 2010 tarihlerinde üç gün süreyle provaların yapıldığı salonda görüşülmüş, çalışmanın amacı, yöntemi anlatılmış, yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmada 19 sorudan oluşan anket formu gözlem altında veri toplama yöntemiyle uygulanmıştır. Anket formunda sorulara geçilmeden önce kan ve/veya vücut sıvılarından etkilenim, kan ve/veya vücut sıvılarından bulaş, delici kesici aletle yaralanma tanımları yapılmıştır. Kan ve vücut sıvılarından etkilenim sağlık kuruluşlarında verilmekte olan hizmet sırasında hastaların kan ve/veya vücut sıvılarından ya da hastaların kan ve/veya vücut sıvılarından hazırlanan laboratuvar materyallerinden deri ve mukozalara sıçrama, dökülme ve kesici/delici yaralanmalar yolları ile etkilenmeleri olarak tanımlanmıştır (6). Kan ve vücut sıvılarından bulaş, 'iğne ve diğer aletlerle kanın inokülasyonu, derideki çatlakların kan ile kontaminasyonu, ağızdan ağza suni solunum gibi nedenlerle kişilerin kanını yutmak, açık yara üzerindeki giysinin kan ile kirlenmesi ile yara kontaminasyonu,



Erişim adresi: http://www.akithaber.com/HD242799_universite-ogrencileri-kan-bagisladi.html

Şekil 1. Dünyada Sigara Epidemisinin Evreleri.		
Etkilenime yol açan durum (n: 122)	Sayı	%
Kan ve/veya vücut sıvılarından deri ya da mukozalar yoluyla bulaş	103	84,4
Kesici delici aletle yaralanma	97	79,5
Etkilenen vücut bölgesi		
El parmağı	108	61,5
El	27	15,6
Göz	1	0,8
Kol	2	1,6
İşlem sırasında koruyucu malzeme kullanma durumu (maske, gözlük, eldiven)		
Kullanmış	87	71,3
Kullanmamış	35	28,7
Etkilenimi bildirme durumu (n=122)		
Her zaman bildirmiş	27	22,1
Bazen bildirmiş	13	10,7
Hiç bildirmemiş	75	61,5
Hatırlamıyor	7	5,7
Etkilenim sonrası profilaktik tedavi alma (n=40)		
Almış	8	20,0
Almamış	2	5,0
Gerek görülmemiş	30	75,0
Tam doz Hepatit B aşılama durumu		
Var	110	90,1
Yok	12	9,9

kontamine alanların basınçlı su ile temizlenmesi sırasında yara ve müköz membranlar üzerine sıçraması' olarak tanımlanmıştır. Delici- kesici aletle yaralanma 'kan ve/veya vücut sıvılarından enjektör iğnesi, bistüri vb medikal aletlerle deri ve deri altını ilgilendiren yaralanmalar' olarak tanımlanmıştır (7).

Anket formunda yaş, cinsiyet, sosyal güvence durumu gibi soruların yanında, son 12 ay içerisinde kan/ vücut sıvılarından etkilenim durumu, varsa etkilenim yolu, etkilenen vücut bölgesi, etkilenim sırasında kişisel koruyucu kullanma durumu, etkilenim sonrası bildirim yapılma yeri, sağlık hizmeti alma durumu sorulmuştur. İntörlüğe başlarken, klinikte çalışmayla ilgili uyum eğitimi ve kan/ vücut sıvılarından etkilenim konusunda eğitim alıp almadıkları ve tam doz Hepatit B aşısı olma durumları sorulmuştur. Üç doz Hepatit B aşısı yaptırmış olanlar tam doz aşılı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada veriler SPSS 18.0 (SPSS 18.0 for windows software (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programıyla değerlendirilmiştir. Analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmada öğrencilerin %74,7'ine (175 öğrenci) ulaşılmıştır. Araştırmanın yapıldığı günlerde Bursa dışında olma, hasta olma gibi nedenlerle provalara katılmayan 55 (%23,5) öğrenciye ulaşılamamış, 4 (%1,7) öğrenci ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %52,0'ı (91 öğrenci) erkek, %48,0'ı (84 öğrenci) kadındır. Yaş ortalamaları $24,8 \pm 1,1$ yıldır.

Kan ve vücut sıvılarından etkilenim yaşayanlarla ilgili özellikler Tablo 1'de verilmiştir. Öğrencilerin %69,7'si (122 öğrenci) son 12 ay içerisinde kan ve vücut sıvılarından etkilenim yaşadığını belirtmiştir. Bu öğrencilerin %84,4'ü (103 öğrenci) kan ve/ya da vücut sıvılarından deri ya da mukozalar yoluyla bulaş, %79,5'i (97 öğrenci) hasta materyalleriyle kontamine olmuş delici/kesici aletle yaralanmaya maruz kalmaları nedeniyle etkilenim yaşamışlardır.

Kız öğrencilerin %36,6'sı (64 öğrenci) erkek öğrencilerinin %33,1'i (58 öğrenci) etkilenim yaşamıştır. Aralarında anlamlı fark yoktur ($\chi^2 0,07 p > 0,05$).

Şekil 2. Kesici delici aletle yaralanmaya neden olan cisim ve işlemlerin dağılımı		
Kesici delici aletle yaralanma (n: 97)	Sayı	%
Yaralanmaya neden olan cisim		
Enjektör iğnesi	94	96,9
Sütür iğnesi	15	15,5
Diğer (Bistüri, iv kanül iğnesi, lanset, cam kırıkları)	9	9,3
Yaralanmaya yol açan işlem		
Tedavi sırasında, sonrasında, kanla bulaşmış aletin batması (iğne batması, bistüriyle kesik, sütür atmada iğne batması)	81	83,5
Enjeksiyon/tedavi sonrası iğne ucunu kapatırken	27	27,9
Girişim yaptıktan sonra iğneyi atık kutusuna atarken	7	7,5
Enjeksiyon/tedavi sonrası iğneyi enjektörden ayırırken	4	4,3
Diğer	4	4,3

Etkilenim yaşayan öğrencilerinin %61,5'inde (108 öğrenci) etkilenim bölgesi el parmağıdır. Yaptıkları işlem sırasında öğrencilerin %71,3'ü (87 öğrenci) koruyucu malzeme kullandığını bildirmiştir. En fazla kullanılan koruyucu malzeme %70,5 ile (86 öğrenci) eldivendir.

Etkilenim yaşayanların %22,1'i yaşadığı bütün etkilenimleri bildirdiğini söylerken, hiçbir etkilenimi bildirmeyenlerin oranı %61,5 (75 kişi)dir.

Araştırmaya alınan öğrencilerden tam doz Hepatit B aşısı olanların oranı %89,7'dir (157 öğrenci). 4 öğrenci (%2,3) doğal bağışıklığı olduğunu bildirmiştir. Tam doz Hepatit B aşısı olmayanların oranı %8,0'dir (14 öğrenci).

Etkilenim yaşayanlarda tam doz Hepatit B aşısı olanların oranı ise %90,1'dir (110 öğrenci).

Tam doz aşısı olanların %11,4'ü (20 öğrenci) tıp fakültesine başlamadan önce, %77,1'i (135) ise tıp fakültesine başladıktan sonra aşı yaptırmıştır. İki öğrenci ise (%1,3) etkilenim sonrası aşı yaptırdığını bildirmiştir.

Öğrencilerden, intörnlüğe başlamadan önce kan ve/veya vücut sıvılarından etkilenim konusunda eğitim aldığını söyleyenlerin oranı %10,3 (18 öğrenci) dür; 153 (%89,7) öğrenci eğitim almadıklarını belirtmiştir.

Kan ve/veya vücut sıvılarından deri ya da mukozalar yoluyla bulaşta, bulaş en çok kan/kan ürünleri %87,4 (90 öğrenci) ile olmuştur. Bunu %14,3 (25 öğrenci) oranı ile görülebilir kan içermeyen vücut sıvıları, %8,6 (15 öğrenci) ile de görülebilir kan içeren vücut sıvıları izlemektedir.

Öğrencilerden son 12 aylık dönemde en az bir kez kesici- delici aletle yaralananların oranı %55,4 (97 öğrenci)'dür. Kesici delici aletle yaralanmalarda, enjektör iğnesi ile yaralanma; %96,4 (94 yaralanma) oranı ile ilk sırada yer almaktadır. Yaralanmaya en çok yol açan işlem ise tedavi sırasında kanla bulaşmış aletin batmasıdır (%96,6). Tablo 2'de kesici delici aletlerle yaralanmaya neden olan cisim ve işlemlerin dağılımı görülmektedir.

Tartışma

Sağlık personeline kan ve/veya vücut sıvılarıyla etkilenimin yüksek oranda olduğuyla ilgili çeşitli araştırmalar vardır (8, 9, 10,11,12) Ancak özellikle ülkemiz için Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılmış çok az çalışma vardır



Erişim adresi: http://www.akithaber.com/HD242799_universite-ogrencileri-kan-bagisladi.html

ve bunlar da kesici –delici alet yaralanmalarıyla ilgilidir (11, 13).

Çalışmamızda tıp fakültesi son sınıfta okuyan öğrencilerinin %69,7'sinin son bir yıl içinde en az bir kez kan ve/veya vücut sıvılarıyla etkilenim yaşadıkları bulunmuştur. Aynı dönemde kesici delici aletle yaralanma yaşayanların oranı ise %55,4'dür. Kuyurtar ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada bu oran %42,3 bulunmuş, sınıf büyüdükçe oranın arttığı ve 6. sınıf öğrencilerinde %78,6'ya ulaştığı saptanmıştır (11) Çan ve arkadaşlarının çalışmasında ise 6. sınıf öğrencilerinin %53,7'si kan ya da vücut sıvısının deri ve mukozaya sıçraması şeklinde temas yaşadığını, enjektör iğnesinin batmasıyla yaralananların oranının ise %58,6 olduğu bildirilmiştir (13). Yurtdışında Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde kan ve vücut sıvılarıyla temas yaşama oranı %8,0-57,7 arasında, kesici-delici aletle yaralanma sıklığı ise %29,5-75,8 arasında değişmektedir (3, 14, 15, 16) Bulduğumuz sonuçlar ülkemiz ve diğer ülkelerdeki çalışmalarla benzerdir. Öğrencilerin son sınıfa geldiklerinde çok sayıda hastayla karşılaşmaları, tıbbi girişim yapmaları ve hasta takibinde daha fazla rol almaları, bunun yanı sıra deneyimlerinin az olması etkilenimlerini

diğer sağlık çalışanlarına göre yüksek olmasına yol açabilir.

Çalışmamızda kesici delici aletle yaralanmada en fazla yaralanmaya yol açan araç enjektör, işlem ise tedavi sırasında ya da sonrasında, kanla bulaşmış aletin batmasıdır. Benzer çalışmalarda da en sık yaralanmaya yol açan araç enjektördür (11,15, 17)

Çalışmamızda enjeksiyon/televi sonrası iğne ucunu kapatırken iğne batması oranı %27,9'dır. Çan ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %48,0 olarak bulunmuştur (13).

Öğrencilerin en fazla enjektörle yaralanmaları, pratikte en fazla yaptıkları işlemin kan alma olduğu düşünüldüğünde beklenen sonuçtur. Benzer biçimde, Gülay ve arkadaşlarının U. Ü. Sağlık kuruluşlarında 'beklenmeyen olay bildirim formlarını' inceleyerek yaptıkları çalışmada en sık gözlenen maruziyetin iğne batması olduğu, maruziyetten en fazla etkilenenlerin de öğrenciler olduğu saptanmıştır (18).

Öğrencilerin büyük kısmı yaptıkları işlemler sırasında kişisel koruyucular kullandıklarını belirtmişlerdir. En fazla kullanılan kişisel koruyucu eldivendir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da öğrencilerin bizim sonuçlarımıza benzer biçimde yüksek oranda kişisel koruyucu kullandıkları, bunların başında da eldiven kullanımı olduğu görülmektedir (11,13). Hepatit B aşısı ile tam doz aşılı olanların oranı da %89,7 olup, yüksek bir orandır. Ülkemizdeki çalışmalarda bu oran %56,8- 72,8 arasındadır (11, 13). Brezilya'da Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada tam doz Hepatit B aşısı ile aşılama oranı %86,8, ABD yapılan çalışmada ise %90'dan fazla bulunmuştur (19). Bu çalışmalarla benzer biçimde, fakültemizde öğrencilerin büyük kısmının tam doz aşılı olması sevindiricidir.

Etkilenim yaşadktan sonra her zaman bu durumu bildirenlerin oranı %22,0 gibi çok düşük orandadır. Öğrencilerin %61,5'i hiçbir etkilenimini bildirmediğini belirtmiştir. Bu oran Kuyurtar ve arkadaşlarının çalışmasında da %89,7 gibi çok yüksek orandadır (11). Kurumumuzda kan/ ve vücut sıvılarıyla etkilenim yaşandığında 'beklenmeyen olay



Erişim adresi: <http://kardiyoloji.uludag.edu.tr/klinik Hizmetleri.htm>

bildirim formu' doldurularak durum kayıt altına alınmakta, maruz kalanlar enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilmektedir. Bildirim oranının düşük olması öğrencilerin etkilenim yaşadıklarında ne yapacaklarını bilmemelerine ya da bunu önemsememelerine bağlı olabilir. Çalışmamızda öğrencilerin %89,7'sinin intörlülüğe başlarken kan/ ve ya da vücut sıvılarıyla etkilenim konusunda eğitim almadıklarını söylemeleri de bu düşüncüyü desteklemektedir.

Sonuç olarak Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin %69,7'si son bir yıl içinde kan ve/veya vücut sıvılarıyla etkilenim yaşamıştır. Ancak etkilenimi rapor etme oranı çok düşüktür. Bu durum Hepatit C, HIV virüsleri gibi şu anda aşıyla korunma olanağı bulunmayan hastalıklarla ilgili bulaş yaşamaları durumunda herhangi bir önlem alınması olanağını da ortadan kaldırmaktadır. Tam doz Hepatit B ile aşı olanların oranı yüksek olmakla beraber, tüm öğrencilerin Tıp Fakültesine başladıklarında aşılanmaları uygun olacaktır. İntörlülüğe geçiş döneminde öğrencilerin mesleki risklerle ilgili bilgilendirmeleri kişisel koruyucu kullanma ve etkilenim yaşadıklarını bildirim oranlarını da yükseltebilir.

İletişim: Dr. Tekin Ulaş Karatepe
E-posta: tukaratepe@gmail.com

Kaynaklar

1. Exposure to Blood. What healthcare personnel need to know 2003 page1-2
www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/bbp/Exp_to_Blood (Erişim tarihi: 09.10.2010)
2. Çiftçi, H, Yeni E, Savaş M, Verit A, Keser BS, Topal U (2007). Hepatitlerle ne kadar iç içeyiz? Türk Üroloji Dergisi, 33 (1): 104-106.
3. Tarantola, A., et al., Occupational blood and body fluids exposures in health care workers: Four-year surveillance from the Northern France network. American J Infection Control, 2003. 31(6): p. 357-363.
4. Risk Assessment and Needlestick Injuries. E-Facts-40. European Agency for Safety and Health at Work. Http://osha.europa.eu (Erişim tarihi: 18.11.2010)
5. Ayrancı U, Kosgeroglu N (2004). Needlestick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. Journal of Hospital Infection, 58 (3): 216– 223.
6. Exposure to Blood. What healthcare personnel need to know 2003 page 1
www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/bbp/Exp_to_Blood (Erişim tarihi: 09.10.2010)
7. Risk Assessment and Needlestick Injuries. E-Facts-40. European Agency for Safety and Health at Work. Http://osha.europa.eu. (Erişim tarihi: 18.11.2010)
8. Azap A, Ergönül O, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt GY, Tekeli E. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. Am J Infect Control. 2005 Feb;33(1):48-52.
9. Tarantola A., Koumare A., Rachline A., et al. A descriptive, Retrospective study of 567 accidental blood exposures in health care workers in Three west african countries. Journal hospital infection 2005;60;276-282)
10. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun M, Kırbıyık S (2002). Bir üniversite hastanesi sağlık personelinde delici kesici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışları. J Med Sci, 22: 390-396.
11. Kuyurtar F., Altıok M. Tıp ve Hemsire Öğrencilerinin Delici/Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Aldıkları Önlemler Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12 (2009)
12. Talas MS. Occupational exposure to blood and body fluids among Turkish nursing students during clinical practice training: frequency of needlestick/sharp injuries and hepatitis B immunisation. J Clin Nurs. 2009 May;18(10):1394-403. Epub 2009 Jan 15
13. Çan G, Topbaş M, Arslan H, Kapucu M, (2003) KTÜ Tıp Fakültesi öğrencilerinin kan ve enfekte vücut sıvıları ile ilgili yaklaşımları. Sağlık ve toplum, 13(2): 91-95
14. Schmid K, Schwager C, Drexler H. Needlestick injuries and other occupational exposures to body fluids amongst employees and medical students of a German university: incidence and follow-up. J Hosp Infect. 2007 Feb;65(2):124-30)
15. Shariati B, Shahidzadeh-Mahani A, Oveysi T, Akhlaghi H. Accidental exposure to blood in medical interns of Tehran University of Medical Sciences. J Occup Health. 2007 Jul;49(4):317-21.
16. Oliveira LC, Pontes JP. Frequency of hepatitis B immunity and occupational exposures to body fluids among Brazilian medical students at a public university. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2010 Oct;52(5):247-52..
17. Cervini P, Bell C. Brief report: needlestick injury and inadequate post-exposure practice in medical students. J Gen Intern Med. 2005 May;20(5):419-21)
18. Gülay M, Sığırdı D, İrgil E, Yılmaz E, Akalın H. Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları personelinin kan ve vücut sıvılarına maruziyet durumunun değerlendirilmesi. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2009;13(3):209-214.
19. Lindley MC, Lorick SA, Spinner JR, Krull AR, Mootrey GT, Ahmed F, Myers R, Bednash GP, Cymet TC, Maeshiro R, Raines CF, Shannon SC, Sondheimer HM, Strikas RA. Student vaccination requirements of u.s. Health professional schools: a survey. Ann Intern Med. 2011 Mar 15;154(6):391-400.

İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde Kırk Yaş ve Üstü Kadınlarda Meme Kanseri Risk Durumunun Belirlenmesi

Evaluation of Breast Cancer Risk Status of Women Aged 40 and Above, Living in Kemalpaşa District, İzmir

Araştırma



Research

Dr. Güleğül S. Mermer*, Dr. Recı Meseri**

Geliş Tarihi: 10. 05. 2011

Kabul Tarihi: 06. 06. 2011

Öz

Meme kanseri, akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci, kadınlarda ise en sık görülen kanser türüdür. Gail model toplumda meme kanseri riski olan kadınları belirlemek için en sık kullanılan modeldir. Modele göre riskin hesaplanmasında değiştirilemez etmenler kullanılmaktadır, bu nedenle modelin amacı koruma değil, erken tanıdır. Model, dokuz sorudan oluşan basit bir anket formudur. Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma, İzmir ili Kemalpaşa İlçesi'nde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınların erken tanı yöntemlerini kullanma durumlarını ve meme kanseri riskini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kemalpaşa İlçesi Merkezinde yaşayan 40-80 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır (n=11188). Bilinmeyen sıklık (%50), yüzde 10 hata payı, yüzde 95 güven aralığında en az 95 kadın (%20 yedek alındığında en az 114 kadın) örnek olarak hesaplanmıştır. Sosyo-ekonomik değişkenler, Gail modele özgü değişkenler ve erken tanı yöntemleri sorgulanmıştır. Veri yüz yüze görüşme ile toplanmış, SPSS 15.0'da değerlendirilmiştir. Gail modele göre kadınların yüzde 18.1'i meme kanseri açısından risk taşımaktadır. Kadınların yüzde 62.1'i Kendi Kendine Meme Muayenesi yaptığını, yüzde 56.0'ı yaşamda en az bir kez mamografi çektiğini bildirmiştir. Kadınların yaklaşık beşte biri meme kanseri açısından risk taşımaktadır. Kadınların yarısından biraz fazlası erken tanı yöntemlerini kullanmaktadır. Kırk yaş üstü tüm kadınların ve meme kanseri yönünden yüksek risk altında olan kadınların erken tanı ve izlem için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmeleri gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, Risk, Gail model.

Giriş

Meme kanseri, akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci, kadınlarda ise en sık görülen kanser türüdür. GLOBACON 2008 verisine göre meme kanserinin tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanser olduğu, 2008 yılında 1.38 milyon (tüm yeni tanılanan kanser olgularının %23'ü) yeni kanser olgusunun tanındığı ve toplamda kanser sıklığında (tüm kanserlerin %10.9'u) ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir. İnsidansı Doğu Afrika'da yüz binde 19.3'ten, Batı Avrupa'da 89.9'a kadar

Abstract

Breast cancer is the most commonly seen cancer in women and the second most common cancer overall, after lung cancer. Gail model is the most frequently used model in order to determine breast cancer risk. In calculating risk, non-modifiable factors are used which indicates that the purpose of this model is not protection but early detection. This model is a simple questionnaire made of nine questions. The objective of this descriptive study was to determine the usage of early detection methods and risk status of women who are 40 years of age and above. Among a study universe of 11188 women aged between 40 and 80, living in Kemalpaşa district; within 95 % confidence interval, with 50 % unknown prevalence and 10% precision, 95 women were chosen to be the minimum sample size together with an additional 19 (20.0%) women as substitutes. Socio-economic factors, variables in Gail model and the use of early detection methods were asked. Data was collected via face to face interview and evaluated with SPSS 15.0. According to Gail model, 18.1% had high risk for breast cancer. Among the participants, 62.1% declared practicing Breast self examination and 56.0% had had a mammography at least once in their lifetime. One out of five women was under risk for breast cancer where nearly half of them were practicing early detection methods. Women above 40 years and the ones who are under high risk for breast cancer must be guided to health care facilities for early detection.

Key words: Breast cancer, Risk, Gail model.

değiştigi ve meme kanserinden yıllık öngörülen ölüm sayısının 189 bin olduğu bildirilmektedir. Sık görülmesine karşın, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki tanı ve sağıltım yöntemlerinin etkin kullanımıyla tüm kanserlerden ölümler sıralamasında beşinci sırada yer almaktadır. Meme kanseri mortalitesi 6-19/1000 000 olarak belirtilmektedir. Kadınlarda yaşam boyu görülme riski yüzde 10- 12'dir (1-3).

Ülkemizde meme kanseri kadın kanserlerinin dörtte birini oluşturmaktadır ve kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser türü yüz binde 37.6 insidans (yaşa göre düzeltilmiş) ile meme kanseridir (4;5).

Meme kanseri risk etmenleri temel olarak aile öyküsü-genetik yatkınlık, üreme sağlığı-hormonal, benign meme patolojisi ve mamografik meme yoğunluğu olarak dört grupta toplanabilir (2;3;6-10).

- Yaş: Özellikle 50 yaşından sonra olmakla birlikte, yaş arttıkça meme kanseri riski artmaktadır.

- Aile öyküsü: ailede bir yakını meme kanseri olanlarda risk 1.8 kat, 2 yakını olanlarda 2.93 kat, 3 ya da daha fazla yakını olanlarda 3.9 kat artmaktadır.

- Eğer annede ya da kız kardeşte meme kanseri saptandıysa, tanı aldığı yaş ne kadar erkense kişide meme kanseri çıkma riski de o kadar artmaktadır.

- Doğum olmaması ya da ilk çocuğunun 30 yaşından sonra doğması (her ilerleyen yılda risk %3 artmaktadır),

- Doğurganlık süresinin uzaması (erken menarş, her ileri yaş için risk %4 azalmaktadır – geç menopoz, her ileri yaş için risk %3 artmaktadır),

- Doğum sayısı (her doğum riski %7 azaltmaktadır),

- Anne sütü verme (her anne sütü verilen yıl için risk %4.3 azalmaktadır),

- Hormon hapı kullanımı (doğum kontrol hapı ya da hormon replasman tedavisi almak riski artırmaktadır)

- Menopoz sonrası kadınlarda ağırlık kazanımı (her kilogram için risk %1 artmaktadır)

- Meme yoğunluğunun artması topluma atfedilen risk açısından en önemli tekil etmen sayılmaktadır

Her kadın meme kanseri yönünden aynı derecede risk altında olmadığı için öncelikle risk grupları belirlenmeli, belirtiler olsun olmasın kadınlar belli aralıklarla kontrole çağrılmalıdır (11). Meme kanseri riskinin belirlenmesinde Claus, BRCAPro, CARE, Bodian ve Gail olmak üzere çeşitli matematiksel modeller kullanılmaktadır (6;12;13). Uygulanan modellerin sınırlılıkları olup, saptanan risk aynı kişi için modelden modele farklılık gösterebilmektedir.

Gail model toplumda meme kanseri riski olan kadınları belirlemek için en sık kullanılan modeldir (6;14-20). Riskin hesaplamasında kadının yaşı, menarş yaşı, ilk doğum yaşı, ailede bir ya da daha fazla kişide meme kanseri görülme durumu, meme biyopsisi olma ve biyopsi sonucu ile etnik köken durumu kullanılmakta ve 1.67 ve üstü yüksek riskli olarak kabul edilmektedir

(12;13;19;21;22). Risk hesaplamasında yaş, aile öyküsü gibi değiştirilemez etmenlerin kullanılması (23), bu modelin kanserden korunma için değil, erken tanıya yönelik kullanılması gerekliliği doğurmaktadır. Yapılan çalışmalarda ise bu modelin, geniş toplumlarda riski belirlemede başarılı olduğu ancak bireysel düzeyde kimlerde meme kanseri gelişip gelişmeyeceğini ayırtamadığı/tanımlayamadığı belirtilmektedir (14;15;17;23-25). Yanı sıra ailede meme kanseri olan birinci derece akrabalarda tanı yaşı, ikinci derece akrabalarda meme kanserinin varlığı, ailede yumurtalık kanseri varlığı gibi aile öyküsüne ve alkol kullanımı, şişmanlık gibi bireysel özelliklere yönelik sorgulamanın eksik olması, menopoz öncesi ve sonrası kadınları birlikte değerlendirmesi eleştirilmektedir (20;25). Gail modele ek olarak iğne biyopsisi ya da mamografi ile meme yoğunluğunun ölçülmesini öneren çalışmalar bulunmaktadır (17;22). Amerika Birleşik Devletlerinde 81.777 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada Gail modele meme yoğunluğunun eklenmesi meme kanserini saptama başarısında çok az bir artış sağlamış, yaşa ve ırka göre düzeltilerek kullanılan meme yoğunluğu ise Gail model kadar başarılı bulunmuştur (17).

Burada önemli olan nokta Gail modelin birkaç sorudan oluşan, girişimsel olmayan, çok kolay, uzmanlık gerektirmeyen ve evde bile rahatlıkla uygulanabilen bir model olmasıdır. Bu nedenle bir ön tanı aracı olarak kullanılması önerilmektedir (12;14;15).

Meme kanseri ile ilgili erken tanı-tarama programlarının risk yaklaşımı ile planlanması son derece önemli olup, bu konuda kadın sağlığı ve doğum klinikleri ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Kadınların meme kanserine yönelik farkındalıklarını artırmak üzere meme kanserinden korunma ve erken tanı

konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu çalışma, İzmir ili Kemalpaşa ilçesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınların erken tanı yöntemlerini kullanma durumlarını ve meme kanseri riskini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini Kemalpaşa İlçesi Merkezinde yaşayan 40-80 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. 2009 yılı Kemalpaşa ilçesi nüfusu 69.605'dir (kadın nüfus: 34.353, %49.4). İlçenin 40-80 yaş arası kadın nüfusu 15.452'dir (26). Bu yaş grubunda merkezde yaşayan kadın sayısı tam olarak bilinmediğinden toplam kadın nüfusu içinde merkezde yaşayan kadınların oranı hesaplanmış (%78.01), daha sonra 40-80 yaş arası kadınların bu orana benzer oranda merkezde yaşadıkları varsayılmıştır. Bu hesaplama göre merkezde yaşayan 12.052 kadın evreni oluşturmuştur. Bilinmeyen sıklık (%50), yüzde 10 hata payı, yüzde 95 güven aralığında en az 95 kadın (%20 yedek alındığında en az 114 kadın) örnek büyüklüğü olarak hesaplanmıştır. Zaman darlığı, aile hekimlerinin bölge tabanlı çalışmaması ve kayıtlara ulaşamama gibi nedenlerle kadınların adres bilgilerine ulaşılammıştır. Bu nedenle erişim kolaylığı sağlamak için örneğe Aktivite Merkezi'ne 1 Aralık 2009-30 Mayıs 2010 tarihleri arasında başvuran 40 yaş ve üzeri kadınlar (n=116) alınmıştır. Aktivite merkezi, Kemalpaşa merkezde yer alan, Kemalpaşa Belediye'sinin kadınlara yönelik spor ve eğitim gibi sosyal etkinliklerini yürüttüğü bir birimdir. Tüm kadınlar bu merkezden ücretsiz olarak yararlanmaktadır, içerisinde çocukların bakımı için kreş bulunmaktadır.

Meme kanseri riski, ABD Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından geliştirilen GAİL modeli ile hesaplanmıştır (27). Gail modelde kişinin meme kanseri riski, meme kanseri tanısı alıp almadığı, yaşı, menarş yaşı, ilk doğumunu yaptığı yaş, meme biyopsisi olup olmadığı ve meme kanseri olan birinci derece akrabaların (kız kardeş, kız ve anne) sayısı ve ırkı sorularak hesaplanmış, beş yıl içinde meme kanseri geliştirme riski için kesim noktası 1.67 olarak alınmıştır (19). Model'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmamıştır ancak model Türkiye'de yapılan birçok araştırmada

kullanılmıştır (18;28;29). Erken tanı yöntemleri olarak Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) uygulama, mamografi çekirme, Klinik Meme Muayenesi (KMM) yaptırma durumu sorulmuştur. Veri yüz yüze görüşmeyle önceden yapılandırılmış veri toplama formu ile toplanmış, SPSS 15.0 programında düzenlenmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 53.4 ± 7.7 en düşük 40, en yüksek 72'dir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1'de görüldüğü gibi kadınların üçte biri (%32.8) ilkökul mezunu, üçte ikisi (%62.1) ev kadınıdır. Kadınların yaklaşık yarısının geliri 45-1150 TL arasında iken, yaklaşık yarısı (%50.9) gelirinin giderine eşit olduğunu, yarısından daha azı (%43.1) ise gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir.

Tablo 1. Kadınların sosyo-ekonomik özellikleri

Özellik (n=116)	Sayı	%
Eğitim durumu		
Okul bitirmemiş	23	19.8
İlkokul	38	32.8
Ortaokul	11	9.5
Lise	22	19.0
Yüksekokul ve üstü	22	19.0
Çalışma durumu		
Ev kadını	72	62.1
Emekli	19	16.4
Çalışan	25	21.6
Medeni durum		
Evli	98	84.5
Dul-boşanmış	18	15.5
Gelir		
450 ve altı	11	9.5
451-1150	53	45.7
1151-2400	32	27.6
2401 ve üstü	20	17.2
Gelir algısı		
Gelir giderden fazla	7	6.0
Gelir gidere eşit	59	50.9
Gelir giderden az	50	43.1
Sosyal güvence		
Yok	6	5.2
SGK	107	92.2
Yeşil kart	3	2.6

Tablo 2. Gail Modele göre kadınların risk durumu		
Risk Faktörü	Sayı	%
İlk Adet Yaşı		
11 ve Altı	11	9.5
12-13	71	61.2
14 ve üzeri	34	29.3
İlk Doğum Yaşı		
20 yaş altı	35	30.2
20-24	39	33.6
25-29	26	22.4
30 yaş ve üzeri	14	12.1
Doğum yok	2	1.7
Meme kanseri olan aile üyesinin yakınlık derecesi (n: 22)		
Anne	4	18.2
Teyze	14	63.6
Kız kardeş	4	18.2
Meme biyopsisi yaptırma durumu		
Yaptıran	5	4.3
Yaptırmayan	111	95.7
Ailede meme kanseri olma durumu		
Var	22	19.0
Yok	94	81.0
Risk varlığı		
Risk var	21	18.1
Risk yok	95	81.9

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%92.2) Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesi altındadır.

Kadınların yüzde 72.4'ü menopozda olduğunu belirtmiştir. Kadınların yüzde 62.1'i KMM yapmış, yüzde 52.6'sı KMM yaptırmış, yüzde 56.0'ı hayatından en az bir kez mamografi çektirmiştir. Algılanan risk durumu incelendiğinde kadınların yüzde 24.1'i kendini risk altında görmezken, yüzde 6.9'u kendini yüksek riskli olarak görmektedir.

Tablo 2'de Gail modele göre kadınların risk durumu sunulmuştur. Gail modele göre risk puan ortalaması 1.3 ± 0.7 'dir (ortanca 1.1, en düşük 0.4, en yüksek 4.20). Buna göre katılımcıların yüzde 18.1 (21 kişi) meme kanseri açısından risk taşımaktadır. Algılanan risk ile karşılaştırıldığında Gail modele göre riskli olanların (n=21), yüzde 23.8'i (n=5) kendini riskli görmemekte, yüzde 19.0'ı (n=4) ise kendini düşük riskli görmektedir.

Tartışma

İzmir ili Kemalpaşa ilçesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınlarda erken tanı yöntemlerini kullanma durumları ve meme kanseri risklerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada kadınların yarısından biraz fazlasının erken tanı yöntemlerini kullandığı, Gail modele göre yaklaşık beşte birinin meme kanseri açısından yüksek risk taşıdıkları belirlenmiştir.

Araştırmada kadınların Gail hesaplamasına göre meme kanseri olma riskleri hesaplanmıştır. Bu çalışmada 5 yıllık meme kanseri tahmini riski 1.67 ve üzeri olan kadınlar "yüksek risk" grubunda kabul edilmiştir. Hesaplama sonucunda çalışma kapsamına alınan kadınların yüzde 18.1'inin meme kanseri gelişmesi açısından risk grubunda oldukları belirlenmiştir. Abu-Rustum ve ark.'nın ABD'de hastaneye başvuran 35-60 yaş arası 319 kadında yaptığı bir araştırmada ise yüksek riskli olanların oranı yüzde 2.5 bulunmuştur (19). ABD'de Adams-Campbell ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada 35 yaş üstü 883 kadın hem Gail hem de CARE model açısından karşılaştırılmış ve Gail modele göre yüzde yedisi yüksek riskli bulunmuştur (12). Bu farklılığın nedeni ırksal farklılıkların yanı sıra araştırmaya katılanların yaş aralığı olabilir. Yapılan çalışmada 40 yaş üstü tüm bireyler çalışma kapsamına alınmış ve en yüksek risk oranı elde edilmiştir. Abu-Rustum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en küçük yaş 35, en büyük yaş 60 iken en düşük yüksek risk oranı elde edilmiş, Adams-Campbell ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise en küçük yaş 35 olarak alındığında yüksek risk oranı iki çalışmanın arasında saptanmıştır. Bu durum risk hesaplamada yaşın önemini vurgulamaktadır.

Algılanan risk sağlık davranışı göstermede önemli bir güdüleyicidir. Araştırmada, Gail modele göre riskli olan kadınların kendilerini riskli olarak algılamadıkları görülmüştür. Katapodi ve ark.'nın yaptığı 42 çalışmayı içeren meta-analizde genel olarak kadınların kendi riskleri konusunda optimistik oldukları, risklerini olduğundan daha düşük algıladıkları bildirilmiştir (30). Kuzey Karolina'da eğitilmiş ve evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların risk durumlarını Gail modele göre hesaplanandan daha yüksek algıladıkları

saptanmıştır (31). Bunun nedeni eğitim durumunun daha yüksek olması ve üzerinde çalışılan toplumun bu konuda daha bilgili olması olabilir. Kadınların kendilerinde meme kanseri olma risklerini hesaplanan riskten daha düşük algılamalarının meme kanserine ilişkin erken tanı girişimlerine de olumsuz yansıtacağı düşünülmüştür. Ancak yapılan çalışmalarda risk grubundaki kadınların, özellikle eğitim düzeyi düşük olanların, yaşadıkları endişe ve korkunun tarama programlarına katılım konusunda engel oluşturabileceği belirtilmektedir (32;33).

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların doğurganlık özellikleri incelendiğinde kadınların, yüzde 61.2'sinin ilk adet yaşının 12-13 yaşlar arasında olduğu, yüzde 33.6'sının 20-24 yaşları arasında ilk doğumunu gerçekleştirdiği saptanmıştır. Adams-Campbell ve ark'ı tarafından yapılan araştırmada da benzer bulgular elde edilmiştir, kadınların yüzde 52.4'ünün ilk adet yaşının 12-13 yaşlar arasında olduğu, yüzde 35.4'ünün ilk doğum yaşının 20-24 yaşları arasında olduğu bulunmuştur (12). Yapılan birçok çalışmada, hiç doğum yapmamanın ya da ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapmış olmanın, meme kanseri riskini her yıl için yüzde 3 artırdığı belirtilmektedir (6). Çalışma kapsamında yer alan kadınların çoğunluğunun ilk doğumlarının 30 yaşından önce olması, meme kanseri olma konusunda daha düşük risk grubunda olabileceklerini düşündürmektedir.

KKMM'nin yararları ile ilgili karşıt görüşler vardır (34). Şangay'da 266,064 kadın üzerinde yapılan çalışmada KKMM'nin ölümlülüğü azaltmadığı saptanmış (35) olmasına karşın erken tanı yöntemlerinin kullanılması hala desteklenen bir görüştür. Çalışma kapsamına alınan kadınların yüzde 2.1'inin KKMM yaptıkları, yüzde 52.6'sı KMM yaptırmış, yüzde 56.0'ı hayatından en az bir kez mamografi çektirmiş oldukları saptanmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimde güçlük çekilen orta gelirli ülkelerde KKMM erken tanı açısından önemini korumaktadır (36).

Çalışmanın salt aktivite merkezine gelenlerde yapılmış olması, Model'in kendine özgü eksiklikleri, erken tanı yöntemlerinin bildirimine dayalı olması bu çalışmanın kısıtlılıkları sayılabilir. Çeşitli nedenlerle aktivite merkezine gelemeyen kadınlar meme kanseri

açısından daha riskli bir grup olabilir, daha önemli sosyo-ekonomik ve güvencesizlik gibi koşullar nedeniyle bu grup içerisinde sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşayanlar olabilir. Kendi kendime meme muayenesinin düzenli ve doğru yapılması büyük önem taşımaktadır, bu çalışmada bunu gözlemle fırsatı olmamıştır. Benzer biçimde mamografi çekirme de bildirimine dayalı olarak alınmış, herhangi bir sağlık kaydı aranmamıştır. Bu durum erken tanı yöntemlerinin olduğundan fazla çıkmasına neden olmuş olabilir.

Sonuç

Gail modele göre Kemalpaşa ilçesinde merkezde yaşayan kadınların yaklaşık beşte biri meme kanseri açısından risk taşımaktadır. Kadınların yarısından biraz fazlası erken tanı yöntemlerini kullanmaktadır. Yeni getirilen aile hekimliği sisteminde meme kanserinin erken tanısı için aile hekimine görev verilmiştir. Meme kanseri ile ilgili izleminin aile hekimliği birimi tarafından Aile Hekimliği Bilgi Sistemi aracılığıyla düzenli olarak yapılması gereklidir. Kırk yaş üstü tüm kadınların ve meme kanseri yönünden yüksek risk altında olan kadınların erken tanı ve izlem için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmeleri gerekmektedir.

İletişim: Güleğül S. Mermer,

E-posta: gulengul.s.mermer@ege.edu.tr

Kaynaklar

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010 Dec 15;127(12):2893-917.
2. Cuzick J. Assessing risk for breast cancer. Breast Cancer Res 2008;10 Suppl 4:S13.
3. National Cancer Institute. Probability of Breast Cancer in American Women. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/probability-breast-cancer> 2011 [cited 2011 Jun 5];
4. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2008. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71504/h/saglik-istatistikleri-2008.pdf> 2008 [cited 2011 May 6];
5. TC.Sağlık Bakanlığı KSDKETVTG. Türkiye'de Primer Koruma'da Yapılması Gerekenler: Kanser Erken Tanı ve Tarama Grubu Raporu. <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/erken.pdf> 2011 [cited 2011 Apr 7];
6. Cuzick J. Epidemiology of breast cancer--selected highlights. Breast 2003 Dec;12(6):405-11.
7. Lebovic GS, Hollingsworth A, Feig SA. Risk assessment, screening and prevention of breast cancer: A look at cost-effectiveness. Breast 2010 Aug;19(4):260-7.

8. Salazar R, Walsh JM. Breast cancer screening is risky business. *J Gen Intern Med* 2006 Apr;21(4): 393-4.
9. Gross RE. Breast cancer: risk factors, screening, and prevention. *Semin Oncol Nurs* 2000 Aug;16(3):176-84.
10. Karayurt Ö, Zorukoş SN. Meme Kanseri Riski Yüksek Olan Kadınların Yaşadıkları Duygu ve Bilgi-Destek Gereksinimlerinin Karşılanması. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4(2):56-61.
11. Bottorff JL, Ratner PA, Balneaves LG, Richardson CG, McCullum M, Hack T, et al. Women's interest in genetic testing for breast cancer risk: the influence of sociodemographics and knowledge. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002 Jan;11(1):89-95.
12. Adams-Campbell LL, Makambi KH, Frederick WA, Gaskins M, Dewitty RL, McCaskill-Stevens W. Breast cancer risk assessments comparing Gail and CARE models in African-American women. *Breast J* 2009 Sep;15 Suppl 1:S72-S75.
13. Euhus DM, Leitch AM, Huth JF, Peters GN. Limitations of the Gail model in the specialized breast cancer risk assessment clinic. *Breast J* 2002 Jan;8(1):23-7.
14. Elmore JG, Fletcher SW. The risk of cancer risk prediction: "What is my risk of getting breast cancer"? *J Natl Cancer Inst* 2006 Dec 6;98(23):1673-5.
15. Sabatino SA, McCarthy EP, Phillips RS, Burns RB. Breast cancer risk assessment and management in primary care: provider attitudes, practices, and barriers. *Cancer Detect Prev* 2007;31(5):375-83.
16. Tice JA, Miike R, Adduci K, Petrakis NL, King E, Wrensch MR. Nipple aspirate fluid cytology and the Gail model for breast cancer risk assessment in a screening population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005 Feb;14(2):324-8.
17. Tice JA, Cummings SR, Ziv E, Kerlikowske K. Mammographic breast density and the Gail model for breast cancer risk prediction in a screening population. *Breast Cancer Res Treat* 2005 Nov;94(2):115-22.
18. Ceber E, Soyer MT, Ciceklioglu M, Cimat S. Breast cancer risk assessment and risk perception on nurses and midwives in Bornova Health District in Turkey. *Cancer Nurs* 2006 May;29(3):244-9.
19. Abu-Rustum NR, Herbolzheimer H. Breast cancer risk assessment in indigent women at a public hospital. *Gynecol Oncol* 2001 May;81(2):287-90.
20. Euhus DM. Understanding mathematical models for breast cancer risk assessment and counseling. *Breast J* 2001 Jul;7(4):224-32.
21. Gail MH, Costantino JP. Validating and improving models for projecting the absolute risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2001 Mar 7;93(5):334-5.
22. Fabian CJ, Kimler BF, Zalles CM, Klemp JR, Kamel S, Zeiger S, et al. Short-term breast cancer prediction by random periareolar fine-needle aspiration cytology and the Gail risk model. *J Natl Cancer Inst* 2000 Aug 2;92(15):1217-27.
23. Bondy ML, Newman LA. Assessing breast cancer risk: evolution of the Gail Model. *J Natl Cancer Inst* 2006 Sep 6;98(17):1172-3.
24. Rockhill B, Spiegelman D, Byrne C, Hunter DJ, Colditz GA. Validation of the Gail et al. model of breast cancer risk prediction and implications for chemoprevention. *J Natl Cancer Inst* 2001 Mar 7;93(5):358-66.
25. Amir E, Freedman OC, Seruga B, Evans DG. Assessing women at high risk of breast cancer: a review of risk assessment models. *J Natl Cancer Inst* 2010 May 19;102(10):680-91.
26. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kemalpaşa Toplum Sağlığı Merkezi. Kemalpaşa Toplum Sağlığı Merkezi 2009 Yılı Yıllık Çalışma Raporu. 2010. (27) National Cancer Institute. Breast Cancer Risk Assessment Tool. <http://www.cancer.gov/bcrisktool/about-tool.aspx#gail> 2011 [cited 2010 Jun 1];
28. Ulusoy C, Kepenekci I, Kose K, Aydintug S, Cam R. Applicability of the Gail model for breast cancer risk assessment in Turkish female population and evaluation of breastfeeding as a risk factor. *Breast Cancer Res Treat* 2010 Apr;120(2):419-24.
29. Karakayalı FY, Ekinci Y, Sevmiş Ş, Pehlivan S, Arat Z, Moray G. Meme kanseri için risk belirlenmesinde Gail modeli. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 23[4], 129-135. 2007. Ref Type: Abstract
30. Katapodi MC, Lee KA, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta-analytic review. *Prev Med* 2004 Apr;38(4):388-402.
31. Lipkus IM, Kuchibhatla M, McBride CM, Bosworth HB, Pollak KI, Siegler IC, et al. Relationships among breast cancer perceived absolute risk, comparative risk, and worries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000 Sep; 9(9): 973-5.
32. Lerman C, Daly M, Sands C, Balshem A, Lustbader E, Heggan T, et al. Mammography adherence and psychological distress among women at risk for breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993 Jul 7;85(13):1074-80.
33. Brain K, Norman P, Gray J, Mansel R. Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. *Psychosom Med* 1999 Mar;61(2):181-7.
34. Gursoy AA. Kendi kendine meme muayenesi gelişisi. *TAF Prev Med Bull* 2008;7(3):257-60.
35. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst* 2002 Oct 2;94(19):1445-57.
36. Akyolcu N, Ugras GA. Kendi kendine meme muayenesi: Erken tanıda ne kadar önemli? *Meme Sağlığı Dergisi* 2011;7(1):10-4.

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezlerine Başvuran Hastalarda En Çok Görülen Hastalıklar*

The Most Common Diseases in the Patients Applying to Nilufer Public Health Training and Research Centers



*Dr. Mustafa Demiröz** , Dr. Özlem Özçay** , Dr. Tekin Ulaş Karatepe***

Geliş Tarihi: 28. 04. 2011

Kabul Tarihi: 06. 06. 2011

Öz

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezleri'ne (NHSEAM) başvuran hastalarda en çok görülen hastalıkları araştırmak amacıyla, 2002 – 2006 yıllık raporlarındaki veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Hastalıklar iki grup arasında değerlendirilmiştir. 0 - 4 yaş grubunda en çok akut üst solunum yolu enfeksiyonu görülmüştür. 5 yaş ve üstü nüfusta da solunum sistemi hastalıkları ilk sırada yer almıştır. Bunu hipertansif hastalıklar, kas iskelet sistemi hastalıkları ve sindirim sistemi hastalıkları izlemiştir.

Solunum sistemi hastalıklarının yanı sıra hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların yakından izlenmesi, özellikle ileri yaş grubu için hayati önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, Başvuran hastalar, Sık görülen hastalıklar

Abstract

The most frequent diseases in Nilufer Public Health Training and Research Center (NPHTRC) between 2002 – 2006 were investigated retrospectively using yearly reports of the area.

The diseases were evaluated among two age groups. Acute upper respiratory tract infections were the most frequent diseases among 0 – 4 years olds. Diseases of the respiratory system ranked first also among the five years and older age group, followed by hypertensive diseases, diseases of musculoskeletal system and digestive system.

The fact that the frequency chronic diseases as such as hypertension and diabetes mellitus closely follows that of respiratory system diseases is extremely important for the elderly.

Key words: Primary health care services, Applying patients, Frequent diseases

Giriş

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezleri (NHSEAM), 2001 yılında Nilüfer Belediyesi sınırları içinde belirlenen bir alanda, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın sorumluluğunda, birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş merkezlerdir. Hizmet sunumu sırasında ayrıca, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin kırsal hekimlik uygulamalarına ortam sağlanmakta ve bölgede bilimsel araştırmalar düzenlenip yürütülmektedir.

Sağlık hizmetleri sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hasta kişileri olanakların elverdiği ölçüde, en erken dönemde teşhis ve tedavi etmek, kişilerin mutlu ve uzun bir yaşam sürmelerini sağlamak için uğraşan hizmetlerin tümünü içermektedir. Prof. Dr. Nusret Fişek, birbirinden ayrılması imkansız olan sağlık hizmetlerini, eğitim ve öğretim amacıyla, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici

(rehabilitasyon) sağlık hizmetleri olarak üç gruba ayırmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri de hizmetin özellikleri ve verildiği yere göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak gruplandırılmaktadır (1).

Çeşitli araştırma sonuçlarına göre, birinci basamağa başvurma nedenleri; "yaşanılan yere yakınlığı", "ulaşımın kolaylığı" ve "sağlık hizmetinin ücretsiz ya da ucuz olması"dır. Sağlık güvencesi olmayanlar ve ekonomik durumu kötü olanlar hastalanma durumunda ilk başvuru yeri olarak birinci basamağı tercih etmektedirler (2- 6).

Hassoy, ilk başvuru yerinin sağlık ocakları (%66,7) olduğunu, %81,7 oranında birinci basamağa, %88,3 oranında kamu sağlık kurumlarına başvuru yapıldığını tespit etmiştir. İlk başvuru yeri olarak sağlık ocağının seçilmesinin nedenleri arasında %41,7 oranında "hizmetten memnuniyet", %40 oranında "yakın olması" yer almaktadır (2).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına ayaktan tedavi için yapılan

*Bu çalışma, 23 - 26 Ekim 2007 tarihlerinde Denizli'de düzenlenen 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

**Araş. Gör.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Bursa



Erişim adresi: <http://www.yenibursa.com/Bursa-Saglik-Fuari-Basladi-18542.html>

başvurulara en önemli belirleyici, sağlık güvence kurumunun masrafları karşılamaıdır. Bunu, teşhis ve tedavi olanaklarının iyi olması ve yaşanan yere yakınlığı izlemektedir (7). Berberoğlu'nun çalışmasında hastane polikliniğine başvuran hastaların sağlık sorunlarının %56,2'sinin birinci basamakta çözülebilir sorunlar olduğu bildirilmiştir (8).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık görülen sağlık sorununun üst solunum yolu enfeksiyonlarına ait yakınmalar olduğu bulunmuştur (2, 9, 10). Çeşitli çalışmalarda hipertansiyon, diyabet, kalp-damar ve kas-iskelet sistemi hastalıkları kronik hastalıklar içinde öne çıkmaktadır (6, 11-13). Türkiye ulusal hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre, ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın yüzde dağılımı içinde ilk sırada %21,7 ile iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır (14). Bunu serebrovasküler hastalıklar (%15,0) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%5,8) izlemektedir.

Hipertansif kalp hastalıkları %3,3 ve diabetes mellitus %2,2 ile listede yer almaktadır.

Hollanda'da genel pratisyene başvuran kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada, kronik hastalıklar içinde ilk sırayı hipertansiyon almakta, bunu solunum sistemi hastalıkları (astım, kronik bronşit, KOAH) ve üst solunum yolu enfeksiyonları izlemektedir (15). İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre prevalansı en yüksek olan kronik hastalıklar kas-iskelet sistemi hastalıkları iken, bunu astım ve migren izlemektedir (16). Amerika'da kliniğe başvuran ve en az bir kronik hastalığı olan 55 - 64 yaş grubu pre-geriatrik nüfusta yapılan bir çalışmada ilk sırada hipertansiyon (%72,5) yer almakta, bunu artrit (%52,2) izlemektedir (17).

Uluslararası bir çalışmanın sonuçlarına göre; beyan edilen kronik hastalıklar içinde Almanya, Hollanda ve Japonya'da hipertansiyon, Fransa ve İtalya'da artrit, Danimarka ve Birleşik Devletler'de alerjik hastalıklar ilk sıradadır (18).

Bu çalışma, Nilüfer HSEAM'ne 2002 - 2006 yılları arasında başvuran hastalarda en çok görülen hastalıkları araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Nilüfer HSEA Bölgesi 2002 - 2006 yıllık raporlarındaki veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Merkezlere hasta olarak başvuran 0 - 4 yaş grubunda en çok görülen beş hastalık ile 5 yaş ve üstü nüfusta en çok görülen on hastalığa ait olgu sayıları incelenmiştir. 2002 - 2005 yıllarına ait hastalıkların sınıflandırılmasında 150 başlıklı A listesi kullanılırken, 2006 yılı hastalıkları için ICD 10 kod sisteminden yararlanılmıştır. Ayrıca, 0 - 4 yaş grubunda en çok görülen beş hastalık ile 5 yaş ve üstü nüfusta en çok görülen on hastalığa ait olgu sayıları bir araya

Tablo 1. 2002 - 2006 yılları arasında merkezlere hasta olarak başvuran 0-4 yaş grubunda en çok görülen hastalık olgularının sayıları

Sıra No	Kod No	Hastalık	Olgu Sayısı					Toplam
			2002	2003	2004	2005	2006	
1	A89.0 A90 J06	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	268	546	729	859	1.206	3.608
2	A89.4 A92 J22	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	13	59	204	139	242	657
3	A78 H65	Akut Orta Kulak İltihabı	26	35	40	100	264	465
4	A119 A120 L30	Deri ve Derialtı Dokusunun Hastalıkları	24	42	70	138	64	338
5	A67 D50	Anemi	17	-	90	-	134	241

getirilip, yıllık toplam başvurular içerisindeki oranları bulunmuştur.

Sonuçlar

Nilüfer HSEAM'nde 2002 - 2006 yılları arasında 0 - 4 yaş grubunda en çok akut üst solunum yolu enfeksiyonu (3.608 olgu) görülmüştür. Bunu sırasıyla akut alt solunum yolu enfeksiyonu (657 olgu), akut orta kulak iltihabı (465 olgu), deri ve deri altı dokusunun hastalıkları (338 olgu) ve anemi (241 olgu) izlemiştir. Hasta olarak başvuran 0 - 4 yaş grubunda en çok görülen hastalık olgularının sayıları Tablo 1'de sunulmuştur.

Başvuran beş yaş ve üstü nüfusta da solunum sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı (22.445 olgu) görülmüştür. Bunu sırasıyla hipertansif hastalıklar (17.858 olgu), kas iskelet sistemi hastalıkları (14.051 olgu), sindirim sistemi hastalıkları (7.079 olgu), deri ve deri altı dokusunun hastalıkları (5.775 olgu), diabetes mellitus (5.590 olgu), psikozlar, nevrozlar, kişilik bozuklukları (3.171 olgu), iskemik kalp hastalıkları (1.516 olgu), hipovitaminoz (1.469 olgu) ve hiperlipidemi (1.108 olgu) izlemiştir. Başvuran beş yaş ve üstü nüfusta en çok görülen hastalık olgularının sayıları Tablo 2'de sunulmuştur.

Her iki grubun başvuruları birlikte değerlendirildiğinde, yıllık toplam başvurular içerisinde solunum sistemi hastalıklarının %10,4, hipertansif hastalıkların %6,8, kas-

iskelet sistemi hastalıklarının %5,4 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Solunum sistemi hastalıkları ile ilgili tüm akut ve kronik olgular bir arada değerlendirilebilmiştir. Sık görülen hastalıkların, yıllık toplam başvurular içerisindeki oranları Tablo 3'de sunulmuştur.

2002 - 2006 yılları arasında bölge nüfusu %62,9 oranında artarken, başvuran hasta sayılarındaki artış %86,2 oranında olmuştur (Şekil 1).

2002 - 2006 yılları arasında tüm hastalık olgularında artış görülmüştür (Tablo 3) Solunum sistemi hastalıklarının toplam başvurular içerisindeki oranı 2002 yılında %5,2 iken, 2006 yılında %16,9'a çıkmıştır.

Tartışma

Solunum sistemi hastalıkları, NHSEAB'nde en çok görülen hastalıkların başında gelmektedir. Bunda, kentsel alan ve gecekondu tipi yerleşim alanlarının bir arada oluşu, ev içi ve ev dışı hava kirliliği, sosyoekonomik koşullar ve diğer etkenler rol oynayabilir.

NHSEAB'nde hipertansiyon ve diyabet gibi sık görülen kronik hastalıkların yakından izlenmesi, özellikle ileri yaş grubu için hayati önem taşımaktadır. Kas iskelet sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, deri ve deri altı dokusunun hastalıkları ve anemi de bölgemizde sık görülmekte olup, tümü birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle

Tablo 2. 2002 - 2006 yılları arasında merkezlere hasta olarak başvuran 0 - 4 yaş grubunda en çok görülen hastalık olgularının sayıları

Sıra No	Kod No	Hastalık	Olgu Sayısı					Toplam
			2002	2003	2004	2005	2006	
1	A89 A92 J00-J98	Solunum Sistemi Hastalıkları	1.620	2.702	2.518	5.582	10.023	22.445
2	A82 I10-I14	Hipertansif Hast.	1.157	1.663	1.823	3.806	9.409	17.858
3	A137A121A125 M00-M99	Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	518	1.387	1.125	3.177	7.844	14.051
4	A98 A99 A104 K00-K92	Sindirim Sistemi Hastalıkları	-	405	196	1.790	4.688	7.079
5	A119 A120 L00-L98	Deri ve Deri altı Dokusunun Hast.	248	542	667	1.503	2.815	5.775
6	A64 E11	Diabetes Mellitus	352	460	448	1.255	3.075	5.590
7	A69 A70	Psikoz, Nevroz, Kişilik Bozuklukları	539	845	680	1.107	-	3.171
8	I20-I25	İskemik Kalp Hast.	-	-	-	-	1.516	1.516
9	E50-E64	Hipovitaminoz	-	-	-	-	1.469	1.469
10	E78	Hiperlipidemi	-	-	-	-	1.108	1.108

	2002		2003		2004		2005		2006		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Solumun Sistemi Hastalıkları	1.927	5,2	3.342	7,3	3.491	6,7	6.680	11,7	11.735	16,9	27.175
Hipertansif Hast.	1.157	3,1	1.663	3,6	1.823	3,5	3.806	6,7	9.409	13,6	17.858	6,8
Kas-İskelet Sistemi Hast.	518	1,4	1.387	3,0	1.125	2,1	3.177	5,6	7.844	11,3	14.051	5,4
Sindirim Sistemi Hastalıkları	-	-	405	0,9	196	0,4	1.790	3,1	4.688	6,8	7.079	2,7
Deri ve Derialtı Dokusunun Hast.	272	0,7	584	1,3	737	1,4	1.641	2,9	2.879	4,2	6.113	2,3
Diabetes Mellitus	352	1,0	460	1,0	448	0,9	1.255	2,2	3.075	4,4	5.590	2,1
Psikoz, Nevroz,												
Kişilik Bozukluk.	539	1,5	845	1,8	680	1,3	1.107	1,9	-	-	3.171	1,2
İskemik Kalp Hastalıkları	-	-	-	-	-	-	-	-	1.516	2,2	1.516	0,6
Hipovitaminöz	-	-	-	-	-	-	-	-	1.469	2,1	1.469	0,6
Hiperlipidemi	-	-	-	-	-	-	-	-	1.108	1,6	1.108	0,4
Yıllık Toplam Başvuru	37.260	100,0	45.865	100,0	52.540	100,0	56.974	100,0	69.368	100,0	262.007	100,0

Tablo 3.2002 - 2006 yılları arasında merkezilere hasta olarak başvuran tüm nüfusta en çok görülen

büyük oranda kontrol altına alınabilecek hastalıklardır.

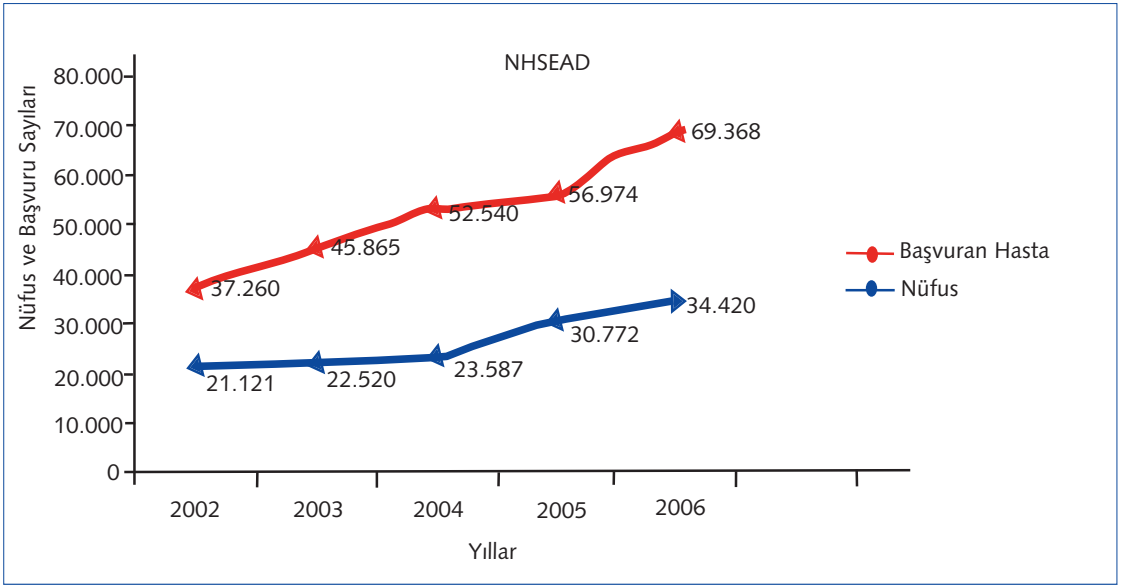
Tüzün'ün, Ankara il merkezindeki 6 birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 2.560 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada, son iki hafta içinde yakınması olan 582 kişide toplam 669 yakınma saptanmıştır (19). Erkeklerde en çok görülen yakınma solunum sistemi enfeksiyonu yakınmaları (%30,1) iken, bunu kas-iskelet sistemi yakınmaları (%18,0) ve gastroenterolojik yakınmalar (%14,6) izlemiştir. Kadınlarda en çok görülen yakınma kas-iskelet sistemi yakınmaları (%28,2) iken, bunu solunum sistemi enfeksiyonu yakınmaları (%19,9) ve baş ağrısı (%11,2) izlemiştir.

Aynı çalışmada incelenenlerden 637'si (%24,9), toplam 826 kronik hastalık beyan etmiştir. Beyan edilen kronik hastalıklar içinde erkeklerde hipertansiyon (%34,1) ilk sırada yer alırken, bunu diyabet (%22,4) ve kardiyovasküler sistem hastalıkları (%14,1) izlemiştir. Kadınlarda da hipertansiyon (%30,4) ilk sırada yer alırken, bunu diyabet (%18,8) ve kas-iskelet-bağ dokusu hastalıkları (%12,7) izlemiştir (19).

Seçkin'in, Nilüfer HSEAB'nde yaşayan 34.410 kişiden "tabakalı küme örnekleme" yöntemine göre seçilen 1.053 kişi üzerinde 01.11.2007 - 30.06.2008 tarihleri arasında yaptığı kesitsel çalışmada; son 15 gün içinde hastalanan 416 kişinin %30,5'inde solunum sistemi, %15,9'unda kas-iskelet ve bağ dokusu, %13,0'ünde enfeksiyon hastalıklarına bağlı yakınmalar saptanmıştır (20).

Aynı çalışmada son 15 gün içinde hastalanan 416 kişinin %40,6'sında kronik hastalık ya da engelliliğinin bulunduğu bildirilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon (%35,0), diyabet (%13,0) ve kas-iskelet sistemi hastalıkları (%9,5) en sık görülen kronik hastalıklar olarak bildirilmiştir (20).

Nilüfer ilçesi, Organize Sanayi Sitesi ve Küçük Sanayi Sitesi gibi büyük iş merkezlerini içerisinde barındırmaktadır. Ayrıca, artan nüfus ve trafik yoğunluğu, hava kirliliğine yol açabilecek önemli nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda yapılacak araştırmalarla, bölgede solunum sistemi hastalıklarında artışa yol açabilecek olası etkenler saptanabilecektir.



Şekil 1. 2002 - 2006 yılları arasında NHSEAB nüfusu ve başvuran hasta sayılarındaki değişim.

Araştırmamızda, solunum sistemi ile ilgili tüm akut ve kronik hastalık olgularının bir arada değerlendirilmesi de, NHSEAB'nde solunum sistemi hastalıklarının ilk sırada yer almasına katkıda bulunmuş olabilir. Akut ve kronik hastalık olgularının birbirlerinden ayrı değerlendirilmesi, nedenselliğin belirlenmesi bakımından daha yararlı olabilecektir.

NHSEAB'nde tüm hastalıkların 2002 – 2006 yılları arasında artış göstermesi; başvuran hasta sayısındaki artış, nüfus artışı, reçete yazılması ile ilgili getirilen yasal düzenlemeler gibi birçok faktöre bağlı olabileceği gibi, buna personel sayısı, izlemler, ulaşılabilirlik, ücretsiz hizmet sunumu gibi hizmet kalitesinin artmasının da etkileri olduğu düşünülmektedir.

Bazı hastalıkların, yıllık raporlarda en çok görülen ilk 10 hastalık arasında yer almaması, toplam hastalık olgu sayılarını etkilemiş olabilir. 2006 yılına ait hastalıkların sınıflandırılmasında yeni kodlama sisteminin kullanılması ve poliklinik kayıt sistemine yansıyan değişikliklerin de toplam olgu sayılarını etkilediği düşünülebilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları, hastalıkların önlenmesine yönelik birincil korumanın uygulanmasında önemli rol oynayabilirler. Birincil korumanın temel öğelerinden birisi toplumu hastalık nedenleri, yayılma yolları ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirecek eğitim plan ve programlarının hazırlanıp uygulanmasıdır. Örneğin; solunum yolu enfeksiyonuna yönelik

birincil koruma yöntemi, çocuklar başta olmak üzere tüm toplumda solunum sistemi hastalık riskini azaltır. Arabalar, sanayi ve evlerin ısıtılması nedeniyle oluşan emisyonlar ve sülfür dioksit miktarları sınırlandırılarak kentsel hava kirliliği azaltılabilir. Serum kolesterol düzeyini azaltacak birincil koruma yöntemi de, tüm toplumda ortalama kardiyovasküler hastalık risk düzeyini azaltır.

İkincil korumanın amacı, hastaları tedavi etmek ve erken tanı ve tedavi yolu ile daha ciddi sonuçların ortaya çıkmasını önlemektir. Örneğin, orta yaş ve yaşlı grubunda kan basıncı ölçümleri, yaygın olarak kullanılacak ikincil koruma önlemidir.

Üçüncül korumanın hedefi kronik hastalıkları tedavi ederek hastalığın ilerlemesini ve yinelenmesini önlemektir. Yaralanma, felç, körlük, sağırılık ya da fiziksel rahatsızlıklarda hastaların rehabilitasyonunu sağlayarak günlük yaşamlarını, iş ve sosyal çalışmalarını düzenler.

Sonuç olarak; sık görülen ve kronik hastalıkların takibinde birinci basamağın ağırlık kazanması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde büyük ölçüde etkili olabileceği gibi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının üzerindeki yükümlerini önlemede de yararlı olabilecektir.

İletişim: Dr. Mustafa Demiröz

E-posta: m.demiroz@yahoo.com.tr

Kaynaklar

1. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, 1985.
2. Hassoy H. Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımları, sürekli hizmet kaynakları ve etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. İzmir 2005.
3. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Sağlık Ocakları bölgelerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine başvuruları etkileyen etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni, 2006;25:15-22.
4. Beşparmak A, Seviğ Ü. Kayseri il merkezi Argıncık sağlık ocağı bölgesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımını etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:1-6.
5. Baykan Z, Özkan S, Aksakal N, Aycan S. Ankara ili Gölbaşı ilçesine bağlı üç merkez köyde 15 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmetlerinde tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 2001;11:27-34.
6. Öztürk A, Nacar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Geriatri 2002;5:138-143.
7. Aydın A. Kişilerin sağlık hizmeti talebinde devlet, özel ve üniversite hastanelerine başvurmalarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2003.
8. Berberoğlu U. Edirne Devlet Hastanesi'nin kimi polikliniklerinde verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin boyutları. Uzmanlık Tezi. Edirne 1999.
9. Alkoy S. Ümraniye ilçesinde kişilerin sağlığı ve hastalığı açıklayıcıları, sağlık arama davranışları, iyileştirici sağlık hizmetlerini kullanımları, aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyetleri ve bunları etkileyen etmenler. Doktora Tezi. İstanbul 2002.
10. Aytekin H, Bilgen N, Okan N, Gülesen Ö. GEAB kentsel alanda yaşayanların hastalanma sıklıkları ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1987;14:237-244.
11. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde kayıtlı olan 15 yaş üstü kişilerin son bir ayda sağlık sorunu ile karşılaşma ve sağlık kurumuna başvurma durumları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2003;56:59-66
12. Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi 1 no.lu Sağlık Ocağı Bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Geriatri 2003;6:27-30.
13. Diker J. Körfez 6 no.lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Geriatri 2000;3:91-97.
14. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi, hastalık yükü final raporu. Aralık 2004, s:118.
15. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, Health problems, age and comorbidity in primary care patients. Quality of life research. 2001;10:141-148.
16. Stewart-Brown Sarah, Fletcher L. Stimating health needs: The impact of a checklist of conditions and Quality of life measurement on Health information derived from community surveys. Marian Knight, Journal of Public Health Medicine. 2001; Vol:23, No:3, 179-186.
17. Cheng L, Cumber S, Dumas C, and et all. Health related Quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, Public supported clinics, health and quality of life outcomes. 2003;1:63.
18. Alanso J, Ferrer M, Gandek B, and et all. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project Quality of Life Research. 2004;13:283-298.
19. Tüzün H. Ankara merkezindeki bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların sağlık ve sosyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. Ankara 2006; s:107-109.
20. Seçkin R. Nilüfer HSEAB'nde yaşayanların ayaktan tanı-tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımları ve etkileyen etmenler. Uzmanlık tezi. Bursa 2009; s:90.

Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Görülen Depresif Bulgular Üzerine Günlük Yaşam Etkinliklerindeki Bağımlılık Düzeyinin Etkisi

The Effect of Level of Dependency in Daily Activities on Depressive Symptoms of Elderly People Living in Nursing Homes

Araştırma



Research

Dyt. Gülşah Kaner*, Dr. Gazanfer Aksakoğlu**, Dr. Reyhan Uçku**

Geliş Tarihi: 10.05.2011

Kabul Tarihi: 05.07.2011

Öz

Araştırmanın amacı İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde görülen depresif bulgular üzerine günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık düzeyinin etkisinin incelenmesidir. Kesitsel tipte yapılandırılan araştırmada günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ile depresyon arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için %95 Güven Aralığı ile en az 104 yaşlı bireye ulaşılmaması gerektiği hesaplanmıştır. Örnek seçilmemiş, İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde sürekli bakım bölümü dışında yaşayan 162 bireyin araştırma kapsamına alınması planlanmıştır. Veri çözümlemeye 143 kişi alınmıştır.

Değişkenler cins, günlük yaşam etkinlikleri, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumu, gelir kaynağı, kurumda kalma süresi, kuruma gelme nedeni, yakınlar ile düzenli görüşme, bağımlı değişken depresif bulgudur. Depresif bulgu saptanan yaşlı bireylerin yarısından fazlası temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlıdır.

Depresif bulgu saptanan yaşlılarda temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma anlamlı olarak fazladır. Depresif bulgu saptanan yaşlı bireylerin yarısından fazlası yardımcı günlük yaşam etkinliklerinde bağımlıdır. Depresif bulgu saptanan yaşlılarda yardımcı günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma anlamlı olarak fazladır.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, Huzurevi, Günlük yaşam etkinlikleri, Bağımlılık, Depresif bulgu

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre yaşlılık "çevresel etkenlere uyum sağlama yetisinin giderek azalması"dır(1).

Depresyon ve günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma yaşlılık döneminin önemli sağlık sorunlarından. Yaşlanma ile oluşan değişikliklerin yanı sıra depresif bulguların da etkisi ile yaşlı bireylerin günlük yaşam etkinliklerini yerine getirebilmeleri güçleşmektedir. Yaşlı birey bu etkinlikleri yerine getirirken bir parça ya da bütün olarak çevresindeki bireylere bağımlı duruma gelir. Günlük yaşam etkinliklerindeki kısıtlılıkların üzerine eklenen, depresif bulgulara bağlı gelişen bozukluklar yaşlıların bakımını daha da

Abstract

The aim of this study is to examine the effect of level of dependency in daily activities on depressive symptoms of elderly people who are 60 years of age and older and live in İzmir Nursing Home and Rehabilitation and Care Center for Old People. In this cross-sectional study, in order to detect the relationship between level of dependency in daily activities and depression, at least 104 old people were needed to be contacted for a 95% confidence interval. A sample was not selected, and it was planned that 162 people living outside of the Continuous Care unit in İzmir Nursing Home and Rehabilitation and Care Centre for Old People were to be included in this study. 143 people were included in the data analysis.

The variables were gender, age, education, marital status, income, source of income, duration of stay in the centre, and regular contact with relatives; depressive signs were the dependent variable. More than half of the old people with depressive symptoms are dependent in basic daily activities.

Dependence in basic daily activities is significantly higher among the elderly people with depressive symptoms. More than half of the old people with depressive symptom are dependent for their secondary daily activities. Dependence regarding secondary daily activities is significantly higher among the elderly people with depressive symptoms.

Key words: Old age, nursing home, daily activities, dependency, depressive symptom

zorlaştırmakta ve bakım verenlerin tinsel durumlarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum yaşlıların etkili bakım almalarını güçleştirmekte, bakımlarının göz ardı edilmesine neden olabilmektedir.

Yaşlılara verilecek koruyucu sağlık hizmetlerinde hedef yaşamı uzatmak değildir. Bu nedenle hızla artan yaşlı nüfusun bedensel ve tinsel sağlığını koruyucu önlemler alınmalı, yaşlılıkta ortaya çıkan bedensel, tinsel ve sosyal değişiklikler tanınarak yaşlının sağaltım ve bakımı tasarlanmalıdır.

Bu araştırma, İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde görülen depresif bulgular

*Uzm. Diyetisyen.; İzmir Eğitim Araş. Hast., İzmir

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

üzerine günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık düzeyinin etkisinin incelenmesi amacıyla tasarlanmıştır.

Yöntem

Araştırma, kesitsel ve çözümleyici olup, araştırma grubunu İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Araştırma süresi Ağustos 2008 ile Haziran 2009 olarak planlanmış, araştırma Kasım 2009'da tamamlanmıştır.

Yapılan bir araştırmada günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık prevalansı %25 olarak saptanmıştır (2). %95 Güven Aralığı ile en az 104 yaşlı bireye ulaşılması Epi Info Statcalc programında hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına, sürekli bakım bölümü dışında yaşayan 162 yaşlı birey alınmıştır. Uygulamaya geçmeden önce Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan gerekli izin alınmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu, Yaşlılar için Depresyon Ölçeği'nin (YDÖ) 15 soruluk kısa formu, Barthel günlük yaşam etkinlikleri indeksi ve yardımcı günlük yaşam etkinlikleri'ni değerlendirmek için araştırmacı tarafından yeniden yazılmış soru formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler cins, temel günlük yaşam etkinlikleri ve yardımcı günlük yaşam etkinlikleri; tanımlayıcı değişkenler yaş, öğrenim durumu, gelir durumu, gelir kaynağı, kurumda kalma süresi, kuruma gelme nedeni

ve yakınların düzenli görüşmeye gelmesidir. Bağımlı değişken depresif bulgudur.

YDÖ'nün 15 soruluk kısa formu'nda kesim noktası 4 olarak alınmıştır. Böylece dört ve altı puanlama normal, 5 ve üstü puanlama depresif bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Temel günlük yaşam etkinlikleri (TGYE) ve yardımcı günlük yaşam etkinlikleri'nde (YGYE) etkinliklerden en az birinde bir parça ya da tam olarak bağımlı olan yaşlılar bu etkinliklerde bağımlı olarak kabul edilmiştir.

Veri çözümlemede SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Veri, sayı ve Ortalama±Standart Hata olarak sunulmuştur. Çözümlemede ki-kare testi, gerekli yerlerde Yates düzeltmesi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Olasılıklar Oranı hesaplanmış ve %95 Güven Aralığı ile değerlendirilmiştir. Elde edilen p değeri 0.05'ten küçükse fark anlamlı kabul edilmiştir (3).

Bulgular

Depresif bulgu saptanan yaşlı bireylerin %67.1'inin temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olduğu saptanmıştır. Depresif bulgu saptanan yaşlılarda, temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma durumu anlamlı olarak 2.67 kat fazladır.

Tablo 2'de depresif bulgu üzerine YGYE'deki bağımlılığın etkisi sunulmuştur.

Depresif bulgu saptanan yaşlıların %51.3'ünün yardımcı günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olduğu saptanmıştır. Depresif bulgu saptanan bireylerde yardımcı günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma durumu anlamlı olarak 3.99 kat fazladır.

Tablo 1. Depresif bulgu üzerine TGYE'deki bağımlılığın etkisi

TGYE	Depresif Bulgu Varlığı					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bağımlı	51	67.1	29	43.3	80	55.9
Bağımsız	25	32.9	38	56.7	63	44.1
Toplam	76	100.0	67	100.0	143	100.0

$$\chi^2_{Yates} = 7.2, p=0.007, OR (\%95 GA)=2.67 (1.28-5.60)$$

Tablo 2. Depresif bulgu üzerine YGYE'deki bağımlılığın etkisi

YGYE	Depresif Bulgu Varlığı					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bağımlı	39	51.3	14	20.9	53	37.1
Bağımsız	37	48.7	53	79.1	90	62.9
Toplam	76	100.0	67	100.0	143	100.0

$$\chi^2_{Yates} = 12.8, p=0.00, OR (\%95 GA)=3.99 (1.79-8.99)$$

Tartışma

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma durumu ile depresif bulgu arasındaki ilişkinin birlikte irdelendiği az sayıda araştırmaya rastlanmış, bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma durumunun yaşlılık dönemi depresif bulguları için önemli risk etmeni olduğu bildirilmiş, İzmir'de yaşlı bireylerin günlük yaşam etkinlikleri, bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenlerinin irdelendiği başka bir araştırmada ise diğer araştırmalardan farklı olarak depresyon risk etmeni içerisinde yer almamıştır İzmir'de yapılan bu araştırmada YDÖ'nün dört soruluk kısa formunun kullanılmış olması bağımlılık ile ilişkiyi saptamayı engellemiş olabilir (2,4,9,10).

Denizli'de dört farklı huzurevindeki yaşlı bireylere yapılan araştırmada, İtalya'da depresif bulgular ve günlük yaşam etkinlikleri arasındaki ilişkinin irdelendiği araştırmada, Amerika'da kalp krizi geçirmiş yaşlıların değerlendirildiği araştırmada, Türkiye'de üç farklı ilde yapılan bir araştırmada ve yaşlı Japon toplumunda yapılan araştırmada, yapılan araştırmada elde edilene benzer olarak bağımlılık durumu ile depresif bulgu arasında anlamlı ilişki saptanmışken, Muğla huzurevi'nde yapılan bir araştırmada, yapılan araştırmada elde edilenden farklı olarak depresif bulgu düzeyi ile günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (11,12,13,14, 15,16,17,18).

Sonuç ve Öneriler

Depresif bulgu saptanan erkek ve kadınlarda temel günlük yaşam etkinlikleri ve yardımcı günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olma durumunun anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır.

Depresif bulguların önlenmesi ve erken tanısı için yaşlılar, yaşlanma süreci ve yaşlanma sürecinde oluşabilecek durumlar ile ilgili bilgilendirilmeli ve konu ile ilgili eğitim programları düzenlenmeli, yaşlılara gerekli olan hizmetler ele alınmalı, destek programları oluşturularak yaşlı bireylere sunulmalıdır.

Yaşlıların temel gereksinimlerini bağımsız olarak yerine getirebilmeleri için bireye ve bedensel yetersizliğine özel araçlar ve teknikler geliştirilmelidir. Olanaklar doğrultusunda yaşlıların farklı yeteneklerini geliştirici program ve eğitimlerle bireyler bağımlılıktan ileri gelen depresif bulgudan

uzaklaştırılıp keşfetmeye ve yaratıcılığa yönlendirilerek topluma kazandırılmalıdır.

İletişim: Gülşah Kaner

E-posta: dytgulsahk@gmail.com

Kaynaklar

- 1-Hutton D. Older people in Emergencies: Considerations for Action and Policy Development. Geneva: World Health Organization;2008.
- 2- Ulusel B. İzmir Balçova 2 no'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Etkinlikleri, Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Faktörlerinin İncelenmesi [doktora tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniv.;2004.
- 3- Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi; 2006.
- 4- Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12(1):25-30.
- 9- Green B.H., Copeland J.R.M., Dewey M.E., Sharma V, Saunders P.A., Davidson I.A. Risk Factors for Depression in Elderly People: a Prospective Study. Acta Psychiatrica Scand 2007;86(3):213-217.
- 10- Dendukuri N, Cole M, M.D., F.R.C.P.(C.). Risk Factors for Depression among Elderly Community Subjects: a Systematic Review and Meta-analysis. Am J Psychiatry 2003;160:1147-1156.
- 11- Friedman B, Lyness J, Delovan R, Li C, Barker W. Major Depression and Disability in Older Primary Care Patients with Heart Failure. J Geriatr Psychiatry Neurol 2008;21(2):111-122
- 14- Dirik A. Geriatriklerde Mobilite Yeteneği, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon Düzeyi ve Mental Statünün İncelenmesi [uzmanlık tezi]. Denizli: Pamukkale Üniv.;2004.
- 15- Russo A, Cesari M, Onder G, Zambani V. Depression and Physical Function: Results from the Aging and Longevity Study in the Sirente Geographic Area. J Geriatr Psychiatry Neurol 2007;20(3):131-137.
- 16- Bozo Ö, Toksobay N, Kürüm O. Activities of Daily Living, Depression and Social Support among Elderly Turkish people. The Journal of Psychology 2009;143(2):193-205.
- 17- Iwasa H, Yoshida Y, Kumagai S, Ihara K, Yoshida H, Suzuki T. Depression Status as a Reliable Predictor of Functional Decline among Japanese Community-Dwelling Older Adults: a 12 Year Population Based Prospective Cohort Study. Int J Geriatr Psychiatry 2009;24:1192-1200.
- 18- Karakuş A, Süzek H, Atay M. Muğla Huzurevinde Kalan Yaşlıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Muğla Üniversitesi SBE Dergisi Güz, 2003;11:39-51.



Antenatal İzlemler Sırasında Gebelere Emzirme Eğitimi Verilme Durumu

Breastfeeding Education in Prenatal Care

*Dr. Sevgi Özsoy Gökdemirel**, *Dr. Gülçin Bozkurt***, *Dr. Hacer Karanisoğlu****

Geliş Tarihi: 26. 12. 2010

Kabul Tarihi: 10. 06. 2011

Özet

Antenatal izlemler kapsamında 32. haftadan itibaren gebelere emzirme eğitiminin verilmesi önerilmektedir. Bu araştırma ile antenatal izlemler sırasında gebelere emzirme eğitimi verilme durumunu saptamak amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin sağlam çocuk polikliniğinde çocuğu izlenen 122 anne oluşturmuştur. Çalışma tanımlayıcı nitelikte olup, veriler nicel ve nitel yöntemler kullanılarak elde edildi. Nicel veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile 122 anneden elde edildi. Nitel veriler ise seçilen 10 anne ile yapılan derinlemesine görüşme tekniği ile elde edildi. Annelerin 19-42 yaş arasında, yaş ortalamalarının 28.9 4.7 yıl, yarısından fazlasının (%55.6) lise sonrası eğitiminin olduğu belirlendi. Annelerin gebeliklerinde antenatal izleme gittikleri sağlık kuruluşları incelendiğinde; %32.8'inin iki, %5.7'sinin üç farklı kurumda izlemlerini yaptırdığı ve üçte ikisinin (n=75) en az bir kez çalışmanın yürütüldüğü üniversite hastanesine gittiği belirlendi. Anneler gebeliklerinde en az üç en çok 38 kez ve grubun yarısının 10 kezden fazla (medyan 10.5) izleme gittiği saptandı. Antenatal kontroller sırasında emzirme konusunda eğitim aldığını söyleyen yalnızca beş anne vardı. Annelerden biri doktorun yalnızca emzirme broşürü verdiğini, diğerleri ise kendi sorusu üzerine doktorun kısa bilgi verdiğini belirtti. Sonuç; annelere antenatal izlemler sırasında yeterince emzirme eğitimi yapılmamakta, talep olduğunda verilen bilgi kısa ve yetersizdir. Antenatal izlemlerde görev alan hemşire, ebe ve hekimlerin bilgi açığını gidermek ve duyarlılığını artırmak için hizmet içi eğitimler yapılmalı ve konuya sık dikkat çekilmelidir.

Anahtar sözcükler: Antenatal izlem, Emzirme, Eğitim

Abstract

It is recommended that pregnant women be given breastfeeding education starting on the 32nd week of prenatal care. The purpose of this study was to examine the status of breastfeeding education given to pregnant women in antenatal care. The study sample consisted of 122 mothers whose children were followed in the healthy children polyclinic in a university hospital. The study was descriptive, consisting of both quantitative and qualitative data. Quantitative data were collected from all mothers by means of a questionnaire, while qualitative data were collected from 10 selected mothers by a thorough interview. The mothers were between 19-42 years of age, with a mean age of 28.9±4.7 years and more than half (55.6%) had received education beyond high school. The antenatal follow-up of some mothers had been carried out at two (32.8%) or three (5.7%) different clinics and two thirds of the mothers (n=75) told that they had visited the clinic where this study were carried out at least once during pregnancy. It was determined that the mothers had at least 3 and at most 38 antenatal control visits throughout their pregnancy with half of them more than 10 times, with a median of 10.5 visits. There were only five mothers (4.1%) who said that they were educated about breastfeeding during antenatal visits. One mother said that the physician had just given her a brochure about breastfeeding and other mothers said that they got brief information about the issue by their own request. According the results, the breastfeeding education in antenatal care is poor and the information provided by request is brief and inadequate. In-service training should be given to nurses, midwives and physicians taking part in antenatal care in order to inform them, increase their sensitivity about the issue and the subject of breastfeeding education should be frequently emphasized.

Key words: Antenatal care, Breastfeeding, Education

*Yrd. Doç. Dr.: Adnan Menderes Ü. Aydın Sağlık YO, Aydın

** Yrd. Doç. Dr.: İstanbul Ü. Bakırköy SYO, İstanbul

***Prof.; İstanbul Ü. Bakırköy SYO, İstanbul

Giriş

Bilimsel çalışmalar bebekler için en güvenilir beslenme biçiminin, ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslemek ve uygun ek gıdalarla emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesi olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, 1990 yılında emzirmenin desteklenmesi için, "Başarılı Emzirmede On Adım" belirlemiş ve bu stratejileri yerine getiren hastaneleri de "Bebek Dostu Hastane" olarak tanımlamıştır (1). Bebek dostu hastaneler, emzirme konusundaki eğitim ve danışmanlık hizmetlerini daha sistemli ve etkili bir biçimde vermeyi taahhüt eden hastanelerdir. Sağlık Bakanlığı, anne sütünün özendirilmesine yönelik, doğum hizmeti veren hastanelerde, emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere, 1991 yılında "Anne Sütünü Teşvik ve Bebek Dostu Hastaneler Programı" başlattı. Bu tarihten itibaren pek çok hastane bebek dostu hastane, bazı iller bebek dostu il unvanı aldı (2).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, 4-5 aylık bebeklerde yalnızca anne sütü (SAS) ile beslenenlerin oranı %23.6 ve ortanca emzirme süresi 16 aydır. TNSA 2003'e göre SAS alma ve emzirme süreleri artmıştır. Ancak bu oranlar, ilk altı ay SAS alma ve iki yaşa kadar emzirme hedefinden uzaktır (3).

Ülkemizde gebe kadınların tamamına yakını (%92) doğum öncesi en az bir kez bakım hizmeti almış ve dörtte üçü de en az dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım (DÖB) almıştır (3). Gebelerin doğum öncesi bakım sırasında, emzirme konusunda bilgilendirilmesinin, bebeklerin emzirilmesini olumlu etkilediği bilinmektedir (1, 4, 5). Bebek Dostu Hastanelerin yerine getirmesi gereken, on kuraldan üçüncüsü, tüm hamile kadınları, emzirmenin yararları ve uygulaması hakkında bilgilendirmektir. Gebeliğin 32. haftasından itibaren anne adaylarına, emzirme konusunda bilgi ve danışmanlık verilmesi, doğum öncesi bakımın, rutin hizmetleri arasında yer almakta ve ilgili sağlık personellerinin bu bilgi danışmanlığı yerine getirmesi beklenmektedir (5, 6).

Bu çalışmanın amacı, antenatal izlemler sırasında, gebelere emzirme eğitimi verilme durumlarını incelemektir.

Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki çalışmada, retrospektif olarak elde edilen veriler nicel ve nitel yöntemlerle irdelendi.

Bu çalışma bir üniversite hastanesinin sosyal pediatri bilim dalı, çocuk sağlığını izlem polikliniğinde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini, çocuk sağlığını izlem polikliniğinde çocuğu izlenen anneler, örneklemini ise örneklem seçim ölçütlerine uyan 122 anne oluşturdu. Veri toplamak için ayrılan sürede, basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak 122 kadına ait veri elde edildi. Nitel veriler seçilen 10 anne ile yapılan derinlemesine görüşme tekniği ile elde edildi. Örneklem seçim kriterleri; Çalışmaya katılmaya istekli, doğumdan sonra hastaneden bebeği ile birlikte taburcu olan, miadında, sağlıklı ve tek çocuk doğum yapan anneler araştırmaya dahil edildi.

Bu çalışmanın verileri Vehbi Koç vakfı tarafından desteklenen, "Annenin Çalışma

Durumunun Emzirmeye Etkisi" başlıklı proje için literatür ve uzman görüşü alınarak hazırlanan soru formu ile elde edildi.

Elde edilen veriler, istatistiksel olarak yüzdeler, aritmetik ortalamalarla verildi.

Bulgular

Çalışmamızda yer alan anneler 19-42 yaşları arasında ($=28.9 \pm 4.7$ yıl), %66.5'i 30 ve daha genç yaşta, hepsi en az beş yıl eğitilmiş ($=12.2 \pm 3.8$ yıl), yarısından fazlası ise (%55.6), lise sonrası eğitilmiş idi.

Annelerin gebeliklerinde kontrol için gittikleri sağlık kuruluşlarının dağılımı incelendiğinde; %32.8'inin iki, %5.7'sinin ise üç farklı kurumda izlendiği, üçte ikisinin ($n=75$) en az bir kez üniversite hastanesine kontrol için geldiği belirlendi.

Çalışma grubundaki anneler, gebelik izlemlerini en çok üniversite hastanesinde ve özel doktor/hastanede yaptırmıştı (Tablo 1). Annelerin gebelikte, en az üç, en çok 38 kez ve grubun yarısının medyan 10.5 kez izleme gittiği saptandı. Kadınların yaklaşık hepsi (%99.1) gebeliğinde en az beş ve daha fazla sayıda DÖB almıştı ve %61'i gebeliğinde, en az bir kez çalışmanın yürütüldüğü üniversite hastanesinde kontrole gitmişti.

Antenatal kontroller sırasında emzirme konusunda, bilgi verilen yalnızca beş anne (%4.1) vardı (Tablo 2), annelerin bu konudaki bilgiyi yalnızca bir kez ve muayeneyi yapan

Tablo 1. Annelerin antenatal izlemlerinin sıklıkla yapıldığı hastanelerin dağılımı

Hastaneler	Anneler	
	Sayı	%
Üniversite hastanesi	55	45.1
Üniversite hastanesi + özel Dr/hastane	19	15,6
Yalnızca özel Dr/hastane	37	30.3
Diğer (Devlet hastanesi, kurum polikliniği, vd)	11	9.0
Toplam	122	100.0

Tablo 2. Annelerin gebeliklerinde antenatal izlemler sırasında emzirme eğitimi alma durumuna göre dağılımları

Antenatal izlemler sırasında emzirme eğitimi	Anneler	
	Sayı	%
Alan	5	4.1
Almayan	117	95.9
Toplam	122	100.0

doktordan aldıkları belirlendi. Anneler;
 "... doktorum sohbet sırasında emzirmemi önerdi"
 "Emzirme konusunda bilgi almadım ancak muayeneden çıkarken bana emzirme ile ilgili broşür verdi"
 "... doktorum bana hiçbir konuda bilgi vermedi ama ben hep soruyordum o biçimde cevap alıyordum, yani sorularımı cevaplıyordu"
 "... sorduğum da emzirirsen çocuk ve senin için iyi olur dedi"
 "Emzirme konusunda bilgi almadım, yalnızca meme uçların emzirme için uygun dedi" sözleriyle verilen bilgi içeriği hakkında açıklama yaptılar.

Tartışma

Bu araştırmada yer alan annelerin ortalama eğitim süresi, Türkiye'nin batısında yaşayan diğer kadınlara göre (3) daha yüksektir. Bu durum çalışan annelerin eğitim süresinin daha fazla olmasından ve çalışmanın bir üniversite hastanesinde yürütülmesinden ve kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada yer alan kadınlar ortalama 10 kez ve neredeyse tamamı beş ve daha fazla kez DÖB almıştır. Bu oran Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008 sonuçlarına göre (%73.1) oldukça yüksektir. Sağlık Bakanlığının güvenli annelik hizmetleri kapsamında geliştirdiği, tüm sağlık kuruluşlarının ve tüm sağlık personelinin, gebelerin takibinde uyması istenen esasların yer aldığı "Doğum Öncesi

Bakım Yönetimi Rehberi" ne göre herhangi bir sorunu olmayan gebelerin, dört kez ama nitelikli bakım almaları yeterlidir (6). Çalışmada yer alan kadınlar gebeliklerinde ortalama on kez izleme gitmelerine karşın, yok sayılabilecek kadar sayıda kadının antenatal izlemlerde emzirme konusunda bilgi aldığını söylemesi, verilen DÖB'in niteliğini göstermektedir.

Sağlık Bakanlığının yayınladığı "Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi" 'nde, hastane bebek dostu olsun ya da olmasın sağlık çalışanlarının, anne adaylarına emzirme eğitimi vermesini, son trimesterde yapılacak danışmanlıklar içinde emzirme danışmanlığına özellikle önem verilmesini belirtmiştir (6). Çalışmanın yürütüldüğü hastane "bebek dostu" bir hastanedir. "Başarılı Emzirmede On Adım" ilkelerini kabul etmiş ve "Bebek Dostu Hastane" ünvanı almış hastanelerin 3. madde gereği zaten, gebelere 32. haftadan itibaren antenatal izlemlerde emzirme konusunda bilgi ve danışmanlık vermesi gerekmektedir. Çalışmada yer alan kadınların %45'i araştırmanın yürütüldüğü üniversite hastanesinden DÖB almış olmasına karşın yalnızca biri doktorun emzirme ile ilgili broşür verdiğini belirtmiştir. Sağlık çalışanları emzirmenin önemini kabul etmekle birlikte, tüm kadınlar içinde toplamda beş kadının emzirme konusunda kısmi bilgi aldığını belirtmesi, antenatal dönemde verilen bakımda emzirmenin önemsenmediğini göstermektedir. Varol çalışmasında, annelerin büyük çoğunluğuna gebelik takiplerinde anne sütüne ilişkin hiç bilgi verilmediğini belirlemiştir (7). Bulgularımız Varol'un bulgularıyla paralellik göstermektedir. Varol sağlık personelinin tek başına anne sütüyle ilgili bilgi yetersizliğinin neden olabileceğini düşünmüştür. Ancak biz sağlık ekibinin bilgi eksikliğinin yanı sıra, anne sütünün önemi konusunda inançlarının ve kurum politikalarının da çok güçlü olmadığını düşünmekteyiz. Gürel ve arkadaşlarının (4) DÖB sırasında gebelerin bilgi edinme durumunu araştırdıkları çalışmalarında, gebelerin %63.6'sının emzirme konusunda bilgi aldığı, bu bilgiyi öncelikle hemşire ve ebeden ikinci sırada doktordan aldıklarını, gebelerin %27'sinin daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirlemiştir. Çalışmamızda yer alan kadınların hepsi DÖB'ı doktordan almışken, Gürel'in çalışmasında yer alan grubun yaklaşık üçte birinin (%31.6) DÖB'ı ebe ya da hemşireden almış olması, antenatal

dönemde bilgilendirilen kadınların oranının yüksek olmasının nedenlerinden biri olabilir.

Antenatal izlemde emzirme konusunda bilgi aldığını belirten kadınlara verilen eğitimin içeriği irdelendiğinde; bir kadın doktorun emzirme broşürü verdiğini belirtmiştir. Çalışmalar verilen sözlü eğitimlerin mutlaka yazılı olarak desteklenmesini önermektedir (1, 4, 7, 8). Bu açıdan yapılan davranış olumludur. Diğer dört kadın aldıkları bilginin kendi soruları üzerine verilen bilgi olduğunu ifade etmiştir. Kadınların ifadesine göre verilen bilgi kısa, yetersiz ve basılı materyalle desteklenmemiştir. Samlı ve arkadaşları (8) konu ile ilgili niteliksel çalışmalarında; emzirme kararı verirken basılı eğitim materyalleri ve sağlık çalışanları tarafından verilen bilgilerden etkilendiklerini saptamıştır. Çalışmada DÖB da tıbbi uygulamalara ağırlık verilirken, gebe ve ailesinin ihtiyacı olan eğitim ve danışmanlık hizmetlerine daha az önem verilmiştir. Bunun nedenlerinden biri, çalışmanın yürütüldüğü hastanenin polikliniğinin yoğun olması ve sağlık personelinin eğitim için yeterli zamanı bulamaması olabilir. Bu nedenle özellikle yıllık doğum sayısı belli bir rakamın üzerinde olan sağlık kuruluşlarında gebe eğitim sınıflarının düzenlenmesi, hem poliklinikteki doktora zaman kazandırabilir hem de gebeye her konuda daha nitelikli bilginin verilmesini sağlayabilir.

Sonuç

Gerek özel hastane ve muayenehane gerekse kurum hastanelerindeki antenatal izlemlerde anne adayları emzirme konusunda yeterince bilgilendirmemektedir. Annelerin sorularına kısa bilgiler verilmekte ve tatmin edici değildir. Bu sonuçlar antenatal bakım ve izlem yapan sağlık çalışanlarının bu bilgilendirmeyi önemsemediklerini ya da poliklinik ortamının yoğunluğu nedeniyle danışmanlık için yeterli zaman bulamadıklarını düşündürmektedir. Antenatal izlemlerde görev alan hemşire, ebe ve hekimlerin duyarlılığını artırmak için hizmet içi eğitimler verilmeli yapılmalıdır. Ayrıca kurumların gebelere nitelikli bir DÖB hizmeti verebilmesi için doğum öncesi güvenli annelik eğitimleri yapılmalı ve gebelerin katılımı teşvik etmelidir. Antenatal izlemlerde gebelerin eğitilmesi ve DÖE programlarının oluşturulup, yürütülmesinde hemşire ve ebeler daha duyarlı olmalı ve daha aktif rol almalıdır.

Teşekkür

Bu makale Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu tarafından desteklenen ve danışmanlıklarını Prof. Dr. Gülbin Gökçay, Prof. Dr. Ayşen Bulut ve Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu'nun yaptığı bir projenin ürünüdür. Vakfa ve danışmanlarımızı çok teşekkür ederiz.

İletişim: Sevgi Özsoy Gökdemirel

E-posta: sevgigokdemirel@gmail.com

Kaynaklar

1. World Health Organization and UNICEF. Baby Friendly Hospital Initiative Revised Updates and Expanded for Integrated Care, Section 3 Breastfeeding Promotion and Support in A Baby-Friendly Hospital, WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland 2009. Accessed December 20, 2010, at http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594981_eng.pdf
2. Sağlık Bakanlığı 1995. Sağlık Programları Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin, Uyum Eğitimi Eğitim Materyali No.6. Aydoğdu Ofset, Ankara. Accessed December 19, 2010, at <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200705021522570.pdf>
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Accessed December 18, 2010, at http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa/2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf
4. Gürel SA, Gürel H, Balcan E. Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu. Perinatoloji Dergisi 2006; 14(2): 90-95.
5. World Health Organization. Evidence for The Ten Steps to Successful Breastfeeding. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1998. p. 23-27. Accessed December 20, 2010, at http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf
6. Sağlık Bakanlığı 2008. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi. Accessed December 19, 2010, at <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.spx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761>
7. Varol D. Doğum Sonrası 6 Ay Boyunca Sürdürülen Emzirme Eğitiminin Tek Başına Anne Sütüyle Beslenme Süresine ve Büyümeye Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul 2004.
8. Samlı G, Kara B, Cöbek-Ünalın P, Samlı B, Sarper N, Gökalp AS. Annelerin Emzirme Ve Süt Çocuğu Beslenmesi Konusunda Bilgi, İnanış ve Uygulamaları: Niteliksel Bir Araştırma. Marmara Medical Journal 2006; 19(1):13-20.



Gençlerde Tütün Kontrol Programları

Tobacco Control Programmes Among Youth

Dr. Gökben Yaslı, Dr. Gönül Dinç Horasan***

Geliş Tarihi: 24. 05. 2010

Kabul Tarihi: 27. 01. 2011

Öz

Sigara önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara içenlerin önemli bir bölümü sigara kullanmaya gençlik döneminde başlamaktadır. Bu nedenle gençlerde sigara kontrol programları yürütülmelidir. Gençlerde sigara kullanımının azaltılması için gençlerde sigara kullanmaya başlama nedenleri bilinmeli ve sigara konusunda eğitim programları yürütülmelidir. Bu programlar kapsamında sigara içen gençlere yönelik danışmanlık hizmetleri de verilmelidir. Bu programlar gençlere sigara satışının önlenmesi, sigara fiyatlarının artırılması gibi önlemlerle desteklenmelidir.

Anahtar sözcükler: Tütün, Kontrol programları, Sağlık eğitimi, Danışmanlık

Abstract

Smoking is a major public health problem. A substantial proportion of smokers start smoking during adolescence. Therefore, smoking control programmes for young people should be undertaken. In these programmes, the reasons to start smoking among young people should be known and educational programmes on smoking should be carried out. Consultancy should also be provided to the young people who smoke already. These programmes should be supported by preventing cigarette sales to young people and increasing cigarette prices.

Key words: Tobacco, Control programs, Health education, Consultancy

Dünyada yetişkin sigara içicilerinin %80'inden fazlasının 18 yaşından önce sigaraya başladığı bildirilmektedir (1). Gençler arasında sigara içme sıklığı ile ilgili veriler "DSÖ Okul Çağı çocukları Sağlık Davranışları (*Health Behaviour in School aged-Children, HSBC*) ve Küresel Gençlik Tütün Kullanımı (*Global Youth Tobacco Survey, GYTS*) araştırmalarından elde edilmektedir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre erkekler arasında sigaraya başlama yaşı Litvanya'da 10,8, Çek Cumhuriyeti ve Estonya'da 10,9, Yunanistan'da 13, İsrail'de ise 13,2 olarak saptanmıştır. Kızlar arasında ise sigaraya başlama yaşı Avusturya için 11,7, İtalya için 13,6, İsrail ve Yunanistan için ise 13,7'dir. Birçok ülkede erkekler kızlara göre daha erken yaşlarda sigara içmeye başlamaktadırlar (2).

Avrupa Bölgesi için HSC ve GYTS çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında, Belarus, Estonya, Gürcistan, Litvanya, Rusya Federasyonu, Slovakya ve Ukrayna gibi Doğu Avrupa ülkelerinde 15 yaş grubu erkekler arasında haftalık sigara içme sıklığının yüksek (>%30) olduğunu göstermektedir. On beş yaş grubu kızlar arasında en yüksek sigara içme sıklıkları (>%30) Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya ve İspanya gibi Batı Avrupa ülkelerindedir. On beş yaş grubu erkekler arasında en düşük sigara içme sıklıkları (<%15) Arnavutluk, Bosna Hersek, Yunanistan, Kazakistan, Kırgızistan, Sırbistan-

Karadağ, İsveç ve Türkiye'dedir. Sigara içme sıklığı özellikle Ermenistan'da (%0,5) çok düşüktür. Prevalans bazı Doğu Avrupa ülkelerinde %10'un da altındadır (Arnavutluk, Bosna Hersek, Gürcistan, Yunanistan, Kazakistan, Kırgızistan, Moldova Cumhuriyeti ve Türkiye) (3,4). Ülkemizde 13-15 yaş grupları arasında 2003 yılında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçlarına göre gençlerde halen tütün kullanma prevalansı erkeklerde %11,1, kızlarda %4,4, toplamda ise %8,4'tür (5).

Bu çalışmaların sonuçlarına göre ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın tüm ülkelerde gençlerde sigara içimi yaygın olduğu söylenebilir. Gençlerde sigara içme yaygınlığı cinsiyete göre değerlendirildiğinde, yetişkinlerin aksine her iki cinsiyette de sigara içmenin yaygın olduğu görülmektedir. Bu nedenle gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesi en önemli sağlık politikalarından birini oluşturmaktadır (4).

Gençlerde Sigara Kullanımına Başlama

Nedenleri: Gençlerde sigara kullanımının önlenmesi için sigara kullanmaya başlama nedenlerinin bilinmesi önemlidir. Gençlerde sigara kullanımına başlama nedenleri sosyal öğrenme, kişisel etmenler ve çevresel etmenler biçiminde üç temel başlık altında incelenebilir:

Sosyal öğrenmenin etkisi: Sigara kullanmaya başlamada gencin arkadaşlarının, anne, baba ve kardeşlerinin sigara içiyor

*Uzm.; Ödemiş Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

**Prof.; Celal Bayar Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD., Manisa

olması önemli bir etmendir, gencin bu etkilenimle sigaraya başlaması sosyal öğrenme modelleri ile açıklanmaktadır (6-7). Sosyal öğrenmede, örnek alınan diğer kişiler de rol oynar. Öğretmenlerinin, sevdikleri sanatçı ve futbolcuların sigara içtiğini gören gençlerin sigara kullanma oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (8). Aynı biçimde yakın arkadaşları sigara içen gençlerde, sigara içme oranları belirgin olarak daha yüksektir. Birçok araştırmada, gençlerin sigaraya özenmesinin en önemli nedeninin arkadaştan etkilenme olduğu bulunmuştur (9,10). Sigarayı onaylama ya da baskı, zayıf aile desteği ya da aşırı kontrolü genci sigara kullanımına iten diğer sosyal faktörlerdir (11).

Kişisel faktörler: Gençlerde sigara kullanımı sosyal olarak kabul görmenin de bir parçasıdır. Çoğu genç arkadaş çevresindeki imajını desteklemek için sigara içmeyi dener, zamanla günlük içici haline gelir (6,11). Özgüven yetersizliği sigara bağımlılığı açısından risk oluşturan bir başka risk faktörüdür. Gençler daha popüler ve daha çekici görünmek için sigara içmeye başlarlar (6,12,13). Sigarayla ilgi bilgi, inanç, tavır da sigara içme davranışını etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda sigara içen gençlerin sağlık riskleri hakkında daha az bilgili olan ve sigaranın kendilerini etkilemeyeceğine inanan, kısa dönem için sağlık risklerini düşünmeyenler olduğunu göstermektedir (6,14).

Gencin eğitim yaşamındaki başarısı da sigara içiminde rol oynar. Düşük okul başarısı, okula karşı olumsuz tutumlar, uyum sağlayamama, düşük akademik beklentiler, ortalama ya da ortalama altı okul performansı sigara içimi için risk oluşturmaktadır. Ayrıca A tipi kişilik, dışa odaklı kontrol, düşük özsaygının sigara içme davranışı ile ilişkisi olduğu bilinmektedir (9).

Çevresel etmenler: Sigara endüstrisinin ayakta kalması 18 yaşın altındakilere satış başarısına bağlıdır. Sigara şirketleri hedef kitle olarak çocukları seçmişlerdir. Sigara tüketicilerinin üçte biri 13 yaşına kadar, %90'ı da 20 yaşından önce sigaraya başlamaktadırlar. Özellikle medyadaki reklam türlerini, promosyonları, sponsorlukları ve ürün markalarının isimlerinin ve simgelerinin kullanılmasını içeren çok kapsamlı yasaklar gençler arasında sigara kullanımı azaltmaktadır

(15). Yapılan çalışmalar sigara fiyatlarının sigara tüketimini belirleyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Tütün ürünlerinin vergilerinin artırılması, kapsamlı bir tütün kontrolü stratejisinin en etkili bileşeni olarak kabul edilmektedir. Tütün ürünlerinin vergi artışları genellikle fiyat artışlarını belirlemektedir (6). Pasif olarak sigara dumanının sağlık üzerine olan olumsuz etkileri ve getirdiği risklerin kanıtlanması, sigara içmeyenleri özellikle de çocukları, sigara dumanından korumak için daha güçlü düzenlemelere olan ihtiyacı artırmaktadır. Evde ve topluma açık yerlerde sigara içilmesinin serbest olması, sigara içimini daha çok artırır (6). Ayrıca belli bir seviyedeki sigara içme davranışı düşük sosyoekonomik statü, anne baba boşanmış olma durumu, can sıkıntısını gidermek ve yorgunluk azaltmak nedenleri ile ilişkilendirilebilir. Bunların yanı sıra sigara içme davranışı genetik yakınlıkla da yakından ilişkilidir (9, 16-18).

Sigara Kontrol Programları: Sigara ve sigara ile ilişkili hastalıklardan korunma konusunda yürütülecek çalışmalar farklı koruma düzeyleri için şu biçimde ele alınabilir (17-20).

Primordial Koruma Düzeyi Önlemleri:

Primordial korunma düzeyi önlemleri toplumsal düzeyde sigara kullanma ve sigara maruziyetinin önlenmesine yönelik önlemler olup, bu konuda yapılabilecek çalışmalar aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

1. Tütün konusunda dolaylı ve dolaysız reklam, promosyon ve sponsorlukların ortadan kaldırılması, sağlık uyarılarının paketlere konması ve reklamların tamamen önlenmesi, tütün ürünlerinin ve tütün dumanının toksik içeriklerinin limitlerinin belirlenmesi ve paketler üzerinde zorunlu olarak belirtilmesi,
2. Sigara fiyatlarının artırılması, sigara satışları ile elde edilen dolaylı vergilerin tütün kullanımını önlemeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması,
3. Sigara içmeyenlerin korunması amacı ile çevresel sigara dumanına maruziyetinin önlenmesi,
4. Sağlığı geliştirme programları yürütülmeli
5. Sigarayı bırakmak isteyenlere yönelik sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kalitesi artırılmalı,
6. Gazete, radyo, televizyon gibi topluma yönelik kitle iletişim araçlarında sigara karşıtı

mesajlara yer verilmesi (21).

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi

Kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınarak vatandaşlarımızın, özellikle gençlerimizin korunması amacıyla Sağlık Bakanlığınca 2006-2010 yıllarını kapsayacak biçimde bir "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanmıştır. Program kapsamında sigara konusunda yasal düzenlemelerin kapsamı genişletilmiş, bu yasanın hükümleri toplumsal düzeyde uygulanmaya başlanmıştır (22,23).

Birincil Koruma Düzeyi Önlemleri:

Sigara kullanma ve sigara maruziyetinin önlenmesi konusunda bireysel düzeyde yürütülecek sağlık eğitimi çalışmaları birincil koruma düzeyi önlemleri olarak ele alınabilir. Bu konuda yürütülecek eğitim çalışmaları okullarda, işyerinde, sağlık kurumlarında sigara konusunda grup eğitimleri ya da bireysel düzeydeki eğitimler şeklinde olabilir.

İkincil Koruma Düzeyi Önlemleri:

Bu kapsamda sigara içenlerin saptanması ve bu kişilerin olanaklı erken dönemde sigarayı bırakmaları konusunda desteklenmesi çalışmaları ele alınabilir. Bu amaçla sağlık hizmetlerini sunarken herkese sigara içip içmediğinin sorgulanması ve içen kişilere bırakma konusunda danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilebilir. Bıraktırma programları genellikle sigaranın riskleri hakkında bilgi, bırakmanın yararları, nikotin bağımlılığından kurtulma üzerine eğitim ve sigarasız hayatın nasıl devam ettirileceğine ilişkin bilgileri içerir.

Üçüncül Koruma Düzeyi Önlemleri:

Sigaraya bağlı ortaya çıkan sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisi bu kapsamda ele alınabilir.

Gençlerde Sigara Kontrolüne Yönelik Yürütülen Çalışmalar

Çoğu ülkede sigaraya başlama yaşının küçük yaşlara kaymış olması ve gençlerde sigara kullanımının yaygın olması nedeniyle gençlerde sigara kontrolüne yönelik programların yürütülmesi önem taşımaktadır. Kişilerin adolesan çağda sigaraya başlamamaları durumunda daha sonraki yaşlarda sigaraya başlamadıkları gösterilmiştir. Bu konu gençlere yönelik sigara kontrol programlarını daha da önemli kılmaktadır (24). Sigara kontrol programları başlığı altında sözü edilen özellikle primordial ve birincil korunma düzeyi önlemleri gençlerde de sigaraya

başlama hızlarının düşürülmesi ve içenlerde bırakma hızlarının artırılmasında etkilidir. Ek olarak gençlere yönelik özel programlar geliştirilmiş ve yürütülmektedir. Bu kapsamda yapılan programlar şu biçimde özetlenebilir.

Gençlerde Sağlık Eğitimi Programları

Gençlerde sigaradan korunma konusunda yürütülen sağlık eğitimi ve danışmanlık çalışmalarının farklı yöntemlerle verildiği görülmektedir. Dünyada zaman içinde gençlere yönelik sağlık eğitimi çalışmalarına bakıldığında 1960-1970'li yıllardan önce öğrencinin sigara ve sağlık konusundaki bilgi düzeyini artırıcı eğitim yöntemlerinin tercih edildiği görülmektedir. Daha sonraları öğrencinin benlik bilincini olumlu olarak etkilemeye yönelik eğitime ağırlık verilmiştir. 1980'li yıllardan itibaren sosyal çevreyi, sigara ile ilgili normları ve sigaraya başlama yönündeki baskılara direnme hünerlerinin öğretilmesinin eğitimin en önemli unsurları kabul eden yaklaşım benimsenmiştir ve yapılan değerlendirmelerde bu yaklaşım daha etkili bulunmaktadır (25).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yayınlanan "Surgeon General" raporunda, okullardaki sağlık ve tütün kullanımını engelleme programının aşağıdaki konuları mutlaka içermesi tavsiye edilmektedir

1. Tüm okullarda tütün kullanımına karşı bir okul politikası geliştirilmelidir. Okuldaki öğretmenlere, görevlilere, ziyaretçilere ve tüm öğrencilere okul sınırları içinde sigara içilmesi yasaklanmalıdır.
2. Tüm okullarda tütün kullanımını engellemeye yönelik eğitim programı 6-12. sınıfları (13-14 yaş) kapsayacak biçimde yaş grupları belirlenerek eğitim programı oluşturulmalıdır.
3. Tüm okullarda bu eğitim programı çerçevesinde öğrencilere sigara içmenin nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemek için davranışsal beceriler kazandırılmalıdır.
4. Tütün kullanılmasını engelleyecek eğitim programı müfredata sokulmalı ve uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir.
5. Tüm okullarda tütün kullanımını engellemeye yönelik eğitim programı 6-12. (13-14 yaş) sınıfları kapsayacak biçimde yaş grupları belirlenerek eğitim programı oluşturulmalıdır.
6. Tüm okullarda bu eğitim programı çerçevesinde öğrencilere sigara içmenin

nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemek için davranışsal beceriler kazandırılmalıdır.

7. Tütün kullanılmasını engelleyecek eğitim programı müfredata sokulmalı ve uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir (26).

Gençlere yönelik sigaradan korunma konusundaki yürütülebilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri yöntem açısından ele alındığında şu biçimde özetlenebilir:

a. Konferans / ders verme (pasif-doğrudan)

1987 yılında ABD Ulusal Kanser Enstitüsü, okulda sigara eğitiminde beraberlik sağlamak üzere bir uzmanlar paneli toplanmıştır. Bu panelin önerilerine göre okullarda yürütülecek sağlık eğitimi dersleri aşağıdaki sekiz özelliği içermelidir:

- a. Sınıf içi sigara eğitim yılda en az beş oturum şeklinde sunulmalıdır.
- b. Eğitimde sigaraya başlamada önemli olan sosyal nedenlere, sigaranın kısa sürede ortaya çıkan olumsuz etkilerine ve reddetme hünerlerinin öğrenilmesine önem verilmelidir.
- c. Sigara ile ilgili eğitim programı genel müfredat ile entegre olmalıdır.
- d. Program 6. ve 7. sınıflara uygulanmalıdır(13-14 yaş).
- e. Program uygulanmasında öğrencilerin etkin katılımı sağlanmalıdır.
- f. Veli katılımı sağlanmaya çalışılmalıdır.
- g. Öğretmenler program ile ilgili eğitilmelidir.
- h. Programlar sosyal ve kültürel olarak toplumca benimsenebilir özellikte olmalıdır (27).

b.Akran eğitimi (aktif-dolaylı)

Akran eğitimi "Eğitim almaya istekli genç insanların akranları (yaş, çevre ya da ilgi alanları yönünden benzer genç insanlar) ile birlikte gerçekleştirdikleri, gençlerin bilgi, tutum, inanç ve beceri yönünden gelişmesi ve kendi sağlıklarını koruma bilincini kazanmalarını amaçlayan, resmi olmayan ya da programlanmış eğitimsel etkinlikler" tümüdür. Akran eğitimi küçük gruplarla ya da bireysel iletişim yoluyla; okullar, üniversiteler, kulüpler, dini mekanlar, işyerleri, sokaklar gibi gençlerin bulunabileceği pek çok farklı mekanda gerçekleştirilebilir.

Akran eğitimi etkinliklerine örnek olarak:

- Ortaöğretim öğrencileri ile bilgi yarışması, rol-oyun ya da öyküler gibi etkileşimli

yöntemler kullanarak gerçekleştirilen programlar

- Gençlik kulübünde sahnelenen tiyatro oyunu ve sonrasında yer alan grup tartışması
- Bar, disko gibi eğlence yerlerinde genç insanlar ile, sağlıklarını tehlikeye atabilecek riskli davranışlar ve bu konularda bilgi/yardım alabilecekleri yerler hakkında yapılan sohbetler sayılabilir (28).

Akran eğitimi farklı amaçlar doğrultusunda, farklı yaş ya da çevrelerden gruplar için kullanılabilir. Genç bir insanın davranışları üzerinde akran grubunun büyük etkisi bulunmaktadır ve bu durum hem riskli hem de güvenli davranışlar için geçerlidir. Akran eğitimi, davranışlar üzerine akran etkisini olumlu yönde kullanmayı amaçlamaktadır. Bu yöntem aynı zamanda genç insanlara yetki vermek için önemli bir yol olarak görülmektedir. Akran eğitimi gençlerde sigara, uyuşturucu, alkol, cinsel sağlık, gebelikten korunma, sağlıklı beslenme gibi konularda başarı ile uygulanmaktadır (29).

Sigaradan korunma konusunda yürütülen akran eğitimi programlarını etkinliğini değerlendiren çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu çalışmalardan 2004 yılında Birleşik Krallık'ta Bristol kentinde 11-12 yaş grubu öğrencilerde yürütülen sigara konusunda akran eğitimi çalışmasının (ASSIST) birinci yılı izlem verilerine bakıldığında yalnızca önceki yıl sigarayı denemiş olanlarda ve ara sıra içenlerde düzenli içicilik oranlarına bakıldığında girişim grubunda (%18,8), kontrol grubuna (%23,0) ($p < 0,05$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük içicilik oranları elde edilmiştir. Program öncesinde sigara içmeyenler ya da düzenli içicilerin ise sigara kullanma düzeyleri üzerinde program etkisiz bulunmuştur. Sigaradan korunmada akran eğitiminin etkinliği konusunda yürütülen bir diğer çalışma ise 2007 yılında Balıkesir İli'nde 5, 6, 7, 8. sınıflarda yürütülen çalışmadır. Bu çalışma kapsamında akran eğitimlerinin öğrencilerin bilgi düzeyinde artışa neden olduğu ancak sigara içme davranışını önemli düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmaların ortak sınırlılığı sonuçlarının akran eğitimleri yapıldıktan kısa bir süre sonra değerlendirilmiş olmasıdır. Akranlardan elde edilen bilgilere göre gönüllü öğrenciler arkadaşlarına eğitim yapmak için yeterli zaman ayıramadıklarını belirtmektedirler. Ayrıca gerek akran eğitimi

gerekse diğer okul tabanlı programların etkinliğinin tek başına yeterli olmayacağı, toplum kampanyaları ve sigaradan korunma konusunda toplumda yaygın duyarlılık gib<programın desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Sigarayla ilgili programların birçoğu okula dayalı programlardır. Ancak kanıtlarda bu programların sigara içme oranını azaltmakta etkili olmadığı saptanmıştır. Öğretmen liderliğindeki çalışmaların sigara içimini azaltmadığı gösterilirken, akran eğitiminin sigaraya karşı olan çalışmalarda umut verici olduğu belirtilmiştir (30-36).

Gençlerde Sigara İçenlere Yönelik Danışmanlık Hizmetleri

Sigara tüketimine bağlı hastalık riskini azaltmak, hasta olanlarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmak ve sağ kalım beklentisini artırmak; sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarından kaynaklanan maddi kayıpları önlemek, sigara bırakma tedavisinin en önemli hedefleridir. Sigara bırakma tedavisi ve bunun yaygın bir biçimde sunulması tütün kontrolünün en önemli yöntemlerinden birisidir. Sigarayı bırakma konusunda ABD'de Mayo Kliniği tarafından uygulanan bir yöntem 4 bileşenden oluşmaktadır (37).

a. Davranış terapisi:

Sigaraya başlayışın tanımlanması, ısrarla başa çıkma ve çekilme belirtileri ile stresin idaresini edinmek, becerilerin gelişimini başarmak ve tekrarı önleme becerilerini kazandırmaya yöneliktir. Özellikle ileri derecede bağımlı içicilerde tek başına yeterli değildir.

Sigara Bıraktırmaya Yönelik Davranışsal Yöntemler (38):

1. Motivasyon ve Hasta Eğitimi: Motive

olmuş kişi sigara bırakmayı deneyebilir ve bu konuda destek arayabilir. Motivasyonda hekim tavsiyesi, çevre, yasalar, sigara fiyatı, kültürel ve sosyal model, medya etkili olmaktadır.

2. Ters Güdülenme (Aversive Teknikler):

Elektrik şoku, mide bulandırıcı ilaçlar, aşırı sigara içirme, sıcakta nefes alma

3. Ödül ve ceza uygulamaları:

Koşullandırmaların söndürülmesi (cue extinction, stimulus control), gevşeme eğitimi, düzenli beden eğitimi

4. Kendi kendini izleme ve yönetme teknikleri (self monitoring):

İçme isteğiyle baş etme yöntemleri (coping skills), sosyal destek, yeniden başlamaya karşı önleyici yaklaşım (relapse prevention strategies)

5. Diğer yöntemler: Hipnoz, Akupunktur, Lüksopunktur, Elektropunktur

b. Alışkanlıkların tedavisi:

Nikotine karşı oluşan patolojik isteğin tedavisi gerekir. Nikotinin bağımlılık yapıcı bir madde olduğunun kabul edilmesi önemli bir bileşendir.

c. Ek farmakolojik tedavi:

Amaç yoksunluk belirtilerini hafifleterek bırakmayı kolaylaştırmaktır. Bu amaçla nikotin polakrileks sakızlar ve transdermal nikotin kullanılmaktadır.

d. Tekrar başlamanın önlenmesi:

Tedavi sonrası, danışmanlar ve eğitilmiş bir kişi düzenli telefon ve posta iletişimiyle destek sağlar.

Sigara bırakmada kullanılan bazı yöntemlerin etkinlikleri Tablo 1'de görülmektedir. Bu yöntemlerin etkinliği kısa klinik görüşme için 1.69 (%95 GA,1.45 - 1.98), hemşire görüşmeleri için 1.5 (%95 GA,1.29 - 1.73), grup görüşmeleri için 2.19 (%95 GA,1.42 - 3.37) ve telefon görüşmeleri için 1.56 (%95 GA,1.38-1.77) olarak

Tablo 1. Sigara bırakmada kullanılan bazı yöntemlerin etkinliği (39)

Uygulama	ODDS oranı (%95 ga)	Etkinlik
Kısa Klinik Görüşme	1.69 (1.45 - 1.98)	Hekim önerisi oldukça etkilidir ve her koşulda uygulanmalıdır.
Hemşire Görüşmeleri	1.5 (1.29 - 1.73)	Kısıtlı ancak ölçülebilir yarar gösterilmiştir.
Tüm Hekim Dışı Uygulamalar	1.7 (1.3 - 2.1)	Etkili
Grup Görüşmeleri	2.19 (1.42 - 3.37)	Etkili
Telefon Görüşmeleri	1.56 (1.38-1.77)	Başarıyı artırır.
Nikotin Sakız mg/doz kullanımları	1.66 (1.52- 1.81)	Açık bir biçimde etkili olduğu gösterilmiştir. Yüksek bağımlılık düzeyinde 4
Nikotin Bandı	1.74 (1.57- 1.93)	Başarıyı artırıyor. 16 ya da 24 saatlik formlar arasında fark yok.
Nikotin Nazal Sprey	2.27 (1.61 - 3.2)	Başarıyı artırıyor. Diğer nikotin formları ile yapılmış sınırlı sayıda çalışma var.
Nikotin İnhaler çalışma var.	2.09 (1.49- 3.04)	Kullanımı destekler kanıt var. Diğer nikotin formları ile yapılmış sınırlı sayıda
Bupropiyon biliri.	2.54 (1.9 - 3.41)	Başarıyı artırdığını gösteren güçlü kanıtlar var. NRT ile birlikte daha etkili ola-

bildirilmiştir. Nikotin replasman tedavisi uygulanan kişilerde etkinlik nikotin sakızı için 1.66 (%95 GA,1.52– 1.81), nikotin bandı için 1.74 (%95 GA,1.57– 1.93), nikotin nazal spreyi için 2.27 (%95 GA,1.61 – 3.2), nikotin inhaler için 2.09 (%95 GA,1.49– 3.04) bildirilmektedir. Bağımlılığın farmakolojik tedavisinde kullanılan bupropiyon için etkinlik 2.54 (%95 GA,1.9 - 3.41) olarak bildirilmiştir.

İletişim: Dr. Gökben Yaslı

E-posta: gokben.yasli@gmail.com

Kaynaklar

1. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people:A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, CDC and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health Atlanta, Georgia, CDC. 1994
2. World Health Organization. The European Tobacco Control Report. Copenhagen, 2007:20- 76
3. Currie C et al. Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 Survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004
4. Global Youth Tobacco Survey. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2006
5. Erguder T,Soydal T,Uğurlu M.ve ark. Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması, 2003.http://www.turkkanser.org.tr/newsfiles /97TKGTA.doc Erişim tarihi:25.08.2009
6. Bertan M, Özcebe H, Yurdakök K. Adölesan Sağlığı ve Risk Faktörleri, Önemli Bir Sorun: Sigara, Alkol ve Uyuşturucu. Yeni Türkiye 2001;39: 673 – 685
7. Pıçakçıfe M, Keskinöğlü P, Bayar B, ve ark. Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçicilik Sıklığı ve İçiciliği Artıran Nedenler.TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(4)
8. Boyle MH, Sanford M, Szatmari P, ve ark. Familial Influences on Substance Use by Adolescents and Young Adults. J. Public Health 2001; 92(3): 206
9. Keskinöğlü P, Karakuş N, Pıçakçıfe M, ve ark.İzmir'de Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve İçicilik Davranışı Üzerine Sosyal Öğrenmenin Etkisi.Toraks Dergisi 2006;7(3):190-195
10. Droomers M,Schrijvers C.T.M, Casswell S,et al. Father Occupational Group and Daily Smoking During Adolescence:Patterns and Predictors. American Journal of Public Health 2005;95(4):681-688
11. Programme Among Adolescents inItaly, Hygie1989;8:24 http://www.ulusalpsikiyatri kongreleri.org/yazar-detay, 20.4.2004
12. Key JD, Marsh LD. Missed Oopportunities for Prevention: Failure to Identify Smoking in The Parents of Adolescents Patients. Substance Abuse 2002;2(4):23
13. Herken H, Özkan İ. Sigara Alışkanlığı ve Anne Baba Tutumu. Genel Tıp Dergisi1989 ; 8(2):85-88.
14. Luke O, Allen P, Arian G,et al. Teens Images of Smoking and Smokers, Public Health 2001;116 (Suppl 1):194-202.
15. Gillmore MR, Wells EA, Simpson EE, et al. Children's Beliefs About Smoking, Nicotine Top Res 2002; 4(2):177-83.
16. Dağlı E, Tütün ve Politika.Yeni Türkiye 2001;7(39): 687-691.
17. Michell L.Loud, Sad or Bad: Young People's Perceptions of Peer Groups and Smoking. Health Education Research 1997;12(1):1-14.
18. Sezer E. Sigara Kullanımı ve Gençler. Sigara Alarmı, Türkiye Halk Sağlığı Derneği Sigarayla Mücadele Kolu Yayını 1992;(4):3-6.
19. Kasatura İ. Gençlik ve Bağımlılık. İstanbul:Evrım Yayınevi, 1998.
20. Karlıkaya C. Öztuna F. Solak ZA. ve ark. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64.
21. A Report on Evidence, Findings and Expert Commentaries. American Journal of Preventive Medicine 2001;20(15). See www.thecommunityguide.org/tobacco for individual".
22. Mesut Koku. Toplumsal Bilişlendirme Programları http://www.toraks.org.tr//sub/sigarasiz/ Bilişlendirme Kampanyaları Mesut%20Koku.pdf, Erişim tarihi: 25.08.2009,10:30
23. T.C Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. İllerde İl Tütün Kontrol Kurulunun Kurulması Hakkında Genelge 2007/38. http://www.saglik.gov.tr Erişim tarihi:24.08.09, 11:00
24. Issued in English by The World Health Organization in 2008 Under The Title.Who Report on The Global Tobacco Epidemic,2008.
25. Sigaranın Bedeli,31 mayıs dünya sigarasız günü nedeniyle sigara ve sağlık ulusal komitesinin düzenlediği basın toplantısı metni. Sağlık İçin Sigara Alarm 1995;2 (1):1-2
26. Black DR, Tobler N,m Sciacca J.P Peer Helping/İnvovement: An Efficacious Way Of Meeting The Challenge Of Reducing Illicit Drug Use.Journal Of School Health 1998; 68: 87-93.
27. US Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia., US Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2000
28. Karadağ Ö.Akran Eğitimi. Eğitimi Rehberi. Ankara:Semih Ofset, 2004
29. Sharlene Swarts. The Developmental Basis For Adolescent Peer Education, 2003
30. MR Crone, SA Reijneveld,MC Willemsen MC, et al.Prevention of smoking in adolescents with lower education :a school based intervention study. J Epidemiol Community Health 2003;57(9):675-680
31. Vatiainen E, Pennanen M, Haukkala A, et al.The effects of a three-year smoking prevention programme in secondry schools in Helsinki.European Journal of Public Health 2007;17(3):249-256
32. K Resnicow K,SP Reddy, S James,et al. Comparison of two school-based smoking prevention programs among South African high school students:results of a randomized trial. Ann Behav Med 2008;36(3):231-43
33. Aveyard P, Cheng KK, Almond J,et al. Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical ('stages of change') model for smoking prevention and cessation in schools. Brit Med J 1999, 319-53.
34. Wilton T, Keeble S, Doyal L, et al.The Effectiveness of Peer Education in Health Promotion, Theory and practice Bristol: University of the West of England, 1995.
35. Harden A, Oakley A, Oliver S. Peer-delivered health promotion for young people: A systematic review of different study designs.Health Education Journal 2001;60(339-353).
36. Enutbeam D, Macaskill P,Smith C, et al. Evaluation of two school smoking education programmes under normal classroom conditions.BMJ 1993;306:102-107
37. Orhun Kalkan. Sigara. http://bsm.gov.tr/makale/20012. Erişim tarihi:25.08.2009,11:15
38. Osman Örsel. Sigara bırakılmaya yönelik davranışsal yöntemler. orsel.pdf Erişim tarihi:25.08.2009,11:30
39. 11.World Conference on Tobacco or Health 2000. ETS Fact Sheet.

Yenidoğan Hemolitik Hastalığında İntravenöz İmmunoglobulin Uygulaması: İki Olgu Sunumu

Intravenous Immunoglobulin Treatment in Hemolytic Disease of the Newborn: Two Case Reports

Olgu Sunumu



Case Report

*Dr. Arzu Dursun**, *Dr. Nilgün Karadağ**, *Dr. Belma Saygılı Karagöl**,
*Dr. Nurullah Okumuş***, *Dr. Ayşegül Zenciroğlu****

Geliş Tarihi: 11. 12. 2010

Kabul Tarihi: 02. 06. 2011

Öz

Fototerapi ve kan değişimi uygulaması yenidoğan sarılığında mortaliteyi ve kernikterus riskini azaltan geleneksel tedavidir. Son yıllarda yenidoğan hemolitik hastalığında fototerapi ve kan değişimi dışında intravenöz immünoglobulin de, tedavi seçeneği olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu yazıda yenidoğanın acil durumlarından biri olarak değerlendirilen sarılığa dikkat çekilerek, yenidoğan hemolitik hastalığı saptanan seçilmiş olgularda intravenöz immünoglobulin kullanımının gereksiz kan değişimini ve hasta sevklerini azaltabileceği vurgulanmaktadır. Klinikimize yüksek indirekt bilirubin düzeyleri nedeniyle yatırılarak fototerapi başlanan, birinde ABO diğerinde Rh uygunsuzluğuna bağlı yenidoğan hemolitik hastalığı saptanan iki olguya da intravenöz immünoglobulin uygulandı ve takipte bilirubin düzeylerinde düzenli düşüş gözlemlendi; kan değişimine ihtiyaç kalmadı. Kan değişimine göre düşük komplikasyon oranı, uygulama kolaylığı ve uygulama için üçüncü basamağa bebeğin sevk edilmesini gerektirmeyen intravenöz immünoglobulin, yenidoğan hemolitik hastalığı olan seçilmiş olgularda kullanılabilir.

Anahtar sözcükler İntravenöz immünoglobulin, Neonatal hemolitik hastalık, Neonatal hiperbilirubinemi.

Abstract

Phototherapy and exchange transfusion are the traditional treatment methods in neonatal hyperbilirubinemia in order to decrease mortality and the risk of kernicterus. However, recently, intravenous immunoglobulin therapy has also been suggested for the management of the hemolytic disease of the newborn. In this report, jaundice, an emergency in neonatology, is discussed and it is pointed out that intravenous immunoglobulin use in selected cases of hemolytic disease of the newborn can decrease unnecessary exchange transfusions and patient transfers. In our clinic, two cases who received phototherapy for indirect hyperbilirubinemia and diagnosed with hemolytic disease of the newborn – one due to ABO, one due to Rh incompatibility – were given intravenous immunoglobulins. In follow-up, their bilirubin levels decreased and exchange transfusion became unnecessary. Intravenous immunoglobulin therapy can be used in selected cases of hemolytic disease of the newborn due to its lower rate of complications and easier method of application compared to exchange transfusion and it does not require that the patient be transferred to a tertiary care facility.

Key words: intravenous immunoglobulin, Hemolytic disease of the newborn, Neonatal hyperbilirubinemia.

Giriş

Yenidoğan sarılığı yaşamın ilk haftasında term bebeklerin yüzde 60'ında, pretermelerin yüzde 80'inde gözlenir (1). Sıklıkla fizyolojik olmakla birlikte çeşitli patolojik nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir. Sarılığın yanında anemiye de neden olabilen yenidoğanın hemolitik hastalığı (YHH) patolojik nedenler arasında çok önemli bir yere sahiptir. Annede, fetus kan grubuna karşı gelişmiş olan antikörlerin plasenta aracılığı ile bebeğe

geçmesi sonucunda hemoliz gelişmesi ile YHH oluşmaktadır. YHH'lerinin büyük çoğunluğunu ABO ve Rh uygunsuzlukları oluşturmaktadır. YHH tanısı kan grubu uygunsuzluklarının yanı sıra bilirubin yüksekliği, periferik yaymada hemoliz bulguları, retikülosit yüksekliği, ve direkt coombs (DC) pozitifliği gibi hemoliz bulgularının saptanması ile konulmaktadır. Beklenmedik bir biçimde hızlı gelişen ve şiddetli olan hiperbilirubinemide YHH mutlaka düşünülmelidir (2). YHH tedavisinde fototerapi

*Uzm.; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğitim ve Araş. Hast., Yenidoğan Kl., Ankara

**Doç.; Kl. Şef Yrd., Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve

Hast. Eğitim ve Araş. Hast., Yenidoğan Kl., Ankara

***Doç.; Kl. Şefi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hast.

Eğitim ve Araş. Hast., Yenidoğan Kl., Ankara



ve kan değişimi yanı sıra İntravenöz İmmunoglobulin (İVİG) de kullanılmaktadır (3). Fototerapi ile birlikte İVİG uygulandığında hemoliz ve dolayısıyla kan değişimi ihtiyacı azalmaktadır (3). Bu yazıda bir "yenidoğan acili" olan sarılığa yeniden dikkati çekerek YHH saptanan seçilmiş olgularda İVİG kullanılmasının değerlendirilebileceğini ve böylece gereksiz kan değişiminin ve sevkini azaltılabileceğini vurgulamayı amaçladık. Burada kliniğimize kan değişimi sınırının üzerinde olan sarılık nedeniyle yatırılarak güçlü fototerapi başlanan, birinde ABO, diğerinde Rh uygunsuzluğu saptanarak İVİG uygulanan ve kan değişimi yapılmasına gerek kalmayan iki olgu sunulacaktır.

Olgu 1

Yirmibeş yaşındaki annenin ikinci gebeliğinden ikinci yaşayan olarak 36 hafta 3 günlük sezaryen ile 2815 gr doğan kız

bebeğin incelemesinde ikterik olduğunun saptanması üzerine 10 saatlikken alınan Total Bilirubin (TBil) düzeyi 7.3 mg/dl geldi. Kan grubu B Rh (+) olan olgunun annesinin kan grubunun O Rh(+) olduğu öğrenildi. Hemogram değerlerinden

Hemogloblin: 17 g/dl,

Hematokrit: %52 olarak geldi.

TBil düzeyi kan değişim sınırının üzerinde olan hastaya güçlü fototerapi başlanarak muhtemel kan değişimi için kan hazırlanmaya başlandı. Kan hazırlığı aşamasında fototerapi almaktayken bakılan TBil düzeyi kan değişim sınırının altında olması nedeniyle kan değişimi yapılmadı ve ABO uygunsuzluğu nedeniyle hemolitik sarılığı olan, DC (+++) olan hastaya tek doz İVİG verildi. İzleminde bilirubin düzeyinde düzenli düşüş gözlemlendi, TBil düzeyi kan değişim sınırının üzerine çıkmadı ve kan değişimi gereksinimi olmadı. İVİG'e bağlı bir komplikasyon gözlemlenmedi ve üç günlükken taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde bilirubin düzeyinde artış ya da anemi gelişmedi.

Olgu 2

Otuzüç yaşındaki annenin birinci gebeliğinden 38 haftalık sezaryen ile 3000 gr doğan erkek bebek ikinci günü ailesi tarafından sarılığının fark edilmesi üzerine hastanemize getirildi. Postnatal 55. saatte TBil düzeyi: 21.5 mg/dl olan olgunun bilirubin düzeyi kan değişim sınırının üzerinde olması nedeniyle olguya güçlü fototerapi başlanarak muhtemel kan değişimi için kan istemi yapıldı. Anne kan grubu AB Rh (-) olan olgunun kan grubunun A Rh (+) olduğu öğrenildi. Rh uygunsuzluğu olan, Direkt Coombs (+++) olan, retikülosit %13 olan hastaya kan değişimi için hazırlıklar yapılırken tek doz İVİG verildi. Kan hazır olduğu sırada alınan TBil düzeyi kan değişim sınırının altına düştüğü (17.7 mg/dl) görülen olguya kan değişimi yapılmadı. Postnatal üç ile beşinci günler arasında fototerapiye karşın TBil düzeyleri 19.5, 17.7, 17, 18 mg/dl olan (kan değişim sınırının altında) hastaya ikinci doz İVİG verildi. İzleminde TBil düzeylerinde düşüş gözlemlendi. Yattığı gün hemogram parametrelerinden 12.4 g/dl olan Hemogloblin ve %52 olan Hematokrit düzeylerinde izleminde düşüş gözlemlendi.

Hemoglobin düzeyi 7 g/dl'ye ve Hemotokrit düzeyi %21'e düşen hastaya eritrosit suspansiyonu transfüzyonu yapıldı. DC kontrolü (++) olan, kan transfüzyonu sonrası yükselen hemoglobin düzeyinde yeniden düşüş olan ve fototerapi sonlandırıldıktan sonra TBil düzeyi 17 mg/dl'ye yükselen olguya üçüncü doz İVİG verildi. İVİG'e bağlı bir komplikasyon gözlenmedi. İzleminde TBil düzeyi normale inen olgu kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Kontrolde bilirubinde yükselme ya da hemoglobinde azalma saptanmadı. Büyüme ve gelişmesi normal olan hastanın poliklinik kontrolleri sürüyor.

Tartışma

Otuz yıl öncesine kadar YHH, çok sıklıkla görülen Rh uygunsuzluğu ile eş anlamlı olarak kullanılmaktaydı. 1970'li yıllardan sonra anti-D immunoglobulinin Rh (-) kadınlarda rutin kullanıma girmesi ile Rh uyuşmazlığına bağlı YHH dramatik olarak azalmıştır (2). Gelişmiş ülkelerde YHH'nın büyük kısmının nedeni D dışındaki antijenlere karşı oluşmuş antikorlardır (4). Bunlar arasında da en sık ABO uygunsuzluğu görülür (4). Canlı doğumların yaklaşık yüzde 15'i risk altındayken yüzde 0.3-2,2'sinde YHH görülmektedir (1). ABO uygunsuzluğu gebeliklerin yüzde 20-25'inde görülmekle birlikte bu gebeliklerden dünyaya gelen

bebeklerin sadece yüzde 10'unda YHH gelişmektedir (1). ABO uygunsuzluğu sıklıkla anne O, fetus A, B veya AB kan grubuna sahipse görülür. Sarılık genellikle ilk 24 saatte başlar. DC testi (+) ya da (-) olabilir. Rh uygunsuzluğuna göre klinik hafiftir ve hidrops fetalis nadirdir (1). Rh uygunsuzluğunda ise klinik; laboratuvar sonuçlarındaki hafif hemoliz bulgularından derin anemi, kalp yetmezliği, solunum güçlüğü, anazarka ödem ile karakterize mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan hidrops fetalise kadar değişik spektrumda ortaya çıkabilir (1). Şiddetli hidrops fetaliste yineleyen intrauterin kan transfüzyonları ile pulmoner olgunluk dönemine kadar fetus yaşatılabilmektedir. Daha hafif etkilenimlerde ise bu tedaviye gerek duyulmaksızın doğum gerçekleşmekte ve postnatal ilk günlerde sarılık ve anemi gelişebilmektedir (1).

Fototerapi ve kan değişimi uygulaması yenidoğan sarılığında mortaliteyi ve kernikterus riskini azaltan geleneksel tedavidir. Bilirubin düzeyine göre tek ya da çift yönlü fototerapi uygulamasının yanında bilirubin düzeyi kan değişim sınırını geçtiyse kan değişimi tedavisi uygulanabilmektedir. Ancak kan değişimi uygulaması hemodinamik dengesizlik, apne, pulmoner kanama, trombositopeni, koagülopati, hipokalsemi, elektrolit bozukluğu, vasküler tromboz, hipertansiyon, aritmi, sepsis, nekrotizan enterokolit ve gastrointestinal kanama gibi komplikasyonlara yol açabilir. Literatürde bu komplikasyonların oranının her bir prosedür için yüzde 2.8-5.2 olduğu yayınlanmıştır. Bununla birlikte 1997 yılında yayınlanan kan değişimi uygulanan 106 yenidoğanı içeren bir çalışmada ciddi komplikasyon oranı yüzde 23.5 ve mortalite oranı her bebek için yüzde 4.6 olarak bildirilmiştir (5). Bu çalışmada komplikasyonların yüzde 28'inin sekel bıraktığı rapor edilmiştir (5).

Günümüzde YHH'da fototerapi ve kan değişimi dışında İVİG (0,5-1 gr/kg), tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Yenidoğanın Rhesus ve ABO hemolitik hastalığında İVİG kullanımının kan değişimi gereksinimini, hastanede kalış süresini ve fototerapi süresini azalttığı gösterilmiştir (6). İVİG'in yenidoğanın hemolitik hastalığındaki etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Rh hemolitik



hastalığında, anti-D antikorlarına bağlı neonatal eritrositlerin Fc reseptörü taşıyan retikuloendotelial hücreler tarafından antikor bağımlı sitotoksik etki ile parçalandığı düşünülmektedir. Neonatal eritrosit yüzeyinde bulunan anti-D antikorlarının Fc kısımları retikuloendotelial hücrelerin Fc reseptörleri ile temas ettiğinde hemoliz ve bilirubinde yükselme olmaktadır. Verilen İVİG'in retikuloendotelial hücrelerdeki Fc reseptörlerini işgal ederek anti-D antikorlu bağılı eritrositler ile yarışmaya girdiği ve böylece hemolizi engellediği düşünülmektedir (3,7). Rh ve ABO uyumsuzluğu olan toplam 189 bebeği içeren yedi çalışmanın dahil edildiği bir derlemede İVİG ile tedavi edilen grupta kan değişimi oranının ve İVİG alan her bebek için de ortalama kan değişimi sayısının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (4). İVİG uygulamasının viral enfeksiyon geçişi, meningismus, baş ağrısı, ateş, halsizlik, hipotansiyon gibi hafif ve geçici yan etkileri yanında böbrek yetmezliği, sepsis gibi çok nadir komplikasyonları bildirilmiştir (3,4). İVİG uygulamasının kan değişimi uygulamasına göre komplikasyonlarının daha az olmasına ek olarak uygulama kolaylığının olması ve bebeğin üçüncü merkeze sevkine gerek olmaması gibi çok önemli avantajları vardır. ABO ve Rh uyumsuzluğuna bağlı YHH'da kan değişim sınırına yakın bilirubin düzeylerinde İVİG uygulaması önerilmektedir (1). Bazı yazarlar ise hemolitik hastalık tanısını koyar koymaz İVİG uygulamasının daha etkin olduğunu bildirmektedir (3). Bir çalışmada birden fazla dozda İVİG kullanımının da tek doz İVİG kullanımına göre daha etkin olduğu gösterilmiştir (8). Bu yazıda rapor ettiğimiz her iki olgumuzda da fototerapiye ek olarak verdiğimiz İVİG uygulaması sayesinde kan değişimine gereksinim duyulmadı. İkinci olgumuzda dirençli hiperbilirubinemi olması ve anemi gelişmesi nedeniyle iki doz daha İVİG uygulandı ve izleminde hemoglobin düşüşü ya da bilirubin yükselişi gözlenmedi.

Doğan her bebek için anne-bebek kan grupları ile diğer risk faktörleri ilk günden

saptanarak sarılık riski yüksek olanların yakın takip edilmesi ile sarılığın erken tanı ve tedavisi sağlanmalıdır. Günümüzde hekimler, Ankara Eczacılar Odası'nın sıralı dağıtım sistemi ile her ilde İVİG'e ulaşma olanağına sahiptir. YYH'da seçilmiş olgularda İVİG kullanımı ile bebeklerin gereksiz olarak üçüncü basamak bir hastaneye sevk de önlenilmektedir. Ancak YHH'da İVİG kullanımı ile ilgili olarak belirlenmiş kesin ölçütler bulunmamaktadır. İVİG kullanımının kan değişimini engellediği bilinmekle birlikte kesin kullanım ölçütleri, yineleyen dozların kullanım ölçütleri ve zamanı, İVİG uygulanan bebeklerin uzun dönemli prognozları ile ilgili iyi planlanmış randomize, prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

İletişim: Dr. Arzu Dursun

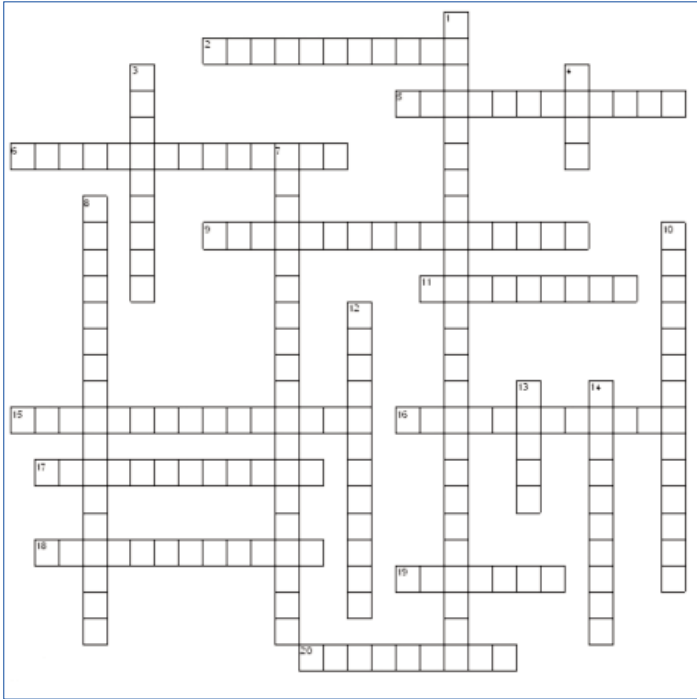
E-posta: arzuson2@gmail.com

Kaynaklar

1. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, 18th edition. Saunders Elsevier. Philadelphia.2007
2. Murray NA, Roberts IA. Haemolytic disease of the newborn. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007 Mar;92(2):F83-8. Review.
3. Systematic review of intravenous immunoglobulin in haemolytic disease of the newborn. Cleary AG, Brown B, Minards J, Sills J, Bolton-Maggs P. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Sep;88(5):F444.
4. Alcock GS, Liley H. Immunoglobulin infusion for isoimmune haemolytic jaundice in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD003313. Review.
5. Jackson JC. Adverse events associated with exchange transfusion in healthy and ill newborns. Pediatrics 1997;99:E7.
6. Walsh SA, Yao N, El-Khuffash A, Twomey A, Molloy EJ. Efficacy of intravenous immunoglobulin in the management of haemolytic disease of the newborn. Ir Med J. 2008 Feb;101(2):46-8.
7. Urbaniak SJ. ADCC (K cell) lysis of human erythrocytes sensitized with Rhesus alloantibodies. II. Investigation into mechanism of lysis. Br J Haematol 1979;42:315-28
8. Tanyer G, Siklar Z, Dallar Y, Yildirmak Y, Tıraş U. Multiple dose IVIG treatment in neonatal immune hemolytic jaundice. J Trop Pediatr. 2001 Feb;47(1):50-3.



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 "2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını Mayıs - Haziran 2011 sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Atipik pnömonide en sık karşılaşılan etkenlerden biri,
- 2- Alt solunum yolu enfeksiyonlarında en sık izole edilen streptokok türü,
- 3- Yaşlılık döneminde önemli bir sağlık sorunu,
- 4- Meme kanseri riskinin belirlenmesinde kullanılan bir matematiksel model,

- 5- Meme kanserinde sayısal artışı riski azaltan bir olay,
- 6- Kinolonların doza bağımlı olarak gösterdikleri etki türü
- 7- Sigarayı bırakma konusunda kullanılan yöntemlerden biri,
- 8- Meme kanserinde bir risk faktörü,
- 9- Pnömonoklarda artan dirence karşı kullanıma giren antibiyotik grubu,
- 10 Patojenlerle karşılaşmada deride oluşabilen bir etkilenim biçimi,
- 11- Çevresel etkenlere uyum sağlama yetisinin giderek azalması,
- 12- Hastanedeki günlük faaliyetler sırasında risk oluşturabilen bir virüs,
- 13- Toplumda meme kanseri riski olan kadınları belirlemekte en sık kullanılan model,
- 14- Başarılı emzirmede on adımı yerine getiren sağlık kuruluşlarına verilen unvan,
- 15- Gençlerde sigara kullanımına başlamanın ana nedenlerinden biri,
- 16- Akciğer kanserinden sonra en sık görülen kanser türü,
- 17- H. influenzanın tedavisinde sorun yaratan enzim,
- 18- Pnömonokok enfeksiyonlarında en sık kullanılan antibiyotik grubu,
- 19- Kinolonların doza bağımlı olarak gösterdikleri etki türü,
- 20- Meme kanserinde Gail Modelin gerçek kullanıma durumu.

STED Ocak - Şubat 2010 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

- 1- Akupunktur, 2- Kilo Verme, 3- Uterus Kontraksiyonu, 4- Yağlı Dışkı,
- 5- Glutensiz Diyet, 6- Üriner İnkontinans, 7- İnce Barsak Biyopsisi, 8- Urgein Kontinans, 9- İnfertilite, 10- Anti Depresanlar 11- Forseps Kullanımı, 12- Doğum Sayısı, 13- Kegel, 14- Çölyak Hastalığı, 15- Doğum Eylemi, 16- Müzik,
- 17- Perineo Metre, 18- Genel Anestezi, 19- Mobbing, 20- Nedensiz Ağlama,
- 21- Ağrı, 22- İtilme.