



Medya Kadınları Beslenme Konusunda Nasıl Etkiliyor?	1
Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve İlişkili Etmenle	7
Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Davranışının Transteoretik Model Çerçevesinde Değerlendirilmesi	13
Enjeksiyona Bağlı Siyatik Sinir Hasarı Bir Bilinçli Taksir Olayı mı? Yoksa Komplikasyon mu?	20
İdrar Tetkiki ve Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanısındaki Önemi	24
Kadın Genital Mutilasyonu	30
Tütün Kontrolünde 4207 Sayılı Yasanın Uygulaması	39



## Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı  
Dr. Şamih Demli  
Dr. Tolga İnce  
Stj. Dr. Berkan Kaplan  
Dr. R. Ekrem Kutbay  
Dr. Mehmet Özen  
Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz  
Dr. Emrah Şeyhoğlu  
Prof. Dr. Songül Yalçın  
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
Dr. Yılmaz Yıldız  
Dr. Adnan Yüce

## Bilimsel Danışma Kurulu

## Adli Tıp

Dr. Durmuş Evcüman  
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

## Deri Hastalıkları

Semih Tatlıcan

## Deontoloji ve Tıp Tarihi

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

## Enfeksiyon Hastalıkları

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

## Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

## Genel Cerrahi

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

## Genel Pratisyenlik

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

## Halk Sağlığı

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

## İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın  
Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)  
Prof. Dr. İlhan Yetkin (Endokrinoloji)

## Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun  
Prof. Dr. Haldun Güner  
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları  
Doç. Dr. Orhan Yılmaz

## Nöroloji

Doç. Dr. Canan Yücesan  
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. Hasan Değirmenci

Dr. Nesrin Erbüdü

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Nevruz Gürceğiz

Dr. Mesut Yıldırım

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4  
Maltepe 06570 Ankara  
Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53  
E-posta : sted@ttb.org.tr  
İnternet : www.ttb.org.tr/STED

## Basımçı İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.  
İkithelli Organize Sanayi Bölgesi İpkas Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5  
İkithelli - İstanbul  
Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)  
Basım Tarihi: .....

## Bu Sayıda

Cilt	19
Sayı	1
Ocak	
Şubat	2010

## A r a ş t ı r m a

**Medya Kadınları Beslenme Konusunda Nasıl Etkiliyor?** 1  
*Dr. Emine Aksoydan, Beril Kartal, Kübra Yılmaz*

**Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve İlişkili Etmenler** 6  
*Dr. Şükran Özkahraman, Dr. Yurdanur Demir, Dr. Feray Gökdoğan*

**Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Davranışının Transteoretik Model Çerçevesinde Değerlendirilmesi** 12  
*Zeynep Güngörmüş*

## D e r l e m e

**Enjeksiyona Bağlı Siyatik Sinir Hasarı Bir Bilinçli Taksir Olayı mı? Yoksa Komplikasyon mu?** 19  
*Dr. Bülent Doğan, Dr. Hacer Yaşar Teke, Dr. Yaşar Bilge*

**İdrar Tetkiki ve Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanısındaki Önemi** 23  
*Dr. Nihal Karaçayır, Dr. Zelal Bircan*

**Tanınız Nedir?** 28  
*Dr. Nilgün Erkek, Dr. Saliha Şenel, Dr. Ferit Kulalı, Dr. Candemir Karacan, Dr. Aysel Yöney*

**Kadın Genital Mutilasyonu** 29  
*Songül Aktaş, Kıymet Yeşilçiçek Çalkı*

**Tütün Kontrolünde 4207 Sayılı Yasanın Uygulaması** 38  
*Dr. Özen Aşut*

Kapak Fotoğrafı:  
"Aralamak"

Sağlık Memuru İsmail Aydın, İzmir  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009  
Büyük Ödül

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından  
birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin  
sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.  
STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.  
Yıllık abone ücreti 30 TL, öğrenciler için 15 TL'dir



### Merhaba,

Dergimiz ondokuz yaşında. Sevgili Füsün ve Ufuk Ablalarımızın kız bebekleri, artık bir genç kız. Onu sevgiyle, özveriyle, emekle büyütürken öğrendik, bildiklerimizi yeniden gözden geçirdik, başarmanın mutluluğunu paylaştık. Kızımızın iyimserliği, çalışkanlığı, birlikte çalışma zorlukları aşma becerisi dalga dalga büyüdü, bizlere soluklanma, gözden geçirme, değerlendirme olanağı sundu.

*Çok olun, çocuklar, çok olun,  
yüzlerce olun, binlerce olun, onbinlerce.  
Daha çok olun, daha çok olun,  
yapraklar kadar, balıklar kadar çok olun.*

Dergimiz geçen yıl başına kadar her ay on bin adet basıldı. Ülkemizin dört bir yanındaki sağlık ocaklarına, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerine, verem savaş dispanserlerine, acil servislere, üniversitelere, kütüphanelere gönderildi.

Yüzlerce binlerce STED dostu, her ay sımsıcak bir "Merhaba" ile güne başladılar.

*Bu dünya ne tek tek yaşamakta,  
bu dünya ne rakının, ne şarabın içinde,  
bu dünya ne parada, ne pulda,  
ne kalleşlikte, ne zulümde.  
Bu dünya aşkın içinde, alın terinde.*

Okudukça, yazdıkça, çoğaldık. Anılarımızı paylaştık. Gülümsedik, içimiz buruldu, kızdık, sevindik, yüreklendirdik, yüreğimiz ısındı. Görmediğimiz, bilmediğimiz köyleri, ilçeleri, illeri, sağlık ocaklarımızı öğrendik. Soğuk bir kış günü göreve başladık, sobaya odun attık, ormanda bulunan insan kemiklerinin nasıl toplanması gerektiğine kafa yorduk. Araştırdık, öğrendik, bildiklerimizi paylaştık. Tek tek çalışsak, tek başımıza kalsak da aklımızla, bilgimizle, deneyimlerimizle çoğaldık, çok olduk.

*Çok olun, çocuklar, çok olun,  
el ele verin, çocuklar, el ele,  
yaşayın dünyayı doya doya,  
açın kapıları, camları güneşe,*

*ne yeise kapılın, ne korkuya,  
çok olun, çocuklar, çok olun,  
el ele verin, çocuklar, el ele.*

Dergimiz pratisyen hekimliğin bir uzmanlık alanı olduğu bilinciyle alanın dergisi olma sorumluluğunu hep aklında tuttu. Alana sahip çıkmanın, ekip arkadaşlarımızla birlikte ürettiklerimize sahip çıkmaktan geçtiğini bilerek araştırmaların hem sayısını hem niteliğini artırmak için çaba gösterdi. Araştırmaları desteklemek için fon oluşturdu, birinci basamak etik danışma kurulları için öneriler geliştirdi. Genel Pratisyenlik Enstitüsü çalışmalarına katkı sundu.

*Mutlu olmak varken bu dünyada,  
geceler geldi dayandı kapımıza,  
olduk acımızla sarmaş dolaş,  
bekledik düşümüzle koyun koyuna.*

*Çok olun, çocuklar, çok olun,  
yapraklar kadar, balıklar kadar çok olun,  
el ele verin, çocuklar, el ele,  
bütün gündüzler sizin olsun,  
yaşayın dünyayı doya doya.*

Düşledikçe, istedikçe, düşümüzü dillendirdikçe, yüzümüzde bir gülümseme, yüreğimizde bir sıcaklık... Yüreğimizde bir çocuk sevinci.

*Çocuklar, çiçekleri umudumuzun.*

Dergimiz bugün ulusal dizinde. Uluslar arası dizin için çalışmalarımızı sürdürüyoruz. Dergimize İnternet üzerinden erişim sayılarını gördükçe daha nitelikli, alanımızın gereksinimlerine yanıt verecek bir dergi için hep birlikte çalışıyoruz. Birlikte büyüttüğümüz bebeğimizin nice güzel günlerinde birlikte olma dileğimiz bir bahar dalı kadar canlı, yemyeşil.

Başlamak birlikte, güven duyarak kendine ve yanı başında durana. Çocuklar, çiçekleri umudumuzun.

**Bilimsel ve dostça kalın...**

*\*Şiir: Çiçekleri Umudumuzun, A. Kadir (1917-1985)*



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 yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

## Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

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

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

1. **Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

- Metinle ilgili yazımdan 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 özetle, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet uzun ayne çevirisi olmalıdır.

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

3. **Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili bilgiler, 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. Bulguların, 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 vermelidir. 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.

"Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

### Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an 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](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 numaralandırarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta 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 yazılışla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.

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

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

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çevirinin yapıldığı yeri, unvanı, görevi yazılmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

### Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzalı olduğu bir üst yazıyla gönderilmelidir. ([www.ttb.org.tr/STED](http://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 Tunalgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto: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 yerlik etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: [http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)



*Dr. Emine Aksoydan\*, Beril Kartal\*\*, Kübra Yılmaz\*\**

### Öz

Bu çalışma medyanın kadınların beslenme davranışları üzerindeki etkisinin saptanması amacıyla planlanıp uygulanmıştır. Çalışmaya, Ankara Çankaya ilçesi Oran Sitesi ve Bursa Nilüfer ilçesinde yaşayan, yaş ortalaması  $38 \pm 11,8$  yıl olan 500 yetişkin kadın katılmıştır. Katılımcılar en sık televizyon, en seyrek radyo yayınlarını izlemektedir. Günlük ortalama televizyon izleme süresi  $3,1 \pm 1,5$  saattir.

Televizyonda en sık izlenen programların başında haberler gelirken, diziler ikinci, filmler üçüncü, sağlık programları ise dördüncü sırada yer almaktadır. Tüm medya araçlarından, sağlık ve beslenme ile ilgili yayınları takip etme sıklığı %91,2'dir. Bu yayınları izleyenlerin %92,1'i bu yayınların beslenme davranışlarında değişikliğe neden olduğunu belirtmiştir. Medyanın etkisi ile değiştirilen ilk üç davranış sırası ile, su (%17,6), meyve-sebze (%16,6) ve zeytinyağı (%12) tüketiminin artmasıdır. Katılımcıların %49'unun medyanın etkisiyle yeni ürün kullanmaya başladığı saptanmıştır. Bu ürünler sırası ile probiyotik yoğurt (%49,5), kolesterol düşürücü ürünler (%29,4) ve kefir (%13,2) dir. Süt ve süt ürünleri reklamlardan etkilenecek tüketimi en çok artan besin grubu olarak saptanırken, yağlar ise reklamlardan etkilenecek çok markası değiştirilen besin grubu olmuştur. Osteoporozu önlemek amacıyla medya araçlarında yayımlanan reklamlar, süt satın alma ve tüketiminde %62,8 artış sağlamıştır. Reklamlar sonucu satın alma sıklığı artan diğer ürünler sırası ile barsak hareketlerini düzenleyiciler (%28,6), kalp damar sağlığına yönelik yağlar (%20), diş macunları (%18,4), kolesterol düşürücü ürünler (%15) ve diyet ürünleridir (%10,4). Çalışma sonucunda medya araçları arasında en sık olarak televizyonun izlendiği ve burada yayınlanan beslenme ile ilgili programların ve reklamların kadınların satın alma ve beslenme davranışında önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. Medyanın bu etkisinin dikkate alınarak beslenme ile ilgili programlarda konunun uzmanı kişilerden danışmanlık alınması, sağlığı korumaya yönelik eğitici ve doğruluğu kanıtlanmış konulara ve bunlara yönelik ürünlerin reklamlarına yer verilmesi, besin reklamları ile ilgili bir denetleme kurulu oluşturulması toplumun sağlığının geliştirilmesinde önemli katkı sağlayacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Medya, Reklam, Kadın, ürün, Beslenme alışkanlıkları.

### Abstract

This study was constructed and carried out with the aim of determining the influence of the media on nutritional behaviors of women. The study population consisted of 500 women residing in Oran Site, Çankaya district in the province of Ankara and Nilüfer district in the province of Bursa province, with a mean age of  $38 \pm 11.8$  years. Television was the most frequently followed medium among the participants, whereas radio broadcasts was the least. The mean time spent daily watching TV was  $3.1 \pm 1.5$  hours. The news was the most frequently watched TV programs followed by TV series, movies and health programs, respectively. Among all media, the frequency of watching or listening to health- or nutrition- related broadcasts was 91.2%. Among this subset of participants, 92.1% have stated that these broadcasts have caused changes in their nutritional behaviors. The main three behaviors changed after due to these factors were as increase in the consumption of water (17.6 %), fruit and vegetables (16.6%) and olive oil (12%), respectively. It was determined that 49% of the participants had started to use a new product due to the influence of the media. These products were probiotic yoghurts (49.5%), cholesterol-lowering products (29.4%) and kefir (13.2%). While dairy products were the highest consumed products due to advertisements, oils were the most frequent products that were changed due to advertisements. Advertisements aired on media networks to prevent osteoporosis have resulted in a 62.8% increase in the purchase and consumption of milk. Other advertisements that caused increase in purchasing behavior were regulators of intestinal motility (28.6%), oils for cardiovascular health (20%), toothpaste (18.4%), cholesterol-lowering products (15%) and diet products (10.4%). As a result of the study, it was determined that among women, television was the most frequently followed channel of mass media and that nutritional programs and advertisements that air on TV have a significant role in the purchasing and nutritional behaviors of women. Considering this effect of the media, consultations from specialists, presentation of health-promoting educational programs with evidence-based information and of advertisements based on this information shall make a significant contribution to the improvement of public health.

**Key words:** Media, advertisement, women, product, nutritional behavior

## Giriş

Şişmanlık ve neden olduğu kronik hastalık sıklıklarındaki artış, gençlerin rol model olarak manken, şarkıcı gibi popüler bireyleri örnek alması, zayıflığın ideal vücut yapısı olarak sunulması gibi pek çok nedenle son yıllarda medya iletişim araçlarının tümünde beslenme konusunda yapılan yayınlarda bir artış gözlemlenmektedir. Bu yayınların bir kısmı konunun uzmanı kişilerin görüşlerini ve önerilerini yansıtırken, önemli bir bölümü "medyatik" olarak nitelendirilen, sözleri ve davranışları geniş halk kitlelerince yakından izlenip taklit edilen, ancak beslenme ve sağlık konusunda eğitimi olmayan kişilerin görüşlerini yansıtmaktadır. Medyada yer alan beslenme ve sağlık konusundaki haber, röportaj, makale ve besin reklamlarının, kaynağına bakılmaksızın, bireylerin besin satın alımı ve beslenme alışkanlıkları üzerinde önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir ve bu durum araştırmalarla da desteklenmektedir (1-

9). Medyada beslenme konusunda yapılan yayınlardan en çok etkilenen grup, ailesinin ve kimi zaman da daha geniş kitlelerin beslenme sorumluluğunu geleneksel olarak üstlenen kadındır. Kadınlar, besin üretiminden satın almaya ve yemek olarak sunumuna kadar olan süreçte en etkin rolü üstlenen bireyler olduğu için bu çalışmada kadınların medyadaki beslenme ile ilgili yayınlardan etkilenme ve beslenme davranışlarında değişiklik oluşturma düzeyinin saptanması amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Aralık 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Ankara Oran Sitesi ve Bursa Nilüfer semtinde yaşayan yetişkin kadınlar (evrenle ilgili tam sayıya ulaşılamamıştır), örneklemini ise, Ankara Oran Sitesi'nden rastgele yöntemle seçilen 20 blokta yaşayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 200, Bursa Nilüfer semtindeki mahallelerden rastgele yöntemle seçilen Cumhuriyet ve Ataevler mahallerinde yaşayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 300 olmak üzere toplam 500 yetişkin kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, antropometrik ölçümleri (ağırlık, boy), medya araçlarını izleme ve yayınlardan etkilenme durumlarını saptamaya yönelik soruların yer aldığı anket formları ile toplanmıştır. Boy ve ağırlık bilgileri kadınların kendi beyanlarına dayanarak kaydedilmiştir. Beden kütle indeksi (BKİ) gruplamaları, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sınıflamasına göre oluşturulmuştur (<18,5 zayıf, 18,5-24,9 normal, 24,9-29,9 kilolu, 30 ve üzeri şişman) (10). Verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS 11.5 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen verilere ilişkin ortalama, standart sapma, sıklık ve yüzde değerleri hesaplanmıştır.

## Bulgular ve Tartışma

Katılımcılara ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılanların %40'ı Ankara Oran Sitesi'nde, %60'ı Bursa Nilüfer'de yaşamaktadır.

%10'u ilkökul, %5,4'ü ortaokul, %36,8'i lise ve %47,8'i üniversite mezunudur. kadını %11'i serbest meslek sahibi, %11'i emekli, %9'u da işçidir.

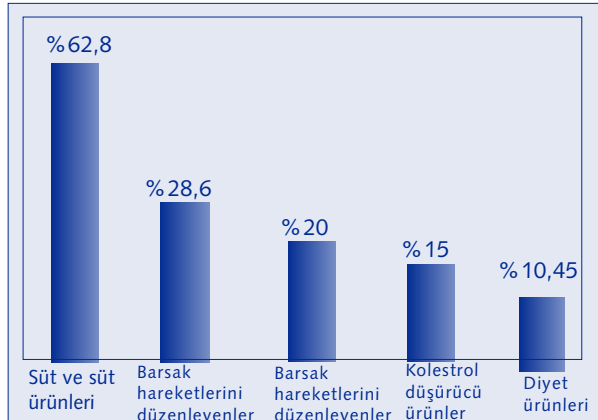
Kadınların %6,8'i zayıf, %59'u normal, %24,4'ü kilolu, %9,8'i şişmandır.

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve BKİ grupları

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Yaşadığı yer</b>		
Ankara Oran Sitesi	200	40.0
Bursa Nilüfer	300	60.0
<b>Yaş grupları (yıl)</b>		
24, <	69	13,8
25-34 yaş	137	27,4
35-44 yaş	140	28,0
45-54 yaş	102	20,4
55, >	52	10,4
Ortalama $\pm$ standart sapma, en az-en çok değer	38 $\pm$ 11,8	(18-73)
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul mezunu	50	10.0
Ortaokul mezunu	27	5.4
Lise mezunu	184	36.8
Üniversite mezunu	239	47.8
<b>Meslek</b>		
Ev kadını	160	33.0
Memur	127	25.0
Serbest meslek	56	11.0
Emekli	55	11.0
İşçi	45	9.0
Diğer	57	11.0
<b>BKİ Grupları (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
Zayıf (18.5<)	34	6,8
Normal (18.5-24.9)	295	59,0
Kilolu (25.0-29.9)	122	24,4
Obez (30, >)	49	9,8
Ortalama $\pm$ standart sapma, en az-en çok değer	23,9 $\pm$ 4,25	(15,8 - 42,9)
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 2.** Sosyodemografik değişkenlere göre televizyonda tercih edilen program türleri (%)

	Diziler	Show programları	Sağlık programları	Haber programları	Tartışma	Film	Belgesel
Yaş grupları							
24, <	50,0	5,9	1,5	20,6	2,9	17,6	1,5
25-34 yaş	33,3	5,9	3,7	43,7	1,5	8,9	3,0
35-44 yaş	27,1	0,7	5,0	59,3	4,3	2,9	1,4
45-54 yaş	20	2,0	5,0	66,0	3,0	2,0	2,0
55, >	7,7	-	7,7	78,8	5,8	-	-
Eğitim durumu							
İlkokul mezunu	40,8	-	6,1	51,0	-	-	2,1
Ortaokul mezunu	33,3	-	-	63,0	3,7	-	-
Lise mezunu	32,1	6,0	7,0	40,8	4,9	7,5	2,1
Üniversite mezunu	22,6	1,7	2,6	62,1	2,6	6,8	1,7
Çalışma durumu							
Çalışıyor	31,7	3,6	2,0	51,0	3,2	6,4	2,4
Çalışmıyor	25,2	2,4	6,9	55,3	3,3	5,7	1,2
Yerleşim yeri							
Ankara Oran Sitesi	16,6	1,5	5,5	63,8	5,0	5,5	2,0
Bursa Nilüfer	26,5	4,1	3,7	45,9	2,0	6,1	1,7

**Grafik 1.** Reklamlar sonucu satın almı artan ürünler

Katılımcıların en fazla izlediği medya aracı televizyondur. Televizyondan sonra ikinci sırada gazete ve dergi, son olarak da radyo tercih edilmektedir. Günlük ortalama televizyon izleme süresi  $3,1 \pm 1,54$  saat olup, günde en az 0,5, en çok 12 saat izlenmektedir. Eğitim düzeyi ile günlük gazete-dergi okuma arasındaki ilişki incelendiğinde en sık günlük gazete – dergi okuyan grubun üniversite mezunları (%56) olduğu, bunu lise mezunlarının (%36), ilkokul mezunlarının (%4,8) ve ortaokul mezunlarının (%3,2) izlediği saptanmıştır.

Televizyonda en çok tercih edilen programlar sırası ile; haber programları (%53), diziler (%28,4), filmler (%6) ve sağlık programlarıdır (%4,4). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre program tercihleri incelendiğinde, yaş ilerledikçe haber

izleme sıklığının arttığı, genç yaştakilerin daha sıklıkla film izlediği, ilkokul mezunlarının diğer eğitim düzeyindekilere göre daha çok dizi izlediği, çalışan kadınların çalışmayanlara göre daha fazla dizi izlediği ve Bursa Nilüfer’de yaşayanların daha sıklıkla dizi izlediği saptanmıştır (Tablo 2).

Sağlık ve beslenme konusunda dergi ve gazete okuyan katılımcıların, %92,3’ü bu yayınlardan etkilenerek davranışlarını değiştirmiştir (Tablo 4).

Gazete ve dergilerdeki sağlık ve beslenme ile ilgili yayınlar sonucu en fazla değişen beslenme davranışları sırası ile su (%17,6), meyve-sebze (%16,6), zeytinyağı (%12)tüketiminde artıştır. Bu yayınların etkisi ile hazır gıda tüketimini azaltan kadınların sıklığı %12’dir. (Tablo 5) Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da bireylerin beslenme davranışlarının değişmesinde medyadaki yayınların etkili olduğu ortaya konmuştur (11, 12).

Katılımcıların %49,5’i medyanın etkisi ile başlayıp hala kullandıkları ürünler olduğunu belirtmiştir. Bu ürünlerin dağılımı Tablo 6’da verilmiştir. Medyanın etkisi ile başlayıp kullanımına devam edilen ürünler arasında ilk sırada probiyotik yoğurtlar (%49,5) gelmektedir. Bunu kalp sağlığı için yararlı olduğu öne sürülen yağlar (%29,4) ve kefir (%13,2) izlemektedir. Yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve meslek ile reklamlardan etkilenerek ürün satın alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

yoktur. Yerleşim yeri ile reklamlardan etkilenecek ürün satın alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,000$ ).

Reklamlar sonucu satın alımı artıran ürün grupları arasında ise süt ve süt ürünleri (%62,8) ilk sırada yer almaktadır. Katılımcılar tarafından bunun nedeninin son zamanlarda osteoporozu önlemek amacıyla yayımlanan bilgilendirici nitelikteki süt reklamları olduğu belirtilmiştir. Barsak hareketi

**Tablo 3.** Sosyodemografik değişkenlere göre sağlık ve beslenme konusunda dergi ve gazetede yayınları izleme durumu

	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim durumu				
İlkokul Mezunu	41	82,0	9	18,0
Ortaokul Mezunu	24	88,9	3	11,1
Lise Mezunu	171	92,9	13	7,1
Üniversite Mezunu	220	92,1	19	7,9
Çalışma durumu*				
Çalışıyor	242	96,0	10	4,0
Çalışmıyor	214	86,3	34	13,7
Yerleşim yeri*				
Ankara Oran Sitesi	157	78,5		
	43	21,5		
Bursa Nilüfer	299	99,7	1	0,3
Toplam	456	91,2	44	8,8

\* $p<0,001$

**Tablo 4.** Sağlık ve beslenme konusunda dergi ve gazete okuyanların, bu yayınlardan etkilenecek davranışlarını değiştirme durumu

Beslenme davranışını değiştirme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	420	92,1
Hayır	36	7,9
Toplam	456	100,0

**Tablo 5.** Gazete ve dergideki sağlık ve beslenme ile ilgili yayınlar sonucu değişen davranışlar (%)

Değişen Davranışlar	Yüzde (%)
Su tüketiminde artış	17,6
Meyve sebze tüketiminde artış	16,6
Zeytinyağı tüketiminde artış	12,0
Hazır gıda tüketiminde azalma	12,0
Akşam yemeği miktarında azalma	10,3
Yağ tüketiminde azalma	9,9
Öğün atlamamaya özen gösterme	9,3
Spora başlama	5,9
Vitamin kullanmaya başlama	3,2
Kırmızı et tüketiminde azalma	3,0
Kuruyemiş tüketiminde artma	0,2
Toplam (n=420)	100,0

düzenleyiciler(%28,6), kalp damar sağlığına yönelik yağ türleri(%20), kolesterol düşürücü ürünler(%15) ve diyet ürünleri(%10,4) reklamlar sonucu satın alımı artıran ürünlerdir (Grafik 1). Yapılan bir çalışmada, kadınların %47,3'ünün besin reklamlarından etkilendiği, bu reklamlar sonucu ise en çok süt ve süt ürünlerinin satın alınımının arttığı saptanmıştır (13).

Katılımcıların sağlığa olumlu katkıları olduğu iddia edilen besin reklamları ile ilgili düşünceleri ise Tablo 7'de verilmiştir. Bu tür besin reklamlarını, katılımcıların %64'ü insanların bilinçlendirilmesi-bilgilendirilmesi için yararlı bulurken, %19'u insanları yanlış yönlendirdiğini, %17'si hiçbir yararı olmadığını düşündüğünü belirtmiştir.

Katılımcılar, reklamlardan etkilenecek en fazla kadınlara yönelik (%47) ürünleri, daha sonra sırası ile çocuklara (%37,1), bebeklere (%7,4), yaşlılara (%5,8), sporculara (%2,2) ve hamilelere yönelik ürünleri (%0,6) satın almaktadırlar.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre, yetişkin kadınların medya araçları arasında en sık olarak televizyonu izlediği, medyadan sağlık ve beslenme konusundaki yayınların izlenme sıklığının yüksek olduğu, beslenme ile ilgili programların ve reklamların kadınların satın alma davranışında önemli bir rol oynadığı saptanmıştır.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ağırlıklı olarak medyanın çocuk ve gençler üzerine etkisine yer verilmiştir. Yetişkinlerle ilgili sınırlı sayıda çalışmada bireylerin beslenme alışkanlıkları ve besin seçimi konusunda medya araçlarında yer alan sağlık ve beslenme ile ilgili makale, haber ve besin reklamlarından etkilendiği saptanmıştır (14-16). Bu sonuçlar medyadaki sağlık ve beslenme ile ilgili yayınların güvenilir olmasının önemini vurgulamaktadır. Bireylerin bu denli etkilendiği ve davranış değişikliğine yol açan yayınların kaynağının denetlenmesi, yanlış alışkanlıklara neden olacak yönlendirmelerin önlenmesi toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Elmacioğlu ve arkadaşları (9) Türkiye'de, tirajı en yüksek yedi gazetede yer alan beslenme ile ilgili tüm haberlerin yalnızca %27'sinin bilimsel gerçekleri içerdiğini ve haberlerin yalnızca %18,6'sının bilim insanı ve sağlık personeli



**Tablo 6.** Katılımcıların reklamların etkisi ile başlayıp hala kullandıkları ürünlerin dağılımı (%)

Ürün adı	Yüzde (%)
Probiyotik yoğurtlar	49,5
Kalp sağlığı için yararlı yağlar	29,4
Kefir	13,2
Diğer*	7,9
Toplam (n=243)	100,0

\*Diğer: çocuklara yönelik ürünler, kahvaltılık gevrekler, bitkisel çaylar, diyet bisküviler, çikolata

**Tablo 7.** Kadınların çeşitli sağlık sorunlarına iyi geldiği iddia edilen besin reklamları ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Reklamlar hakkındaki düşünceler	Sayı	%
İnsanların bilinçlendirilmesi/ bilgilendirilmesi için yararlı buluyorum	320	64,0
İnsanları yanlış yönlendirdiğini düşünüyorum	95	19,0
Hiçbir yararı olmadığını düşünüyorum	85	17,0
Toplam	500	100,0

**Tablo 8.** Ürün satın almada en fazla tercih edilen ürün gruplarının dağılımı(%)

Grupları	Yüzde (%)
Kadınlara yönelik	46,9
Çocuklara yönelik	37,1
Bebeklere yönelik	7,4
Yaşlılara yönelik	5,8
Sporculara yönelik	2,2
Gebelere yönelik	0,6
Toplam (n=500)	100,0

kaynaklı olduğunu saptamışlardır. Bu veriler insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek çok sayıda yayının varlığını göstermektedir. Bu sorunların çözümü için beslenme ile ilgili programlarda konunun uzmanı kişilerin yer alması, sağlığı korumaya yönelik eğitici ve doğruluğu kanıtlanmış konulara ve bunlara yönelik ürünlerin reklamlarına yer verilmesi ve sağlığa zararlı besin reklamlarının denetim altına alınması toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli katkı sağlayacaktır.

**İletişim:** Dr. Emine Aksoydan  
**E-posta:** aksoydan@baskent.edu.tr

#### Kaynaklar

- 1- Elden M. "Hedef Kitle Davranışını Etkileyen Psikolojik Bir Faktör Olarak Öğrenme: Öğrenme ve Reklam İlişkisi"  
<http://www.ilet.gazi.edu.tr/iletisimdergi/18/ELDEN.pdf>, Erişim tarihi : 21.04.2008
- 2- Arnas YA. The effects of television food advertisements on children's food purchasing requests. *Pediatrics International* 2006; 48 138-145
- 3- Jennifer L. Harris, John A. Bargh, and Kelly D. Brownell., Priming Effects of Television Food

- Advertising on Eating Behavior, Health Psychology, American Psychological Association, Yale University, 2009, Vol. 28, No. 4, 404-413
- 4- Eriksson K., "Media influencing health knowledge and behaviour", [http://www.uta.fi/ laitokset/tsph/ health/citizens/health\\_knowledge.html](http://www.uta.fi/ laitokset/tsph/ health/citizens/health_knowledge.html), Erişim Tarihi:14.01.2010.
  - 5- M.B. Parlato, C. Fishman and C. Gren, "Improving nutrition behaviour through social marketing" <http://www.fao.org/DOCREP/T2860T/t2860t02.htm>, Erişim Tarihi: 14.01.2010.
  - 6- Toby J. Hındın, Edd; Isobel R. Contento, Phd; Joan Dye Gussow, A Media Literacy Nutrition Education Curriculum for Head Start Parents about the Effects of Television Advertising on Their Children's Food Requests, *Journal of The American Dietetic Association*, 2004;104:192-198.
  - 7- Adeolu B. Ayanwale, Taiwo Alimi and Matthew A. Ayanbimipe, The Influence of Advertising on Consumer Brand Preference, *J. Soc. Sci.*, 10(1): 9-16 (2005)
  - 8- Scully M, Dixon H, Wakefield M., Association between commercial television exposure and fast-food consumption among adults. *Public Health Nutrition* 2009 Jan;12(1):105-10.
  - 9- Lobstein T, Dobb S., Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obes Rev* 2005 Aug;6(3):203-8.
  - 10- World Health Organization WHO (2006) BMI classification, [http://www.who.int/bmi/index.jsp?intropage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?intropage=intro_3.html), Erişim tarihi: 25.04.2008
  - 11- Güler B, Özçelik AÖ. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Yiyecek Satın Alma- Hazırlama Davranışları Üzerine Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Mezunları Derneği Yayınları Bilim Serisi:3, 2002, Ankara
  - 12- Fallon EA, Hausenblas HA. Media images of the ideal female body: Can acute exercise moderate their psychological impact? *Body Image* 2005; 2:62-73
  - 13- Field AE, Cheung L, Wolf AM, Herzog DB et al. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics* 1999; 103(3):1-5
  - 14- Şeber G. Yazılı Basında Yer Alan Sağlık ve Beslenme İle İlişkili Yazıların ve Medya Aracılığı İle Yayınlanan Gıda Reklamlarının Ankara İlinde Yaşayan Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Seçimleri Üzerinde Etkileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Mezuniyet Tezi, Ankara, 2007
  - 15- Yılmaz E. Yılmaz İ., Uran H., Gıda Maddeleri Tüketiminde Medyanın Rolü: Tekirdağ İli Örneği, *Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi* 2007(3) 9-14.
  - 16- Aslan P, Topkara Y, Özdemir A, Yurdunkulu S. Kitle Haberleşme Araçlarının Kadınların Beslenme Bilgileri Üzerine Etkileri, *Beslenme ve Diyetetik Dergisi* 1987;16:51-59, Ankara.
  - 17- Elmacıoğlu F., DüNDAR C., Dabak Ş. Peşken Y. Tirajı Yüksek 7 Gazetede Yayınlanan Beslenme Haberlerinin Değerlendirilmesi. V. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, s: 105. 8-10 Eylül 1997, Isparta.



Dr. Şükran Özkahraman\* , Dr. Yurdanur Demir\*\* , Dr. Feray Gökdoğan\*\*\*

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin çeşitli kaynaklardan algıladıkları sosyal destek düzeyini belirlemek ve ilişkili etmenleri incelemektir.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 625 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 421 öğrenci örneklem grubunu oluşturmuştur. Veri toplama aşamasında öğrencilere yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, medeni durum, anne babanın eğitim düzeyini belirlemeye yönelik sorulardan oluşan anket formu uygulanmış ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin %25.9'u 1. sınıf, %24.7'si 2. sınıf, %24.9'u 3. sınıf, %24.5'i ise 4. sınıfta öğrenim görmekte olup, yaş ortalaması  $21.2 \pm 1.6$ 'dır. Öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması  $66.4 \pm 13.7$  olup, sosyal desteğin kaynağına ilişkin alt gruplardan en yüksek ortalama ( $22.9 \pm 5.2$ ) aile desteği alt ölçeği olarak bulunmuştur. Genel sosyal destek puanı ile sınıf düzeyine göre dağılımları incelendiğinde, sınıflar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Öğrencilerin algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu, sınıf düzeyi, akademik başarı algısı, ekonomik durum ve arkadaş grubu gibi özelliklerin algıladıkları sosyal destek düzeyini etkilediğini göstermektedir. Bu sonuçlar, sosyal destek düzeyini bireysel özelliklerin ve sosyal yaşantıların belirlediğini ortaya koymakta ve gelecekte yapılacak çalışmalarda bu özelliklerin göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Algılanan sosyal destek, Üniversite öğrencileri, Hemşirelik.

### Giriş

Sosyal destek, kişilerin aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde sorunlarını paylaşabilmesi, çevreye uyum sağlayabilmesi ve ruhsal sağlığını sürdürebilmesi için temel bir gereksinimdir (1). Lepore, Evans ve Schneider (1991) sosyal desteği, kişilerin sevildikleri ve korunduklarına inandıkları bir sosyal sisteme bağlanması, gerçek kabul ettikleri yardımı sağlamaları ya da önemli ve değerli buldukları sosyal gruba bağlılık geliştirmeleri olarak tanımlamaktadır (2). Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal

### Abstract

**Aim:** The aim of this study is to define and evaluate in nursing school students the perceived social support levels from various sources and related factors.

**Methods:** The universe of the study consisted of 625 nursing students studying in the nursing school of a state university. The sample size was 421 students who volunteered to participate in the study. For data collection, a questionnaire inquiring about age, sex, class year, marital status and the education level of the parents and Multidimensional Scale of Perceived Social Support were used.

**Results:** 25.9% of the students were in the first, 24.7% were in the second, 24.9% were in the third and 24.5% were in the fourth year of nursing school and the mean age was  $21.2 \pm 1.6$ . The mean perceived social support score was  $66.4 \pm 13.7$  and the subscale about the source of social support with the highest mean ( $22.9 \pm 5.2$ ) was found to be the family support subscale. It was found that the relationship between general social support score and class years were statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Class year, sense of academic achievement, economic status and the circle of friends affect the perceived social support levels of the students. These results demonstrate that social support levels are determined by individual characteristics and by social life and that these factors should be considered in future studies.

**Key words:** Perceived social support, University students, Nursing.

gereksinimleri karşılayarak bedensel ve ruhsal sağlığı olumlu biçimde doğrudan etkilediği, aynı zamanda yaşamdaki zorluklarla baş etmede önemli bir katkı sağladığı belirtilmektedir (3). Sosyal desteğin, özellikle algılanan sosyal desteğin, sağlık sonuçlarının iyi bir yordayıcısı olduğu, ruhsal rahatsızlıklar ve düşük anksiyete düzeyi ile negatif bağlantılı olduğu kabul edilmektedir (4,5,6).

Gençlik, yetişkin rolü ve sorumlulukların yüklendiği ve aynı zamanda ruhsal açıdan önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir (7). Bu dönemde gençler, arkadaşlık ilişkilerine çok önem vermekte ve arkadaşlık ilişkileri ile sosyal becerilerini geliştirmekte, bağımsızlığını kazanmaya ve çevreye uyum sağlamaya

\*Arş. Gör.; Süleyman Demirel Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Isparta.

\*\*Yrd. Doç.; Abant İzzet Baysal Ü. Bolu Sağlık YO, Bolu.

\*\*\*Prof.; Abant İzzet Baysal Ü. Bolu Sağlık YO, Bolu.

çalışmaktadır. Üniversite öğrencileri için en önemli sosyal destek kaynağı olarak ailesi ve arkadaşları gösterilmektedir. Gençlerin bu kaynaklardan ne kadar destek aldıkları ve aldıkları desteği ne derece yeterli buldukları önemli bir sorudur. Gençlerin sosyal destek düzeylerini belirlemek, onları yeni destek kaynakları konusunda bilgilendirmek, sorunlarının çözümünde destek kaynaklarından nasıl yararlandıklarını belirlemek bu nedenle oldukça önemlidir (7, 8). Son yıllarda ülkemizde sosyal desteğin gençlerin yaşamındaki yeri ve öneminin belirlenmesi açısından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda sosyal destek ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkilere dikkat çekilmiştir. Bu çalışmalara göre sosyal destek sistemi, sosyolojik ve psikolojik sorunların çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, kişinin zorlu durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynaktır (7, 8, 9).

Hemşirelik öğrencilerinin mezun olduktan sonra kaliteli hizmet verebilmesi için eğitimleri boyunca karşılaştıkları ya da karşılaşılabilecekleri sorunlarla mücadelede yalnız bırakılmaması gerekmektedir (10). Aile ve arkadaşlarından gerekli desteği alan öğrencilerin, ruhsal sağlıklarını tehdit eden depresyon, anksiyete, stres gibi sorunlarla başarılı bir biçimde baş edebilecekleri, mesleklerinde başarılı olup kaliteli sağlık bakım hizmeti verebilecekleri düşünülmektedir. Ayrıca, hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirleyen çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı görülmektedir.

### **Gereç ve Yöntem**

Bu araştırma, tanımlayıcı nitelikte olup, çalışmanın evrenini, 2007-2008 akademik yılında bir kamu üniversitesi hemşirelik yüksekokulundaki 625 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem seçimine gidilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Hastalık, okula devamsızlık ve çalışmaya katılmada isteksizlik gibi nedenlerle 204 öğrenciye ulaşılamadığından, toplam 421 öğrenci araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Çalışmanın yürütülebilmesi için ilgili yüksekokulun etik kurulundan yazılı izin, çalışmanın uygulanması sırasında da öğrencilerden sözel izin alınmıştır.

Araştırmanın verileri, iki bölümden oluşan soru formunun birinci bölümünde araştırmacılar tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanan sosyodemografik özellikleri içeren bilgi formu ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ile toplanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Bu kaynakların her biri 4 maddeden oluşmaktadır. Bunlar aile (3,4,8,11), arkadaş (6,7,9,12) ve özel bir insandır (1,2,5, 10). Ölçek, 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur (11).

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla örneklem dışındaki 36 öğrenci (araştırma örnekleminin %7,5'i) ile ön uygulama yapılmıştır. Soru formu, geri bildirimlere göre düzenlenerek son biçimine getirilmiş ve 18 Ekim - 10 Aralık 2007 tarihleri arasında örneklem grubu tarafından doldurulmuştur.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 11.0 (*Statistical Package For Social Sciences*) programı ile değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçeğin kesme noktasının bulunmaması nedeniyle istatistiksel değerlendirmede ortalama puan kullanılmıştır. Veriler yüzdellik, ortalama, Kruskal-Wallis testi, independent-samples t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson's Korelasyon ve Tukey testi ile analiz edilmiştir.

### **Bulgular**

Araştırma kapsamına alınan öğrenci hemşirelerin %25.9'u 1. sınıf, %24.7'si 2. sınıf, %24.9'u 3. sınıf ve %24.5'i ise 4. sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin yaş ortalaması  $21.2 \pm 1.6$  olup, %70.1'i 21 yaş ve üzeri grupta bulunmuştur. Öğrencilerin çoğu bekar (%98.3), en uzun süre il merkezinde yaşamış (%53.4), iki kardeşi olan (%27.2) ve ekonomik yönden zor geçinen (%33.2) öğrencilerdir. Annelerin çoğunlukla ilköğretim mezunu (%62.9) ve çalışmamakta (%84.3), babalar arasında öğrenim düzeyinin daha yüksek (ilköğretim mezunu olma %51.8) ve memur olarak çalışanların (%39.9) çoğunlukta olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"nden aldıkları puanların alt ölçeklere göre puan ortalamaları ile örneklem grubunun Cronbach alfa katsayıları Tablo 1'de yer almaktadır. Bu çalışma için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin toplam Cronbach alfa kat sayısı 0.90 olup, alt ölçekler ise 0.88-0.93 arasında değişmektedir. Öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması  $66.4 \pm 13.7$  olarak hesaplanmıştır. Sosyal desteğin kaynağına ilişkin en yüksek ortalama ise aile desteği alt ölçeğine ( $22.9 \pm 5.2$ ) aittir. Ancak arkadaş desteği de aile desteğine çok yakın bir değerdir.

Öğrencilerin sınıflarına göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, algıladıkları sosyal destek puanı 1. sınıf öğrencilerinde en yüksektir ( $p < 0.05$ ). Aile desteği alt ölçek puan ortalaması 1. sınıf öğrencilerinde en yüksek, 4. sınıflarda en düşükken ( $p < 0.05$ ), arkadaş desteği sınıf düzeyi arttıkça yükselmektedir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2). Ancak, genelde, öğrencilerin aile desteği alt ölçek puanları ile arkadaş desteği alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu da

saptanmıştır ( $r = 0.53$ ;  $p < 0.00$ ). Öğrencilerin yaşları ile algıladıkları sosyal destek ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Arkadaş grubu olmayanlara göre, arkadaşı olan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puanı ve tüm alt ölçek puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir ( $p < 0.00$ ) (Tablo 2). Akademik yönden kendilerini başarılı olarak algılayan öğrencilerin sosyal destek puanı ile tüm alt ölçeklerden aldıkları puanlar anlamlı derecede yüksektir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2).

Ekonomik yönden burs/desteğe gereksinimi olan öğrencilerin diğer öğrencilere göre toplam sosyal destek ve arkadaş alt ölçek puanları düşüktür ( $p < 0.05$ ). Ekonomik yönden burs/desteğe gereksinimi olan öğrencilerin özel bir insan alt ölçek puanları, zor geçinen öğrencilere göre de daha düşüktür ( $p < 0.05$ ). Öğrencilerin kardeş sayılarına göre toplam sosyal destek ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p > 0.05$ ). Bu çalışmada anneleri üniversite mezunu olan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puanı en yüksektir ( $67.6 \pm 13.7$ ), ancak bu açıdan

**Tablo 1.** Öğrencilerin algıladıkları sosyal destek alt ölçek puan ortalamaları ve Cronbach alfa katsayıları (n:421)

Alt Ölçekler	Puan Dağılımı	X ± SD	Cronbach Alfa
Aile Desteği	(1-7)	22.9 ± 5.2	0.89 (4 madde)
Arkadaş Desteği	(1-7)	22.3 ± 4.9	0.88 (4 madde)
Özel İnsan Desteği	(1-7)	21.2 ± 7.0	0.93 (4 madde)
Algılanan Sosyal Destek	(1-7)	66.4 ± 13.7	0.90 (12 madde)

**Tablo 2.** Öğrencilerin bazı tanıttıcı özelliklerine göre algıladıkları sosyal destek alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n:421)

Sınıf Düzeyi	Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Bir İnsan Desteği	Algılanan Sosyal Destek
1. Sınıf (n:109)	23.8±5.0	21.9 ± 4.38	21.2 ± 6.8	68.6 ± 12.3
2. Sınıf (n:104)	23.7±4.7	22.6 ± 4.73	22.1 ± 6.8	67.2 ± 13.0
3. Sınıf (n:105)	22.1±5.89	23.8 ± 4.81	20.1 ± 7.7	65.1 ± 14.2
4. Sınıf (n:103)	22.0±5.13	23.8 ± 5.67	21.3 ± 6.6	64.1 ± 14.8
İstatistiksel Değer	F: 3.409 p<0.05	F: 1.417 p<0.05	F: 1.455 p>0.05	F: 2.649 p<0.05
<b>Arkadaş Grubu</b>				
Var (n:235)	23.5 ± 5.7	24.2 ± 4.3	22.6 ± 6.5	70.4 ± 11.9
Yok (n:186)	21.9 ± 4.29	21.3 ± 5.1	20.0 ± 7.2	63.4 ± 14.2
İstatistiksel Değer	t: 3.803 p<0.00	t: 4.668 p<0.00	t: 4.658 p<0.00	t: 5.479 p<0.00
<b>Akademik Başarı</b>				
Çok Başarılı (n:30)	23.6 ± 5.0	22.6 ± 4.3	21.2 ± 6.8	67.6 ± 12.3
Başarılı (n:120)	23.8 ± 4.77	22.9 ± 4.7	22.1 ± 6.8	68.9 ± 13.0
Orta (n:251)	22.1 ± 5.8	21.8 ± 4.8	20.1 ± 7.63	65.2 ± 14.8
Başarısız (n:20)	22.0 ± 5.1	21.7 ± 5.6	20.0 ± 6.5	63.1 ± 14.2
İstatistiksel Değer	KW: 10.714 p<0.05	KW: 10.567 p<0.05	KW: 6.624 p<0.05	KW: 6.648 p<0.05

gruplar arasında önemli bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Bununla birlikte, annelerin eğitim düzeyine göre arkadaş desteği alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Babaları üniversite mezunu olan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puanı tüm alt ölçeklerde en yüksek olmakla birlikte ( $68.8\pm 14.0$ ), bu durum istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Anneleri çalışan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puanı ( $69.2\pm 13.6$ ) ve tüm alt ölçeklerden puanları yüksek bulunmuştur ancak bu farklılık istatistik açıdan önemli değildir ( $p>0.05$ ). Yaşamlarının çoğunu il merkezinde geçiren öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puanının da gruplar arasında anlamlı farklılık göstermeden, yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

### Tartışma

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek puan ortalaması  $66.4\pm 13.7$  bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde yapılan benzer çalışmalarda, Yılmaz ve ark. (2008) toplam sosyal destek ölçek puanını  $66.43\pm 13.87$ , Arkar ve ark. (2004) ise  $62.96\pm 13.5$  olarak bulmuştur (12,13). Sosyal desteğin kaynağına ilişkin alt gruplardan alınan puanlar incelendiğinde, aile desteği alt ölçeği en yüksek ortalamaya sahiptir. Bu belirleme, öğrencilerin arkadaşları ve özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğe göre ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden alınabilecek üst puanın 84 olduğu dikkate alındığında, öğrencilerin çevresinden algıladıkları sosyal desteğin oldukça yüksek olabileceği, ilerleyen eğitim yıllarında bu destekte aile desteğinin payı azalarak arkadaş desteğinin payının giderek arttığı söylenebilir.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan konu ile ilgili birçok çalışmada en yüksek düzeyde algılanan sosyal destek kaynağının aile olduğu bulunmuştur (7,10,12,14,15,16). Bu çalışmada da öğrencilerin aileden algıladıkları sosyal desteğin, arkadaşlarından algıladığı sosyal destekten daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal destek kuramı, bireyin yaşamında aile desteğinin stres önleyici etkisine ve dolayısıyla bedensel ve ruhsal sağlığın sürdürülmesindeki önemine dikkat çekmektedir (17).

Bu araştırma, hemşirelik yüksekokulunda ve

örneklem grubunun tamamı kız olan öğrencilerle gerçekleştirilmiştir. Literatürde, erkek öğrencilere göre kız öğrencilerin anlamlı bir biçimde çevrelerinden daha fazla sosyal destek aldıkları belirtilmektedir (15,18,19,20,21). Kızların sorunlarını erkeklere göre daha fazla paylaşma eğiliminde olmaları, aileleri ile olan ilişkilerine daha fazla önem vermeleri nedeniyle bu çalışmada öğrencilerin çevrelerinden algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Öğrencilerin algıladıkları sosyal destek ve alt ölçek puan ortalamaları genel olarak öğrenim yıllarının başında anlamlı derecede yüksek iken, üst sınıflara doğru azalma gözlenmiştir. Bu durum, üniversiteye yeni gelen öğrencilerin başlangıç dönemindeki stres, kaygı, uyum zorlukları ve yalnızlık duyguları ile baş etmede aile ve arkadaş desteğine daha fazla gereksinimleri olduğunu düşündürmüştür. Öğrencilerin aile desteği ve arkadaş desteği puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,53$   $p<0.00$ ). Bayram (1999), Kahrıman (2002), Sertbaş ve arkadaşları (2004) da benzer biçimde aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bildirmiştir (16,19,22). Buna göre aileleri ile yakın ilişkileri olan öğrencilerin, arkadaşları ile de yakın ilişki kurdukları düşünülebilir.

Öğrencilerin yaşları ile algıladıkları sosyal destek puanı ve tüm alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu bulgu, Sergin (2003), Cheng ve Chan'ın (2004) çalışma bulguları ile tutarlılık göstermektedir (23,24). Kahrıman (2004) ve Okanlı (1999) hemşirelik öğrencilerinin yaş grupları ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (7,10). Literatürde, sosyal destek düzeyi ile yaş ilişkisini inceleyen çalışmalarda genellikle yaş dağılımı daha geniştir (18,25). Bu çalışmada, bu değişkenin anlamlı çıkmamasının, örnekleme yer alan öğrencilerin yaşlarının birbirine yakın olmasından ( $18-27$  yaş;  $X=21.2\pm 1.6$ ) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada arkadaş grubu olmayanlara göre, arkadaş grubu olan öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puanı ve tüm alt ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $p<0.00$ ). Arkadaş grubu olmayan gençlerde algılanan sosyal destek kaynaklarına ilişkin

puanların tümü düşüktür. Kahrıman'ın (2003) arkadaş grubuna sahip adölasan öğrencilerin; Seribaş ve arkadaşlarının (2004) hemşirelik öğrencilerinin aile ve arkadaş desteği puan ortalamalarının yüksek bulmaları (16, 20), bu çalışmayla paralellik göstermektedir.

Akademik yönden kendilerini başarılı olarak algılayan öğrenciler, diğer gruplara göre toplam sosyal destek ve tüm alt ölçeklerden yüksek puan almıştır ( $p < 0.05$ ). Çevreden algılanan sosyal destek düzeyi ile öğrencinin akademik başarısı arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (7,8,26,27). Algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının öğrencilerin akademik başarılarına olumlu katkı sağladığına ilişkin sonuçlar, çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları anne-baba eğitim düzeyinden etkilenmemektedir. Kahrıman (2006), Okanlı (1994) ile Başer ve Ilgar'ın (2006) çalışmaları da, bu çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir (7,10,28). Buna karşın yapılan bazı çalışmalarda aileden, özellikle anneden alınan desteğin değeri üzerinde durulmaktadır (18,25,29). Annenin yüksek eğitim düzeyine sahip olması, aileden sağlanan desteğin nitelik ve niceliğinde değişiklikler oluşturabilir, demokratik ve paylaşımcı iletişim yollarının

açılmasında etkili olabilir (18). Araştırmada öğrencilerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin ebeveynlerin eğitim düzeyinden etkilenmemesi, ailenin yapısından kaynaklı olarak öğrencilerin sosyal ortamlarında bunları yeterince değerlendirmeyişi ya da yetişkinliğe geçişte aileden ayrılıp bağımsızlığını kazanma sürecinde farklı tutumlar geliştirmesi olabilir. Dolayısıyla eğitim düzeyinin, sosyal desteğin algılanmasını engelleyici bir etmen olarak da karşımıza çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer yandan, babanın eğitim düzeyinin algılanan sosyal destek üzerinde etkili olmaması, geleneksel Türk aile yapısı ve kültüründeki babanın çocuklarına olan sevgisini göstermekten kaçınma gibi otoriter bir yaklaşımdan kaynaklanabilir (7). Ancak bu belirlemeler, araştırma grubunda anne ve baba eğitim düzeylerinde önemli farklılıklar olmamasına da bağlı olabilir.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırmada, öğrencilerin algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu ve sınıf, akademik başarı algısı, ekonomik durum ve arkadaş grubu gibi özelliklerden etkilendiği sonucuna varılmıştır. Çalışma, ailenin en önemli sosyal destek kaynağı olması nedeniyle gencin eğitiminde ailenin rolüne işaret etmektedir. Bu nedenle, anne-babaların gence sosyal destek sağlama konusunda bilinçli davranmalarını sağlamak üzere programlar geliştirilebilir ve kitle iletişim araçlarından yararlanılabilir. Çevresinden yeterince sosyal destek alamayan öğrencilerin eğitimci ya da öğrenci danışmanları tarafından değerlendirilmesi, gereksinimi olan sosyal desteğin sağlanarak öğrencinin kendine olan güveninin artırılması, sorunları ile baş etmesinin yanı sıra akademik başarılarına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**İletişim:** Şükran Özkahraman

**E-posta:** sukran.ozkahraman@ege.edu.tr

### Kaynaklar

- 1- Altunbaş G. Lise Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Kişisel Özellikleri ve Sosyal Beceri Düzeyleri ile İlişkisi. Yüksek lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir 2002.
- 2- Lepore SJ, Evans GW, Schneider MK. "Dynamic Role Of Social Support in The Link Between Chronic Stress And Psychological Distress". Journal of Personality And Social Psychology. 1991;61, 899-909.



Fotoğraf: Şükran Özkahraman tarafından iletilmiştir.

- 3- Fingfeld-Con Nett D. Clarification Of Social Support. J Nurs Scholarsh.2005;;37:4-9.
- 4- Helgeson V. "Two Important Distinctions In Social Support: Kind of Support And Perceived Versus Received" Journal of Applied Social Psychology. 1993;23, 825-845.
- 5- Norris, FH, Kaniasty K. "Received And Perceived Social Support in The Time Of Stres" Journal Of Personality And Social Psychology. 1996;71, 498-511.
- 6- Matud MP, Ibanez I, Bethencourt JMI, Marrero R, Carballeira M. "Structual Gender Differences in Perceived Social Support" Personality And Individual Differences.2003;35 (8) 1919-1929.
- 7- Kahrıman İ. Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aileden ve Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki. Hemşirelik Forumu, Mayıs-Haziran/ Temmuz-Ağustos.2006;78-87.
- 8- Yıldırım, İ. Akademik Başarı Düzeyleri Farklı Olan Lise Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeyleri. Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi,1998;2 (9), 33-38.
- 9- Karadağ İ, Yurtal F. İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007; İlköğretim Anabilim Dalı, Adana.
- 10- Okanlı A, Ekinci M. Hemşirelik Öğrencilerinin Aile ve Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, 1999, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 11- Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi.1995;10 (34):45-55.
- 12- Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek Ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2008;18(2), 71-79.
- 13- Arkar H, Sarı Ö, Fidaner H. Relationship between quality of life, perceived social support, Social Network, and loneliness in a Turkish sample. Yeni Symposium Dergisi.2004;42 (1),20-27.
- 14- Ören N, Gençdoğan B. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı Öğrencilerinin Aile ve Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Empatik Becerileri Arasındaki İlişkiler. VII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongre Kitabı,1998; Selçuk Üniversitesi, Konya.
- 15- Taysi E. Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Sağlanan Sosyal Destek : Üniversite Öğrencileri ile Yapılan Bir Çalışma. Yüksek lisans Tezi,2000;Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 16- Sertbaş G, Çuhadar D, Demirli F. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2004; Kasım-Aralık: 42-8.
- 17- Kenny Maureen. E. "College Seniors' Perceptions of Parental Attachments: The Value and Stability of Family Ties". Journal of College Students Development. 1990;31(1),39-46.
- 18- Kozaklı H. Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, Psikoloji Anabilim Dalı. Mersin.
- 19- Bayram D. "Bir Grup Gençte Ruhsal Belirtiler ile Sosyal Destek İlişkisi" Doktora Tezi.1999;Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 20- Güngör D. "Turkish University Student's Relationships With Their Friends and Families, Social Support, Satisfaction And Loneliness" Unpublished thesis. 1996;Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- 21- Yeh SJ. "Living Alone, Social Support And Feeling Lonely Among The Elderly". Social Behavior And Personality.2004;32(2) 129-139.
- 22- Kahrıman İ, Polat S. Adolesanlarda Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2003;6:13-24.
- 23- Segrin C. "Age Moderates The Relationships Between Social Support and Psychosocial Problems" Human Communication Research.2003;29, 317-342.
- 24- Cheng S, Chan A. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Dimensionality and Age and Gender Differences in Adolescents, Personality and Individual Differences:10.1016/j.paid.2004.01.006.
- 25- Green RL, Richardson DS, Lago T, Schatten-Jones EC. "Network Correlates Of Social And Emotional Loneliness in Young And Older Adults". The Society For Personality And Social Psychology.2001,27(3)281-288.
- 26- Yıldırım İ, Ergene T. Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Yordayıcısı Olarak Sınav Kaygısı, Boyun Eğici Davranışlar ve Sosyal Destek. Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi.2003;25,224-234.
- 27- Osseiran-Waines N, Almacian S. Types Of Social Support: Relation To Stress And Acedemic Achievement Among Prospective Teachers. Canadian Journal Of Behavioural Science, 1994;26(1),1-20.
- 28- Başer Z, İlgar Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma) Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2006,Eğitim Bilimleri, Erzurum.
- 29- Andersson G. "Family Relations, Adjustment and Well-being in a Longitudinal Study of Children In Care" Child And Family Social Work.2005;10(1), 43-54.

# Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Davranışının Transteoretik Model Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Evaluation of Smoking Behavior in High School Students using the Transtheoretic Model



Zeynep Güngörmüş\*

## Öz

Bu çalışma, lise öğrencilerinde sigara içme davranışını Transteoretik model (TTM) çerçevesinde değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma 361 öğrenci üzerinde sürdürülmüştür. Veriler, Demografik Bilgi Formu, Bağımlılık Düzeyini Ölçen Fagerström Tolerans Ölçeği, TTM yapısını tanımlayan ölçekler kullanılarak toplanmıştır. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin %28'inin sigara içtiği, %68,1'inin içmediği, %3,9'unun ise bıraktığı saptanmıştır. Sigaraya başlama yaşı (12 yaş) ile Davranış değiştirme süreci ölçeğiyle ( $r=0.305$ ,  $p=0.024$ ) arasında pozitif, Fagerström bağımlılık ölçeği ile negatif bir korelasyon olduğu ( $r=-0.276$ ,  $p=0.025$ ) saptanmıştır. Sigara içme süresi (1-5 yıl) ile Davranış değiştirme süreci ölçeği ( $X\pm 46.76$ ) arasında negatif ( $r=-0.449$ ,  $p=0.001$ ), Karar alma ( $X\pm 64.31$ ) ölçeği ( $r=0.316$ ,  $p=0.005$ ), Teşvik edici etmenler ( $X\pm 60.41$ ) ölçeği ( $r=0.221$ ,  $p=0.056$ ) ve Fagerström bağımlılık ( $X\pm 3.16$ ) ölçeği ( $r=0.351$ ,  $p=0.004$ ) arasında pozitif bir korelasyon olduğu, Öz etkililik ölçeği ( $X\pm 56.90$ ) arasında korelasyon olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak; öğrenci ne kadar erken sigaraya başlamışsa bağımlılık düzeyi de o kadar artmakta ve bırakma şansı azalmaktadır. Sigara içme süresinin uzamasıyla, bağımlılık düzeyleri ve bırakmayla ilgili karar alma düzeyleri artmaktadır. Bununla birlikte, sigara içmeyi teşvik eden durumlara karşı yenik düştükleri ve bırakabilme şanslarının azaldığı saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Transteoretik model, Sigara içme, Erişkin.

## Abstract

This study was carried out in order to evaluate the smoking behavior of high school students with the transtheoretical model (TTM). The study included 361 students. A questionnaire was used to assess demographic characteristics and smoking habits. The data were collected by the demographic information form, the Fagerström Tolerance Scale, which measures the level of addiction, and scales defining the TTM structure. It was determined that 28% of the participating students were smokers, 68.1% were non-smokers, and 3.9% had quit smoking. The age of starting smoking (mean: 12 years) correlated positively with the Process Definitions Scale ( $r=0.305$ ,  $p=0.024$ ), and negatively with the Fagerström Tolerance Scale ( $r=-0.276$ ,  $p=0.025$ ). The duration of smoking (range of 1-5 years) correlated negatively with the Process Definitions scale ( $X\pm 46.76$ ,  $r=-0.449$ ,  $p=0.001$ ), positively with Decisional Balance Scale ( $X\pm 64.31$ ,  $r=0.316$ ,  $p=0.005$ ), Temptation Scale ( $X\pm 60.41$ ,  $r=0.221$ ,  $p=0.056$ ) and Fagerström Tolerance Scale ( $X\pm 3.16$ ,  $r=0.351$ ,  $p=0.004$ ), but did not correlate with Self-Efficacy Scale ( $X\pm 56.90$ ). As a result, the earlier the student begins smoking, the higher the increase in tolerance and the lower the chance of cessation. The longer the duration of smoking, the higher the levels of dependence and decisional balance. However, it was determined that longer duration of smoking increased the temptation status to smoking and decreased the chance of cessation.

**Key words:** Transtheoretical model, Smoking, Adult.

## Giriş

Aktif ve pasif sigara içme alışkanlığı tüm dünyada önlenemez hastalıkların ve ölümlerin başlıca nedeni olup; hem erişkinlerde hem de çocuklarda önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "Küresel Sigara Salgını 2008" raporunda, dünyada 20. yüzyılda 100 milyon insanın 'sigara salgını' yüzünden öldüğü ve önlem alınmazsa bu rakamın 21. yüzyılda 1 milyara çıkabileceği belirtilmiştir. Yine bu rapora göre Türkiye dünyada sigaranın en fazla içildiği yedinci ülkedir (3). Ülkemizde sigara içenlerin sayısı 17 milyonu aşmış ve yetişkin nüfusun

%34.6, 13-15 yaş arasındaki genç nüfusun %6.9'unun sigara içtiği saptanmıştır (3-6).

Tütün endüstrisinin ayakta kalması; sigara içen erişkinlerdeki ölümleri ve kendiliğinden sigara bırakanları karşılayacak yeni içicilerin eklenmesine bağlıdır. Bu yeni içicileri özellikle çocuk ve gençler oluşturmaktadır (7).

Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12- 16 arasında değişmektedir. Her gün dünyada altı bin gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir (4). Sigara kullananların %60'ının bu alışkanlıklarına 13 yaşından önce, %90'ının ise 18 yaşından önce başladığı belirlenmiştir (2,8).



Genel olarak sigaraya başlama yaşının düştüğü, hatta onlu yaşlara indiği saptanmıştır. Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu göstermektedir (9-10).

Türkiye'de bireylerin ortalama %30.9'u 11 ya da daha erken yaşlarda, ortalama %13.6'sı 12-13.5 yaşları arasında sigaraya başlamaktadır. Sigara içmeyi deneme oranı %75'ler düzeyinde olan lise öğrencilerinin ilk deneme yaşları ortalama  $13 \pm 3.4$ 'dür. Ergenlik dönemi içinde yer alan lise ikinci sınıf öğrencilerinde görülen sigara içme yaygınlığının ise %23-30 olduğu belirlenmiştir (9,11,12).

Ergenlerde, sorun davranışın tanımlanması ve değiştirilmesine yönelik özel girişimlerin planlanması ve uygulamasında önemli bir konumda olan hemşireler, karar alma ve davranış değiştirme süreçlerinde bireye, yardım ve destek verir. Ergenlere olumlu sağlık davranışları ve yararlarını göstererek sağlıklı yaşam için değişime özendirme ve destek hemşirelerin bu kapsamdaki rol ve görevlerindedir (13-17).

İlk kez Prochaska ve arkadaşları (18) bireylerin davranış değişiminin beş aşamadan (düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, sürdürme) herhangi birinde gerçekleşebileceğini ve başarı için bireylerin içinde buldukları aşamalara özel uygulamalara ve programlara gereksinim olduğunu görmüşlerdir.

Günümüzde davranış değişimini kolaylaştırmada klavuz olarak kullanılan Transteoretik Model, hemşirelik ve hemşirelik dışı çeşitli disiplinler tarafından kullanılmıştır (19-22). Transteoretik Model'in değişim aşamaları sayesinde, bireyin ardışık aşamalardan geçerek davranış değiştirmesi amaçlanmaktadır. Bu modelin üstünlüğü değişiminin sonuçtan çok süreç olmasından ve başarılı değişim için bireye içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimlerin kullanılmasından kaynaklanmaktadır (23).

TTM temelli uygulamalar, sağlığı geliştirme programları ve olumsuz davranışları değiştirme girişimlerinde kullanıldığı zaman hemşirelik bilgi, deneyim ve aktivitelerinin artmasını sağlar (24). Bu model, değişim aşamaları, değişim süreci, kararsal denge ya da değişimin

yarar zarar algıları, davranış değişimindeki öz-etkililik ve teşvik eden etmenler arasındaki ilişkileri tanımlar (21,25).

Bu çalışma, lise öğrencilerinde sigara içme davranışını Transteoretik Model çerçevesinde değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## Gereç ve yöntem

Araştırma Erzurum İli Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Erzurum Lisesi'nde, 1.4.2007 ile 5.4.2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini Erzurum Lise'sinde öğrenim gören öğrenciler, örnekleme ise çalışmaya katılmaya gönüllü olan 361 öğrenci oluşturmuştur. Veriler Demografik Bilgi Formu, Bağımlılık Düzeyini Ölçen Fagerström Tolerans Ölçeği, TTM yapısını tanımlayan Ölçekler: Değişim Aşamalarının Sınıflandırılması Ölçeği (DASÖ), Davranış Değiştirme Süreci Ölçeği (DDSO), Öz-Etkililik Ölçeği (ÖEÖ), Teşvik Edici Etmenler Ölçeği (TEFÖ), Karar Alma Ölçeği (KAÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.0 programında değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin demografik özellikleri, sigara içme alışkanlıkları ve bağımlılık düzeyleri ile ilgili veriler; tek yönlü varyans analizi, (ANOVA), Duncan Test, yüzdelik, ki kare testle değerlendirilmiştir.

## Bulgular

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin 101'inin (%28) sigara içtiği, 246'sının (%68.1) sigara içmediği, 14'ünün (%3.9) sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Sigara içenlerin %93,1'inin erkek, %6.9'unun ise kadın olduğu ve sigara içme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $X^2=53.431$ ,  $p=0.0001$ ).

Sigara içen öğrencilerin yaş ortalamasının 17,17, içmeyenlerin 15,88, bırakanların ise 16,29 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (ANOVA) saptanmıştır ( $F=68.719$ ,  $p=0,0001$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu (Duncan Test), sigara içenlerle içmeyenler, içenlerle bırakanlar, içmeyenlerle bırakanların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 1).

Sigara içen öğrencilerin sigarayı başlama yaş ortalaması 12, %71.3'ünün ( $n=82$ ) 1-5

**Tablo 1.** Aşamalar ile sigara bırakmayı deneme sayısının karşılaştırması

	N	Ortalama±SD	Min. - Max.
Düşünmeme	92	3.3 ± 4.0	0 - 25
Düşünme	2	2.5 ± 3.5	0 - 5
Hazırlık	7	3.0 ± 3.4	0 - 10
Hareket	7	4.7 ± 4.5	1 - 12
Sürdürme	7	1.8 ± 1.4	1 - 5
Toplam	115	3.3 ± 3.9	0 - 25

**Tablo 2.** TTM Ölçekleri toplam puanlarının dağılımı

TTM Ölçekleri	Ortalama	SD	Min - Max
KAÖ	64.3	60.4	46.7 - 56.9
TEFÖ	20.5	29.6	13.0 - 28.7
ÖEÖ	12.0	8.0	28.0 - 8.0
DDSÖ	100	125	94.4 - 25.0

yıldır sigara içici oldukları, günde 5–10 adet sigara içtikleri (n=46, %40) ve çoğunun sigarayı bırakmayı üç kez ya da hiç denemedikleri belirlenmiştir 20 (%5.2). Sigaraya başlama yaşı ile Karar alma (r=-0.103), Teşvik edici etmenler (r=-0.152) ve Öz-etkililik (r=0.48) arasında korelasyon olmadığı (p>0.05), sigaraya başlama yaşı ile Fagerström bağımlılık ölçeği arasında negatif bir korelasyon olduğu (r=-0.276, p=0.025), Davranış değiştirme süreci ölçeğiyle ise (r=0.305, p=0.024) pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

Sigara içme süresi ile Davranış değiştirme süreci ölçeği arasında negatif (r= -0.449, p=0.001), Karar alma (r= 0.316, p=0.005), Teşvik edici etmenler (r= 0.221, p=0.056) ve Fagerström bağımlılık ölçeği (r= 0.351, p=0.004) arasında pozitif bir korelasyon olduğu, sigara içme süresi ile Öz-etkililik ölçeği (r= 0.031, p>0.05) arasında ise önemli bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Sigara içen öğrencilerin Fagerström bağımlılık testinden 3.16 puan aldıkları ve öğrencilerin hafif düzeyde sigara bağımlısı oldukları belirlenmiştir.

Bırakma ile ilgili düşünce ve hareketleri değerlendirildiğinde, Düşünmeme aşamasında 92 (%80), Düşünme aşamasında 2 (%1,7), Hazırlık, hareket ve sürdürme aşamalarında ise 7(%6,1) öğrenci olduğu bulunmuştur. Sigara bırakmayı deneme sayısının düşünmeme ve hazırlık aşamalarındaki öğrencilerde ortalama 3, Düşünme aşamasındakilerde 2,5, hareket

aşamasındakilerde ortalama beş, sürdürme aşamasındakilerde ise ortalama iki kez bulunduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 1).

Sigara içen öğrencilerin TTM ölçeklerinden; **Karar Alma Ölçeği'nden** (KAÖ) ortalama 64,31 puan aldıkları ve dolayısıyla sigarayı bırakmada kararsız oldukları, **Teşvik Edici Etmenler Ölçeği'nden** (TEFÖ) ortalama 60,41 puan aldıkları ve teşvik edici durumlarda sigara içtikleri, **Öz-etkililik Ölçeği'nden** (ÖEÖ) ortalama 56,90 puan aldıkları ve teşvik edici durumlar karşısında içmeden durabilme güçlerinin (öz-etkililiklerinin) zayıf olduğu, **Davranış Değiştirme Süreci Ölçeği** (DDSÖ) toplam puan ortalamalarının 46,76 olduğu ve bu nedenle sigarayı bırakma şanslarının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

### Tartışma

Çalışma kapsamına alınan 361 öğrencinin 101'inin (%28) sigara içtiği, 246'sının (%68.1) sigara içmediği, 14'ünün (%3.9) ise sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Sigara içme ile ilgili davranışlarla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sigara içme alışkanlığı erkeklerde %66.5 iken kızlarda %33.5 olarak bulunmuştur.

Çalışmamıza yakın oranlarda Göksel ve arkadaşları (26) sigara içme prevalansını %23.2 (erkekler %22.7, kızlar %24.1), Küresel Gençlik Tütün Araştırması (27) %29.3 (erkekler %34.9, kızlar %21.5) olarak saptamıştır. Ögel ve arkadaşları (28) 15 ilde yaptığı çalışmasında Erzurum'un sigara içme oranı yüksek olan şehirler arasında olduğunu saptamıştır. (Yaşam boyu en az bir kez sigara kullanma oranı %66.5, son bir yılda ise %52.5'tir.) Erkek öğrencilerde sigara içme alışkanlığının kızlara göre daha fazla olması Türkiye'deki sosyokültürel ve ekonomik yapının erkeklerde sigara içmeyi tetiklediğini düşündürmektedir. Herken ve arkadaşları (29) bırakma oranını ise %24.2 olarak saptamıştır.

Sigara içen öğrencilerin günde 5-10 adet sigara içtikleri (n=46 %40), sigara içen öğrencilerin 1-5 yıldır sigara içicisi oldukları (82, %71.3), sigarayı deneme ya da başlama yaşının ortalama 12 olduğu bulunmuştur. Sigara içenlerin %80.9'unun bırakmayı denedikleri ve çoğunun sigarayı bırakmayı eşit

oranda üç kez denedikleri ya da hiç denemedikleri belirlenmiştir (20 kişi, %5.2). Göksel ve arkadaşları (26) sigara içenlerin çoğunun günlük içilen sigara sayısını beşten az olarak saptamıştır (%46.1). Sigara içme süresini 2.7 yıl bulurken, sigarayı içme yaşını ise 13.3 ve bırakmayı deneyenlerin yüzdesini ise %42 bulmuştur. Güngörmüş (7) çalışmamıza yakın biçimde sigaraya başlama yaşını 12.5 yıl, bırakmayı deneme sayısını 4-5 kez, sigara içme süresini 1-5 yıl, günlük içilen sigara sayısını ise deney grubunda beşten az, kontrol grubunda 1-5 adet olarak saptamıştır. Kutlu ve arkadaşları (30) çalışmasında çoğu öğrencinin günlük tükettiği sigara sayısını 10 ve daha az, sigaraya başlama yaşını 11-13 yaş, sigara içme süresini 4-6 yıl, sigara bırakmayı deneme sayısını ise bir ya da daha fazla olarak belirlemiştir.

Sigaraya başlama yaşı ile Fagerström bağımlılık ölçeği arasında negatif bir korelasyon olması ( $r=-0.276$ ,  $p=0.025$ ) artan yaşla birlikte bağımlılık derecesinin düştüğünü göstermiştir. Davranış değiştirme süreci ölçeğiyle ise ( $r= 0.305$ ,  $p=0.024$ ) pozitif bir korelasyon olması artan yaşla birlikte değişim süreçlerindeki ilerlemeyi göstermiştir.

Sigara içme süresi ile Davranış değiştirme süreci ölçeği arasında negatif ( $r= -0.449$ ,  $p=0.001$ ) korelasyon, sigara içme süresinin uzamasıyla birlikte sigara bırakmaya dönük deneyim ve davranışların azaldığını ortaya koymaktadır. Karar alma ( $r= 0.316$ ,  $p=0.005$ ), Teşvik edici etmenler ( $r= 0.221$ ,  $p=0.056$ ) ve Fagerström bağımlılık ölçeği ( $r= 0.351$ ,  $p=0.004$ ) arasında pozitif bir korelasyon olması ise daha uzun süredir sigara içen öğrencilerin Karar alma düzeylerinin yükselmesine karşın sigaraya Teşvik eden durumlarda sigara içmeden duramadıklarını ve bağımlılık düzeyinin arttığını göstermiştir.

Çalışmamızda sigara içen öğrencilerin hafif düzeyde ( $X=3.16$ ) sigara bağımlısı oldukları ortaya çıkmıştır. Güngörmüş (7) çalışmamızla aynı biçimde sigara bağımlılık düzeyinin hafif düzeyde olduğunu belirlemiştir. Kutlu ve arkadaşları (30) çalışmasında öğrencilerin %44.3'ünü çok az sigara bağımlısı olduğunu bulmuştur.

Bırakma ile ilgili düşünce ve hareketleri değerlendirildiğinde, Düşünme aşamasında %80, Düşünme aşamasında %1.7, hazırlık, hareket ve sürdürme aşamalarının her birinde ise %6.1 öğrenci bulunmuştur. Güngörmüş (7) ergenlerde sigara bıraktırma amaçlı çalışmasında düşünme ve düşünme aşamalarının her birinde %20, hazırlık aşamasında ise %60 öğrenci saptamıştır. Herken ve arkadaşları (29) sigara kullananların %42'sinin bırakmayı düşünmediğini, %35.7'sinin bırakmayı denemiş ancak başaramamış, %22.1'sinin bırakmayı hiç düşünmediğini saptamıştır. Kutlu ve arkadaşları (30) çalışmasında öğrencilerin %24.7'sinin Düşünme, %32'sinin Düşünme, %43.3'ünün Hazırlık, %7.3'ünün sürdürme aşamasında olduğunu bulmuştur.

Sigara içen öğrencilerin TTM ölçeklerinden; Karar Alma Ölçeği (KAÖ) toplam puan ortalamasının 64.31 olması ile bırakmak için kararsız oldukları, Teşvik Edici Etmenler Ölçeği (TEFÖ) toplam puan ortalamasının 60.41 olması ile teşvik edici durumlarda sigara içtikleri, Öz-etkililik Ölçeği (ÖEÖ) toplam puan ortalamasının 56.90 olması ile teşvik edici durumlar karşısında içmeden durabilme güçlerinin (öz-etkililiklerinin) zayıf olduğu, Davranış Değiştirme Süreci Ölçeği (DDSÖ) toplam puan ortalamasının 46.76 olması ile de sigarayı bırakma şanslarının düşük olduğu saptanmıştır. Güngörmüş (7) çalışmasında ergenlere özgü geliştirilen TTM ölçeklerini uygulamıştır. Çalışmamıza benzer biçimde Karar Alma Ölçeği sonucunda sigara bırakma davranışına yönelik düşüncelerinde kararsızlık olduğunu ( $X=38.9\pm 1.3$ ), Teşvik Edici Etmenler Ölçeği sonucuna göre sigaraya teşvik eden durumlar karşısında yenik düştüklerini ( $X=24.7\pm 1.4$ ), Öz-etkililik Ölçeği sonucunda ise sigaraya teşvik eden durumlar karşısında sigara içmeden durabilme gücünün düşük olduğunu ( $X=19.6\pm 1.6$ ), Davranış Değiştirme Süreci Ölçeği sonucunda da sigarayı bırakabilme şanslarının düşük olduğunu ( $X=74.6\pm 1.1$ ) saptanmıştır.

**İletişim:** Zeynep Güngörmüş

**E-posta:** gungormusz@yahoo.co.uk

## Ölçekler:

Fagerström Testi	0	1	2	3
Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?	0-10	11-20	21-30	31 ve üzeri
Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	Bir Saat sonra	31-60 dakika içinde	6-30 dakika içinde	İlk 5 dakika içinde
Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?	Hayır	Evet		
Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olan hangisi?	Diğer sigaralar	Sabahın ilk sigarası		
Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı içersiniz?	Hayır	Evet		
Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz?	Hayır	Evet		

### Sigarayı Bırakmak İçin Değişim Aşamalarının Sınıflandırılması

#### 1- Sürekli sigara içer misiniz?

a-Evet, sürekli içerim.

b-Hayır, son altı ay içinde bıraktım.

c-Hayır, son altı aydan daha fazla süredir bıraktım, asla içmedim.

#### 2- Son bir yılda en az 24 saat olmak şartıyla sigara bırakmayı kaç kez denediniz?...

#### 3- Ciddi şekilde Sigara bırakmayı düşünüyor musunuz?

a-Evet, 30 gün içinde.

b-Evet, 6 ay içinde.

c-Hayır, bırakmayı düşünmüyorum.

Sigara İçme Davranış Değiştirme Süreci Ölçeği, (Process Definition), (Smokers)

Yönerge: Aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyunuz. Her madde de yer alan durumlar ile "yaşamamızda ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?" karar veriniz. Verdiğiniz karara uygun olan rakamları yuvarlak içine alarak belirtiniz.

**Her madde için bir seçenek işaretleyiniz.**

1. Hiçbir zaman      2. Nadiren      3. Ara sıra      4. Çoğunlukla      5. Her zaman

1- İçimden sigara içmek geldiğinde başka bir konu düşünürüm	1	2	3	4	5
2- Sigara bırakma konusunda okuduklarımı hatırlarım	1	2	3	4	5
3- Sigaranın yol açtığı hastalıkları okuduğum ya da duyduğum zaman üzülürüm	1	2	3	4	5
4- Sigara içmenin çevreye zararlı olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5
5- Sigara içmem konusunda konuşmaya ihtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır	1	2	3	4	5
6- Sigara içmezsem daha çok arkadaşım olacağını düşünürüm	1	2	3	4	5
7- Sigara içen gençlerden uzak durmaya çalışırım	1	2	3	4	5
8- Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm	1	2	3	4	5
9- İnsanların sigara içmeyenler kolaylık sağlayacak şekilde değiştiğini değerlendiriyorum	1	2	3	4	5
10- Sigara içtiğim için kendim ile ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum	1	2	3	4	5
11- Keşke sigara içmeye başlamamış olsaydım	1	2	3	4	5
12- Sigara içmek yerine başka şeyler yaparım	1	2	3	4	5
13- Sigarayı bırakma yolları hakkında okuduğum bilgileri anımsarım	1	2	3	4	5
14- Sigaranın sağlığa zararları konusundaki uyarıları keyfimi kaçırır	1	2	3	4	5
15- Sigara içmenin havayı kirlettiğini düşünmem	1	2	3	4	5

16- Sigara içmem konusunda sorunlarım olduğunda desteğini alabileceğim birileri vardır	1	2	3	4	5
17- Sigara içmediğim zaman daha popüler olacağımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
18- Bana sigarayı hatırlatan ortamlardan uzak dururum	1	2	3	4	5
19- Yeterince çaba sarf edersem sigaraya ihtiyacım olmayacağını söylüyorum	1	2	3	4	5
20- Bir çok gencin sigara içmemeyi tercih ettiğini gözlüyorum	1	2	3	4	5
21- Sigara içtiğimi düşününce üzülüyorum	1	2	3	4	5
22- Keşke sigarayı bırakabilseydim	1	2	3	4	5

### Öz-Etkililik/ Teşvik Edici Faktörler Ölçeği

**Yönerge:** "Sigara içme isteği uyandıran durumlarda sigara içmeden ne kadar durabilirsiniz?" Lütfen aşağıdaki her bir maddeyi dikkatle okuyarak size uygun olan seçeneğe karar veriniz ve verdiğiniz karara uygun olanı işaretleyiniz. Her soru için tek bir seçenek işaretleyiniz. Teşekkürler.

1. Hiç duramam
2. Çoğu zaman duramam
3. Biraz durabilirim
4. Çoğu zaman durabilirim
5. Hiç içmeden durabilirim

1- Birine ya da bir şeye çok kızgın olduğum zaman, sigara içmeden;	1	2	3	4	5
2- Arkadaşım sigara ikram ettiği zaman, sigara içmeden;	1	2	3	4	5
3- Neşeli olduğum zaman;	1	2	3	4	5
4- Kilo almaktan korktuğum zaman;	1	2	3	4	5
5- İşler istediğim gibi gitmediği ve hayal kırıklığına uğradığım zaman;	1	2	3	4	5
6- Sigarayı reddetmek zor olduğunda;	1	2	3	4	5
7- Bir süredir sigara içmediğimi fark ettiğimde;	1	2	3	4	5
8- Kilo vermek istediğimde;	1	2	3	4	5

### Sigara İçme: Kararı Alma Ölçeği(Decisional Balance)

**Yönerge:** Aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyunuz. "Bu ifadeler sizin sigara içmenizde ne kadar önemlidir?" Görüşünüze en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Her madde için tek bir seçenek işaretleyiniz. Teşekkürler.

1. Önemli değil
2. Az önemli
3. Önemli
4. Çok önemli
5. Aşırı önemli

1. Sigara içmek başka insanlar tarafından daha çok saygı görmeyi sağlar	1	2	3	4	5
2. Sigara kötü kokar	1	2	3	4	5
3. Sigara içen gençlerin daha fazla arkadaşları var	1	2	3	4	5
4. Sigara diğer insanların da sağlığını etkileyebilir	1	2	3	4	5
5. Sigara içmek insanın hayal kırıklıkları ile baş etmesine yardımcı olur	1	2	3	4	5
6. Sigara içme sağlığa zararlıdır	1	2	3	4	5
7. Sigara içmek zevklidir	1	2	3	4	5
8. Sigara dumanı diğer insanları rahatsız eder	1	2	3	4	5
9. Sigara içmek gerilimi azaltır	1	2	3	4	5
10. Sigara içmek kötü bir alışkanlıktır	1	2	3	4	5
11. Sigara içen gençlerin daha fazla sevgilileri var	1	2	3	4	5
12. Sigara dişleri sarartır	1	2	3	4	5

## Kaynaklar

- 1- Centers for Disease Control Prevention (CDC). Use of cigarettes and other tobacco products among students aged 13- 15 years-worldwide, 1999-2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006;55:553-6.
- 2- Hamzaçebi H, Ünsal M, Dabak Ş, Bilgin S, Aker S. Samsun Tekkeköy İlçesi İlköğretim Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkileyen Etmenler. Toraks Derg. 2008; 9:34-9.
- 3- WHO. Global Tütün Kullanımına yönelik Rapor. 2008: MPOWER paketi Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2008.
- 4- Bozkurt A, Şahinöz S, Özçarpıcı B et all. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. BMC Public Health. 2006;6:15-17.
- 5- [http://www.amatem.gov.tr/index\\_files/ProjectList.htm](http://www.amatem.gov.tr/index_files/ProjectList.htm) Erişim tarihi 2008
- 6- Warren CW, Jones NR, Peruga A et all. Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. MMWR Surveill Summ. 2008;57:1-28.
- 7- Güngörmüş Z. Sigarayı bırakılmaya yönelik lise öğrencilerine verilen Transteoretik model temelli eğitimin etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi Erzurum, 2008.
- 8- Marshall L, Schooley M, Ryan H et al. Centers for Disease Control and Prevention. Youth tobacco surveillance United States, 2001-2002. MMWR Surveill Summ. 2006;55:1-56.
- 9- Azak A. Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Etmenler Toraks Derg. 2006;7: 120-4.
- 10- Yıldırım Ç, Çelik P, Şakar A et all. Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. Solunum. 2004;6:30-5.
- 11- World Health Organization Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. WHO 2004 pp 4-13.
- 12- Yazıcı H, Şahin M. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Tutumları ile Sigara İçme Statüleri Arasındaki İlişki. Kastamonu Eğitim Derg. 2005; 13:455-66.
- 13- Münih Deklarasyonu 17 Haziran 2000, Hemşireler ve Ebeler, Sağlık İçin Bir Güç. <http://www.un.org.tr/who/MUNİH.HTM>,2008
- 14- Riedel BW, Robinson LA, Kleges RC, Mclain-Allen B. What Motivates Adolescent Smokers to Make a Quit Attempt? Drug Alcohol Depend. 2002;68:167-74.
- 15- Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. Am J Prev Med. 2003;25:363-7.
- 16- Miller MP, Gillespie J, Billian A, Davel S. Prevention of smoking behaviors in middle school students: student nurse interventions. Public Health Nurs. 2001;18:77-81.
- 17- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. The Guilford Press, New York, London, 2002; pp:274-275,321.
- 18- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice 1982; 19: 276-88.
- 19- Erol S. Adölesanlarda Sigara İçme Davranışını Değiştirmede Motivasyon Görüşmelerinin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi İstanbul, 2005
- 20- Ham OK. Stages and processes of smoking cessation among adolescents. West J Nurs Res. 2007;29:301-15.
- 21- Cancer Prevention Research Center "Smoking Measures" <http://www.uri.edu/research/cprc/measures.htm>=SmokingUniversity of Waterloo 2008
- 22- Kleinjan M, Brug J, van den Eijnden RJ, Vermulst AA, van Zundert RM, Engels RC. Associations between the transtheoretical processes of change, nicotine dependence and adolescent smokers' transition through the stages of change. Addiction. 2008;103:331-8.
- 23- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12:38-48.
- 24- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Rossi JS, Redding CA, Laforge RG, Robbins ML. Using the transtheoretical model for population based approaches to health promotion and disease prevention. Homeostasis Health Diseas. 2000; 40: 174-195.
- 25- Redding CA, Rossi RS. Health behavior models in international electronic Journal of Health Education. 2000; 3 (Special issue):180-93.
- 26- Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen etmenler. Toraks Derg. 2001;2:49-53.
- 27- Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması -2003 Bilgi Notu Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Şubesi.
- 28- Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12:47-52.
- 29- Herken H, Özkan İ, Kaya N, Turan M, Aşkın R. Gençlerdeki sigara kullanma davranışında anne baba tutumunun ve sosyo-kültürel düzeyin etkisi. <http://www.aile.selcuk.edu.tr/text/makale2.pdf>
- 30- Kutlu R, Marakoğlu L ve Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Etmenler. <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/1038.pdf>. Erişim Tarihi; Haziran 2008

# Enjeksiyona Bağlı Siyatik Sinir Hasarı Bir Bilinçli Taksir Olayı mı? Yoksa Komplikasyon mu?

Is Sciatic Nerve Injury After Injection a Conscious Fault or a Complication?



Dr. Bülent Doğan\*, Dr. Hacer Yaşar Teke\*, Dr. Yaşar Bilge\*\*

## Öz

Sağlık personeli ilacı parenteral verme yolu olarak sıklıkla kalça bölgesine enjekte etmek suretiyle verir. Enjeksiyondan sonra bir hastada iskiadikus nöropatisi saptanmıştır. Bu kişinin siyatik sinir paralizisine bağlı vücut çalışma gücünden yüzde otuz yitirdiği ve doksan gün süre ile iş görmezlik durumunda kaldığı rapor edilmiştir. Bu yaralanmada enjeksiyon yapan sağlık görevlisinin hukuki sorumluluğu tartışılmıştır. Buna göre enjeksiyonu yetkili kişinin aydınlatılmış onam çerçevesinde enjeksiyonu uygun bölgeye uygun yolla yapması durumunda, siyatik sinir lezyonunun komplikasyon olması nedeniyle enjeksiyonu yapanın sorumlu olmayacağı düşünülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Tıpta uygulama hatası, enjeksiyon, Siyatik sinir, Komplikasyon, Hukuksal sorumluluk.

## Giriş

İlaç enjeksiyonları, rutinde çok sık uygulanan bir tedavi biçimidir. Bu tedavi sırasında bazen komplikasyonlar görülmektedir. İntramusküler enjeksiyonun potansiyel komplikasyonları arasında apse, sellülit, yumuşak doku nekrozu, granüloma, kas fibrozisi, kontraktür, damar içi enjeksiyon, hematoma ve damar, kemik, periferik sinir yaralanmaları yer almaktadır.

Komplikasyonlardan kaçınmak için anatomiye bilmenin, enjeksiyon yerinin avantaj ve dezavantajlarından haberdar olmanın, anatomik ayırt edici önemli noktaları ve enjeksiyon alanının sınırlarının doğru bir biçimde ayırt edebilmenin ve dikkatli bir teknik uygulanarak ilacı vermenin gerektiği bildirilmektedir (1). Vücutta enjeksiyon için en sık kullanılan bölge kalça bölgesidir. Buradan alt ekstremitenin en önemli ve vücudun en uzun siniri olan siyatik sinir geçmektedir. Siyatik sinir, büyük siyatik foremenin alt kısmından geçerek gluteal bölgeye girer ve iskiumun tuberi ve femurun büyük trohanteri arasından geçerek kalçanın altındaki kas olan

## Abstract

Health professionals usually administer parenteral drugs via an injection into the gluteal region. After injection, sciatic neuropathy has been documented in a patient, who was reported to lose 30% of working ability and was given a 90-day discharge from labor. In this injury, the legal responsibility of the health professional who made the injection was discussed and it was considered that as long as the health professional took informed consent from the patient and administered the injection properly into the correct anatomical region, the sciatic nerve lesion should be classified as a complication and the health professional should not be held responsible.

**Key words:** Malpractice, Injection, Sciatic nerve, Complication, Legal responsibility.

gluteus maximus çaprazlar. Aşağıda uyluk sırtında iki dala (*Nervus peronealis, nervus tibialis*) ayrılarak inişini sürdürür. Siyatik sinirden kaçınabilmek için enjeksiyonun üst dış kadrana yapılması önerilir. Diklofenak enjeksiyonu sonrası oluşan siyatik sinir lezyonlarını inceleyen Balalaie tarafından, 14 yaşın altında, yaşlı ve zayıf kişilerde enjeksiyondan kaçınılması önerilmiştir (2). Beş yaşına kadar olan çocuklarda bu olaydan kaçınmak için, *gluteal* bölge yerine *vastus lateralis, rektus femoris, deltoid* kas ve benzeri alternatif bölgelere enjeksiyon yapılması ve ilaçların ağızdan alım benzeri diğer alternatif yollardan verilmesi önerildiği bildirilmektedir (3).

Bu olgu sunumunun amacı, tıbbi uygulama hataları ile ilgili yeni uygulamaya girmiş olan yasalara göre, sık bir tıbbi uygulamanın ciddi bir komplikasyonu olan siyatik sinir hasarının tıbbi ve hukuki sonuçlarını tartışmaktır.

## Olgu

33 yaşında, erkek hasta, 1995 yılında geçirdiği trafik kazası sonrası, A... Araştırma

\*Uzm.; Diyarbakır Grup Başkanlığı, Adli Tıp Kurumu, Diyarbakır

\*Uzm.; Adli Tıp Kurumu Ordu Şube Müdürlüğü, Ordu

\*\*Prof.; Ankara Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

Hastanesinde sağ femur kırığı nedeniyle ameliyat edilir ve hastanın nörolojik defisitinin olmadığı taburcu kağıdında belirtilir.

Şubat 1996 da B.... Araştırma Hastanesinde karaciğer apsesi nedeniyle yatırılır. Hastaneye yatış sırasında, geçirdiği trafik kazası ve ameliyatı ortopedi konsültanı tarafından not edilir ve kemikte iyileşme belirtilerinin olduğu, bir komplikasyon olmadığı konsültasyon formuna işlenir. Perkutan drenaj uygulanan hasta dreni ile taburcu edilir. Mart 1996'da drenen gelen sıvının sürmesi ve batin ultrasonografisinde umbulikus düzeyinde batin içinde 48x34 cm boyutunda düzgün sınırlı kistik kitle lezyonu izlenmesi üzerine operasyon amacıyla yeniden yatırılan hastanın yatış sırasında nörolojik bir defisitinin olmadığı belirtilir. Pankreas psödokisti tanısıyla hastaya gastrotomi, kistogastrotomi, mideye birincil sütür, anatomik onarım ve "prolen mesh" ile takviye ameliyatları yapılır. Postoperatif dönemde gastrointestinal fistül gelişen hastaya sekiz gün sonra reoperasyon yapılır.

Bu ikinci operasyondan yaklaşık on gün sonra sol bacağına yakınması olan hastaya enjeksiyon nöropatisi yönünden nöroloji konsültasyonu istenir. Nöroloji konsültasyonunda; sol ayak Aşil refleksi bulunmadığı, S1 dermatomuna uyan bölgede hipoestezi ve hipoaljezi olduğu ve sol ayak fleksörlerinde güç kaybı bulunduğu belirtilir. İstenen fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinin konsültasyonunda ise; sol Aşil refleksinin bulunmadığı, sol ayak tabanı fleksiyon kaybı 4/5 oranında olduğu, sol ayak tabanında duyu kusuru belirlenmesi üzerine EMG tetkiki, lumbosakral grafiler, sakroiliak grafi, L3-L4-L5-S1-S2 spinal tomografi istenir. Nöroloji kliniği tarafından gerekli tedavi (Tribexol tab 2x1, Tegretol CR -100 1x1) verilir. Daha sonra taburcu edilen hasta, 20 gün sonra kontrole çağrılır. Aynı tarihlerde yapılan EMG incelenmesinde; sol alt ekstremitte siyatik sinirin peroneal dal tarafından innerve edilen kaslarda hafif, n. tibialis posterior tafında innerve edilen kaslarda ağır denervasyon bulguları bulunmaktadır. Daha ileri tarihlerde üniversite ve araştırma hastanelerinde yapılan klinik muayene ve EMG incelemelerinde sol alt ekstremitede siyatik sinire hasar olduğu kesinleşir.

Yetkili mahkeme tarafından kurumumuza gönderilen, hastaya ilişkin dava dosyası üzerinden değerlendirilme yapılarak; hastanın sol bacağındaki sakatlığın ortopedi komplikasyonu olup olmadığı, iş görmezlik süresi ve vücut genel çalışma gücünden kayıp oranının saptanması istenmiştir.

Dava dosyasının incelenmesi sonucunda; hastanın sağ uyluğundaki kırık nedeniyle yapılan tedavi ile sakatlığın bir illiyet bağının bulunmadığı, siyatik sinir paralizinin karaciğer apsesi nedeniyle yatırıldığı ikinci hastanede (B) ortaya çıktığı, siyatik sinir paralizisi için yapılan tedavinin usulüne uygun yapıldığı, hastaya birçok kez kas içine enjeksiyonlar yapılmış olması nedeniyle ortaya çıkan sakatlığın bunlara bağlı olabileceği, şahsın bu sakatlık sonucu vücut çalışma gücünden yüzde otuz oranında kaybettiği ve 90 gün süre ile işgörmezlik durumunda kaldığı yönünde rapor düzenlenmiştir.

### **Tartışma**

Siyatik sinir hasarının başlıca nedenleri pelvis ve femur fraktürleri, uyluk ve kalçadaki ateşli silah yaralanmaları, bu bölgeye yapılan intramusküler enjeksiyonlar ve cerrahi girişimlerdir. Ayrıca pelvis içi tümörler, bu bölgeyi içine alan enfeksiyonlar, piriformis kası sendromu, nöropati yapan metabolik ve kollajen doku hastalıkları sayılabilir (4). Literatürde kalça eklem replasman tedavisi en sık siyatik nöropati nedeni olarak gösterilmektedir (5), Çin'de yapılan otuz beş yıllık bir çalışmada gluteal siyatik sinir yaralanmasının yüzde 86.32 oranında enjeksiyona bağlı olduğu (6) ve ülkemizde Akı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da enjeksiyonun yine en sık neden olduğu bildirilmektedir (7). Ayrıca Akyüz ve meslektaşlarının 161 hasta üzerindeki araştırmalarında da en sık saptanan siyatik sinir nöropati etyolojisi intragluteal enjeksiyon olarak bulunmuştur (8). Akı ve arkadaşları bunun nedenini sağlık personelinin ve halkımızın bu konuda yeterince eğitilmemeleri ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir (7). Bu nedenle beş yaşından büyük ve zayıf olmayan hastaların gluteal bölgesine enjeksiyon yapılması önerilir.

Hekimin kusuru nedeni ile zarardan sorumlu tutulabilmesi için, yaptığı tedavi ve



girişim ile oluşan zararlı sonuç arasında neden-sonuç ilişkisinin bulunması gerekir ve bu duruma illiyet bağı denir. Olgumuzda geçirilmiş trafik kazasına ilişkin femur kırığı olması nedeniyle hastane kayıtları incelendiğinde, femur operasyonu sırasında ve sonrasında nörolojik defisit bulunmadığına ilişkin kayıtların olması, sağ femur kırılmasına karşın lezyonun sol siyatik sinirde görülmesi ve ikinci hastaneye girişte yapılan nöroloji konsültasyonunda nörolojik defisit ve herhangi bir komplikasyonun bulunmadığının belirtilmesi; illiyet bağı kurulması için gereken koşulların oluşmadığını göstermektedir.

İkinci yatıştaki (B hastanesi) hastalık ve ameliyatlarda siyatik sinirle ilgili her hangi bir kayıt bulunmamakta; Bu hastalıkların tedavisi sırasında hastaya rutin enjeksiyon uygulamaları yapıldığı anlaşılmaktadır. Ancak dosya içeriğinde sinir hasarının hangi olay sonrası ve nasıl başladığına ilişkin bir kayıta rastlanmadığı için illiyet bağının kurulması güçleşmiştir. Bu nedenle yöneticiler hasta izlem ve tedavi formlarını rutinde her gün incelemeli ve burada yazılanların hastanın klinik seyri ile uyumu hakkında değerlendirme yapmalıdır. Aksi durumda olgumuzda olduğu gibi siyatik sinir yaralanmasının hangi gün ve kimin yaptığı enjeksiyon sonucu olduğu belirlenemeyeceğinden; olayın geçtiği B hastanesi yöneticilerinin hukuki ve cezai sorumluluğu olacağı açıktır. Bunun yapılmaması görevi ihmal olup yöneticilerin TCK m 299 çerçevesinde cezai sorumluluğu bulunmaktadır. Fail ise, belirlenememesi sonucu hem ceza almaktan kurtulmakta, hem de önleme işlemi yapılamadığından yeni suç işleme olasılığı bulunmaktadır. Hukuki açıdan tazminat sorumluluğu ise hastane yönetimine kalacaktır.

### **Şimdi ceza sorumluluğu kavramını ceza yaşamız açısından inceleyelim:**

Suçlar kasıtlı ve taksirli suçlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Kasıtlı suçlarda kişi eyleminden doğacak sonucu öngörerek, tahmin ederek ve bu sonucu isteyerek suçu işler (TCK m 21). TCK m 21'e göre olası kast ise kişinin öngörmesine karşın "olursa olsun" demesi durumunda söz konusudur. Olgumuzda ceza sorumluluğunun şahsiliği (TCK m 20) belirlenemediğinden bu konuda görüş bildirilemez. Sözlük anlamı bir işi eksik yapmak

olan taksirde ise, hareket istenmiş, ancak sonuçun istenmemiştir (9). Tıbbi uygulama hataları genel olarak taksirli suçlar kapsamında değerlendirilmektedir. Bununla birlikte yeni TCK'da (Türk Ceza Kanunu) da artık bilinçli taksir kavramı da tıbbi uygulama hatalarında gündeme gelmeye başlamıştır. TCK m. 22'ye göre bilinçli taksir, kişinin öngördüğü sonucu istememesine karşın, sonucun oluşmasında etkisinin olmasıdır. Kişi bir tıbbi hatayı bilinçli taksir ile yapmışsa kişinin cezasında artırımına gidilmektedir. Fail öngördüğü durumu istememesine karşın, oluşmasını engellemek için uğraşmamıştır. Temel tanı ve tedavi protokollerine uymamıştır (9). Tıbbi uygulama hataları dışında, önlenmesi hekim iradesini aşan bir riskin ya da bir komplikasyonun bulunması hekim için cezai ve hukuki bir sorumluluk oluşturmayacak ve böyle durumlarda hekim önlenemez olmayan bir sonuçtan sorumlu tutulamayacaktır (10). Bu kavramların birbirinden ayrımı önemlidir. Bunun belirlenmesi açısından da hasta haklarına göre hastanın tedavi sırasında olan durumsal değişikliklerinin yetkililere bildirilmesi gerekir. Enjeksiyonu yapanların ise, durumsal değişiklikleri öykü ve muayene ile değerlendirmeleri, hastaya göstermeleri gereken dikkat ve özen yükümlülüğü gereğidir.

Gündüz ve arkadaşlarının yaşlılar üzerinde yaptıkları çalışmada, yaşlı ve zayıf hastalarda intramüsküler enjeksiyon önerilirken morbiditesi yüksek olan siyatik sinir zedelenmesi olasılığının akılda tutulması gereken bir komplikasyon olduğu vurgulanmıştır (11). Olgumuzun 33 yaşında olması nedeniyle, öngörülebilir bir olay olmaktan çok, yapılan tıbbi işlemin bir komplikasyonu olma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca sinirdeki varyasyonlar, kullanılan ilacın özelliği, hastanın o andaki fiziki durumunun bu olaya katkıda bulunabileceği de akılda tutulmalıdır.

Akyüz ve arkadaşlar çalışmasında, elektromiyografik bulgulara göre en sık etkilenen siyatik sinir bölümünün yüzde 50.9 oranı ile peroneal bölüm olduğu belirtilmiştir (8). Literatürde, 370 olguluk bir seride en sık tutulum bölgesi peroneal sinir olarak bildirmektedir (12). Bizim olgumuzda, peroneal dal hafif zarar görmeye birlikte, N. tibialis posteriora daha ağır bir hasar bulunmaktadır.

Siyatik sinir yaralanmasındaki prognozun siniri etkileyen travmanın büyüklüğüne bağlı olduğu bildirilmektedir (3). Yaşlılarda enjeksiyona ikincil olarak gelişen siyatik sinir nöropatilerinin prognozlarının kötü olduğu belirtilmektedir (11). Ramos Fernandez ve arkadaşlarının yeni doğanda yaptıkları çalışmada, iyileşme süresinin 4-11 ay arasında olduğu bildirilmiştir (13). Olgumuzun lezyonu hafif olduğundan üç ay süre ile işgörmelik durumunda kalmıştır.

1970-2003 yılları arasında Kanada ve Amerika'daki mahkemenin kayıtlarının incelenmesinde, enjeksiyon sonrası siyatik sinir hasarı oluşan 16 olgudan altı olguda mahkemenin davacı lehine karar verdiği bildirilmiştir (1). Bu olguların yarısında özgül bir enjeksiyon metodu uygulanmadığı ve uygun olmayan yerlere enjeksiyon yapıldığı, yalnızca bir olguda enjeksiyonu yapan kişinin sağlık personeli olmadığı anlaşılmıştır (1). Olgumuzda enjeksiyonlar hastanede tedavi altında yapıldığı, yapanların hepsinin sağlık personeli olduğu göz önüne alındığında, ceza sorumluluğu açısından hastalarımıza müdahale yapanların bilinmesi gerektiği anlaşılmıştır. Yöneticilerin ise denetleme ve hastaları izleme görevi vardır. Tazminat sorumluluğu açısından enjeksiyon yapanların izlenmesi gereklidir. Sonuç olarak; hasta hakları açısından bu durumlar hastaya anlatılmalı; aydınlatılmış onam çerçevesinde gerekenlerin yapılması durumunda bile yani, usulüne uygun ve doğru yere enjeksiyon yapıldığı halde siyatik sinir yaralanması olursa, olayın komplikasyon olarak değerlendirilebileceği belirtilebilir.

**İletişim:** Dr. Bülent Doğan

**E-posta:** bulent\_dogan44@yahoo.com

## Kaynaklar

- 1- Small SP, Preventing sciatic nevre injury from intramuscular injections. Journal of Advanced Nursing. 2004;47 (3):287-96.
- 2- Balalaie M. 11 cases of sciatic nevre injury following intragluteal injection of diclofenac. Medical Faculty Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2001; 10:39-40.
- 3- Fatunde OJ, Familusi JB. Injection-induced nerve injury in Nigerian children. Cent Afr J Med. 2001;47(2): 35-8.
- 4- Raymond DA, Maucrice V. Diseases of the peripheral nerves. In: Raymond DA, ed. Principles of Neurology. 1989;1071-2.
- 5- Yuen EC, So YT, Olney RK. Sciatic neuropathy: clinical and prognostic features in 73 patients. Neurology 1994;44:1669-74.
- 6- Huang Y, Yan Q, Lei W. Gluteal sciatic nevre injury and its treatment. Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. 2000; 14: 83-6.
- 7- Akı S, Alev L, Boyacıyan A, Karan A. Siyatik sinir nöropatisine neden olan etyolojik etmenlerin değerlendirilmesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilasyon Dergisi 1998;1 (1):65-7.
- 8- Akyüz M, Tezyürek M, Akbay C, Çakıcı A. Siyatik sinir nöropatileri: 161 hastada etyolojik ve elektromiyografik değerlendirme. İTO-Klinik Gelişim Dergisi 1998; 11: 7-8.
- 9- Bilge Y. Adli Tıp. Üçbilek Matbaası. Ankara, 2005: 84-5.
- 10- Koç S, Yorulmaz C. Hekimin yasal sorumlulukları. Edt: Soysal Z, Çakalır C. Adli Tıp. 1999-İstanbul. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi. Sy:53-54.
- 11- Gündüz O H, Yılmaz L, Bodur H. İleri yaş grubunda elektrofizyolojik incelemeler. Geriatri. 2002;5 (4):135-7.
- 12- Villarejo FJ, Pascual AM. Injection injury of the sciatic nevre (370 cases). Child's Nervous System. 1993; 9(4):229-32.
- 13- Ramos-Fernandez JM, Oliete-Garcia FM, Rolden-Aparicia S, Kirchsclager E, Barrio- Nicolas A. Neonatal sciatic palsy: etiology and outcome of 21 cases. Revista de Neurologia 1998; 251(3):752-55.



Dr. Nihal Karaçayır\*, Dr. Zelal Bircan\*\*

### Öz

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) tanısı idrar kültürü ile konur. İdrar kültürü sonucunun çıkması için 24-48 saatlik inkübasyon periyodu gerekir. Küçük çocuklarda İYE'nin tedavisi ne kadar erken başlanırsa renal skar gelişme olasılığı o kadar azalır. Bu nedenle idrar kültürü sonuçlanıncaya kadar tanı koyabilmek için idrar tetkikine gereksinim vardır. Tam idrar tetkiki, kimyasal analizler ve idrarın mikroskopik incelemesini kapsar. Bu yazıda standart mikroskopik idrar analizi, genişletilmiş mikroskopik idrar analizi, lökosit esteraz ve nitrit testlerinin kullanımı ile ilgili literatür bilgisi gözden geçirilerek İYE tanısındaki önemi ve gerekliliği güncel kılavuzlar eşliğinde irdelenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** İdrar yolu enfeksiyonu, Mikroskopik idrar analizi, Kimyasal testler.

### Giriş

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) çocuklarda sık görülen enfeksiyonlar arasında yer alır. Bebeklerde özgün olmayan belirti ve bulgularla ortaya çıktığı için tanı, hekimin klinik deneyimi ve uygun laboratuvar girişimleri kullanması ile doğrudan ilişkilidir. İYE tanısı idrar kültürü ile konur. Ancak idrar kültürü sonucunun 24-48 saatte çıkması, buna karşın küçük çocuklarda İYE tanısı alırmaz tedaviye başlamanın gerekli olması nedeniyle idrar kültürü yanında ek idrar tetkiklerine gereksinim vardır. Ayrıca asemptomatik bakteriyüriyi gerçek enfeksiyondan ayırmak için de idrar tetkiki gerekir (1). Tam idrar tetkikindeki kimyasal testlerden bazıları, standart ve genişletilmiş mikroskopik idrar analizi İYE ön tanısı için pratikte kullanılan yöntemlerdir.

### Tam İdrar Tetkiki

Tam idrar tetkiki (TİT); fiziksel, kimyasal ve mikroskopik incelemeyi kapsar. Doğru sonuç için idrarın bir saat içinde değerlendirilmesi önerilmektedir (2).

### Fiziksel Özellikler ve Kimyasal Testler

Fiziksel özellikler, alınan idrar örneğinin

### Abstract

Urinary tract infection (UTI) is diagnosed by urine culture but the culture results are not available before 24-48 hours of incubation period. The earlier the treatment of UTI is initiated in children, the more the decrease in the chance of renal scar formation. For this reason, urinalysis is needed for diagnosis before the culture results are available. Complete urinary analysis is comprised by physical, chemical and microscopic examination of the urine. In this paper, the current knowledge on standart microscopic urinalysis, enhanced urinalysis and the use of leukocyte esterase and nitrite tests will be reviewed and their importance and essentialness in the diagnosis of UTI will be discussed in the light of up-to-date guidelines.

**Key words:** Urinary tract infection, Microscopic urinary examination, Chemical tests.

makroskopik incelemesidir. Örneğin, beyaz küre idrarda bulanık görünüme yol açar. Kimyasal testler ise, idrarda pH, dansite, kan, protein, şeker, keton, nitrit, lökosit esteraz, bilirüben ve ürobilinojeni kapsar (2). Burada yalnızca İYE ile ilişkili olan lökosit esteraz ve nitrit üzerinde durulmuştur.

### Lökosit Esteraz ve Nitrit Testleri

Lökosit esteraz ve nitrit testleri İYE tanısı koymada yardımcı yöntemlerdir. Lökosit esteraz (LE) parçalanmış lökositlerdeki esterazları ölçen, beyaz küre varlığını gösteren indirekt bir testtir. Nitritler ise diyetle alınan nitratların idrar yollarındaki bakteriler tarafından nitritlere indirgenmesi sonucu oluşur. Sabah ilk idrarda bakılması doğru sonuç alınmasını sağlar. Küçük çocuklarda nitrit çok anlamlı değildir. Bunun nedeni de küçük çocuklarda sabah ilk idrarın değil, rasgele bir zamanda alınan idrarda inceleme yapılmasıdır. Bu nedenle küçük çocuklarda doğru mikroskopik inceleme daha önemlidir (3, 4).

Hoberman ve ark. (4) lökosit esterazın  $\geq 10$  beyaz küre /mm<sup>3</sup> sayısını belirlemede duyarlılığını %48.2, seçiciliğini %99.4, nitrit

pozitifliğinin  $\geq 50.000$  koloni bakteri üremesini göstermedeki duyarlılığını %30.4, seçiciliğini %99.9, LE ya da nitrit pozitifliğinin  $\geq 50.000$  koloni bakteri üremesindeki duyarlılığını %78.7, seçiciliğini %98.3 olarak bulmuşlardır (4).

Shaw ve ark.'nın (5) çalışmasında ise pozitif nitrit ve lökosit esterazı olan çocuklardan idrar kültürü alınmasının maliyet etkin olacağı, ancak ilk vizitte tanı konması gerekli olan yenidoğanlarda daha pahalı fakat daha duyarlı olan genişletilmiş idrar analizinin kullanılması gerektiği vurgulanmıştır.

### **Mikroskopik inceleme Standart İdrar Analizi**

İdrar sedimenti için en iyi örnek sabah ikinci idrardır. Bu idrar genellikle konsantre ve asidiktir, ayrıca gece uzun süre bekleme nedeniyle idrar elemanlarındaki olası parçalanma önlenmiş olur. Ayrıca idrar toplamadan önceki saatlerde aşırı egzersizden de kaçınmak gerekir. Bu tür bir aktivite hematurisi ve silendirüri gibi idrar değişikliklerine yol açabilir.

İncelemenin hastada aşırı diürezin olduğu dönemde de yapılması istenmez. Çünkü dilüe idrarda parçalanma nedeniyle çeşitli elemanların sayısı azalır (2).

Standart idrar analizinde 10 ml idrar, 2500 rpm'de 5 dk santrifüj edilir. Mevcut idrarın 9.5 ml'si atılır. Kalan bölüm mikroskopta lam lamel arasına konarak büyük büyütmede ( $\times 40$ ) en az 20 alan incelenir. Piyüri  $\geq 5$  beyaz küre/hpf, ( $\times 40$  büyük büyütme), bakteriyüri  $\geq 10$  bakteri/hpf olarak tanımlanır. Santrifüj edilmemiş örnek kullanmak da olanaklıdır, bu santrifüjden kaynaklanacak artefaktları önler ancak idrar santrifüj edilmediğinde tanısız açıdan önemli elemanların kaybolma riski vardır (2).

### **Genişletilmiş idrar analizi**

1927 yılında Dukes tarafından santrifüj edilmemiş idrarda en az 10 beyaz küre/  $\text{mm}^3$  olması piyüri, gramla boyanmış idrarda 1 bakteri / 10 yağlı immersiyon alanında görülmesini bakteriyüri olarak tanımlamıştır (3,4,15). Standart idrar analizinde ise santrifüj edilmiş idrarda en az 5 beyaz küre/ hpf olmasını piyüri, 1 bakteri/ hpf görülmesini bakteriyüri olarak tanımlanır (4).

Genişletilmiş idrar analizinde santrifüj

edilmemiş idrar örneği kullanılmasının yararları şu biçimde açıklanmıştır:

1- Santrifüj edilme ve resüspanse edilme sırasında oluşabilecek sonuç farklılıkları ortadan kalkar.

2- Sabit miktarda idrar örneğiyle çalışılmasına olanak verir.

3- Doğru sayımı kolaylaştırır, işaretlenmiş görsel alanda tek tip aydınlatma ile çalışılmasına olanak verir (4).

İki aydan küçük olan çocuklarda ateş varlığında klasik yaklaşım idrar, kan ve BOS kültürlerinin alınıp sonuçları çıkıncaya kadar 48-72 saat boyunca antibiyotik verilmesidir. Antibiyotiksiz izleme için, çocukların klinik ve laboratuvar değerlerine göre ciddi bakteriyel enfeksiyon açısından düşük riskli çocukları belirlemek amacıyla, Herr ve ark. (7) retrospektif olarak  $\leq 60$  gün,  $\geq 38$  derece olan bebekleri retrospektif olarak taramışlar düşük risk grubu ölçütlerini aşağıdaki gibi belirlemişlerdir:

1) Fokal enfeksiyon olmaksızın çocuğun iyi görünümü olması (akut otitis media hariç)

2) Prematürite, geçirilmiş hastalık, antibiyotik kullanım öyküsü olmaması

3) Beyaz küre sayısının  $5.000-15.000/ \text{mm}^3$  arasında olması

4) Çomak sayısının  $\leq 1500/ \text{mm}^3$  olması

5) BOS beyaz küre  $\leq 5/ \text{mm}^3$  olması ve gram boyamada bakteri olmaması

6) Genişletilmiş idrar analizinde  $\leq 9$  lökosit/ $\text{mm}^3$  ve gram boyamada bakteri olmaması

7) Respiratuvar belirtileri olan çocuklarda akciğer filminde lobar infiltrasyon olmaması

8) Diyaresi olanlarda gaytada  $\leq 5$  lökosit/ $\text{mm}^3$  olması.

9) Kan, idrar, BOS'da bakteri ya da yumuşak dokudan alınan kültürde üreme olmaması. Yine bu çalışmada standart idrar analizi yerine, genişletilmiş idrar analizi kullanımının gerçek İYE olan çocukları saptamada duyarlılığının ve negatif öngörme değerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca genişletilmiş idrar analizinin düşük risk grubundaki bebekleri tanımlamada daha duyarlı olduğu da saptanmıştır. Genişletilmiş idrar analizi ile birlikte diğer ölçütlerin düşük risk grubu bebekleri tanımadaki negatif öngörme değerinin %95-100 olduğu belirtilmiş ve böylece bu değerlendirme ile

**Tablo 1.** İdrar analizinde kullanılan testlerin duyarlılık ve seçiciliği (8)

Test	Duyarlılık (%)	Seçicilik (%)
Lökosit Esteraz (LE)	83 (67-94)	78 (64-92)
Nitrit	53 (15-82)	98 (90-100)
LE ya da Nitrit Pozitif	93 (90-100)	72 (58-91)
Mikroskobi (beyaz küre)	73 (32-100)	81 (45-98)
Mikroskobi (bakteri)	81 (16-99)	83 (11-100)
LE ya da nitrit ya da mikroskobi pozitif	99.8 (99-100)	70 (60-92)

**Tablo 2.** İdrar mikroskobi sonuçlarının değerlendirilmesi (9).

Mikroskobi sonuçları	Piyüri var	Piyüri yok
<b>Bakteriüri var</b>	İdrar yolu enfeksiyonu kabul edilmeli	İdrar yolu enfeksiyonu kabul edilmeli
<b>Bakteriüri yok</b>	Klinik uyumlu ise antibiyotik tedavisi başlanmalı	İdrar yolu enfeksiyonu kabul edilmemeli

gereksiz antibiyotik kullanımdan korunulabileceği vurgulanmıştır.

Hoberman ve ark. (6) 698 ateşli çocukta kateterle alınmış idrar örneklerinde yaptıkları çalışmada standart idrar analizinin pozitif kültürü tanımada duyarlılığını %65.6, genişletilmiş idrar analizinde ise %84.5 olarak bulmuştur. Standart idrar analizinin pozitif öngörme değerini %80.8, genişletilmiş idrar analizinin ise %93.1 olarak bildirmişlerdir.

### İYE Tanısı

Çocuklarda İYE ön tanısında santrifüj edilmemiş idrarda  $\geq 10$  beyaz küre/mm<sup>3</sup>, santrifüj edilmiş idrarda  $\geq 5$  lökosit görülmesi, gram boyamada bakteri görülmesi, nitrit ve/veya lökosit esteraz testlerinin pozitif olması kullanılır. Piyüri olmadan bakteriüri olan çocuklarda ateş kaynağı idrar yolları dışında aranmalıdır (6).

Amerikan Pediatri Akademisi'nin (APA) 1999 yılında yayımladığı kılavuzda 2 ay-2 yaş arasındaki ateşli çocuklarda İYE'nin aranmasının gerekliliği önemle vurgulanmıştır (8).

Bu raporda İYE tanısı, tedavisi, bu yaş grubunda renal skar riskinin fazla olması nedeniyle altta yatan üriner anomali varlığını saptama açısından gerekli testler tartışılmıştır. Özellikle bu yaş grubunda böbrek hasar riski taşıyan çocukların tanınması, tedavisi ve değerlendirilmesi; risk altında olmayan çocuklara gereksiz tedavi ve değerlendirme yapılmaması için doğru tanı koymanın

gerekliliği vurgulanmıştır. Halen APA'nın 1999 yılında yayımlanmış olan İYE tanı ölçütleri yaygın olarak kabul görmektedir (9). Bu yaş grubundaki çocuklarda İYE belirtilerinin özgün olmaması nedeniyle kolay atlanabileceği, bunun da renal hasar riskini artıracak şekilde belirtilmiştir. Küçük çocuklarda huzursuzluk, kusma, ishal, halsizlik gibi belirtilerin İYE bulgusu olabileceği vurgulanmıştır. Bu kılavuzda hasta görünümü ateşli çocuklarda idrar incelemesinde torbayla alınmış idrarda lökosit esteraz, nitrit ve mikroskobi yapılması önerilmiştir. Lökosit esteraz pozitifliğinin mikroskobik inceleme ile aynı duyarlılıkta olduğu, ancak her iki testin tek başlarına duyarlılıklarının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle bu testlerin tek başına kullanımlarında İYE tanısını kaçırma riskinin yüksek olduğu vurgulanmıştır (Tablo 1). Nitrit testinin ise idrar uygun toplandığında yüksek seçicilik ve pozitif prediktif değere sahip olduğu bildirilmiştir. Ancak sabah ilk idrar alınmadığı durumlarda yanlış negatif sonuç alınabileceği belirtilmiştir. Lökosit esteraz ve nitrit testlerinin duyarlılığı yüksek, ancak seçicilikleri düşük olduğundan, yanlış pozitif sonuca neden olabileceği de vurgulanmıştır.

Mikroskobik incelemenin ise en doğru biçimde deneyimli kişiler ve taze idrarla yapılabileceğini, idrar kültürünün yerini tutmayacağı, yalnızca idrar kültürü beklenene kadar antibiyotik tedavisi alması gereken çocukları belirlemek için yüksek derecede duyarlı olduğu vurgulanmıştır. Lökosit esteraz ya da nitrit pozitifliği, idrar sedimentinde  $\geq 5$  lökosit/ hpf olması ya da santrifüj edilmemiş idrarda gram incelemede bakteri görülmesinin İYE için anlamlı olduğu belirtilmiştir (8).

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)'in Ağustos 2007'de yayımladığı kılavuzda ise oldukça farklı radikal bazı yaklaşımlar dikkati çekmektedir (10,11,14). Geleneksel yaklaşıma uygun olarak üç aydan küçük ateşli çocuklarda İYE düşünülüyorsa mutlaka acil idrar mikroskobisi yapılması ve idrar kültürü yollanması, mikroskobi sonucuna göre İYE tedavisinin acilen planlanması önerilmiştir (Tablo 2). Kusma, huzursuzluk, letarji, karın ağrısı, dizüri, pollaküri, kötü kokulu idrar ve hematüri İYE için özgül kabul edilmiştir. Üç ay-üç yaş arasındaki çocuklarda da yine aynı yaklaşım öngörülmüş, İYE'ye

<b>Tablo 3. Üç ay – 3 yaş arasındaki çocuklarda idrar inceleme stratejileri (14).</b>	
İdrar yolu enfeksiyonuna özgün bulgular varsa	Acil idrar mikroskobisi ve kültürü yapılp antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Acil idrar mikroskobisi yapılmıyorsa, idrar örneği mikroskobi ve kültür için gönderilmeli ve antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.
İdrar yolu enfeksiyonuna özgün bulgular yoksa	- <b>Ciddi hastalık için yüksek risk faktörü taşıyorsa:</b> hasta, çocuk doktorunun bulunduğu ve idrar mikroskobisi ve kültürünün yapılabileceği bir merkeze yönlendirilmelidir. Bu hastalar yaş grubuna uygun ateşli çocuğa yaklaşım kurallarına göre tedavi edilmelidir. - Ciddi hastalık için orta dereceli risk faktörü taşıyan hastalar; eğer gerekli ise bir üst merkeze gönderilebilir. Acil idrar mikroskobisi ve kültürü yapılmalı ve idrar mikroskobisi pozitif ise antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Acil mikroskobi yapılmıyorsa, tam idrar tetkiki yapılabilir. Nitrit pozitifliği enfeksiyon olasılığını gösterir ve antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Tüm olgularda mikroskobi ve kültür için idrar örneği gönderilmelidir. - Ciddi hastalık için düşük risk taşıyan hastalar; idrar mikroskobisi ve kültürü yapılmalıdır. Antibiyotik tedavisi kültür sonucu ve mikroskobi pozitif çıkarsa başlamalıdır.

<b>Tablo 4. Üç yaştan büyük çocuklardaki idrar inceleme stratejileri (14).</b>	
<b>Tam idrar tetkiki ile lökosit esteraz ve nitrit incelemesi, idrar mikroskobisi ve kültür kadar tanısıl değer taşıy ve güvenle kullanılabilir.</b>	
Lökosit esteraz ve nitrit birlikte pozitif ise	İdrar yolu enfeksiyonu kabul edilerek antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Hasta ciddi hastalık için yüksek ya da orta derecede risk taşıyorsa ya da idrar yolu enfeksiyonuna zemin hazırlayıcı öyküsü varsa, idrar kültürü gönderilmelidir.
Lökosit esteraz negatif ve nitrit pozitif ise	Test taze idrardan yapılmışsa antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. İdrar kültürü yapılmalıdır. Sonraki tedavi idrar kültür sonucuna göre belirlenir
Lökosit esteraz pozitif, ve nitrit negatif ise	İdrar mikroskobisi ve kültürü için örnek gönderilmelidir. İdrar yolu enfeksiyonu için iyi bir klinik kanıt olana kadar tedavi başlanmamalıdır. Lökosit esteraz pozitifliği farklı tedavi gerektiren, idrar yolu enfeksiyonu dışında bir enfeksiyonun da göstergesi olabilir.
Lökosit esteraz ve nitrit negatif ise	Hasta idrar yolu enfeksiyonu olarak kabul edilmemelidir. Antibiyotik tedavisi başlanmamalı ve idrar kültürü gönderilmemelidir. Diğer sebepler araştırılmalıdır.

özgül bulguları olanlarda acil olarak idrar mikroskobisi ve kültür yapılması ve antibiyotik başlanması; özgül bulguları olmayan çocuklarda ise bu tetkiklerin

yapılabileceği bir merkeze yönlendirmesinin uygun olduğu bildirilmiştir (Tablo 3). Bu kılavuzda da verilen, Tablo 3'te orta risk grubunda yer alan çocuklarda mikroskobi ve kültür yapılması, ancak mikroskobi yapılmayan bir ortamda ise nitrit pozitifliğinin İYE olarak kabul edilmesi önerilmiştir. Ancak küçük çocuklarda günün her hangi bir saatinde alınan idrarda nitrit negatif bulunabilir ve bu çocuklarda İYE tanısının gecikmesine neden olabilir. Üç yaşından büyük çocuklarda ise lökosit esteraz ve nitrit testlerinin değerlendirilmesinin tanı için yeterli olduğu, bu testlerin negatif olduğu hastalarda İYE düşünülmemesi ve idrar kültürü gönderilmemesi öngörülmüştür (Tablo 4). Nitritin seçiciliği %99'dur, ancak duyarlılığı %50'dir. Bu nedenle olguların yarısının atlanabileceği bu kılavuzda gözardı edilmiştir (12).

Çocuklarda İYE renal skara, hipertansiyona, bazen de son dönem böbrek yetmezliğine neden olabilir. Çoğu olgu ise sekelsiz iyileşir. Bu nedenle, İYE tanı, tedavi ve görüntülemeleri masraflı görünebilir. Bu açıdan bakıldığında NICE ölçütleri çekici bulunabilir, çünkü klinisyenin iş yükü azalmaktadır. Ancak bu ölçütlere göre hasta çocukların yarısında İYE tanısı yalancı negatif nitrit sonuçlarıyla devre dışı bırakılmakta, yine İYE tanısı olanların önemli bir kısmında DMSA ile görüntüleme önerilmeyerek, USG ile değerlendirmenin yeterli olduğu görüşü savunulmaktadır (10,11,12). Erişkin dönemde diyalize girebilecek bu hastaların maliyeti, İYE tanı, tedavi ve görüntülemesi için harcanana göre çok daha fazla olacaktır. NICE önerileri yaygın uygulama alanı bulacak olursa, çocukluk çağı İYE konusunda bugüne dek ilerlenen yolda önemli kayıplar olacağı açıktır (12).

Ülkemizde Taneri ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da (13) kimyasal testin tek başına İYE tanısında yeterli olmayacağı, kesinlikle mikroskobi ile birlikte ve yardımcı test olarak kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Standart idrar mikroskobisinin klinikte uygulanabilen, ucuz bir test olduğu ve kimyasal testler ile birlikte kullanıldığında İYE ön tanısında duyarlılığı %94, seçiciliği %96, pozitif ön görme değeri %45, negatif ön görme değeri %96 olarak bildirilmiştir.



[www.denizlidh.gov.tr/haberler.asp?id=194](http://www.denizlidh.gov.tr/haberler.asp?id=194)

Sonuç olarak, bugüne dek elde edilen kanıtlardan, çocukluk çağı İYE'nin ön tanısında idrar mikroskobisinin önemi tartışmasız kabul görmüştür. Olanaklı ise, genişletilmiş (gram boyama+santrifüj edilmemiş idrar mikroskobisi) idrar analizi, değilse standart mikroskobik idrar analizi ile hastaların ilk değerlendirmesi yapılarak gereken hastalarda acil antibiyotik tedavisine karar verilmelidir. Lökosit esteraz ve/veya nitrit testinin idrar mikroskobisinin yerini tutabileceğini kanıtlayan hiçbir bilimsel araştırma yoktur. Standart mikroskobik idrar analizi ülkemiz koşullarında da kolaylıkla uygulanabilecek basit bir tetkiktir. Önemli olan hekimler tarafından ihmal edilmeden kullanılmasıdır. İdrar otoanalizörlerinin yaygınlaşması, ülkemizde bu tehlike ile karşı karşıya kalacağımız günlerin yakın olduğunun kötü habercisidir.

## Kaynaklar

- 1- Avner ED, Harmon WE, Niaudet Patrick. Pediatric nephrology in: Hansson S, Jodal ULF. Urinary tract infection. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p. 1007-1025
- 2- Fogazzi GB, Ponticelli C, Ritz E. The urinary sediment 2nd ed. Çeviri editörleri, Dursun B, Süleymanlar G, Ankara, Palme Yayıncılık, 2003. 13-17
- 3- Hoberman A, Wald ER, Reynolds EA, Penchansky L, Charron M. Pyuria and bacteriuria in urine specimens obtained by catheter from young children with fever. J. Pediatr 1994;124: 513-9.
- 4- Hoberman A, Wald ER. Urinary tract infections in young febrile children. J. Pediatr Infect Dis J 1997;16: 11-17.
- 5- Shaw KN, McGowan KL, Gorelich MH, Schwartz JS. Screening for urinary tract infection in the emergency department: Which test is the best?. Pediatrics 1998; 101:1-5
- 6- Hoberman A, Wald ER, Penchansky L, Reynolds EA, Young S. Enhanced Urinalysis as a screening test for urinary tract infection. Pediatrics 1993; 91:1196-1199.
- 7- Herr SM, Wald ER, Pitetti RD, Choi SS. Enhanced urinalysis improves identification of febrile infants ages 60 days and younger at low risk for serious bacterial illness. Pediatrics 2001; 108:866-871
- 8- Practice Parameter: The diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Urinary Tract Infection. Pediatrics 1999, at. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/843>
- 9- Chang S.L, Shortliffe L.D. Pediatric Uriner Tract Infections Pediatr Clin North Am 2006;53(3): 379- 400.
- 10- Baumer JH, Jones RWA. Urinary tract infection in children, national institute for health and clinical excellence. Arch. Dis. Child. Ed. Pract. 2007;92:189-192.
- 11- Mori R, Lakhnpaul M, Verrier-Jones K. Diagnosis and management of urinary tract infection in children: summary of NICE guidance. BMJ. 2007 ;335 (7616):395-7.
- 12- Coulthard MG. Is reflux nephropathy preventable, and will the NICE childhood UTI 44 guidelines help?. Arch Dis Child. 2007 Oct 4
- 13- Taneri H., 2006, Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunun ön tanısında idrarın mikroskobik incelemesinin değeri. (yayınlanmamış) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD.
- 14- Urinary tract infection in children. National Institute for Health and Clinical Excellence. Accessed August 2007, at <http://www.nice.org.uk/guidance/CG054>
- 15- Hoberman A, Wald ER, Reynolds EA, Penchansky L, Charron M. Is urine culture necessary to rule out urinary tract infection in young febrile children?. Pediatr Infect Dis J. 1996; 15: 304-309.



*Dr. Nilgün Erkek\*, Dr. Saliha Şenel\*, Dr. Ferit Kulalı\*\*,  
Dr. Candemir Karacan\*\*\*, Dr. Aysel Yöney\*\*\*\**

#### Öz

11 yaşındaki kız hasta sırtında kıllanma nedeniyle hastanemize başvurdu. Fizik muayenede sırtında geniş bir kılla kaplı alan, kapiller hemanjiom gibi cilt bulguları ve skolyoz saptandı. Kesin tanı spinal kordun manyetik rezonans görüntüleme bulguları ile konuldu. Tanınız nedir?

**Anahtar sözcükler:** Gergin omurilik, Spinal disrafizm.

On bir yaşında kız hasta sırtında doğumdan beri olan ve giderek artan tüylenme, kırmızı lekeler olması ve eğrilik nedeniyle getirildi. Aralarında akrabalık olmayan çiftin altıncı çocuğu olarak, evde, zamanında normal yolla doğmuştu. Psikomotor gelişimi normal olan

#### Abstract

A 11-year-old female patient presented to our hospital with a hairy region on her back. On physical examination, cutaneous findings such as a wide hairy patch, capillary hemangioma on her back and scoliosis were detected. A definite diagnosis was made on the basis of magnetic resonance imaging of the spinal cord. What is your diagnosis?

**Key words:** Tethered cord, Spinal dysraphism.

hastanın, soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik incelemede; açıklığı torakal bölgede sola, lomber bölgede sağa bakan skolyoz ve eşlik eden göğüs deformitesi vardı. Sırtta spinal aks üzerinde terminal vasıflı, türbülans gösteren hipertrikozis ve sakrumdan skapulalara uzanan kapiller hemanjiom bulunmaktaydı. Mezokardiyak odakta 1-2/6 şiddetinde müzikal kısa sistolik üfürüm duyuluyordu. Nörolojik defisiti olmayan hastanın diğer sistemik bulguları doğaldı. Hastanın görünümü, direkt grafisi ve magnetik rezonans görüntüleme bulguları verilmiştir (Resim 1- 2- 3).

**Tanınız nedir?'in yanıtı sayfa 37'de.**



Resim 1. Hastanın genel görünümü



Resim 2. Hastanın direkt radyografisi

\*Uzm.; Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğit. ve Araş. Hastanesi, Ankara

\*\*Asist.; Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğitim ve Arş. Hastanesi, Ankara

\*\*\*Doç.; Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğit. ve Araş. Hastanesi,

Klinik Şef Yrd., Ankara

\*\*\*\*Uzm.; Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hast. Eğit. ve Araş. Hastanesi, Klinik Şefi, Ankara





### Songül Aktaş\*\*, Kıymet Yeşilçiçek Çalık\*\*\*

#### Öz

Dünya Sağlık Örgütü kadın sünnetini; kadının dış genital organlarının tıbbi nedenler dışında kısmen ya da tamamen çıkarılması ya da kadın genital organlarına başka biçimde (delme, yakma, çizme vb.) zarar verilmesi (kadın genital mutilasyonu) olarak tanımlamaktadır. Afrika ülkelerinde yaygın olarak uygulanır. Bu uygulamanın dört tipi vardır:

- 1. tip (Klitoridektomi):** Klitorisin tamamının ya da bir kısmının ya da yalnızca uç kısmının kesilerek alınmasıdır.
- 2. tip (Eksizyon):** Klitoris ve labia minörün, labia majör ile birlikte olarak ya da olmadan, kısmen ya da tamamıyla çıkarılmasıdır.
- 3. tip (İnfübulasyon):** Labia minör ve / ya da labia majörün, klitoris eksizyonu yapılarak ya da yapılmadan, kesilip karşılıklı sütüre edilerek yeniden oluşturulmasıyla vajinal girişin küçültülmesi işlemidir.
- 4. tip: (Sınıflanmamış):** Klitorise, labialara, vajene hasar verici diğer delme, yakma, soyma, çizme gibi işlemler uygulanır. Mutilasyonun bilinen herhangi bir yararı yoktur. Aksine birçok komplikasyonu vardır.

**Erken komplikasyonları:** Kanama, şok, ağrı, idrar birikmesi, yara enfeksiyonu, sepsis, kırık.

**Geç komplikasyonları:** Kanama, ağrı, idrar yolu enfeksiyonu, ağrılı menstruasyon, keloid skar oluşumu, dermoid kistler, pelvik enfeksiyon ve infertilitedir. Kadın genital mutilasyonunun doğuma yönelik komplikasyonları sıkça bildirilmektedir:

Bunlar: doğumun ilerleyişini değerlendirmek için yapılan vajinal muayenenin zorluğu, doğum anında ve sonrasında kanama, anne, fetus ve yenidoğan ölümüdür. Kadın genital mutilasyonu, kadını fiziksel, ruhsal, cinsel, sosyal yönden etkileyen çok önemli bir sorundur.

**Anahtar sözcükler:** Kadın sünneti, Kadın genital mutilasyonu, Komplikasyon.

#### Giriş

Kadın sünneti; yaklaşık 100-140 milyon kişiyi içine alan; kadını fiziksel, ruhsal, sosyal ve cinsel yönden tehdit eden çok önemli sağlık sorunudur (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kadın sünnetini; kadının dış genital organlarının tıbbi nedenler dışında kısmen ya da tamamen çıkarılması ya da kadın genital organlarına başka biçimde (çizilme, delinme, koparılma vb.) zarar verilmesi olarak tanımlamaktadır (1).

#### Abstract

World Health Organization has defined female circumcision (female genital mutilation) as partial or total removal of or injury (piercing, cauterization, pricking-like) of female external genital organs for non-medical reasons. Female circumcision is practiced widely in African countries. Four types of procedures exist:

**Type I (Clitoridectomy):** Partial or total removal of the clitoris and/or the prepuce.

**Type II (Excision):** Partial or total removal of the clitoris and the labia minora, with or without excision of the labia majora.

**Type III (Infibulation):** Narrowing of the vaginal orifice with creation of covering seal by cutting and oppositioning the labia minora and/or the labia majora, with or without excision of the clitoris.

**Type IV: (Unclassified):** Piercing, cauterization, pricking or incising or similar procedures are applied to the clitoris, labia, and/or vagina.

Female circumcision has no known health benefits. On the contrary, it is known to have many complications. **Short term complications** include hemorrhage, shock, pain, urinary retention, wound infection, septicemia and fractures. **Long term complications** include hemorrhage, pain, urinary tract infection, dysmenorrhea, keloid scar, dermoid cysts, pelvic infection and infertility. Obstetric complications are frequently reported and include difficulties in performing vaginal examination to assess the progress of labour, intrapartum and postpartum haemorrhage and maternal, fetal or neonatal death.

Female genital mutilation is an important health problem affecting women in physical, psychological, sexual and social aspects.

**Key words:** Female circumcision, Female genital mutilation, Complication.

Tıbbi literatürde de kadın sünneti; fiziksel ve kötü sonuçlarından dolayı sakat bırakma, koparma anlamına gelen 'mutilation' olarak tanımlanmaktadır (Female Genital Mutilation) (2). Kadın genital mutilasyonunun görülme sıklığı hem bölgeler, hem ülkeler arasında, hem de etnik olarak çok farklılık göstermektedir. En belirleyici etmen etnik etmenlerdir (23). DSÖ kaynaklarına göre mutilasyon işlemi çoğunlukla Afrika kıtasında yer alan 30 ülkede uygulanmaktadır (1,3). Ayrıca Mısır, Umman,

\*Bu derleme; 20-22 Mart 2008 tarihlerinde Ankara'da yapılan Birinci Kadın Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri (no:28) olarak sunulmuştur.

\*\*Öğr. Gör.; KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu, Trabzon

\*\*\*Öğr. Gör.; KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölüm Başkanı, Trabzon

Güney Yemen, Avustralya, Filipinler, Endonezya, Malezya, Peru, Brezilya, Hindistan, Gambiya ve Kuzey Irak'ın bazı Kürt bölgelerinde de sünnet geleneğinin yaşatılmakta olduğu bildirilmektedir (3, 4). Yalnızca Somali'de her yıl 80.000 kız çocuğunun sünnet edildiği, Mısır'da kentli kadın popülasyonunun yüzde 81.7'sinin, kırsal kesimde yaşayan kadınların ise yüzde 97.2'sinin değişik düzeylerde kadın genital mutilasyonu olduğu bildirilmektedir (5). 15-49 yaş arası kız ve kadınların genital mutilasyon oranı 2005 yılında Gine'de yüzde 95.6, Mısır'da yüzde 95.8, Somali'de 97.9, Gambia'da yüzde 78.8, 2006 yılında ise Djibuti'de yüzde 93.1, Nijer'de yüzde 2.2 olarak belirtilmektedir (1). Bununla birlikte çoğu ülkelerin farklı bölgelerinde uygulamanın sıklığı ve ulusal ortalamaları genellikle gizlenmektedir. Genital mutilasyon tipleri de ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Günümüzde kadın genital mutilasyon olgularının yaklaşık yüzde 90'ını tip 1 ya da tip 2 ve yüzde 10'unu da tip üç oluşturmaktadır (23). Ancak etnik kökene göre uygulamanın yapılış biçimi farklılıklar göstermektedir (23). Örneğin; Tip 3 dünyada mutilasyon uygulamalarının yaklaşık yüzde 15'ini oluştururken, Somali'de %99, Etiyopya'da %90 ve Sudan'da %85 sıklıkta uygulanmaktadır (1,3,15). Gelişmiş ülkelere göçlerin artmasıyla birlikte Avrupa, Kanada, Amerika, Yeni Zelanda, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde de bu işlemin uygulandığı belirtilmektedir (1,4). Ülkemize eğitim amaçlı gelen 26 yaşında Sudan'lı bir kadın tıp öğrencisinin 5 yaşında iken kendisine 3. tip mutilasyon uygulandığı (infibulasyon) ve bu kişinin düzeltici operasyon (defibulasyon) uygulattırma isteğiyle hastaneye başvurduğu ve de kendisine düzeltici operasyonun uygulandığı belirtilmektedir (6).

Kadın genital mutilasyonu uygulama yaşı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin, Etiyopya ve Nijerya'da kız bebekleri 8 günlük iken, Mısır'da 3-8, Sudan'da 5-8 gün, Somali'de 4-10 yaş, Masai'de evlendikten hemen sonra ve diğer pek çok ülkede ise 13-15 yaşları arasında yapılmaktadır (3,4).

Kadın genital mutilasyonunun etyolojisinde fiziksel, biyolojik, psikolojik, emosyonel, sosyal ve kişiler arası ilişkiler gibi bir çok nedenin

varlığı gösterilmiştir (15). Kadın genital mutilasyonu, çocuk evlilikleri ve çeyiz gibi uygulamalar toplumların kadın üzerindeki baskısını göstermektedir. Bu gibi uygulamalar sosyal, ekonomik ve politik yapı ile desteklenmekte ve kadınlar için eşitsiz, zarar verici bir cinsiyet rolü olarak etkilerini sürdürmektedir (23). Uluslararası sağlık analiz verilerine göre, uygulamanın yapıldığı toplumlarda kadın genital mutilasyonu hem kadın, hem erkek tarafından sorgusuzca desteklenmektedir. Çünkü eğer bir kişi bu normlardan ayrılırsa ayıplanır, taciz edilir ya da toplumdan dışlanabilir. Ayrıca kadın genital mutilasyonu uygulamasının sosyal bir gelenek olarak sürekliliğini sağlamak için ceza ve ödül ile desteklenmektedir. Bu nedenle ailelerin bu uygulamadan vazgeçmeleri zordur. Aslında kızlar üzerindeki zararlarının bilinmesine karşın, aileler tarafından uygulanmaktadır çünkü uygulamanın sosyal yararlarının dezavantajlarından daha fazla olduğuna inanılmaktadır (23).

Kadın genital mutilasyonunun uygulanması töreninden genellikle kadınların sorumlu olmasına karşın, bu uygulamanın yapılmasına geniş olarak aile üyeleri ile birlikte ortak karar verilmektedir. Kadının genital mutilasyon nedeni "büyümenin", "evliliğe hazırlanmanın" ve "kadınlığa atılan ilk adımın gereği" olarak belirtilmektedir (4). Bazı toplumlarda bu uygulamanın gerekliliği "reşit olma" törenlerinde kızların ve kadınların kendisine iyice anlatılarak benimsemesi sağlanır. Zaman zaman da kadınların kendi aralarındaki gizli toplantılarında, yetişkin ve toplumun bir üyesi olabilmek için gerekli olduğu kendilerine inandırılır. Kızlar kendi kendilerine bu geleneği istemeseler bile, etiketlenme ve akranları tarafından reddedilme korkusu ile bu işleme katlanmayı isteyebilmektedirler. Bazı yerlerde de bu işleme katlanan kızlara kutlama, hediye ve toplumsal tanınma gibi ödüller verilmektedir. Uygulamanın yapıldığı ülkelerde genelde erkeklerin bu uygulamayı yaptıran kızlar ile evleneceği düşünce ve inancı yaygındır (23). Çünkü genital mutilasyonlu kızların genel olarak çevrelerinde statülerinin yükseldiği ve evlenmelerinin garanti altına alındığı, bunun yanında mutilasyonsuz kadınların yaşadıkları gruplardan dışlandıkları, evlenemedikleri hatta genital mutilasyon geleneği olmayan kabilelerden geleneğin

**Tablo 1.** DSÖ Kadın genital mutilasyonu modifiye sınıflaması (DSÖ, 2007)

Genital Mutilasyon Tipi	Mutilasyonun Uygulandığı Genital Bölümler
1.Tip: Klitoridektomi	Geleneksel mutilasyon biçimidir. Klitoris yalnızca uç kısmı kısmen ya da tamamen kesilerek alınır.
2. Tip: Eksizyon	Klitoris tamamı ile labia minörün bir kısmı ya da tamamının çıkarılmasıdır. Bu tip mutilasyonda bazen labia majör de çıkarılabilir. Tip 1 ve Tip 2 tüm kadın genital mutilasyonlarının yaklaşık %85-90'ını oluşturmaktadır.
3. Tip: İnfibulasyon Bu mutilasyona paranoid ya da firavun tipi mutilasyon da denilir.	Labia minör ve / veya labia majörün, klitoris eksizyonu yapılarak ya da yapılmadan, kesilip karşılıklı sütüre edilerek yeniden oluşturulması ile vajinal girişin küçültülmesi işlemidir. Yalnızca idrar ve adet kanının akabileceği vajinal açıklık bırakılır. 3. tip uygulama tüm kadın genital mutilasyon olgularının yaklaşık % 10'unu oluşturur. Kadın genital mutilasyonunun en ağır şeklidir.
4. tip	Yeni bir kategori olup, DSÖ tarafından tam olarak sınıflandırılmamakla birlikte, tıbbi nedenler dışında kadın genital organlarına diğer çizme, koterize etme, soyma, delme gibi zarar verilerek yapılan girişimlerdir.

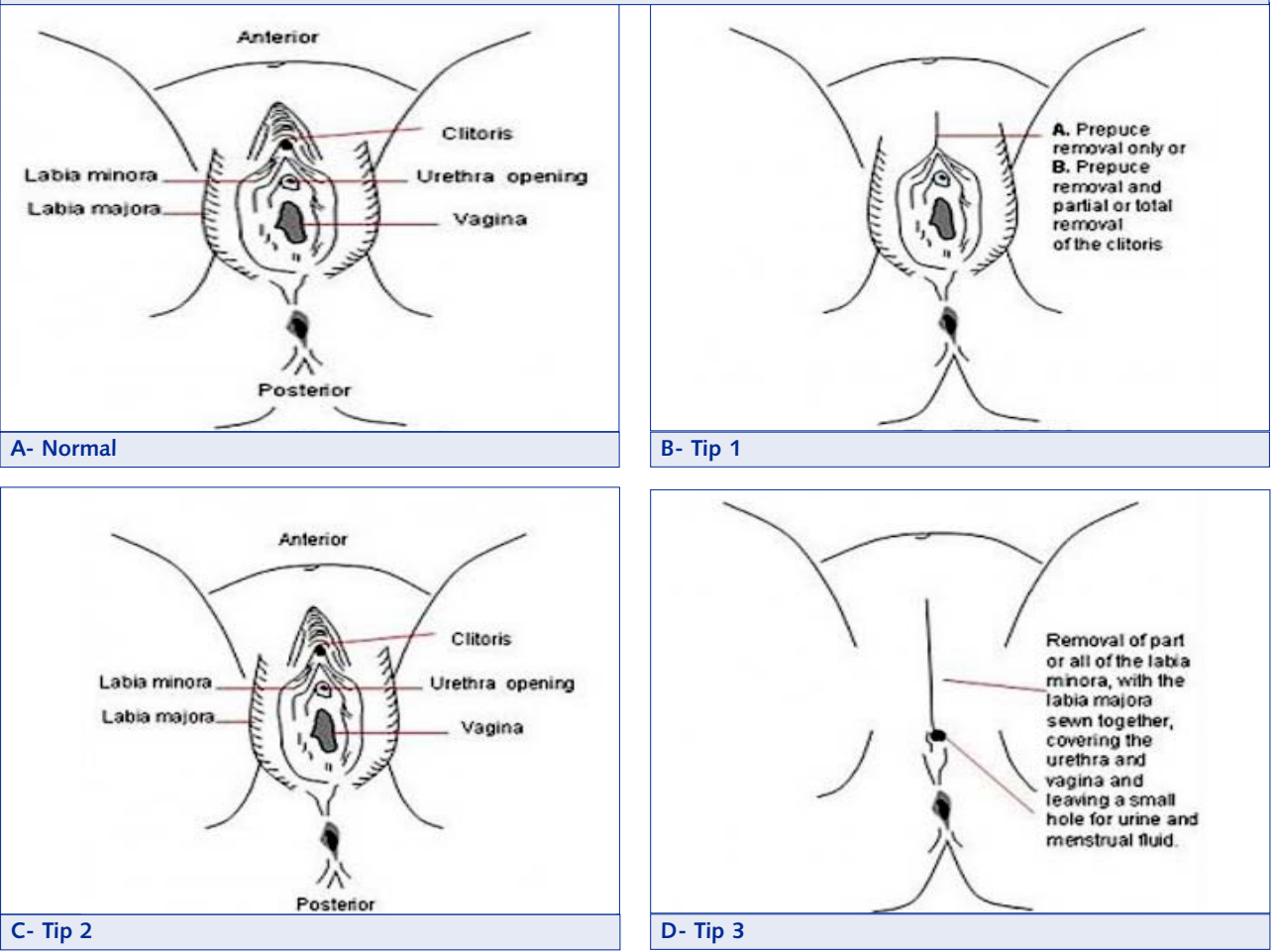
Kaynak: WHO Press, World Health Organization, 2008; 1-40

**Tablo 2.** Kadın genital mutilasyonunun fiziksel komplikasyonları

Komplikasyonlar	Nedenleri
Ağrı	Sinir uçlarının kesilmesine bağlı oluşur
Kanama	Klitoris çok kanlanan organlardandır, klitoris kesilmesi sonucu kanama görülebilir ve bu da kadını şoka götürebilir.
Mesanedeki idrar birikmesi ve idrar yolu enfeksiyonu	Vajinal açıklığın daralması, idrarın mesane ve üreterde birikmesi sonucu gelişebilir.
Yara enfeksiyonu ve septisemi	Temiz olmayan malzeme kullanımı ya da gaita, idrar ve kanın kontamine edilmesi sonucu gelişebilir.
Kırıklar	Çocuğu genital mutilasyon esnasında hareketlerini engellemek için verilen mücadele sonucu oluşabilir, ancak kırıklar yaygın görülmez.
Bağırsak ve mesanede travma	Genital mutilasyon yapılan bölgeye yakın olan bağırsak ve mesane gibi organların travması sonucu, bu organlarda uzun dönem zayıflık görülebilir. Yakın organlardaki travmanın en olağan nedeni mutilasyonu yapan ve çocukla mücadele eden yardımcının deneyimsizliğidir.
Diğer komplikasyonlar: Tetanoz, şok, duygusal travma ve ölüm	Kullanılan aletler ve steril olmayan ortamın tetanoza, ağrı ve kanamanın şoka, mutilasyon yapan kişinin ehliyetsizliği, kullanılan aletin türü, işlemin çocuk yaşta gerçekleştirilmesi gibi temel nedenler duygusal travmaya ve tüm bunların sonucunda da ölüme neden olabilmektedir
<b>Geç Dönem Komplikasyonları:</b>	
Ağrı	Genital organlar yoğun sinir blokları olan organlardır ve mutilasyon işlemi çoğu kez anestezi kullanmaksızın oluşacağından ağrı görülür.
Genital ve üriner enfeksiyon	Drenajın bozulması sonucu vajende biriken sekresyonlar ve adet kanının besiyeri oluşturması sonucu oluşur
Az sıklıkta görülen diğer geç dönem komplikasyonlar; Sancılı adet görme, Keloid skar oluşumu, Dermoid kistler, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, infertilite	Enfeksiyon, steril olmayan alet kullanımı, adet ve idrarın akışını sağlayan drenajın bozulması gibi nedenler sonucu oluşur.

Kaynak: WHO Press, World Health Organization, 2008; 1-40.  
Khaled MA, Cox C (2000) Female Genital Mutilation, Trauma, 2: 161-167.

Şekil 2. Kadın genital mutilasyon tipleri



Kaynak: [http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Image%3AFGC/File:Female Genital Cutting / Mutilation. FGC \(RGM\) Types.jpg](http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Image%3AFGC/File:Female%20Genital%20Cutting/Mutilation.FGC%20(RGM)Types.jpg) / Güncellenme tarihi: 24.01.2007, Erişim tarihi: 14.01.2009.

yaşatıldığı kabilelere gelin gidilmesi durumunda yetişkin yaşlarda bile genital mutilasyon olmak zorunda bırakıldıkları belirtilmektedir (4). Aynı zamanda yapıldığı ülkelerde, kadının evlenene kadar bakireliğinin korunmasında ve evlendikten sonra da sadakatini sürekliliğini sağlayarak, ahlaksızlık olarak görülen cinsel davranışları önlemede rolü olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca çöl, ormanlık gibi bölgelerde kadının tecavüzdten korunmasını da sağlayabilir (6,23). Uygulamanın yapılış nedenlerinden bir diğeri ise, genital bölgeden klitoris gibi erkeksi parçanın çıkarılması ile bölgenin daha temiz ve estetik olduğu inanışıdır. Kadınlar arasındaki yaygın olan başka bir inanışa göre, kadın genital mutilasyonu erkekteki cinsel zevki artırmaktadır (23). Bu işlemin başlangıcı net olarak bilinmemekle birlikte, ilk olarak M.Ö. 5. yüzyılda Herodot bu uygulamanın Etiyopya,

Hitit ve Fenikeliler arasında uygulandığını belirtmiştir (3). Yine bu dönemlerde kadın genital mutilasyonunun Mısır, Roma, Arabistan ve Rusya'da yapıldığı, Mısır'da yapılan arkeolojik kazılarda bazı kadınların mumyalarının genital mutilasyonlu olması ile saptanmıştır (4,7).

Kadın genital mutilasyonunun yüzde 92.5 oranında bu konuda formal eğitimi olmayan ebeler tarafından gerçekleştirildiği, ayrıca bu işlemin ebelerden başka yaşlı kadınlar ve toplumda saygın kadınlar tarafından da yapıldığından söz edilmektedir (3). İşlem süresinin ortalama 15-20 dakika olduğu, ancak bu sürenin sünneti yapanın deneyiminden ve çocuğun dayanıklılığından etkilendiği belirtilmektedir. Bu uygulama çoğunlukla anestezi madde kullanılmadan ve genellikle steril olmayan aletler (keskin bıçak, tıraş bıçağı jilet, çivi, keskin cam parçaları) ile

Şekil 1. Mutilasyon uygulamada kullanılan aletler



**Kaynak Şekil 1.** [http:// www. blogcritics.org/ archives/ female\\_circumcision.jpg](http://www.blogcritics.org/archives/female_circumcision.jpg) / çözünürlük 350 x 259 - 52k, Güncellenme Tarihi: 11.12.2007 Erişim tarihi: 20.01.2009.

Şekil 3. Mutilasyon uygulaması



**Kaynak Şekil 2:** [http:// www. rochesterindymedia. org/ user- media/ image/ 9/ gen/ Female Genital Cutting / Mutilitation \(FGC /FGM\). jpg/](http://www.rochesterindymedia.org/user-media/image/9/gen/Female%20Genital%20Cutting%20Mutilation%20(FGC%20FGM).jpg) çözünürlük 320 x 240-32k, Erişim Tarihi: 20.01.2009.

yapılmaktadır (3,4) (Şekil 1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Kadın Genital Mutilasyonunu 4 tipe sınıflandırmıştır (Tablo 1) (Şekil 2).

Tablo 2'den de anlaşılacağı gibi; genital mutilasyonunun kadını fiziksel, ruhsal, sosyal ve cinsel yönden tehdit eden bir çok önemli komplikasyonu vardır. Bu uygulamanın fiziksel etkileri daha iyi saptasansa bile, ruhsal etkileri çok iyi bilinmemektedir. Çünkü genital mutilasyonun oluşturduğu ruhsal rahatsızlıkları belirlemek için araştırmalar yapıyor olsa da, işlemin aile içinde gizli kalması ve gelenekler nedeniyle ruhsal anlamda kadınların ne kadar etkilendiği tam olarak ortaya çıkarılmamaktadır (6,7). Bununla birlikte sınırlı sayıda yapılan çalışmalarda en sık belirtilen ruhsal etkiler; anksiyete, ağrı, şok, korku, hafıza kaybı, cinsel istekte azalmadır (8,9). Genital mutilasyonun fiziksel komplikasyonlarına yönelik Somali'de genital mutilasyon olmuş 290 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada; bu kadınların 113'ünün mutilasyon işleminden sonra kanama, enfeksiyon, idrar yapma zorluğu yaşadığı, 37 kadının dermoid kist, az ve ağrılı idrara çıkma gibi geç dönem komplikasyonları yaşadığı, 40 kadının ilk adet olma zamanı (menarş) ile ilgili sorun yaşadığı ve bu kadınların 10'unda vajende kan toplanması (hematokolpos) sonucu cerrahi işlem yapıldığı, 119 evli kadının yüzde 87'sine herhangi bir alet kullanılmaksızın eşi tarafından düzeltme (defibulasyon) işlemi yapıldığı ve kalan 27 evli

kadına da bıçak, ustura, jilet gibi aletler kullanılarak defibulasyon yapıldığı belirtilmektedir (10).

Kadın genital mutilasyonunun; kanama, kullanılan aletler, doku bütünlüğünün bozulması, homoseksüel, heteroseksüel ve anal ilişki gibi nedenlerle HIV belirtilmektedir (11). Ayrıca bu uygulamanın anemi, tetanoz, doku yaralanması, vulvada apse gibi önemli komplikasyonları da bulunmaktadır (12).

#### **Mutilasyon doğum süresine ilişkin komplikasyonları şöyle sıralanabilir:**

Doğum sırasında doğumun ilerleyişini değerlendirmek için vajinal muayene yapmak zorluğu (vajinal girişin darlığı ya da vajinal daralma sonucu), doğum anında ve sonrasında kanama, mesane-vajina ve rektum-vajina arası kanal açılması (fistülleşme), vajende kan birikmesi, vajinal esnekliğin azalması ve vajinal girişin daralmasına bağlı doğumun 2. evresinin uzun sürmesi, perine yırtıkları ve yaralanmaları, fetusta oksijen ve kanlanma yetersizliği, anne-fetus ve bebek ölümüdür (1,3,7,12). Elnashar ve Abdelhady (2007) çalışmalarında genital mutilasyon olan kadınlarda doğuma ait yırtık, epizyotomi ve yeni doğan bebekte solunum sıkıntısının genital mutilasyon olmayanlara göre anlamlı derecede arttığını bildirmişlerdir (8). İsviçre'de ebellek biliminin (2008) genital mutilasyon olmuş göçmen kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, genital mutilasyonun gebelik, doğum ve lohusalık periyoduna olan etkilerini incelenmiş ve kadınların bu

dönemlerde aşırı pelvik ağrı, anksiyete ve korku yaşadıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmanın sonucunda, genital mutilasyon olan kadınların gebe kalmadan önce genital organlara yönelik düzeltme (deinfibulasyon) yapılmasının gebelik, doğum ve lohusalık süresince önemli yarar sağlayacağı vurgulanmıştır (13). Nijerya'da (2002) 1851 gebe üzerinde yapılan çalışmada, gebelerin yüzde 45'inin genital mutilasyonlu olduğu, yüzde 71'inin 1. tip, yüzde 24'ünün 2. tip mutilasyonlu olduğu ve genital mutilasyonlu olan bu gebelerde doğuma ait yırtık ve ölü doğum oranının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada tip 1 ve tip 2 genital mutilasyon uygulamasının; doğuma yönelik komplikasyonlar açısından incelendiğinde genital mutilasyon tipleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (14).

Literatürde, genital mutilasyon olmuş bazı gebe kadınların; anne karnındaki bebeğin düşük kilolu olmasının doğum kanalından daha rahat ilerleyebileceği düşüncesiyle gebeliklerinde diyet yaptıkları da belirtilmektedir. Düşük doğum ağırlıklı bebek olma, yenidoğan bebeğin canlandırılmaya daha çok gereksinim duyulması, sünnete bağlı normal doğumun zor oluşu ve sezaryenle doğum oranında artış, mutilasyonun doğuma ilişkin komplikasyonlarıdır (11). Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal ve Sudan'ı kapsayan toplam 6 ülkenin seçildiği 28,393 kadını kapsayan çalışmada, tip 3 genital mutilasyona uğramış kadınlarının doğum sonrası yenidoğanlarında canlandırmaya gereksinim duyulmasının yüzde 66 oranında arttığı belirlenmiştir. Doğum süresince ve doğduktan hemen sonra yenidoğanların ölüm oranının FGM tip 1'de yüzde 15, tip 2'de yüzde 32, tip 3'te yüzde 55 arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada genital mutilasyon uygulanan kadınlarda uygulanmayanlara göre sezaryen doğumlarında, doğum sonrası kanama ve ölü doğum oranlarında artış saptanmıştır (23). Ayrıca genital mutilasyon, yaşlılık döneminde de kadının ürogenital sistemine yönelik ciddi fonksiyonel bozukluklar oluşturmaktadır (8).

#### **Kadın Genital Mutilasyonunun Cinsellik Üzerine Etkisi**

Çok sayıda çalışmada, bu uygulamanın kadınların seksüel fonksiyonlarında, psikolojik sorunların da eklenmesiyle cinsel istek

azlığından, uyarılma, orgazma ulaşma ve seksüel ağrıya kadar birçok alanda son derece olumsuz etkilenmeler rapor edilmiştir (9,12,15). Bu uygulamanın bir sonucu olarak da literatürde; vajinal girişin daralması ve enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı ağırlı cinsel ilişki yaşanmasına bağlı olarak anal cinsel ilişkiye yönelimin olabileceği belirtilmektedir (3). Tip 3 mutilasyon (infibulasyon) yapılmış kadınların her doğum sonrasında yeniden mutilasyon işleminin yapılması gerektiği, doğum haricinde evlilikte ve cinsel ilişkide de bu mutilasyon tipinin ciddi sorun yaşattığı belirtilmektedir. Ayrıca kadının ve kocanın isteği ile kadına defibulasyon (düzeltme) yapılarak iyilik hali artırılabilirliği vurgulanmaktadır (7, 8). İspanya'da (2008) yaş ortalaması 30 olan 19 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, hem genital mutilasyon olmadan, hem de olduktan iki ay sonra genital mutilasyonun cinsel doyuma etkisi araştırılmış ve buna göre genital mutilasyon olan kadınlarda cinsel ilişki boyunca vajinal kayganlığın yüzde 78'den yüzde 68'e azaldığı saptanmıştır ( $p=0.004$ ). Aynı çalışmada cinsel ilişkide ağrı, orgazm olma, oral-anal cinsel ilişkiye eğilim açısından değerlendirildiğinde, genital mutilasyon olan ve olmayan gruplar arasında bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (16). Etiyopiya'da yapılan ve kadın genital mutilasyonunun psikoseksüel etkisinin incelendiği 250 kişilik bir başka çalışmada ise; genital mutilasyon olanlarda olmayanlara göre, dismenore sıklığı yüzde 80, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk yüzde 48.5, cinsel isteksizlik yüzde 45, orgazma ulaşmada zorluk yüzde 60.5 oranında artarken, haftalık cinsel ilişki sıklığı yüzde 28, cinsel ilişkiden memnuniyet yüzde 49, orgazm olamama yüzde 39, orgazm sıklığında azalma yüzde 25 bulunmuş ve mutilasyonun kadının psikoseksüel yaşamını olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (9). Yine Etiyopiya'da yapılan 264 örneklemlili bir başka randomize çalışmada; genital mutilasyonlu kadın oranı yüzde 75.8 saptanmış olup, mutilasyon olanlarda olmayanlara göre ağırlı adet görme, ağırlı cinsel ilişki, cinsel istek kaybı artmış, orgazm olma ve eşlerin cinsel memnuniyeti ileri derecede azalmış olarak belirtilmektedir ( $p<0.001$ ) (8).

**Kadın Genital Mutilasyonu ve Gebelikten Korunma Yöntemleri**  
DSÖ kadın genital mutilasyonu olmuş kadınlara mutilasyon tiplerine uygun ölçütte gebelikten koruyucu yöntemler önermektedir. Bu kadınlara yöntem önerirken; çok iyi bir genital değerlendirme yapılarak genital mutilasyon tipinin doğru belirlenebilmesi ve kadınlarda enfeksiyon varlığının saptanması çok önem taşımaktadır (12).

**DSÖ Tarafından Önerilen Kadın Genital Mutilasyon Tipine Uygun Gebelikten Koruyucu Yöntemler**

**a- Oral ve Enjeksiyon Formunda (DMPA)**

**İlaçlar ve Norplantlar:** Tüm genital mutilasyon tiplerinde uygulanabilir, uygulanan bu yöntemlerin izlemi önerilir.

**b- Uterus İçine Araç Yerleştirme (RIA) (Cu, LNG-20):** Tip 1, Tip 2 ve Tip 4 genital mutilasyonda enfeksiyon olmadığı sürece uygulanabilir. Tip 3 genital mutilasyonda; vajinal girişin çok küçük ve sıkı olması nedeniyle bu uygulama önerilmemektedir. Ancak kadına düzeltme (defibulasyon) yapılırsa bu yöntem uygulanabilir.

**c- Bariyer Yöntemler (Kadın kondomu, spermisid, diyafram, servikal başlık):** Tip 1, Tip 2 ve Tip 4 genital mutilasyon için bu yöntemler uygulanabilir. Ancak Tip 3 genital mutilasyonda; vajinal girişin çok küçük ve sıkı olması nedeniyle çoğu olgularda parmağın bile girişine müsait olmadığından, bu yöntemler önerilmemektedir.

**d- Doğal Yöntemler:** Semptomteral, bazal vücut ısısı ve takvim yöntemi; tüm genital mutilasyon tiplerinde uygulanabilir. Ancak kadınların bu yöntemlere başlamadan önce kullanacağı yöntem hakkında eğitilmesi gerekir. Laktasyonel amenore yöntemi; Bu yöntem de tüm genital mutilasyon tiplerinde uygulanabilir. Ancak bu yöntemin; hem kadınları iyi eğiterek hem de kadınların yönetime yönelik tıbbi uygunluk ölçütlerini göz önünde bulundurarak, izleme dayalı kullanılması önerilir. Servikal mukus değerlendirme doğal yöntemini ise; genital enfeksiyonu olmayan Tip 1, Tip 2 ve Tip 4 genital mutilasyon olmuş kadınlar uygulayabilir. Tip 3 genital mutilasyon olmuş kadınlarda servikal mukusu değerlendirmek yanıltıcı olabileceğinden bu yöntem önerilmez (12).

## Sonuç

Kadın genital mutilasyonu; toplumsal, kültürel, cinsel, bölgesel, ahlaki ve yasal yönleri olan bir sorundur. Topluma, kadın genital mutilasyonunun gerçek nedeninin kadına yönelik toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve bir tür kadına yönelik şiddet olduğunun ve bu uygulamanın temelinde kadın cinselliğinin kontrol edilmesi düşüncesinin bulunduğu çok iyi vurgulanması gerekir. Bu uygulamanın temelinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığı yatmaktadır. Ne yazık ki; erkeğin yasalardan ve ataerkil geleneklerden kaynaklanan üstün konumu, kadının erkeğe hizmet etmesi ve erkeğin alınan kararlarda söz sahibi olması doğal gören bir bakış açısına sahip olunması da kadın mutilasyonunu besleyen etmen olarak önümüze çıkmaktadır (4,17,18). Uzun yıllar boyunca görmezden gelinen, olağan kabul edilen bu ayrımcılık kadına yönelik açık şiddet olarak değerlendirilmekte ve insan hakkı ihlali olarak kabul edilmektedir (17,18,19).

Kadın genital mutilasyonunun İngiltere'de 1985 (2), ABD'de 1996 yılında yasaklandığı bilinmektedir (20). Bunun yanında; Avrupa ülkelerinden Fransa, İsviçre ve İsveç' te (6), Afrika ülkelerinden de; Kenya, Mısır ve Senegal'de yasaklandığı ve bu yasaklamalar sonucunda kadın genital mutilasyonu oranlarında azalma olduğu belirtilmektedir (4). Tüm bu girişimlere karşın kadın genital mutilasyonunun ortadan kaldırılmasının birdenbire olanaklı olmayacağı da ortadadır. Çünkü bazı ülkelerde tıbbi gereklilik olmadıkça yaptırılması yasaklanmışsa da, hala kültürel nedenlerle uygulanması sürdürülmektedir. Bundan dolayı bu ülkelerdeki sağlık çalışanları, kadın genital mutilasyonu olmuş kadınlara hizmet kalitesini artırmaya yönelik kodların oluşturulması ve hem tıbbi, hem de psikolojik bakım için özelleştirilmiş merkezlerin kurulmasını önermektedir (21).

Kadınların "sağlığına, onuruna ve insan haklarına" büyük zarar veren bu uygulamanın son yıllarda DSÖ (World Health Organization), UNİCEF (United Nations Children's Fund), UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization), UNFPA (United Nations Population Fund) gibi bir çok uluslararası organizasyon kadın genital mutilasyonu uygulamalarına karşı olduklarını bildirmişlerdir.

DSÖ kadın sağlığını iyileştirmeye yönelik toplumsal cinsiyet temelli, kadın genital mutilasyonu gibi zararlı kültürel uygulamaları önlemeye yönelik stratejik eylem planı oluşturmuştur. Bu plan çerçevesinde tümüyle engellenemeyen kadın genital mutilasyonunu önlemeye yönelik araştırmaları ve uluslararası atölye çalışmalarını desteklemekte ve hiç olmazsa olumsuz koşulları düzeltmek için yaygın eğitim kampanyaları düzenlemektedir. Amaç bu uygulamanın eğitilmiş sağlık personeli tarafından steril koşullarda ve genital bölgeye duyumsuzlaştırıcı madde (anestezik) kullanılarak yapılmasını sağlamaktır (1,12,18).

Ancakasil amaç, kadın genital mutilasyonunun; kadın ve çocuk sağlığı üzerine yarattığı olumsuz etkileri konusunda insanlarda farkındalığının artırılması, devletlerin kadın genital mutilasyon karşıtı politikaları benimsemesi ve yasal önlemler alması ile kadın genital mutilasyonunu tümüyle önlemektir (17, 18).

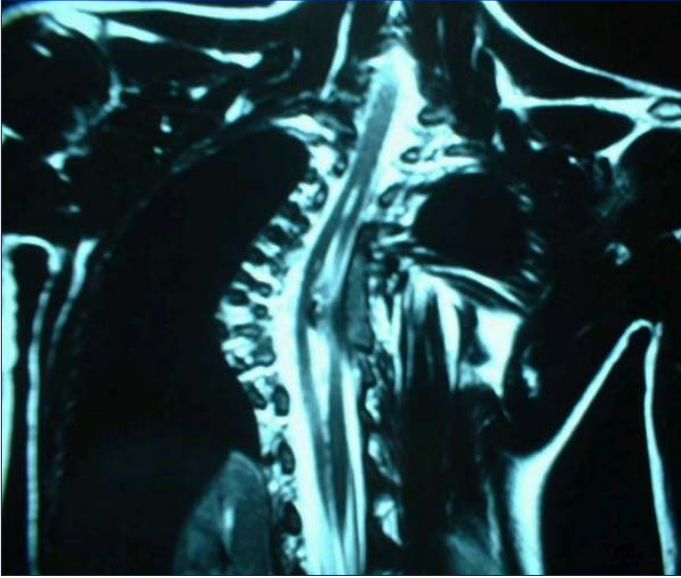
**İletişim:** Songül Aktaş

**E-posta:** songulbora@mynet.com

#### **Kaynaklar**

- 1- Eliminating Female Genital Mutilation: The Imperative. An Interagency Statement OHCHR, UNAIDS, UNDP; UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. WHO Pres, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2008; 1-40.
- 2- Black JA, Debelle GD. Female Genital Mutilation in Britain, BMJ 1995; 310: 1590-1592.
- 3- Khaled MA, Cox C. Female Genital Mutilation, Trauma 2000; 2: 161-167.
- 4- <http://www.ucansüpürge.org.tr> / Uçan Süpürge / Kadın Sünneti / index.php. Erişim Tarihi: 25.01.2009.
- 5- Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female Genital Mutilation: A Descriptive Study, J Sex Marital Ther 2001; 27 (5): 453-8.
- 6- Aksu FM, Oral E. Kadın Dış Genital Organına Uygulanan Kısıtlayıcı Tahrıpkar Sünnet Şekilleri (Bir Üreme Sağlığı Sorunu): Olgu Sunumu, Cerrahpaşa Tıp Dergisi 1998; 29 (2): 107-110.
- 7- Avşar F, Klanuncu S, Keskin HL. Kadın Sünneti, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstet 2008; 18 (5): 321-325.
- 8- Elnashar A, Abdelhady R. The Impact of Female Genital Cutting on Health of Newly Married Women, Int J Gynaecol Obstet 2007; 97 (3): 238-44.
- 9- El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female Genital Mutilation and Its Psychosexual Impact, J Sex Marital Ther 2001; 27 (5): 465-73.
- 10- Dirie MA, Lindmark G. The Risk of Medical Complications After Female Circumcision, East African Medical Journal 1992; 69 (9): 479-82.
- 11- Brady M. Female Genital Mutilation: Complications and Risk of HIV Transmission, AIDS Patient Care And Stds 1999; 13 (12): 709-716.
- 12- Female Genital Mutilation. A Students Manual. Integrating The Prevention And Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery ,Geneva, WHO 2001, syf.1-104.  
[www.who.int/Gender/Other\\_Health/Studentsmanual/](http://www.who.int/Gender/Other_Health/Studentsmanual/) pdf. Erişim Tarihi: 06.02.2009.
- 13- Lundberg PC, Gerezgiher A. Experiences From Pregnancy and Childbirth Related to Female Genital Mutilation Among Eritrean Immigrant Women in Sweden, Midwifery 2008; 24 (2): 214-25.
- 14- Larsen U, Okonofua Fe. Female Circumcision and Obstetric Complications, Int J Gynaecol Obstet 2002; 77(3): 255-65.
- 15- Yeni E. Kadında Sirkümsizyon ve Genital Mutilasyon, Androloji Bülteni 2004; 18: 261-264.
- 16- Cortes-Gonzales JR, Arratia-Maqueo JA, Gomes-Guerra LS. Does Circumcision Has an Effect on Females Perception of Sexual Satisfaction, Rev Invest Clin 2008; 60 (3): 227-30.
- 17- [www.hacettepe.huksam.edu.tr](http://www.hacettepe.huksam.edu.tr) / Türkçe / huksamyayınları / Kadınların Güçlendirilmesi ve Toplumdaki Statülerinin Yükseltilmesi Erişim tarihi: 28.01. 2009.
- 18- Akın A, Özvarış SB. Dünyada ve Türkiye'de Kadın Sağlığının Durumu. Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Ed. Güler Ç, Akın Z). Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006, Ankara.
- 19- Erbaydar NP. Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sonuçları Ve Hekimin Sorumluluğu, 1. Kadın Sağlığı Kongresi 'Kadına Yönelik Şiddet' Kongre Kitabı, Ankara; 2008: 105-108.
- 20- Macready N. Female Genital Mutilation Outlawed in United States, BMJ 1996; 313 (7065): 1103.
- 21- Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health Care in Europe For Women With Genital Mutilation, Health Care Women Int 2006; 27 (4): 362-78.
- 22- [http://en.wikipedia.org/File:Female\\_Genital\\_Cutting\\_Mutilation\\_\(FGC/FGM\)\\_Types.jpg](http://en.wikipedia.org/File:Female_Genital_Cutting_Mutilation_(FGC/FGM)_Types.jpg) / Güncelleme Tarihi: 24.01.2007, Erişim Tarihi: 14.01.2009.
- 23- [www.who.int/mediacentre/news/.../en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/.../en/index.html). New study shows female genital mutilation exposes women and babies to significant risk at childbirth 2 June 2006 Erişim tarihi 19.06.2009.





**Resim 3.** Hastanın spinal manyetik rezonans görüntülemesi (Servikal düzeyde hafif kifoz, torakal bölgede açıklığı sola bakan skolyoz, üst-orta torakal (t2-t9) vertebralarda şekil bozuklukları (kelebek vertebra, posterior elemanlarda füzyon ve hipoplazi) ve hemivertebra bulunmakta. Torakal bölgede spinal kord 2 ayrı hemikord olarak izlenmektedir. T6-7 de kemik spurlar vardır. İki hemikord t12 de birleşerek L1de conus medullaris ile sonlanmaktadır. Üst torakal seviyede kısa segmentte hidromiyeli ve alt torakal-üst lumbal bölgede spinal kanalda genişleme vardır. Birlikte bu bölgede orta hat kapanma defekti izlenmektedir.)

### **Yanıt: Diastometamyeli**

Diastometamyeli ayrıık omurilik malformasyonları ("split cord" malformasyonları) grubunda yer alan nadir konjenital anomalilerden biridir (1). Spinal kordun posterior vertebral gövdeden köken alan bir fibröz, kırıkdak ya da kemik septum ile ikiye bölünmesi ve her biri ayrı dura yaprakları ile örtülü iki ayrı hemikord oluşması durumudur (2). Kesin etyolojisi bilinmemekle birlikte kemik septumun, normalde nöral plak çevresinde gelişmesi gereken mezodermal hücrelerin nöral plağın ventral yüzeyinden protrüde olmasına bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (2). Sıklıkla lomber bölgede görülür (2,3).

Hemivertebra, vertebral füzyon defektleri, vertebral hipoplazi, kifoskolyoz, spina bifida ve meningomiyelose gibi anomaliler eşlik edebilir (2-4). Çocukluk çağında olguların yaklaşık yarısında diastometamyeli asemptomatik seyretmekte ve ilerleyici nöromotor bulgular görülmemektedir. Bu nedenle tanı erişkin döneme kadar gecikebilmektedir (4,5,6). Hipertrikoz, hemanjiyom, telanjyektazi, pigmentasyon anormallikleri, dermal sinus ağzı gibi orta hatta yer alan cilt bulguları; pes ekinovarus, çekiç parmak gibi ortopedik sorunlar; idrar inkontinansı, minör travmayı takiben bel, bacak ağrısı gibi belirtiler ayrıık omurilik malformasyonlarına işaret edebilir (2,4,5). Ayrıık omurilik malformasyonları tanısında, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme kullanılır. Direkt vertebra grafileri ek malformasyon yoksa ve septum kalsifiye değilse yanıltıcı olabilir (2).

Çocukluk döneminde nöromotor bulguları olan hastalarda ilerleyici ve kalıcı nörolojik hasardan korumak için düzeltici cerrahi girişim gereklidir.

**İletişim:** Dr. Nilgün Erkek

**E-posta:** nilzeyno@yahoo.com

### **Kaynaklar**

- 1- Benli IT, Un A, Karaaslan S, Cinemre O, Gürses L, Hekimoğlu B. Neural axis abnormalities detected by preoperative magnetic resonance imaging in patients with Tip 3 idiopathic scoliosis. *Acta Orthop. Traumatol. Turc.* 2002;36(4): 354-361.
- 2- Halsam RHA. Spinal Cord Disorders. Behrman RE, Kleigman RM, Jenson HB. In: *Nelson Textbook of Pediatr.* 17th ed. Saunders, Philadelphia. 2004;2049-2052.
- 3- Pang D, Dias MS, Ahab-Barmada M. Split cord malformation. Part 1: A unified theory of embryogenesis for double spinal cord malformations. *Neurosurg.* 1992;31:451-480
- 4- Erşahin Y, Mutluer S, emirtaş E. Split spinal cord malformations in children. *J. Neurosurg.* 1998;88:57-65
- 5- Pang D. Split cord malformation. Part 2: Clinical syndrome. *Neurosurg.* 1992;31:481-500.
- 6- Izci Y, Gurkanlar D, Gönül E. An unusual type of split cord malformation. *J Clin Neurosci.* 2007 Apr;14(4):383-6.
- 7- Çobanoğlu S. Diastometamyelia: a report of two cases. *Turk J pediatr.* 1989;31(1):89-94.



Dr. Özen Aşut\*

### Öz

Tütün kullanımı, ulusal ve uluslararası düzeyde önlem alınmasını gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yasal önlemlerin tütün ile savaşta etkili bir araç olduğu, birçok araştırma tarafından gösterilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Mayıs 2003'te kabul ettiği ve Kasım 2004'te Türkiye'de yürürlüğe giren Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne göre, tütün dumanından korunmak için % 100 sigarasız alanların sağlanması gereklidir. Buna yönelik olarak, Kasım 1996'da yürürlüğe girmiş olan 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun", 3 Ocak 2008'de genişletilmiş ve 19 Temmuz 2009'da tüm kademeleri ile yürürlüğe girmiştir. Bu yasaya göre tütün kullanım alanları, kamu ve özel kişilere ait açık alanlar, ikamete mahsus evler ve tütün tüketimine özel alan ayrılabilir bazı istisnai yerler ile sınırlandırılmıştır. Böylece Türkiye, sigarasız toplum sırasında önde gelen ülkeler içinde yer almıştır. Çalışmalar, yeni yasal düzenlemenin %97 düzeyinde toplumsal destek aldığını ve yasaya uyum düzeyinin %99.5 olduğunu göstermiştir.

Bu derlemede, tütün kontrolüne ilişkin uluslararası gelişmeleri takiben 4207 sayılı yasanın amacı, kapsamı, uygulanması, denetim ve yaptırım süreçleri ayrıntılarıyla tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Tütün kullanımı, Sigara içimi, Tütün kontrolü, 4207 sayılı yasa.

### Giriş

Tütün kullanımının tüm dünyadaki uzun dönemli yıkıcı etkileri ulusal ve uluslararası düzeyde önlem almayı gerektirmektedir. Kapsamlı bir tütün kontrolü programı içinde, reklam yasağı, tütün ürünleri fiyatlarının yükseltilmesi ve kamuya açık yerlerde sigara içmeyenlerin korunması gibi önlemleri içeren mevzuatın yürürlüğe girmesi kesinlikle yer almalıdır (1). Yapılan pek çok araştırma, yasal önlemlerin tütün alışkanlığı ile savaşta etkili olduğunu göstermektedir.

Avrupa Birliği'nin 12 ülkesini kapsayan bir çalışmada, 1948'den başlayarak tütün karşıtı yasal düzenlemelerin kişi başına tütün tüketimini azaltmaya etkisi araştırılmıştır (2). Sonuçta, yasal düzenlemelerin tütün tüketimine anlamlı derecede etkisi bulunduğu ve bu etkinin çok yönlü olduğu ortaya konmuştur. Yasal önlemler ne denli kapsamlıysa, tütün tüketiminin azaltılmasına etki de o derece güçlü olmaktadır. Özellikle

### Abstract

Tobacco use is an important public health problem which requires precautions to be taken on national and international levels. Multiple studies have demonstrated that legislative precautions are effective means in the fight against tobacco. The Framework Convention on Tobacco Control accepted by the World Health Organization in May 2003 and implemented in Turkey as of November 2004 states that 100% smoke-free environments are obligatory for protection from tobacco smoke. Consequently, law no. 4207, "Law on Prevention of the Hazards of Tobacco Products," which had been implemented in November 1996 has been expanded on January 3rd, 2008 and has been fully in effect since July 19th, 2009. According to this law, environments appropriate for tobacco use have been restricted to open spaces belonging to the state or to private persons, to residential homes and to certain exceptional places where devoting a defined portion of the property to tobacco use has been permitted. Thus Turkey has become one of the leading countries among smoke-free societies. Studies have shown that the new legislation is backed by a 97% support from the community and the compliance to the law is 99.5%.

Following a segment on the international developments regarding tobacco control, this review discusses in detail the objective, content and implementation of law no. 4207 and the processes of its auditing and enforcement.

**Key words:** Tobacco use, Smoking, tobacco control, Law no. 4207.

tütün fiyatının artırılmasını içeren önlemlerin daha etkili olduğu görülmektedir.

### Uluslararası gelişmeler

Zaman içinde elde edilen bilgi birikimi uluslararası düzeyde bir önlemler paketine gereksinimi ortaya koymuştur. Sonuçta, Dünya Sağlık Örgütü Asamblesi tütün salgınına karşı bir yanıt olarak, dünyanın ilk uluslararası halk sağlığı anlaşması olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni Mayıs 2003'te kabul etmiştir. Bu sözleşme, aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün çatısı altında onaylanan ilk anlaşmadır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 27 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

2009 sonu itibarıyla 168 ülkenin imzalamış olduğu Sözleşme, ulusal ve uluslararası düzeyde alınacak önlemlerle ilgili kuralları belirlemekte ve üye ülkelerin ulusal yasalarını

benzer biçimde değiştirip geliştirmelerini öngörmektedir. Bu önlemler sınırlar arası reklam, promosyon ve sponsorluk, ticaret serbestliği, doğrudan yabancı yatırım, kaçakçılık gibi olumsuzluklarla baş etmeyi hedeflemektedir. Çerçeve Sözleşmesi, Birleşmiş Milletler'in tarihindeki en yaygın kabul gören anlaşmalardan biri durumundadır (3, 4).

Çerçeve sözleşmenin sekizinci maddesi, tütün dumanı maruziyetinden korunmak başlığını taşımaktadır ve şu ilkeleri içermektedir:

- Tütün dumanından korunmak için % 100 sigarasız alanlar sağlanmalıdır.

- Sigara dumanının güvenli bir dozu yoktur.

- Tütün dumanı maruziyetini azaltan önlemler bilimsel olarak geçersizdir, denenmemelidir

- Havalandırmanın, filtre etmenin, sigara içilen ve içilmeyen bölümleri ayırmanın yararsız yöntemler olduğu gösterilmiştir (3).

Çerçeve Sözleşmesi, Türkiye'de Kasım 2004'te yürürlüğe girmiştir. Sözleşme, 5261 sayılı Yasa ile Parlamento tarafından kabul edilmiş ve 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır (5).

Dünya Sağlık Örgütü daha sonra 2008 yılında WHO-MPOWER stratejisini başlatmıştır. Bu strateji, tütün tehdidiyle savaşmada karar vericiler, halk sağlığı çalışanları ve gönüllülere yol gösterici altı politik önlemden oluşan bir yol haritasıdır. Bu yeni politika da yasal önlemlere dikkat çekmektedir. MPOWER aşağıdaki önlemleri içeren bir akrostiştir (6, 7):

Tütün kullanımını izleme ve önleme (Monitoring)

Halkı tütün dumanından korumak (Protecting)

Tütün kullanımına son vermek için yardım (Offering help to quit)

Tütünün zararları hakkında halkı uyarma (Warning)

Tütün reklam, promosyon ve sponsorluğunu yasaklama (Enforcing bans)

Tütün vergilerini artırma (Raising taxes)

Tütün ürünlerinin pazarlama ve tanıtımının yasal önlemlerle engellenmesi tütün salgını ile savaşta en güçlü araçlardan biridir ve diğer önlemleri de güçlendirir. Yasaklamanın etkili olması bütün tanıtım ve pazarlama

kategorilerine yönelik kapsamda olmasına bağlıdır. Bu nedenle yasal önlemler dolaylı reklam ve sponsorluk etkinliklerini de kapsamalıdır (7).

Vergi artırımı yoluyla sigara fiyatlarını yükseltmenin tütün alışkanlığını azaltmak için tek başına en etkili yol olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle, yapılacak yasal değişiklikler kesinlikle vergi artırıcı önlemleri de içermelidir. Vergilerin artırılması sigara tüketimini azaltırken vergi gelirlerini de artırır. Ne var ki, uzun süredir bilinen ve günümüzde artık kanıtlanmış olan bunca veriye karşın halen dünya nüfusunun ancak yüzde beşi kapsamlı sigarasızlık yasası olan ülkelerde yaşamaktadır (7).

#### **4207 sayılı Yasa ve ilgili diğer mevzuat Yasa'nın kabulü ve kapsamı**

Türkiye'de sigaraya karşı yasal önlemler için savaşım uzun yıllar sürmüştür. Ülkemizin ilk yasal girişimi sayılabilecek "Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" (No.3694) Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 9 Ocak 1991'de kabul edilmiştir (8). Ancak Parlamento'nun kabul ettiği bu ilk yasa zamanın cumhurbaşkanı tarafından veto edildiği için yeni bir yasanın gündeme gelmesi zaman almıştır.

Kapalı yerlerde sigara tüketimini sınırlandıran ve kapsamlı reklam yasağı getiren ilk yasal düzenleme 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" dur. Bu yasa 7 Kasım 1996 tarihinde TBMM'de kabul edilmiş, 25 Kasım'da onaylanarak yürürlüğe girmiştir (5, 8). Daha sonra Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi bağlamında yasa kapsamının güncel gelişmelere uygun biçimde genişletilmesi gündeme gelmiştir. Bu amaçla hazırlanan 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" 3 Ocak 2008'de kabul edilmiştir. 4207 sayılı yasanın kapsamını çağdaş gelişmelere uygun biçimde genişleten bu yasa 19 Ocak 2008'de yayımlanarak kesinleşmiştir (9). Ancak bu yasanın yürürlük tarihi 19 Mayıs 2008 ve 19 Temmuz 2009 olmak üzere iki kademeli olarak kabul edilmiştir.

Bu yasanın amacı birinci maddesinde şöyle belirtilmiştir:

*"Madde 1 - (1) Bu Kanun'un amacı; kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin*

zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve önlemleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır."

Yasanın tütün ürünlerinin yasaklanmasına ilişkin ikinci maddesi sigara tüketiminin yasak olduğu yerleri tanımlamaktadır. Bu maddenin birinci fıkrasının (d) bendi dışında olmak üzere yasa kapsamı 19 Mayıs 2008 tarihinde uygulanmaya başlamıştır. İkinci maddenin birinci fıkrasının (d) bendi ise, 19 Temmuz 2009 tarihinden sonra yürürlüğe girmiştir:

*"Madde 2/1-d (Tütün ürünleri) özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tüketilemez."*

İkinci madde kapsamındaki yasakların yaptırımını para cezası olup, bireyler için Kabahatler Kanunu 39. maddesine göre 50 TL (2009 için 69 TL), işletme sorumluları için 500-5000 TL'dir (9).

Yasa maddesi 3, reklam ve sponsorluk yasaklarıyla ilgilidir. Bu yasakların ihlalinin para cezası vardır. Bu madde aynı zamanda on sekiz yaş altına satış yasağı; ayrıca eğitim, kültür, spor ve sağlık merkezlerinde satış yasağı ve tek tek sigara satış yasağını içermektedir. Bu yaptırımlardan birisinin cezası Türk Ceza Kanunu 194. maddesine göre verilecektir (Madde 3/8):

*"Tütün ürünleri on sekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamaz ve tüketimlerine sunulamaz."*

*Buna göre verilecek ceza, altı ay ile bir yıl arasında hapis cezasıdır.*

#### **Diğer mevzuat**

Yasanın uygulamasına yönelik olarak illerde il tütün kontrol kurulları kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın illerde tütün kontrol kurulları kurulmasına ilişkin 24/5/2007 tarih, 11083 sayılı ve 2007/38 No'lu Genelgesi bu konuda yönlendirici olmuştur. Aynı amaçla sağlık müdürlüklerinde il tütün kontrol sorumluları belirlenmiştir (5).

Daha sonra denetim ve izlem hakkında Genelge 2008/66 yayımlanmıştır. Bu Genelge, yerel düzeyde 4207 sayılı yasa hükümlerine yönelik uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi, eşgüdümü ile ilgili yapılması gereken çalışmalara ilişkin olup izleme ekipleri, izleme formları, kamu kuruluşlarında yetkili kılan kamu görevlileri, uyarı yazıları ve il

tütün kontrol kurullarının esaslarını belirlemektedir (10).

#### **2009/44 sayılı Sağlık Bakanlığı**

#### **Genelgesi**

19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe giren yeni hükümler nedeniyle yeni düzenlemelere gerek duyulduğundan, Sağlık Bakanlığı'nca tütün kontrol çalışmalarının il düzeyinde yürütülmesi sırasında uyulması gereken ilkeleri içeren "Uygulama Rehberi" hazırlanmıştır. Bu çerçevede 2007/38 ve 2008/66 sayılı Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

#### **4207 sayılı Yasa'nın uygulaması**

16 Mayıs 2008 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Başbakanlık Genelgesi'nde yasada belirtilen kapalı alanın tanımı yapılmıştır: Kapalı alan; sabit ya da seyyar bir tavanı ya da çatısı (çadır, güneşlik vb. dahil) olan, kapıları, pencereleri ve giriş yolları dışında bütün yan yüzeyleri geçici ya da kalıcı olarak tamamen kapatılmış alanlar ile aynı biçimde tavanı ya da çatısı olup yan yüzeylerinin yarısından fazlası kapalı bulunan yerlerdir (11, 12).

**Tütün ürünleri tüketiminin yasak olduğu yerler şöyledir (9, 11):**

1. Kahvehane, kafeterya, birahane, nargile içilen mekanlar, dernek ve vakıflara ait lokaller gibi eğlence hizmeti verilen işletmeler ve lokantalar dahil kamu ve özel hukuk kişilerine ait tüm binaların kapalı alanları,

2. Taksi hizmeti verenler dahil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçları,

3. Özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumları ile okul öncesi eğitim kurumlarının, dershanelerin, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı alanları ile birlikte açık alanları,

4. Apartmanın merdivenleri ya da asansörü gibi, kapalı ortak kullanım alanları.

**Tütün ürünü tüketilebilecek yerler yalnızca şunlardır:**

1. Kahvehane, kafeterya, birahane, nargile içilen mekanlar, dernek ve vakıflara ait lokaller gibi eğlence hizmeti verilen işletmeler ve lokantalar dahil kamu ve özel hukuk kişilerine ait tüm binaların açık alanları,

2. İkamete mahsus evler,

3. Kanunun istisna saydığı ve tütün ürünü tüketimine özel alan ayrılabilir yerler: Yaşlı bakım evleri (%10), ruh ve sinir hastalarının yatarak tedavi gördüğü birimler (%10), ceza infaz kurumları (%10), şehirlerarası ya da

uluslararası güzergahlarda yolcu taşıyan denizyolu araçlarının güverteleri (% 10) (Bu alanlara 18 yaşından küçükler giremez.), açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı tesisler (toplam seyir alanının % 50'si), otelcilik hizmeti verilen işletmelerin tütün ürünleri tüketen müşterilerin konaklamasına tahsis edilmiş odaları.

#### ***Kapalı yerlerde sigara içmenin yaptırımları***

Kişiyeye verilecek ceza: Kapalı mekanda tütün ve tütün mamulleri kullanılması durumunda Kabahatler Kanunu'nun 39. maddesi gereği kişiyeye verilecek ceza; kamu hizmet binalarında ve kamuya ait toplu taşıma araçlarında ilgili idari birim amirinin yetkili kıldığı kamu görevlilerince, özel toplu taşıma araçlarında ilk başvuru kolluk birimi yetkililerince, özel hukuk kişilerine ait binalarda en yakın kolluk birimi yetkililerince idari para cezası (2009 yılı için) 69 TL olarak uygulanır.

İşletmeye verilecek ceza: Yasakların uygulanması ve önlemlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen işletme sorumluları, işletme izni veren kurum tarafından yazılı olarak uyarılır. Uyarıya karşın verilen sürede yükümlülüklerini yerine getirmeyenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından (2009 yılı için) 560 TL'den 5600 TL'ye kadar idari para cezası ile cezalandırılır.

İşletme kamu kurumu ise, görev ve sorumluluklarını yerine getirmeyen memurlar ve kamu görevlileri hakkında disiplin soruşturması açılır.

#### ***Tütün ürünlerinin çevreye zarar vermesinin önlenmesi***

Tütün ürünleriyle ilgili izmarit, paket, ağızlık, kağıt ve benzeri atıkları çevreye atanlara Kabahatler Kanunu'nun 41. maddesi gereği belediye zabıta görevlilerince idari para cezası (2009 yılı için) 25 TL uygulanır (9, 11, 12).

#### ***Yasal uyarıların asılması***

Tütün ürünleri tüketiminin yasaklandığı yerlerde, yasal düzenleme ve buna uymamanın ceza sonuçlarını belirten ve TAPDK (Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu) tarafından belirlenen usullere uygun olarak yazılmış uyarılar asılması yasal zorunluluktur (9).

Yasal uyarı yazılarında yer alan "Bilgi" kısmına kamu kurumlarında birim amiri tarafından yetkilendirilmiş kişinin iletişim bilgileri, özel hukuk kişilerine ait işletmelerde en yakın kolluk kuvveti biriminin iletişim bilgileri yazılır.

Tütün ürünleri satışı yapılan yerlerde, on sekiz yaşını doldurmamışlara tütün ürünü satılmayacağına ilişkin TAPDK tarafından belirlenen usullere uygun olarak yazılmış yazılar herkes tarafından görülebilir yerlere asılır.

Gerekli uyarı yazılarını uygun biçimde asmayanlar mahalli mülki amir tarafından (2009 yılı için) 1120 TL idari para cezası ile cezalandırılır (11).

#### ***Reklam – promosyon etkinlikleri***

4207 sayılı yasaya göre, tütün ürünlerinin ve üretici firmaların adı, marka ya da alametlerini kullanarak reklam ve tanıtımı yapılamayacak, bu ürünlerin kullanılmasını özendirilen ya da teşvik eden kampanyalar düzenlenemeyecek, etkinliklere tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmalara ait ad, amblem, ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olunamayacaktır. Tütün sektöründeki firmaların araçlarında bu ürünlerin markalarının tanınması amacıyla herhangi bir uygulama yapılamayacaktır. Üretilen ve pazarlaması yapılan tütün ürünleri bayilere ya da tüketicilere, teşvik, hediye, eşantıyon, promosyon, bedelsiz ya da yardım olarak dağıtılamayacaktır. Tütün ürünlerinin ad, logo ya da amblemlerini kullanarak basın-yayın organlarına ilan verilemeyecektir.

Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların ad, marka ya da alametlerini kullanarak reklam, tanıtım, promosyon, sponsorluk yapanlar (2009 yılı için) 56.000 TL'den 280.000 TL'ye kadar TAPDK'nin kararı doğrultusunda para cezası ile cezalandırılır.

Tütün ürünlerine benzeyecek ya da markasını çağrıştıracak biçimde sakız, şeker, çerez, oyuncak, giysi, takı, aksesuar ve benzeri ürünler üreten, dağıtan ve satanlar belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından (2009 yılı için) 22.400 TL'den 112.000 TL'ye kadar idari para cezası ile cezalandırılır.

Tütün firmalarının ad, amblem ya da ürünlerin marka, işaret ya da bunları çağrıştıracak alametleri, giysi, takı ve aksesuar olarak taşıyan kişilere Kabahatler Kanunu'nun 39. maddesi gereği; kamu hizmet binalarında

ve kamuya ait toplu taşıma araçlarında ilgili idari birim amirinin yetkili kıldığı kamu görevlilerince, özel toplu taşıma araçlarında ilk başvuru kulluk birimi yetkililerince, özel hukuk kişilerine ait binalarda en yakın kulluk birimi yetkililerince idari para cezası (2009 yılı için) 69 TL uygulanır (9, 11, 12).

#### ***Yayın kuruluşları ile ilgili düzenlemeler***

Ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolar, tütün ürünleri ve sağlığı olumsuz etkileyen diğer alışkanlıkların zararları konusunda ayda en az 90 dakika uyarıcı, eğitici içerikte yayınlar yapacaktır.

Buna uygun davranmayan yayın kuruluşları RTÜK tarafından (2009 yılı için); yerel yayın yapan televizyon kuruluşları için 1120 TL'den 5600 TL'ye kadar, radyo kuruluşları için 112 TL'den 560 TL'ye kadar, bölgesel yayın yapan televizyon kuruluşları için 5600 TL'den 11.200 TL'ye kadar, radyo kuruluşları için 560 TL'den 1200 TL'ye kadar, ulusal yayın yapan televizyon kuruluşları için 56.000 TL'den 280.000 TL'ye kadar, radyo kuruluşları için 5600 TL'den 28.000 TL'ye kadar idari para cezası ile cezalandırılacaktır (9, 11).

Televizyonda yayımlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanan, görüntülerine yer veren yayın kuruluşları RTÜK tarafından (2009 yılı için) yerel yayın yapan kuruluşlar için 1120 TL'den 5600 TL'ye kadar, bölgesel yayın yapan kuruluşlar için 5600 TL'den 11.200 TL'ye kadar, ulusal yayın yapan kuruluşlar için 56.000 TL'den 112.000 TL'ye kadar, idari para cezası verilir (9, 11).

**Bu tür ihlaller, fark eden kişi tarafından doğrudan RTÜK'e bildirilebilir.**

#### ***Tütün ürünlerinin satışı ile ilgili düzenlemeler***

Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünleri satışı yapanlara belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında genel kolluk tarafından (2009 yılı için) 1120 TL idari para cezası verilir.

Tütün ürünlerini 18 yaşını doldurmamış kişilere satanlar, Türk Ceza Kanunu'nun "Sağlık için tehlikeli madde temini" başlıklı 194üncü maddesi hükmüne göre altı aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Tütün ürünü işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında 18 yaşını doldurmamış kişileri istihdam edenlere mahalli

mülki amir tarafından her bir kişi başına (2009 yılı için) 1120 TL idari para cezası verilir.

Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesinde mevzuata uygun hareket etmeyenler, bu yükümlülükler aykırı olarak piyasaya sürülen malların piyasa değeri kadar idari para cezası ile TAPDK tarafından cezalandırılır. Ancak, verilecek para cezasının miktarı (2009 yılı için) 280.000 TL'den az olamaz.

Tütün ürünlerini otomatik makinelerle, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarda satanlar ve satış amacıyla kargo yoluyla taşıyanlar TAPDK kararı doğrultusunda cezalandırılır.

Tütün ürünlerini paket açılıp adet olarak ya da daha küçük paketlere bölerek satanlara TAPDK tarafından 4733 sayılı Yasa'nın 8. maddesi (j) bendi uyarınca (2009 yılı için) 1.120 TL'den 11.200 TL'ye kadar idari para cezası verilir.

Tütün ürünlerini, 18 yaşını doldurmamış kişilerin doğrudan ulaşacağı ve işletme dışından görülecek biçimde satışa sunanlar TAPDK kararı doğrultusunda 4733 sayılı yasanın 8. maddesi (1) bendi uyarınca cezalandırılır. Bu ihlal saptandığında ekipler yalnızca durumu belirleyen tutanağı düzenleyerek TAPDK ya da Sağlık Bakanlığı'na bildireceklerdir.

Yasanın uygulanması ve gerekli önlemlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen memurlar ve diğer kamu görevlilerine, ceza hukuku sorumlulukları saklı kalmak üzere, tabi oldukları mevzuatta yer alan disiplin hükümleri uygulanır (9, 11, 12).

İl tütün kontrol kurullarının oluşturulması 5727 Yasa ile değişik 4207 sayılı Yasa'nın yürürlüğe girmesinden sonra illerde "İl Tütün Kontrol Kurulları" kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın illerde tütün kontrol kurulları kurulmasına ilişkin 24/5/2007 tarihli, 11083 sayılı ve 2007/38 No'lu Genelgesi bu konuda yönlendirici olmuştur. İllerde sağlık müdürlüklerinde il tütün kontrol sorumluları belirlenmiştir. İl tütün kontrol sorumlularının eğitimi Aralık 2008 tarihinde gerçekleştirilmiştir (5).

Sağlık Bakanlığı'nın 2007/38 sayılı Genelgesi doğrultusunda illerde kurulması öngörülen il tütün kontrol kurulu, ilin hıfzıssıhha meclisi kararı ile oluşturulur. İlde bulunan tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversite, spor kulübü ve sivil toplum

örgütlerinin katılımıyla geniş bir kesimin katkıları sağlanmaya çalışılır.

İlde sigara ve diğer tütün ürünleriyle yapılacak olan mücadele bu kurul eşgüdümünde yürütülür. Kurul, ayda en az bir kez toplanarak çalışmalarını gözden geçirir, varsa aksaklıklara yönelik önlemler alır. Kurula vali ya da vali yardımcısı başkanlık yapar, tütünle mücadeleden sorumlu il sağlık müdür yardımcısı da kurulda görev alır. Kurulun sekreteryaya işlemleri il sağlık müdürlüğüne yapılır. Kurul, ceza işlemi uygulamaya yetkili olmayıp, yasanın uygulanması sırasında gerekli ceza işlemlerinin yetkili birimlerce yerinde ve zamanında uygulanmasını sağlar. Kurul çalışmaları düzenli olarak SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne rapor edilir (12).

### **Denetim ekipleri**

İl genelinin sigarasızlık yasasına uyum açısından değerlendirilebilmesi için belirli bir düzen içinde ve sürekli denetim yapılması gerekmektedir.

İl için gerekli denetim ekibi sayısı il tütün kontrol kurulu tarafından belirlenir. Ekipler en az iki kişiden oluşur. Ekipler Yasa hükümlerinin uygulanması ile ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlarından (sağlık müdürlüğü, emniyet müdürlüğü, milli eğitim müdürlüğü, belediyeler vb.) yetkilendirilecek personelden oluşturulur. Ekipler içinde kolluk kuvvetleri (zabıta, polis, jandarma) temsilcisinin bulunmasına özen gösterilir.

Valilik onayı alınarak ekiplerin resmi görevlendirmeleri yapılır ve ayrıntılı hizmet içi eğitim almaları sağlanır. Denetimlerde ekipler "4207 sayılı Kanun Uygulamalarını İzleme Formu ve 4207 Sayılı Kanun Uygulamalarını Tespit Formu"ndan yeterli sayıda bulundururlar. Her denetimin kaydının tutulması gereklidir. Denetim ekibinde bulunan ceza işlemi uygulamakla yetkili kolluk kuvveti temsilcisinin, yetkilendirilmiş ise, yanında ceza makbuzu bulundurup doğrudan ceza uygulaması olanaklıdır (12).

### **Denetim süreci**

Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanan "Denetim Ekipleri için Rehber"de, kamu kurum ve kuruluşlarında, özel hukuk kişilerine ait işletmelerde, tütün ürünleri kullanımına izin verilen alanlarda, tütün ürünleri satan işletmelerde, toplu taşıma araçlarında denetimlerin nasıl yapılması gerektiği ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Ayrıca yasal uyarı yazısı

örnekleri, ceza uygulama usulleri ve izleme formları da Rehber'de yer almaktadır (12).

### **Yasa ihlali durumlarında yol haritası**

Değişik kurumlarda ve mekanlarda Yasa ihlali eylemlerine yönelik olarak yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından saptanmış ve atılacak adımlar aşağıdaki gibi açıklanmıştır (11):

### **Kamu kurum ve kuruluşlarında tütün ürünü tüketen bir kişiyi görenlerce yapılacak işlemler**

- Sigara içilmez işareti gösterilir ve sigarasını söndürmesi istenir.  
- Sigarasını söndürmeyi reddederse, kurumda idari yaptırım kararlarını uygulamaya yetkili personel aranır.

- Yetkilendirilmiş personel, kişi ile ilgili "İdari Yaptırım Karar Tutanağı" düzenler.

- On beş gün içinde tutanak kişinin ikametinin bulunduğu vergi dairesine gönderilir.

- Kişi cezayı peşin ödeyebilir.  
- Yetkili personel görevini yapmıyorsa, 24 saat boyunca hizmete açık olan "ALO SABİM 184" kanalıyla ya da doğrudan illerdeki dumansız hava sahası irtibat merkezine telefon ve e-posta ile ulaşılır. Merkez sorumlusu tarafından yakınması değerlendirilecek ve derhal ekipler yönlendirilecektir. Denetim ekibi olay yerine gelecektir.

- Kurum amiri konuyla ilgili uyarılır, eğer uyarıya karşın konu olay yinelenmişse, kurum amiri hakkında disiplin hükümleri uygulanmak üzere disiplin amirine durum iletilir. Disiplin amiri olayı inceler ve gerekli görürse sorumlular hakkında disiplin soruşturması başlatılmasını ister.

### **Kamu kurum ve kuruluşlarında yetkilendirilmiş kişilerce yapılacak işlemler**

- Kurum amiri tarafından bir ya da birden fazla kişi idari yaptırım kararlarını uygulamak üzere yazılı olarak görevlendirilir. Bildirim olduğunda yetkilendirilen kişi yeteri kadar idari yaptırım karar tutanağı, idari yaptırım karar defteri ve tahsilat makbuzu ile olay yerine gider.

- Tütün ürünü tüketen kişi ile ilgili "İdari Yaptırım Karar Tutanağı" düzenlenir. Olaya ilişkin bilgi ve kanıtlar eklenir. İdari yaptırım kararı uygulanacak kişi bilgilendirilip karar tutanağını imzalaması istenir. Kişinin imzadan kaçınması durumunda, bu durum tutanakta belirtilecektir. İdari yaptırım karar tutanağı üç

kopya olarak düzenlenir. Bir kopya 15 gün içinde kişinin ikametinin bulunduğu vergi dairesine gönderilir. Kişi cezayı peşin ödeyebilir.

- İdari para cezasının bir ay içinde ödenmesi gerekir. İdari yaptırım kararının kendisine tebliğ ya da tefhim edildiği tarihten sonra kişi en geç 15 gün içinde karara karşı sulh ceza mahkemesine başvurabilir. Bu süre içinde başvuru yapılmaması durumunda idari yaptırım kararı kesinleşir.

- İdari para cezasına karşı, yasal yola başvurmadan önce ödeme yapması durumunda kişiden miktarın 3/4'ü tahsil edilir. Peşin ödeme, kişinin bu karara karşı yasal yola başvurma hakkını etkilemez.

### ***Özel hukuk kişilerine ait bina, araç, tesislerde denetim ekiplerince yapılacak işlemler***

- Denetimler planlı ve sürekli olarak, ihbar gelmesi durumunda ise hemen yapılır.

- Tütün tüketen kişi olduğunda ya da işletme ya da taşıtta yasaya aykırı durum gözleendiğinde; ekipteki kolluk kuvveti tarafından idari yaptırım tutanağı düzenlenir. Kolluk kuvveti yoksa "4207 Sayılı Kanun Uygulamaları Tespit Formu" düzenlenir ve kolluk kuvvetlerine durum bildirilir. İşletme yetkilisi ve işletme sorumlusu uyarılır, eğer uyarıya karşın olay yinelenmişse, işletme hakkında tutanak tutulur ve belediye encümeni/ mahalli mülki amire iletilir.

- Belediye encümeni/mahalli mülki amir tutanağı inceler ve olaya ilişkin gerekli ceza işlemi uygulanır. "4207 Sayılı Kanun Uygulamaları Tespit Formu" nun bir örneği işletme sorumlusuna verilecek, diğeri düzenleme tarihini izleyen üç işgünü içinde ceza yaptırımını uygulamaya yetkili kuruma gönderilecek, son kopya "İl Tütün Kontrol Kurulu" sekreteryası tarafından saklanacaktır.

### ***Tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu alanda tütün ürünü tüketen bir kişiyi gören yurttaşlarca yapılacak işlemler***

- Kolluk kuvvetleri (155,156), 184 ya da il dumanlız hava sahası irtibat merkezi aranır. Kolluk kuvveti temsilcisinin de bulunduğu denetim ekibi olay yerine gelir ve tutanak tutar. İşletme sorumlusu da uyarılır.

- Tütün ürünleriyle ilgili izmarit, paket ve benzeri atıkları çevreye atan bir kişiyi gören vatandaşların yapacağı işlemler

- İzmarit, paket gibi atıkları çevreye atmanın yasa uyarınca yasak olduğu anımsatılır.

Kişi çevreye attığı izmarit, paket gibi atıkları geri almayı reddederse, 153 ya da en yakın belediye zabıtasına haber verilir. Olay yerine gelen ekip ilgili kişi hakkında gerekli tutanağı düzenler.

- Belediye zabıtası olaya müdahale etmezse, dumanlız hava sahası irtibat merkezi aranabilir. Olay yerine gelen ekip ilgili kişi hakkında gerekli tutanağı düzenleyecektir.

- Tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu işletmesinde ya da aracında tütün ürünü tüketen kişi gören işletme sahiplerinin yapacağı işlemler

- Tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu mekanların ve araçların sorumluları, buralarda yasaya uyulmasını sağlamak noktasında yükümlülük altındadır. Sorumlu oldukları bir mekanda ya da araçta sigara ya da diğeri tütün ürünlerini kullanmaya kalkışanlara karşı alabilecekleri pratik önlemler şöyledir: Sigara içilmez işareti gösterilerek, sigarasını söndürmesi ya da dışarı çıkması istenir. Sigara içmeye izin vermenin suç işlemek olacağı, kişinin yasak kapsamına giren mekan ya da araçta sigara içerek yasaları ihlal ettiği, her iki tarafa da para cezası uygulanacağı belirtilir.

- Çalışan ya da müşteri sigarasını söndürmeyi reddederse, sigara içmeyi sürdürürse, personelin ona hizmet etmeyeceği ve o mekanı terk etmesinin isteneceği açıklanır.

- Kişi mekanı terk etmezse, yasaya aykırı hareket edilmesi durumunda kolluk kuvvetlerine bildirme yükümlülüğü olduğu açıklanır. Yasal uyarı yazısında belirtilen en yakın kolluk kuvveti birimine bildirimde bulunulur.

- Tütün ürünü tüketen kişi şiddete başvuracağı yönünde tehditte bulunursa kolluk kuvvetinden yardım istenmelidir.

### ***Ceza işlemi uygulamaya yetkili kurumlar ve yetkileri***

#### **1. Mahalli Mülki Amir:**

Yasal uyarı yazısı olmaması, Belediye sınırları dışındaki işletmelerde tütün ürünleri tüketimine izin veriliyor olması, Tütün ürünlerinin paketleri açılarak adet olarak ya da küçük paketlere bölünerek satışının yapılması,

Pazarlama ve satışta 18 yaşını doldurmamış kişilerin istihdam edilmesi.

#### **2. Belediye Encümeni:**

Belediye sınırlarındaki işletmelerde tütün ürünleri tüketimine izin verilmesi.



### 3. Kolluk Kuvveti:

Özel hukuk kişilerine ait bina, araç ya da tesislerde tütün ürünleri tüketilmesi, Tütün ürün/firmalarına ait alamet taşıyor olması,

Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünleri satışı yapılması.

### 4. Kamu Görevlileri:

Kamu bina, araç ya da tesislerinde tütün ürünleri tüketilmesi, Tütün ürün/firmalarına ait alamet taşınması.

### 5. Belediye Zabıtası:

Yere izmarit atılması.

### 6. TAPDK:

Tütün ürünlerinin otomatik makinelerde, telefon, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarla satışının yapılması, Tütün ürünlerinin reklam, promosyon ve sponsorluğunun yapılması,

Tütün ürünlerinin 18 yaşını doldurmamış kişilerin doğrudan ulaşacağı ve işletme dışından görülecek biçimde satışı, Tütün ürünlerinin satış belgesi olmaksızın ve satış belgesinde belirtilen yerin dışında satışa sunulması.

**7. RTÜK:** Tütün ürünleri görüntülerine yer verilmesi.

**8. Disiplin Amiri:** Memur ya da kamu görevlilerinin yükümlülüklerini yerine getirmemesi.

**9. Cumhuriyet Savcılığı:** 18 yaşından küçüklerle tütün ürünleri satışı.

### Sonuç

Türkiye kapsamlı ya da tam sigarasız toplum sıralamasında önde gelen ülkeler arasında yer almaktadır (Tablo). Kronolojik sıralamada 14. olmakla birlikte, ülkemiz sigarasızlık yasası kapsamı açısından altıncı sırada yer almaktadır.

4207 sayılı Yasa'nın yürürlükte olduğu on yılı aşkın süre içinde tütün tüketiminin azaldığı ve toplumda sigara içme hızlarının düştüğü ülke verileriyle ve çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir. Yeni yasal düzenlemelerin sonuçları konusunda bir yargıya varmak için henüz erkendir. Uluslararası verilere göre, bir düzenlemenin etkisi beş yıldan sonra ortaya çıkmaktadır. Ancak sigara karşıtı yasaların, sigara içmeyenleri korumanın yanı sıra, sigara içenlerin sigarayı bırakmasına ve ortalama tütün tüketiminin azalmasına yararı olduğu gösterilmiştir (13).

Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda yeni

yasal düzenlemenin %97 düzeyinde toplumsal destek aldığı ve yasaya uyum düzeyinin %99.5 olduğu belirlenmiştir. 19 Temmuz 2009'da başlayan yeni süreçte kamu kuruluşları, özel işletmeler ve toplu taşıma araçlarında toplam 134581 denetim yapılmıştır. Ancak denetimlerde büyük ölçüde uyarı yapılmış, yalnızca 273 ceza kesilmiştir (14). TAPDK'nin sorumluluğunda olan alanlarda ise, 19 Mayıs 2008'den beri idari yaptırım kararlarıyla firmalara toplam iki milyon 350 bin TL'lik ceza işlemi uygulanmış, ancak pek çoğu yargıya gittiğinden cezaların tahsilatı düşük olmuştur (15).

Sonuç olarak, halen elde olan bilgi ve veriler, yeni yasal düzenlemenin başarılı olduğunu şimdiden ortaya koymaktadır.

**İletişim:** Dr. Özen Aşut

**E-posta:** ozenasut@gmail.com

### Kaynaklar

- 1- Hirsh A, Slama K. Anti-tobacco measures in the world: the French case. *Tuber Lung Dis* 1992 Aug; 73 (4): 184-6.
- 2- Dalla-Vorgia P, Sascio AJ, Skalkidis Y, Katsouyanni K, Trichopoulos D. An evaluation of the effectiveness of tobacco-control legislative policies in European Community countries. *Scand J Soc Med* 1990 Jun; 18 (2): 81-9.
- 3- WHO-FCTC, Adopted by the COP to the FCTC, May 2003. [www.who.int](http://www.who.int)
- 4- About WHO Framework Convention on Tobacco Control. [www.who.int](http://www.who.int). Erişim tarihi: 22 Eylül 2009.
- 5- Bilir N, Aslan D. Türkiye'de tütün kontrolünde önemli bir tarih yaklaşıyor: 19 Temmuz 2009. *Sağlığın Başkenti* Mayıs 2009; sayı 14.
- 6- WHO-MPOWER Report, 2008.
- 7- DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008 MPOWER paketi.
- 8- Aşut Ö. Sigara yazıları 1990-2009. [www.ssuk.org.tr](http://www.ssuk.org.tr)
- 9- 5727 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Yayın tarihi: 19 Ocak 2008.
- 10- TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 4207 sayılı Kanun hükümlerinin uygulanması hakkında 2009/44 sayılı Genelge.
- 11- 4207 sayılı Kanun'un uygulanması. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddeler ile Mücadele Daire Başkanlığı Temmuz 2009. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 21 Eylül 2009.
- 12- SB TSHGM. Denetim ekipleri için rehber. Mart 2009.
- 13- Avrupa Tütün Kontrolü Raporu 2007. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi; 2007. s. 46.
- 14- Milliyet. 22 Eylül 2009.
- 15- TAPDK, Mustafa Seydioğulları ile özel görüşme. 22 Eylül 2009.

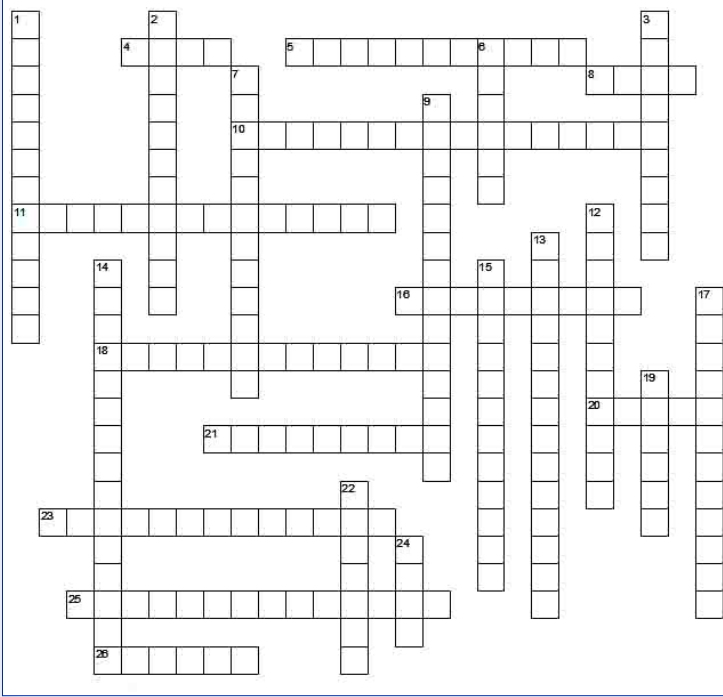
### Tam Sigarasız Restoran ve Barları Olan Ülkeler

- 1- İrlanda (29 Mart 2004)\*
- 2- Norveç (1 Haziran 2004)
- 3- Yeni Zelanda (10 Aralık 2004)\*
- 4- Butan (Mart 2005)
- 5- Uruguay (1 Mart 2006) \*
- 6- Bermuda (1 Nisan 2006)
- 7- Litvanya (1 Ocak 2007)
- 8- İzlanda (1 Haziran 2007)
- 9- Belçika (Haziran 2007)
- 10- Birleşik Krallık (1 Temmuz 2007)\*
- 11- Fransa (Temmuz 2007)
- 12- Cibuti (2 Mart 2008)
- 13- Panama (24 Nisan 2008)
- 14- Türkiye (19 Temmuz 2009)\*

\* Kapsamlı sigarasızlık yasası



*Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTb- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi'nin hazırladığı "**Geriatrı ve Gerontoloji II**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mayıs Haziran 2010** sayımızda yayımlayacağız.*



**1-** İdrar yolu enfeksiyonu tanısında kullanılan bir yöntem. **2-** Ayrık omurilik malformasyonlarından şüphelenmeyi gerektiren bir bulgu. **3-** Genital mutilasyonun erken komplikasyonlarından biri. **4-** İdrar yolu enfeksiyonu tanısında kullanılabilen uluslararası bir kılavuz (kısaltma). **5-** Non-Steroid Anti-Enflamatuvar ilaç kullanımında ülser riskinde kullanılması önerilen bir ilaç grubu. **6-** Kadın sünnetinin uygulandığı bir Afrika ülkesi. **7-** Yaklaşık 100-140 milyon kişiyi içine alan; kadını fiziksel, ruhsal, sosyal ve cinsel yönden tehdit eden çok önemli sağlık sorunu.

**8-** DSÖ Tarafından önerilen kadın genital mutilasyon tipine uygun gebelikten koruyucu bir yöntem (kısaltma).

**9-** Siyatik sinir hasarının intramüsküler enjeksiyon dışında bir nedeni.

**10-** Ayrık omurilik malformasyonları grubunda yer alan nadir nedenlerden biri.

**11-** İdrarda bakılan kimyasal bir test.

**12-** Mutilasyonun geç komplikasyonlarından biri. **13-** Kişinin öngördüğü sonucu istememesine karşın, sonucun oluşmasında etkisinin olması. **14-** Gluteal bölge yerine alternatif olarak kullanılacak bir kas grubu. **15-** Labia minör ve / veya labia majorun, klitoris eksizyonu yapılarak ya da yapılmadan, kesilip karşılıklı sütüre edilerek yeniden oluşturulması ile vajinal girişin küçültülmesi işlemi. **16-** İntramüsküler enjeksiyonun potansiyel bir komplikasyonu. **17-** Kişilerin aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde sorunlarını paylaşabilmesi, çevreye uyum sağlayabilmesi ve ruhsal sağlığını sürdürebilmesi için temel bir gereksinim. **18-** Davranış değişikliğini kolaylaştırmada kılavuz olarak kullanılan model. **19-** Antikolinergik ilaç kullanırken mutlaka sorgulanması gereken bir durum. **20-** İntramüsküler enjeksiyon için en sık kullanılan bölge. **21-** Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunun bir komplikasyonu. **22-** Kalçaya enjeksiyon yapılırken problem yaratabilecek bir sinir. **23-** Stres inkontinansı tedavi edebilen bir ilaç. **24-** Kegel egzersizi yerine kabul gören terim (kısaltma). **25-** Bir genital mutilasyon şekli. **26-** Hem erişkinlerde hem de çocuklarda önemli bir halk sağlığı sorunu.