

0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerin Sağlık Ocağında Ebe-Hemşire Hizmetlerini Kullanma Durumları	163
İlköğretim Okullarının Okul Çevre Sağlığı Standartları Yönünden Değerlendirmesi	169
Osgood-Schlatter Hastalığı: Yedi Olgu	176



Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Banu Mutlu
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Mehmet Özen
 Dr. Zeren Barış Dr. Fatih Sarıöz
 Dr. Şamih Demli Dr. Murat Sincan
 Dr. Arzu Dursun Dr. Figen Şahpaz
 Dr. Betigül Güliter Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
 Dr. Tolga İnce Stj. Dr. Yılmaz Yıldız
 Dr. R. Ekrem Kutbay

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu Prof. Dr. Nural Kiper
 Doç. Dr. Dilek Aslan Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula
 Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
 Prof. Dr. Murat Akova Yrd. Doç. Dr. Esra Önal
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Doç. Dr. Nükhet Örnek Büken
 Prof. Dr. Berna Arda Prof. Dr. İmran Özalp
 Prof. Dr. Semih Başkan Prof. Dr. Orhan Öztürk
 Dr. Aylin Sena Beliner Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Dr. Alfert Sağdıç
 Doç. Dr. Ümit Biçer Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. İskender Sayek
 Dr. Alper Büyükkakkuş Dr. Mustafa Sülkü
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Figen Şahin
 Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan Prof. Dr. Selahattin Şenol
 Dr. Naciye Demirel Dr. Fatih Şua Tapar
 Doç. Dr. Önder Ergönül Prof. Dr. Cem Terzi
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. İlhan Tezcan
 Prof. Dr. Haldun Güner Prof. Dr. Çetin Turgan
 Prof. Dr. Hamit Hancı Doç. Dr. Duygu Uçkan
 Prof. Dr. Şükrü Hatun Prof. Dr. Fatih Ünal
 Dr. Sema İlhan Prof. Dr. Serhat Ünal
 Doç. Dr. Levent İnan Doç. Dr. Hakan Yaman
 Dr. Remzi Karşı Prof. Dr. Muharrem Yazıcı
 Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu
 Dr. Ayça Gümüş Dr. Çağlar Özdemir
 Dr. Şükrü Güvenç Dr. Mesut Yıldırım

Sayı Sorumlusu

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil
 Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara
 Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53
 E-posta: sted@ttb.org.tr İnternet: www.ttb.org.tr/STED
 STED Okurları Haberleşme Listesi: stedokur@yahoo.com

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2
 Yenimahalle - Ankara
 Basım Tarihi: 11 Şubat 2008

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için aylık olarak yayımlanmaktadır.

STED, TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ içinde yer almaktadır.

Abonelere ücretsiz gönderilir.

Bu Sayıda

Cilt 16
 Sayı 11
 Kasım 2007

Araştırma

0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerin Sağlık Ocağında Ebe-Hemşire Hizmetlerini Kullanma Durumları 163

Sibel Kıyak, Belgin Akın,
 Dr. Emel Ege

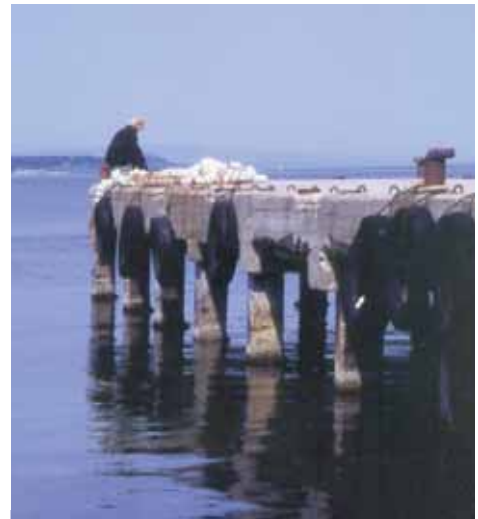
İlköğretim Okullarının Okul Çevre Sağlığı Standartları Yönünden Değerlendirmesi 169

Dr. Aynur Uysal, Dr. Aslı Koçer,
 Dr. Şafak Ergül

Derleme

Osgood-Schlatter Hastalığı: Yedi Olgu 176

Dr. Alper Akın, Dr. Sedat Demir,
 Dr. Seval İnceçayır Ozan,
 Dr. Baran Korkut Onar,
 Dr. Özgür Özer



Kapak Fotoğrafı: "İskelede"

Dr. Ahmet Remzi Tülüce, Kocaeli
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006
 Kapak Ödülü



Merhaba,

*Birkaç zamandır birkaç hastanede yaşıyorum. Hastanelerde 'hayat' öyle tuhaf ki. İnsan evine dönünce soluk alıp vermeye başlıyor. Hastaneler birer oksijen çadırı: Oralarda 'normal' soluk alıp vermek mümkün değil. Her şey, kullanılan her şey, atılmak için yapılmış. Geçici şeyler. Sürekli bir kampçılık durumu. Çay kaşıkları plastik, kupaların üstünde ilaç şirketlerinin isimleri var, her şeyin üstünde ilaç şirketlerinin isimleri var. Elinizi deşirdiğiniz her şey çirkin ve atılası. Her an, her şey atılabilir, geride bırakılabilir ve zaten öyle yapılıyor. Herkes, her an 'kampçılık' yapıyor. Bu duygu, bu mutlak göçebelik ve her an işbaşında olma duygusu, bende dehşet yaratıyor. Bu hayatın içinde bir de doktorlar var. Asıl, doktorlar var. İster istemez onları düşünüyorsunuz. Eşyalarıyla, koridorlarıyla, duvarlarıyla bu mekanlara nasıl tahammül ettiklerini. Tabii, bu işin estetik kısmı.

Doktorların bir de hastaları var. Her gün, her gece, birilerinin kolunu, bacağına, beynini, hayatını kurtarıyorlar. Ya da kurtaramıyorlar. Ama hep oradalar. O çirkin binalardalar ve böylesine ağır bir işleri var. Hayretle izliyorum: Kötü yemekler (zaten ne yiyip, ne yemediklerinin farkında olmayacak kadar çok çalışıyorlar) kötü eşyalar (neye dokunup nasıl bir kaptan içtiklerinin farkında olmayacak kadar çok çalışıyorlar) kötü renkler, mekanlar (buldukları yerin nasıl döşendiğini fark edemeyecek kadar çok çalışıyorlar): Doktorlar habire ayaktalar, 'işlerinin' başındalar. Üstelik, inanmayacaksınız ama DUYGULANİYORLAR. Üzülüyorlar, seviniyorlar; hastalar için yorulmadan savaşıyorlar.

Yaşadığım bu korkunç günlerde, hakikaten iyi insanlarla: doktorlarla tanıştım, onları seyretmek durumunda kaldım. Bu esnada bu 'iş'i niye seçtiklerini habire düşünmemek, elimde değil. İnsan, bu denli ağır bir işi, hayatla ölüm arasında ellerinde gidip gelen insanlarla olmayı, onlar hayatla ölüm arasında sallanırken hayatta kalmaları için günler ve geceler boyu çalışmayı, nasıl seçer, neden seçer?

Onlar bu tercihi yapmasalar, bizler sapır sapır dökülürüz bir kere. Onlara bu tercihi yaptıran bilinçaltı ve üstü dürtüler, onların 'üstün' insanlar olduğu anlamına mı geliyor? Egoaları bizimkilerden daha mı büyük? Süperegoları daha mı güçlü? En azından vakti bol, parası bol reklamcılar, borsacılar, bankacılar gibi oturup bunalıma girecek ve 'hayatın anlamı nedir' diye kıvranarak günler ve geceler geçirecek halleri yok. Buna ne vakitleri var, ne takatleri.

Hayatın anlamı üzerine düşünüyorlarsa da, bu çok derinlerde ve hakiki bir yerlerde cereyan ediyor. Zira ellerinde insanların hayatları var ve onlar, bununla meşguller. İnsanların hayatını kurtarmakla.

'Yeni' doktorlar diyebileceğim 1955 yılından itibaren doğmuş olan doktorlar, hakikaten bambaşka. Anneannemin hastalığı esnasında muhatap olduğum dinazor doktorlara asla benzemiyorlar. 'Dünya ve evrenin hakimi benim; yolundan çekil küçük karınca' ruhuyla varolmuyorlar. Size her şeyi izah ediyorlar, fikrinizi alıyorlar; bağırıp çağırdıklarına ya da yorulduklarına şahit olmadım. Savsaklamıyorlar hiçbir şeyi. Hep iş başındalar ve hep yürekleriyle, beyinleriyle seferberlikteler. Bu episod esnasında tanıdığım bütün o olağanüstü doktorlara, ben nasıl teşekkür edeceğimi kestirebilmiş değilim. Nazik bir Çinli gibi habire teşekkür etmekteyim gerçi. Ama onların hayatlarını bizlere akıttıklarının karşılığı hangi teşekkürle mümkün, bunu kestiremiyorum. Aynen onları bu işi tercih etmeye itenin tam da ne olduğunu kestiremediğim gibi. Ama işte o inanılmaz çirkinlikte mekanlarda, bir sürü imkansızlıkla kuşatılmış olarak, başları dik ve üstelik her an size gülümsemeye, cevap vermeye hazır, gecenin üçünde dördünde dahi koşuşturarak, bizler için paralan birileri var. Bazen anlamadığımız, anlayamadığımız şeyler daha güzel ve özeldir. Onlar da öyleler.

Bilimsel ve dostça kalın.

*Perihan Mağden -Doktorlar!-
Radikal Gazetesi-20 Ekim 2005-



0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerin Sağlık Ocağında Ebe-Hemşire Hizmetlerini Kullanma Durumları

The Use of Health Services Provided by Midwives and Nurses in Health Care Centers by Mothers with Infants aged 0-1



Sibel Kıyak, Belgin Akın**, Dr. Emel Ege***

Öz

Amaç: 0-1 yaş bebeği olan annelerin sağlık ocağında ebe-hemşire tarafından sunulan hizmetleri kullanma durumlarını incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma evreni ve çalışma grubu, Konya'da bir sağlık ocağı bölgesinde yer alan dört mahallede yaşayan 0-1 yaş bebeği olan 250 anneden oluşmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile bir anket formu kullanılarak 1 Nisan-30 Mayıs 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde sayı ve yüzde dağılımı kullanılmıştır.

Bulgular: Ailelerin çoğunluğunun (%66.8) sağlık sorunlarında başvurdukları ilk kurum sağlık ocağıdır. Bebek için kullanılan hizmetler ise sırası ile aşılama (%99.6), boy-kilo takibi (%99.6), sağlık eğitimi (%64.0), enjeksiyondur (%58.0). Annelerin son gebeliklerinde kullandıkları hizmetler; %92.0`sinin antenatal bakım hizmetini kullandığını, bu hizmetlerin kilo takibi (%89.6), bebeğin kalp seslerinin dinlenmesi (%86.4), tetanoz aşılması (%86.0), demir ilacı alınması (%59.6), laboratuvar hizmetlerinin kullanılması (%45.2) ve sağlık eğitimi (%32.8) olduğu bulunmuştur. Son bir yılda 195 (%78) annenin evine ebe ve hemşireler tarafından ziyaret yapıldığı, yapılan ziyaretlerin %63.6`sı ETF doldurma amaçlı olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bebekler için en çok aşılama ve boy-kilo takibi hizmetlerini kullanılırken sağlık eğitimi hizmetinden yararlanma düşük bulunmuştur. Son bir yılda annelerin çoğu ebe ve hemşireler tarafından evinde ziyaret edilmiştir. Ev ziyaretinin en fazla kayıt tutma nedeniyle olduğu belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Sağlık hizmeti kullanımı, anne ve bebekler, ebe-hemşire hizmetleri, sağlık ocağı.

Giriş

Halk Sağlığının temel yaklaşımlarından birisi hizmetin öncelikle risk gruplarına yönlendirilmesidir. Morbidite ve mortalite hızları dikkate alındığında, bebeklik dönemi öncelikli hizmet gruplarından birisini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 yılında yapılan 31. Genel Kurulu'nda belirlenen ve yaygın biçimde benimsenen Alma-Ata Bildirgesi'nde, sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez unsurları olarak "en az bakım" kavramından söz edilmektedir. Burada söz

Abstract

Objective: The aim of the study is to examine the use of health services provided by midwives and nurses in health care centers by mothers with infants aged 0-1.

Methods: This was a descriptive study. The study population was made of 250 mothers who had infants aged 0-1 and lived in a four-neighbourhood district associated with a health care center in Konya. The data was collected by researchers using a questionnaire with face-to-face interviews between March 1 and April 30, 2006. Frequency and percentage distributions were used in statistical analyses.

Findings: Most of the families preferred the health care center as the first place of application when they had a health problem. The services given to infants were vaccination (99.6%), growth monitoring (99.6%), health education (64.0%) and injections (58.0%). It was determined that 92.0% of the women received prenatal care services during their last pregnancy and these services included monitoring of weight gain (89.6%), fetal heart sounds (86.4%), tetanus vaccination (86.0%), iron supplementation (59.6%), laboratory services (45.2%) and health education (32.8%). Within the past year, the houses of 195 (78%) of the mothers were visited by midwives and nurses and 63.3% of these visits were made in order to fill in house evaluation forms.

Conclusions: It was determined that while vaccination and growth monitoring services were widely received by infants, the rate of utilisation of health education services was low. During the last year, most of the mothers had received house visits by midwives and nurses and most of these were for recording purposes.

Key words: Utilisation of health services, mothers and infants, midwife and nurse services, health care center

edilen faaliyetlerden biride ana-çocuk sağlığı hizmetleridir (1). Sağlık hizmetlerindeki yeterliliğin önemli bir göstergesi sağlık kuruluşlarında verilmekte olan hizmetlerden yararlanma düzeyidir (2). Çocukların daha duyarlı durumda olmaları nedeni ile yaşamlarının ilk yılı önemlidir ve sağlık çalışanı tarafından bebekler risklere karşı daha sık izlenmelidirler (3).



Fotoğraf: "Hayatın Kaynağı" Dr. Sadık Nazik, Antakya, 2002, Başarı Ödülü

Türkiye`de bebek sağlığına yönelik hizmetler sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, hastaneler ve özel hekim muayenehaneleri tarafından verilmektedir. Sağlık ocakları, "224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun ile kurulan ve ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti vermesi amaçlanan birimlerdir. Birinci basamak sağlık hizmeti; bir toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolayca erişebilecekleri ve yararlanabilecekleri biçimde oluşturulan, koruyucu hizmetlerle evde ve ayakta tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmetler olarak tanımlanabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet sunacak sağlık personelinin görev ve sorumluluklarının tanımlandığı 154 sayılı yönergeye göre, birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin çocuk sağlığına yönelik hizmetlerinde; ev ziyaretleri yaparak bebekleri saptama, Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilen izlem dönemlerinde bebekleri (ilk 48 saatte, 15. günde, 41. günde, 2, 3, 4, 6, 9, 12. aylarda birer kez) izleme, gelişimi kötü, hasta, sosyal durumu bozuk, anne bakımı yetersiz olan ya da başka bir

sorunu bulunan çocukları daha sık izleyerek gereken önerilerde bulunma, bebekleri aşı takvimine uygun olarak aşılama, büyüme gelişmesini izleyerek izlem kartına kayıt etme, özellikle yeterli ve dengeli beslenme, akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishali hastalıklar konularında ailelere sağlık eğitimi verme, fenilketonüri, diyabet gibi gelişim sürecini etkileyebilecek hastalıkların taramasını yapma, sosyoekonomik durumu iyi olmayan ailelerin bebek ve çocuklarını desteklemek için gerekli kurum ve kuruluşlarla bağlantı kurma sorumluluğu vardır (4).

Hizmet sunumunun değerlendirilmesinde; bebek ölümleri, bebek izlem sayıları ve bağışıklama oranı göstergeleri kullanılabilir. Türkiye`de doğan her bin bebekten 29`u ilk bir yılda yaşamını yitirmektedir. Bebek ölüm nedenleri arasında, ilk üç sırada perinatal nedenler, pnömoni ve ishal gibi önlenabilir hastalıklar yer almaktadır. Genç yaşta annelerin çocukları ve iki yıldan daha kısa doğum aralıklarıyla doğuran annelerin çocuklarında ölüm riski artmaktadır. Bağışıklama ile ilgili ulusal düzeyde birçok kampanyaya karşın, bir yaşından önce tam aşılı çocuk oranı %48.0`dır (5).

Sağlık hizmetlerinin varlığı ve kullanımı, toplumdaki ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin düzeyi ve niteliğinde belirleyici olmaktadır (6). Ülkemizdeki sağlık hizmetleri sunumunda birinci basamaktan sevk zincirinin işlememesi nedeni ile sağlık ocaklarının yeterli kullanılmadığı belirtilmekte ve hizmetin kullanılmamasının hizmet sunumu ya da bunun dışında nedenlerle olabileceği vurgulanmaktadır (7). Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü`nün yaptığı bir araştırmada; Türkiye`de ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını tercih etme oranı %25.9`dur. Sağlık ocağını daha çok sosyal güvencesi olmayanların (%33.3) ve okur yazar olmayanların tercih ettiği, eğitim düzeyi arttıkça kullanımın azaldığı ve sağlık ocağına en çok 0-6 yaş grubu çocukların götürüldüğü bildirilmektedir (8).

Sağlık hizmetlerinin amaca uygun etkin hizmet sunumu için sunulan hizmetlerin kullanıcılar tarafından kabul edilebilir, kullanılabilir ve gereksinimlere yanıt verebilir nitelikte olması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde toplumun beklentilerinin bilinmesi ve dikkate alınması, kullanımı ve



verimi artırır (9). Bir bölgede halkın sağlık hizmetlerini kullanmasını etkileyen etmenlerin incelenmesi, hizmetlerin planlaması ve uygulanması için gerekli verilerin elde edilmesinde önemlidir (7). Hizmet kullanımıyla ilgili yeterli bilginin bulunması, doğru planlanma ve kaynak dağılımını sağlama, kullanılabilirlik, yararlanabilirlik ve verimliliği artırma gibi amaçlara ulaşma bakımından temel öneme sahiptir (10). Bu çalışmanın amacı, 0-1 yaş bebeği olan annelerin sağlık ocağında ebe-hemşire tarafından sunulan hizmetleri kullanma durumlarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı türde olan çalışma Konya ili Meram İlçesi'ne bağlı 24 No'lu sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini 24 No'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 16 Mart 2006 tarihi itibarıyla sağlık ocağı kayıtlarında yer alan "bebek ve çocuk izlem" kartlarına göre sayısı 399 olan 0-1 yaş bebeğe sahip anneler oluşturmuştur. Araştırma örneğine sağlık ocağına kayıtlı altı mahalleden düzenli kayıtları olan dört mahalle alınmıştır. Bu dört mahalleye kayıtlı 291 0-1 yaş bebek bulunmaktadır. Ancak adres değişikliği, evde bulamama, göç ve taşınma gibi nedenlerle 41 kişiye ulaşılamamış ve çalışma grubu 250 anneden oluşmuştur.

Araştırmaya başlamadan önce araştırma için Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Anket formları doldurulmadan önce annelere araştırmanın amacı açıklanarak, gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından kaynaklara dayanarak (11,12, 6, 9, 8, 7) oluşturulan anket formu kullanılarak 1 Nisan-30 Mayıs 2006 tarihleri arasında ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde SSPS 10.0 paket programından yararlanılmıştır. İstatistiksel incelemelerde sayı ve yüzde dağılımı kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışma grubunda yer alan 250 annenin sosyodemografik ve hizmet kullanım özellikleri ile ilgili bulgular aşağıda sunulmuştur.

Annelerin temel sosyodemografik özellikleri Tablo 1`de gösterilmiştir. Annelerin %85.2' si 21-35 yaş grubunda (Ort.26.1±5.0), %84.8'i

Tablo 1. Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n:250)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18-20	28	11.2
21-35	213	85.2
36 ve üzeri	9	3.6
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	3	1.2
İlkokul mezunu	212	84.8
Ortaokul-lise	32	12.8
Üniversite mezunu	1.2	
Çalışma durumu		
Çalışan	1	0.4
Çalışmayan	249	99.6
Sosyal güvence durumu		
Var	191	76.4
Yok	59	23.6
Gelir durumu		
0-299	17	6.8
300-599	187	74.8
600 ve üzeri	46	18.4
Gelir durumunu algılamaları		
İyi	41	6.4
Orta	153	61.2
Kötü	56	22.4
Yaşayan çocuk sayısı		
1	75	30.0
2	83	33.2
3	69	27.6
4 ve üzeri	23	9.2

Tablo 2. Ailelerin sağlık ocağı hizmetlerini kullanma durumlarına göre dağılımı

Sağlık ocağı hizmetleri	Sağlık ocağı hizmetlerini kullanma durumu (kullananlar)	
	Sayı*	%
Aile olarak kullanılan hizmetler		
Muayene	206	82.4
Enjeksiyon-pansuman ve tansiyon ölçtürme	174	69.6
Muayene kontrolü	122	48.8
Aile planlaması	74	29.6
Bebek için kullanılan hizmetler		
Aşılama	249	99.6
Boy-kilo izlemi	249	99.6
Sağlık eğitimi	160	64.0
Enjeksiyon	145	58.0
Son gebelikte kullanılan hizmetler		
Kilo ve tansiyon izlemi	224	89.6
Bebeğin kalp sesinin dinlenmesi	216	86.4
Aşılama	215	86.0
Demir ilacı verilmesi	149	59.6
Laboratuvar hizmetleri	113	45.2
Sağlık eğitimi	157	32.8

*Birden fazla yanıt verildiğinden n:250'nin üzerindedir.

Tablo 3. Annenin sağlık ocağında sunulan ebe-hemşire hizmetlerini kullanma durumunun dağılımı

Hizmete ilişkin özellikler (evet)	Sayı	%
Bağlı bulunduğu sağlık ocağını bilme	249	99.6
Sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olma	246	98.4
Hemşire tarafından ziyaret edilme	195	78.0
Ev ziyaretinden memnun olma	246	98.4
Ziyarete gelen hemşirenin adını bilme	104	41,6
Bebeğin aşı kartının olması	245	98.8
Bebeğin aşılmasının tam olması	247	98.0

ilkokul mezunu ve %99.6'sı ev kadınıdır. Ailelerin %76.4'ünün sosyal güvencesi vardır ve %74.8'i 300-599 YTL aylık gelire sahiptir. Annelerin %61.2'si aylık gelirini orta ve %22.4'ü kötü olarak değerlendirmiştir. Ailelerin %33.2'si iki ve %30.0'u bir çocuğa sahiptir (Ort. çocuk sayısı 2.1±0.9) ve çocukların %54'ünün cinsiyeti erkektir. Son çocuğun bir önceki çocukla arasındaki süre incelendiğinde ortalama 3.4±3.3 yıl olduğu bulunmuştur.

Ailelerin %66.8'inin sağlık sorunlarında başvurdukları ilk kurum sağlık ocağı, ikinci sırada (%29.6) tercih ettiği kurum ise devlet hastanesidir. Ailelerin sağlık ocağından aile olarak yararlandıkları hizmetler (Tablo 2) sırası ile; muayene (%82.4), enjeksiyon-pansuman-tansiyon ölçtürme (%69.6), muayene kontrolü (%48.8) ve aile planlamasıdır (%29.6). Bebeği

için kullandığı hizmetler ise sırası ile aşılama (%99.6), boy-kilo izlemi (%99.6), sağlık eğitimi (%64.0) ve enjeksiyondur (%58.0). Araştırmada annelerin %92.0'sinin en son gebeliklerinde doğum öncesi bakım hizmetini kullandığı bulunmuştur. Annelerin son gebeliklerinde kullandıkları hizmetlerin; kilo izlenmesi (%89.6), bebeğin kalp seslerinin dinlenmesi (%86.4), aşılama (%86.0), demir ilacı verilmesi (%59.6), laboratuvar hizmetleri (%45.2) ve sağlık eğitimi (%32.8) olduğu belirlenmiştir.

Annelerin %99.6'sının bağlı oldukları sağlık ocağının hangisi olduğunu bildiği ve %98.4'ünün sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduğu saptanmıştır. Son bir yılda çalışma grubundaki annelerin çoğunun (%78.0) evine ebe ve hemşireler tarafından ziyaret gerçekleştirilmiştir (son bir yılda ortalama 2.5±1.6 kez) ve %41.6'sı ziyarete gelen ebe/hemşirenin adını bilmektedir. Bebeğin aşılama hizmetleri sorgulandığında, bebeklerin %98.8'inin aşı kartı olduğu ve %98.0'inin aşılmasının tam olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Ebe ve hemşirelerin ev ziyaretlerinde verdiği hizmetler incelenmiş; en fazla %63.6 ETF (Ev halkı tespit fişi doldurma), ardından sırası ile aile planlaması (%6.0) ve bebek izlemi (%5.6) yapıldığı anlaşılmıştır. Annelerin ev ziyaretlerinde çocuk hastalıkları (%62.4), çocuk bakımı (%57.6), beslenme (%37.2), aşı (%27.2) ve ev kazaları (%25.2) konularında bilgi verilmesini istedikleri bulunmuştur.

Tartışma

Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalaması genç (26.1±5.0), çoğunluğu ilkököl mezunu ve ev kadınıdır. Bunun yanında, ailelerin %76.4'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu ve %61.2'sinin aylık gelirini orta düzeyde değerlendirdiği belirlenmiştir. Ailelerin ortalama 2.1 çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz TNSA (5) verilerine göre Türkiye için belirlenen ortalama çocuk sayısı (2.5) ile benzerlik göstermektedir. İlk başvuru, herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık bakımı almak için başvuran kişinin, hizmete erişebilmesi ve hizmeti kullanması anlamına gelmektedir (13). Çalışmamızda ailelerin %66.8'inin sağlık sorunlarında ilk başvurdukları, kurum sağlık ocağıdır. Hassoy ve Çiçeklioğlu'nun çalışmasında ailelerin %66.7'si herhangi bir

sağlık sorunu olduğunda öncelikle sağlık ocağına başvurdukları bulunmuştur (14). Sağlık Bakanlığı'nin yapmış olduğu araştırmada ilk başvuru yeri olarak ülkemiz genelinde sağlık ocakları kullanımı kırsal bölgelerde %41.5 ve kentsel bölgelerde %14.1'dir (8). Çalışma yaptığımız sağlık ocağı bölgesi kentsel bir sağlık ocağı olmakla birlikte, kırsal kesim özellikleri taşımaktadır. Çalışma grubumuzda ve başka bir çalışmada da, sağlık ocağı kullanımı oranı Sağlık Bakanlığı verilerinden daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular sağlık ocağının toplumun çoğu kesimi tarafından yaygın olarak ve öncelikle kullanılmakta olduğunu göstermektedir. Sağlık ocağının ilk başvuru yeri olma özelliğinin toplum tarafından kabul edildiği ve sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol üstlendiğini söyleyebiliriz.

Annelerin sağlık ocağında kullandıkları hizmetler incelendiğinde; aile olarak sağlık ocaklarını en çok muayene (%82.4), enjeksiyon, pansuman yaptırma ve tansiyon ölçtürme (%69.6) için kullandıkları, bebeği için; aşılama (%99.6), boy-kilo izlenmesi (%99.6), sağlık eğitimi (%64) ve enjeksiyon (%58) için kullandıkları bulunmuştur. Annelerin muayene, aşılama, boy-kilo izlenmesi hizmetlerini yüksek oranda kullandıkları gözlenmektedir. Çalışma bulgularımız, Kılıç ve Ezmeci'nin çalışmasında bildirilen annelerin sağlık ocaklarını en çok aşılama, enjeksiyon, pansuman yaptırma ve tansiyon ölçtürme için kullandıkları yönündeki bulguları ile benzerlik göstermektedir (6). Aile olarak kullanılan hizmetlerde genellikle tedavi hizmetleri ağırlıktayken, koruyucu hizmetlerin daha çok anne ve bebekler tarafından kullanıldığı görülmektedir. Anne ve bebekler dışında kalan gruplara yönelik koruyucu hizmetlerde yetersizlikler olduğunu düşünebiliriz.

Araştırmada annelerin çoğunluğunun (%92.0) en son gebeliklerinde doğum öncesi bakım hizmetini kullandığı, bu hizmetlerin en fazla; kilo izlenmesi (%89.6), bebeğin kalp seslerinin dinlenmesi (%86.4) ve aşılama (%86.0) ile ilgili olduğu görülmüştür. Kılıç ve Ezmeci'nin yaptığı araştırmada, kadınların %64.9'unun (6), TNSA bulgularına göre kadınların %81.0'inin doğum öncesi bakım aldığı bildirilmiştir (5). Çalışmamızda, doğum öncesi bakım alma oranı başka bir çalışmanın

ve Türkiye genelinin bulgularına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışmanın yürütüldüğü sağlık ocağının doğum öncesi hizmet sunumu yönünden iyi durumda olduğu anlamında değerlendirilebilir.

Annelerin %99.6'sı bağlı buldukları sağlık ocağının hangisi olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir. Torcu ve ark. araştırmasında bu oran %81.2 olarak bulunmuştur (12). Annelerin çoğunluğunun bağlı bulunduğu sağlık ocağını bilmeleri, sağlık ocağı hizmetlerinin ailelere yeterince ulaşabildiği ve etkin hizmet sunduğu yönünde olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Annelerin çoğunluğu (%98.4) sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduğunu ve sağlık ocağında ebe ve hemşire tarafından sunulan hizmetlerin iyi (%86.0) olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Başka çalışmalarda sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumuna bakıldığında; Şahin ve Eğri'nin çalışmasında %77,7'si (7), Baykan ve ark. çalışmasında %75.0'i (15) ve Torcu ve ark. çalışmasında (12) ise %88.0' i sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduklarını bildirmişlerdir. Bir çalışmada sağlık hizmetlerinden memnun olan kişilerin hizmet kullanmayı sürdürdüğü vurgulanmaktadır (15). Bu bulgular sağlık ocağı hizmetlerinin yararlılığı ve ulaşılabilirliği konusundaki düşüncemizi destekleyici niteliktedir.

Hizmetin herkese ulaşmasında ev ziyaretleri önemli bir hizmet sunum yöntemidir. Son bir yılda 195 (%78) annenin evine ebe ve hemşireler tarafından ziyaret yapıldığı ve annelerin ziyarete gelen hemşirenin adını (%41.6) bildikleri saptanmıştır. Ev ziyaretinde verilen hizmetler; en fazla %63.6 oranı ile kayıt tutmadır ve ardından gelen hizmetler olarak aile planlaması (%6.0) ve bebek izlemi (%5.6) oldukça düşüktür. Kılıç ve Ezmeci'nin çalışmasında (6), ev ziyaretlerinin kayıt tutma amaçlı olması oranı (%89.3), çalışma bulgumuza göre daha yüksektir. Ebe ve hemşirelerin en sık kayıt tutma amacıyla ev ziyareti yapması, ev ziyaretinin koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktan çok, nüfusun saptanması amacına yönelik olduğunu göstermektedir.

Bebeğin aşılama hizmetleri sorgulandığında bebeklerin %98.8'inin aşı kartı olduğu ve %98.0'inin aşılarının tam olduğu bulunmuştur. Konya ili aşılama sonuçlarıyla

karşılaştırıldığında (DBT+Polio %82.0, Hepatit B için %84.0, BCG için %92.0 ve Kızamık için ise %81.0), çalışmanın yürütüldüğü sağlık ocağı bölgesinde aşılama hizmetlerinin Konya geneline göre daha iyi durumda olduğu söylenebilir (16).

Sonuç ve Öneriler

Annelerin çoğunlukla sağlık sorununda başvurdukları ilk kurum sağlık ocağıdır. Bebekleri için en çok aşılama ve boy-kilo izlenmesi hizmetlerini kullanırken, sağlık eğitimi hizmetinden yararlanma düşük bulunmuştur. Son bir yılda annelerin çoğunun evine ebe ve hemşireler tarafından ziyaret yapılmıştır. Ev ziyaretinin, en fazla kayıt tutma amacıyla yapıldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; Ev ziyaretlerinin daha çok nüfus belirlenmesi amacıyla yapılması, izlem ve eğitim hizmetlerinin daha çok sağlık ocağında yürütülmesinin nedenlerinin incelenmesi ve evde hizmet sunumunu artıracak önlemlerin alınması gündeme alınarak tartışılmalıdır. Ev ziyaretlerinin sayısının düşüklüğü ve çoğunun nüfus belirlenmesi amaçlı olması nedenleriyle, hizmet sunumunun hizmeti sunan sağlık personeli yönünden engellerin neler olduğu yönünden değerlendirilmesini, çeşitli sosyoekonomik gruplarda sağlık ocağını tercih etme ve etmeme nedenlerinin incelenmesini, verilen hizmetin topluma tanıtılmasını ve halkın katılımının sağlanmasını önerebiliriz.

İletişim: Sibel Kıyak

E-posta: sibel_kiyak15@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları. Ankara. 1992.
- 2- Taşyürek T. Türkiye`de ana ve çocuk sağlığının durumu. II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa.2004.
www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/326-3-bildiriler.pdf.
- 3- Goldfield SR, Wright M, Oberklaid F. Parents, infants and health care: utilization of health services in the first 12 months of life. *Journal Of Paediatrics and Child Health* 2003; 39: 249-253.
- 4- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge. Ankara. 2004.
- 5- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçları (TNSA) 2003 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr>.
- 6- Kılıç D, Ezmeci T. Erzurum İl Merkezinde 15-49 yaş grubu annelerin sağlık ocakları tarafından verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları ve etkileyen etmenler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004, www.insanbilimleri.com.
- 7- Şahin M, Eğri M. Malatya İli Yeşilyurt İlçesinde halkın 1.basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve etkileyen etmenler. *Toplum ve Hekim* 1998; 13(4):300-309.
- 8- Sağlık Bakanlığı. Sağlık hizmetleri kullanıcıları memnuniyet araştırması. 1999.
http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1033_01.pdf.
- 9- Berberoğlu U, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı bölgesinde romanlar ve öbürlerinin ilk basamak sağlık hizmeti kullanımı. *Toplum ve Hekim* 2001; 16(6):470-75.
- 10- Sargutan E, Pekcan H. Sağlık yönetiminde bir değerlendirme aracı olarak "Kullanım Araştırması"nın Ankara-Balgat Ana-Çocuk Sağlığı hizmetlerine uygulanması. 1997.
http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1165_3saglik_yonetimi_kullanim_arastirmasi.pdf
- 11- Ayoğlu FN. ve ark. Zonguldak İli Sağlık Ocaklarında 1997-2003 yılları arasında bebek ve 1-4 yaş çocuk başına düşen ortalama izlem sayılarının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2005; 15(3):70-75.
- 12- Torcu M. ve ark. Aydın Merkez 2 No`lu Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş üzeri kadınların sağlık ocağını kullanma durumları, etkileyen etmenler ile memnuniyet düzeyleri. *Toplum ve Hekim* 2005; 20(4):291-97.
- 13- Çiçeklioğlu M. Sağlık hizmetlerinde farklı bir yaklaşım: birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1998; 13(5):328-333.
- 14- Hassoy H, Çiçeklioğlu M. Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımları ve etkileyen etmenler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. 2005; 211.
- 15- Baykan Z ve ark. Ana-çocuk sağlığı aile planlaması merkezine başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. *Erciyes Tıp Dergisi* 2004; 26(3):98-104.
- 16- Konya ili aşılama istatistik sonuçları. 2005, <http://www.konyasm.gov.tr>.

İlköğretim Okullarının Okul Çevre Sağlığı Standartları Yönünden Değerlendirmesi*

Evaluation of Primary Schools in Terms of School Environmental Health Standards



Dr. Aynur Uysal**, Dr. Aslı Koçer***, Dr. Şafak Ergül****

Öz

Bu çalışma, İzmir ili Bornova ilçesindeki ilköğretim okullarının okul çevre sağlığı ve fizik koşullarının incelenmesi ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE) Okul Çevre Sağlığı Standardı'na uygunluğunun belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte planlanan çalışma, Nisan-Haziran 2005 tarihleri arasında İzmir ili Bornova ilçesindeki devlet gündüzlü ilköğretim okullarında gerçekleştirilmiştir. İlköğretim okullarının tamamı (64 okul) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır ve evrenin tümü çalışma kapsamına alınmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme ve gözlem yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplamada TSE Okul Çevre Sağlığı Standardı (OÇSS) bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan toplam 54 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Bu sorulardan 50 tanesi puanlamaya alınmış olup, OÇSS'ye uygun olan yanıtlar için iki, uygun olmayan yanıtlar için ise bir puan verilerek, toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 13.0 paket programı kullanılmıştır. Okulun çevre ve fizik koşullarına ait bilgilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Tamamı 1-4 kat arasında olan okul binalarının yaklaşık %35.9'u anayol üstünde bulunmaktadır, %54.7'sinin yoğun taşıt trafiğine yakın olduğu ve %80'inde güvenli yaya geçişinin sağlanamadığı gözlenmiştir. Okulların %54.7'sinin (35 okul) bahçesinde ya da hemen önünde seyyar satıcı bulunmaktadır.

Okulların %50'si sınıflarında ortalama 35 öğrenciden fazla öğrenciye sahiptir. Okul merdivenlerinin tamamında korkuluk vardır. Ancak %95.3'ünde merdivenler kaymayı önleyici malzeme ile kaplı değildir. Okulların hiçbirinde revir bulunmamakta, okul hemşiresi çalışmamakta ve "Çevre Sağlığı Kurulu" yer almamaktadır. Okulların %59.4'ünde tuvalet sayıları ve %90,6'sında lavabo sayıları yeterlidir ve sağlık koşullarına uygun olanların oranı %64.1 civarındadır.

Araştırma kapsamına alınan ilköğretim okullarının hiçbirinin tam olarak (%100) OÇSS'ye uygun olmadığı saptanmıştır. Okulların %25'i, 83.44'ten daha az puan almıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda okullardaki fizik çevre koşullarının geliştirilmesi, okul çevre sağlığı kurulu, okul sağlığı ekibi oluşturulması, her okulun hemşiresi, reviri bulunması, bulaşıcı hastalıklara karşı dolaylı ve direkt önlemlerin alınması ayrıca öğrencilerin daha iyi öğrenmelerini sağlamak adına sınıf başına düşen ortalama öğrenci sayısının OÇSS'na uygun duruma getirilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Okul sağlığı, okul çevre sağlığı standartları.

Abstract

This research was planned to examine the physical conditions and school environmental health conditions of primary schools in Bornova, Izmir and to determine whether they meet the standards defined by Turkish Standards Institution (TSI).

This descriptive survey was realized between April and June 2005 in primary public schools in Bornova, Izmir. The universe of the study was composed of all of these schools (64 schools) and this whole universe was included in the study.

The data was collected by the researchers via observations and face-to-face interviews. The questionnaire composed of 54 questions was prepared by the researchers and was designed based on Turkish Standards Institution School Environmental Health Standards (TSI-SEHS). The answers to 50 of these questions were calculated over 100 points by giving two points for an answer that meets the TSI-SEHS criteria and one point for an answer that does not. SPSS 13.0 program was used in the data evaluation.

The numerical and percentage distributions of the environmental and physical conditions of the schools were determined. All the schools were 1-4 stories high and approximately 35.9% of the schools were on main roads, 54.7% were near busy traffic and 80% had no safe pedestrian crossing. It was determined that hawkers were stationed in the yards of or right in front of 54.7% (35) of the schools.

The classes in 50% of the schools consisted of more than 35 students. All staircases in the schools had barriers but in 95.3%, the stairs were not covered with non-slippery material. None of the schools had an infirmary, a school nurse or an "Environmental Health Committee". The toilet seats in 59.4% and bathroom sinks in 90.6% of the schools were adequate in number and in 64.1% of the schools, these were appropriate for health conditions.

It was determined that none of schools included in the study were completely (100%) capable of meeting School Environmental Health Standards. 25% of the schools scored less than 83.44 points.

In view of the research results, it is recommended to improve physical and environmental conditions in schools, to establish school environmental health committees and school health teams, to make sure that all schools have a nurse and an infirmary, to take direct and indirect precautions to prevent contagious diseases and to lower the number of students per class according to SEHS so that students can have a better learning environment.

Key words: School health, school environmental health, standards.

*11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde (23-26 Ekim 2007, Denizli) poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Yrd. Doç.; Ege Ü. HYO Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir

***Arş. Gör.; Ege Ü. Ödemiş SYO, İzmir

****Öğr. Gör.; Ege Ü. HYO Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir

Giriş

Okul yaşamı insan yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Bireyin hem fiziksel olarak büyüyüp geliştiği, genellikle en yoğun psikolojik sorunların yaşandığı, hem de akademik ve mesleki birikimlerin sağlandığı yıllardır.

Yaşamın bu döneminde dikkatli bakım ve izlenmeyi gerektiren değişiklikler ve gelişmeler olmaktadır. Dünyada 15 yaşından küçük 1,7 milyar çocuk bulunmaktadır. Bu da dünya nüfusunun % 32'sinden fazlasını oluşturmaktadır. Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre, nüfusun % 29,1'ini 15 yaşın altındakiler oluşturmaktadır (1,2,3).

Tüm dünyada okul çağı çocuklarının gereksinimleri, iklim, ırk, coğrafi dağılım, toplumun ekonomik gelişmişliği gibi özelliklere bağlı olmaksızın temel olarak aynıdır. Bu gereksinimleri karşılamak ve yüksek düzeyde sağlığa sahip yetişkinler yetiştirebilmek için, okul dönemi çocuklarına ayrı bir önem verilmeli ve ülkenin temel sağlık hizmetleri kapsamında, okul öncesi dönem ile bütünleştirilmiş bir okul sağlığı hizmeti verilmelidir (4).

Okul sağlığı hizmetleri, öğrencilerin, öğretmenlerin ve okul personelinin, ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmalarını hedefler. Okul sağlığı hizmetleri, bir ekip ile yürütülmelidir. Bu ekipte, okul hemşiresi ya da hekimi, aile, öğretmen yer almalı, bunun yanında varsa çocuğun özel hekimi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer çalışanları da okul sağlığı ekibine katılmalıdır (5, 6).



Okul çağındaki çocuklar fiziksel, biyolojik ve sosyal çevredeki koşullara, büyüklere göre daha duyarlıdır. Çevrede süren değişimlerden, özellikle birçok bulaşıcı hastalıklardan ve kazalardan etkilenmektedirler (4,7,8,9,10). Bu kadar geniş bir kitleyi kapsayan ve sağlık açısından riskleri barındıran okullarda okul çevre sağlığı büyük önem taşımaktadır.

Başarılı bir eğitim için öğrencinin sağlıklı olması temel koşuldur. Okul çocuklarının sağlığı, günlerinin büyük bir bölümünü geçirdikleri okul binasının ve okul çevresinin özelliklerine bağlıdır. Bu nedenle bir okul binası ve çevresinde bulunması gereken özelliklerin iyi bilinmesi gerekmektedir (13,14).

Kötü yapı, aydınlatma ve havalandırmanın iyi olmaması, sınıf ve oturuş sıralarının uygunsuzluğu, tuvaletlerin sanitasyon koşullarına uygun olmaması, çöplerin oyun alanlarına yakın ve açık olması, okul bahçesinde kazalara neden olabilecek yerlerin bulunması ve buna benzer diğer eksiklikler okul çocukların fiziksel ve mental gelişimini etkilemektedir (7,11).

Konu ile ilgili birçok standartlar geliştirilmesine karşın, okullarımızın çevre sağlığı ile ilgili eksikliklerinin ve yanlış uygulamaların sürdüğü gözlenmektedir. Ülkemizde yürütülen birçok çalışma (15,16,17) okullarda sağlıklı çevre ile ilgili hala bazı sorunların olduğunu göstermektedir; okullardaki tuvaletlerin nitelik ve niceliksel olarak yetersizliği, okul tuvaleti hijyeninin korunmasını sağlayacak bakımın düzenli olarak yapılmaması, öğrenci başına düşen alanın yetersizliği ve okulların yoğun taşıt trafiği içinde olması önemli sorunlar arasında sayılabilir.

Sağlıklı bir okul yaşamı, güvenli ve sağlıklı fiziksel ve sosyal çevreyi sağlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla, Nisan 1996'da Türk Standartları Enstitüsü Çevre Hazırlık Grubu tarafından hazırlanan 'TS 12014 Okul Çevre Sağlığı Standardı (OÇSS) kabul edilerek Türk standardı olarak uygulamaya konulmuştur (11, 12).

Tüm bu gerekçelerden yola çıkarak; İzmir ili Bornova ilçesindeki Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarındaki okul çevre sağlığı ve fizik koşullarının "TS 12014 Okul Çevre Sağlığı Standartlarına" uygunluğunu değerlendirmek amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma İzmir ili Bornova ilçesi Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarında Nisan - Haziran 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir alan araştırmasıdır.

İzmir ili Bornova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı devlet ilköğretim okullarının tamamı (64 okul) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Evrenin tümü çalışma kapsamına alındığından herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiştir.

Veriler, Nisan-Haziran 2005 tarihleri arasında İzmir İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarına gidilerek, OÇSS bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu ile okul yöneticileriyle yüz yüze görüşülerek ve gözlem yöntemiyle toplanmıştır. Anket formu; okulun öğrenci sayısı, alan büyüklüğü gibi tanıtıcı dört soru ile okul arsasının konumu, okulun bahçesi ve okulun bina yapısı ile ilgili bilgileri içeren ve okul çevre sağlığı standartlarını ortaya koymak üzere hazırlanmış 50 soru olmak üzere toplam 54 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin toplanmasından önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nun etik kurul onayıyla İzmir ili Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin ve okul müdürlerinden sözel izin alınmıştır. Araştırma sonuçlarının verilerin toplandığı okullara iletilmesi için il Mili Eğitim Müdürlüğü'ne gerekli bilgilendirme yapılmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 13.0 paket programı kullanılmıştır. Okulun çevre ve fizik koşullarına ilişkin bilgilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Ankette yer alan 54 sorudan okul çevre sağlığı standartlarını belirlemeye yönelik 50 soru puanlamaya alınmış olup, OÇSS`ye uygun olan yanıtlar için iki, uygun olmayan yanıtlar için ise bir puan verilerek, toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Okulların arsaları yerleşim yeri özelliklerine göre incelendiğinde; okul binalarının %35,9'unun anayol üzerinde bulunduğu ve %54,7'sinin yoğun taşıt trafiğine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Araştırmamıza paralel olarak, Özyurt'un (2001) Manisa'da yaptığı okul çevre sağlığı araştırmasında da okulların büyük çoğunluğunun (%78.9) anayola açıldığı görülmektedir (16). Hacettepe Üniversitesi Ankara Altındağ Merkez Sağlık Ocağı bölgesindeki beş ilköğretim okulunda yapılan diğer bir araştırmada ise; araştırmanın yapıldığı okulların tümünün çevresinde yoğun taşıt trafiği olan anayollar olduğu, Polat'ın yaptığı okul sağlığı araştırmasında okulların %33'ünün yoğun taşıt trafiğine yakın olduğu saptanmıştır (15,16). Yapılan araştırmalarda okul binalarının konumuna dikkat çekmektedir. Okulların anayol üzerinde ya da yakınında bulunmaları, trafik kazalarına karşı zemin hazırlamaktadır. Diğer sakıncası ise, gürültüye neden olması ve öğrencilerin egzoz gazına maruz kalmasıdır.

Çocukların trafik kazalarına karşı korunmasında, can güvenliği açısından çok önemli olan güvenli yaya geçişinin araştırma kapsamına alınan okulların %41`inde sağlanamadığı saptanmıştır (Tablo 1). Bulgularımıza benzer olarak Polat'ın araştırmasında da okulların %80'inde, Özyurt'un araştırmasında ise okulların %68.4'ünde okulların önündeki güvenli yaya geçişinin sağlanamadığı görülmüştür (16,17). Yapılan araştırmaların sonuçlarına baktığımızda, okulların giriş-çıkışlarında trafik kazalarına karşı öğrencilerin can güvenliğinin yeteri kadar sağlanamadığı ve trafik kazalarına karşı önemli bir risk olduğu görülmektedir. Bu riske karşı, okul çıkış saatlerinde okul çevresinde yaya trafiğini düzenlemek için bir görevlinin ya da gönüllü velilerin yardımıyla önlemler alınması sağlanmalıdır.

Okulların çevresinde 100 metreden az mesafede herhangi bir hapisane, meyhane, bar gibi tesislere rastlanmadığı, okul binalarının yakınlarında gürültü yapan, koku ve duman çıkartan fabrika ve buna benzer tesis olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Araştırmamızın bulgularına benzer olarak Özyurt'un yaptığı okul sağlığı çalışmasında okulların hiçbirinin 100 m yakınında fabrika bulunmadığı görülmüştür (16). Fabrika ve buna benzer tesislerin okulların yakınlarında bulunması,

Tablo 1. Okulların arsalarının yerleşim bölgelerinin özelliklerine göre dağılımı (n:64)

Okul arsasının özellikleri	Sayı	Yüzde
Anayol üstünde bulunan	23	35,9
100 metreden az mesafede hapisane, bar vb. tesisler bulunan	0	0
Yoğun taşıt trafiği içinde bulunan	35	54,7
Çevresinde çevre kirliliği yaratan fabrika bulunan	0	0
Seyyar satıcı bulunan	35	54,7

Tablo 2. İlköğretim okul bahçelerinin fizik koşullarının çevre sağlığı açısından incelenmesi (n:64)

Okul bahçesinin özellikleri	Sayı	Yüzde
Bahçesi bulunan	64	100,0
Öğrenci başına düşen alanı uygun olan	23	35,9
Bahçesi çevrili olan	64	100,0
Zemin kaplaması uygun olan	57	89,1
Kaza odakları kontrol altına alınan	64	100
Tuvalet bulunan	12	18,8
Başıboş hayvan girişini engelleyici önlemleri bulunan	40	62,5
Ağaçların sınıfların güneş almasını engelleyen	0	0
Uygun oturma bankları bulunan	48	75,0
Yaya trafiğini düzenleyen bir sistem bulunan	38	59,4
Kazaları önleyici önlemler alınan	10	15,6

gerek gürültü, gerekse imalat atıkları nedeniyle okul çevre sağlığını olumsuz yönde etkileyeceğinden, araştırma kapsamına alınan okullarda bu tür tesise rastlanmaması olumlu bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmadaki 35 okulun (%54,7) bahçesinde ya da önünde seyyar satıcı bulunduğu saptanmıştır (Tablo 1). Özyurt'un yaptığı araştırmaya göre, okulların %52,6'sında okul dışında seyyar satıcı bulunduğu, Polat'ın yaptığı çalışmada da okulların %36,5'inde okulun bahçesinde ya da hemen önünde seyyar satıcı bulunduğu belirlenmiştir (16,17). Araştırma verilerine bakıldığında okulların yakınılarında seyyar

satıcıların bulunması yaygın bir sorun olarak görülmektedir. Okula yakın yerlerde seyyar satıcıların bulunması ve öğrencilerin açıkta bulunan sağlıksız yiyecekleri satın almaları birçok hastalığa ve beslenme bozukluklarına neden olması açısından önemli ve ele alınması gereken bir sorundur.

Araştırmaya alınan okulların bahçelerinin fizik koşulları çevre sağlığı açısından incelendiğinde; okulların tamamının bahçelerinin olduğu ve bu bahçelerin OÇSS`ye göre yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 2). OÇSS`ye göre okul bahçesinde her öğrenci için en az 5 m² alan bulunması gerekirken, araştırmadaki okullarda öğrenci başına ortalama alan 4,48 m² olarak bulunmuştur. Okulların %64,1`inde öğrenci başına ortalama 5 m²'den daha az alan düşmektedir (Tablo 2). Araştırmamız bulgularına paralel olarak Özyurt'un yaptığı okul sağlığı çalışmasında da okulların %84,2'sinde öğrenci başına düşen alan yetersiz olarak bulunmuştur (16). Araştırmalarda okul bahçelerinin öğrenci sayısına göre yeterli alana sahip olmadığı görülmektedir. Özellikle okul bahçeleri ders aralarında öğrencilerin zamanlarının büyük bölümünü geçirdikleri, dinlendikleri, oyun oynadıkları ve spor yaptıkları yer olduğu, için yeterli alanın sağlanması olası kazaları ve yaralanmaları önlemek açısından önem taşımaktadır.

Araştırmadaki okulların %18,8`inin bahçelerinde tuvalet olduğu, %62,5'inin bahçe özelliklerinin başıboş hayvan girişine engel olacak biçimde düzenlendiği görülmüştür (Tablo 2). Polat'ın yaptığı okul sağlığı çalışmasında, araştırma bulgularımıza benzer olarak, okul bahçelerinin ancak %66,7'sinin hayvan girişine engel olabilecek özellikte olduğu saptanmıştır. Bu durum, okulların bahçelerinde öğrencilerin sağlığını tehdit edebilecek kuduz ve ısırılma olguları konusunda yeteri kadar duyarlı davranılmadığını göstermektedir.

Okulların bina yapısı okul güvenliği açısından incelendiğinde; okulların %96,9'unun inşaatında ısı ve nem yalıtımı yapan malzemelerin kullanılmadığı, saptanmıştır. Öğrenci ve okul personelinin sağlığı açısından, araştırmaya alınan okul binalarının inşaatında uygun malzeme kullanan okul sayısının yetersiz olduğu açıkça görülmektedir.



Okulların tamamının kat sayılarının 1-4 arasında değiştiği, ortalama kat sayısının 2,85 olduğu saptanmıştır. OÇSS`ye bakıldığında, okul kat sayısının dörtten fazla olmaması gerektiği görülmektedir (12).

OÇSS`ye göre, okul koridorlarının en az 3 m. genişlikte olması gerekmektedir. Araştırmamızda okulların ortalama koridor genişliğinin 3,21 m. olduğu ve okulların %39,1`inde koridor sisteminin uygun olduğu saptanmıştır. Ayrıca okulların tamamında bina zemin kaplamasının da uygun olduğu saptanmıştır. Polat`ın yaptığı araştırmaya göre okulların %25,4`ünde koridor sisteminin uygun olmadığı ve %97`sinde koridor ve zemin kaplamasının uygun olduğu saptanmıştır (17).

Okulların %71,9`unda yazı tahtasının ön sıraya uzaklığının OÇSS`ye uygun olmadığı, %60,9`unda kullanılan sıra, tabure ve sandalyelerin standartlara uygun olduğu ve yazı tahtasının ön sıraya ortalama uzaklığının 2,21 metre olduğu ve okulların tamamının aydınlatılmasında uygun lambalar kullanıldığı görülmüştür. Okullarda uygun aydınlatmanın sağlanamadığı ve yazı tahtasının ön sıraya olan uzaklığının uygun olmadığı durumlar, çocukların göz sağlığını olumsuz etkileyip okul başarısının düşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, okullarda uygun aydınlatmanın sağlanması ve yazı tahtasının ön sıraya olan uzaklığının dikkat edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Okul binasının fizik koşulları kazalardan korunma açısından incelendiğinde; araştırma alanına giren okulların %95,3`ünün merdivenlerinin kaymayı engelleyici malzeme ile kaplı olmadığı, ancak tüm okullarda merdiven korkuluklarının bulunduğu saptanmıştır. Okulların pencerelerinin zeminden ortalama 1,015 metre yukarıda olduğu, %92,2`sinde pencerelerin zeminden

yüksekliğinin standartlara uygun olduğu, ancak çok katlı okul binalarında pencerelerden sarkmayı engelleyen önlemin yalnızca bir okulda (%1,6) alındığı görülmüştür. OÇSS`ye göre okul pencerelerinin, hem öğrencinin dışarıyla meşgul olmasına engel olmak, hem de gölge yapmayacak daha iyi ışık sağlamak üzere üzere alt kenarlarının, döşemeden 1,20 metre yükseklikte olması gerekmektedir (12). Okullardaki merdivenlerin kaymayı engelleyici malzeme ile kaplı olmaması ve pencerelerde sarkmayı engelleyen önlemlerin yeterli derecede alınmaması, öğrencilerin okul içinde kaza olasılığını artırmaktadır. Öğrencilerin sağlıklı bir okul yaşamı için okul içerisinde kaza oluşturabilecek risk etmenlerinin ortadan kaldırılması büyük önem taşımaktadır.

Araştırmadaki okulların tamamında yangından korunma önlemlerinin alındığı saptanmış olup, Özyurt`un çalışmasında okulların %10,5`inde yangın tüpü olmadığı saptanmıştır (16).

Araştırma kapsamına alınan okulların %96,9`unda OÇSS`ye uygun kaloriferler kullanıldığı, %3,1`inde OÇSS`ye uygun olmayan soba kullanıldığı ve okulların tamamında ısınma amacıyla kullanılan baca ve boruların düzenli olarak temizlenmekte olduğu saptanmıştır. Polat`ın okul sağlığı çalışmasına göre, okulların %15,9`unun kömür sobası ile ısıtıldığı, Özyurt`un yaptığı çalışmada ise okulların %21,1`inin kömür sobası ile ısıtıldığı bildirilmiştir (16,17). Özellikle soba olan okullarda, öğrencilerde yanıklarla sonuçlanabilecek kazaları önlemek için gerekli önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır.

Okul binası fizik koşulları, bulaşıcı hastalıklardan korunma açısından incelendiğinde; okulların %40,6`sında bulunan tuvalet sayısının yetersiz olduğu, %35,9`unun tuvaletlerinin hijyen koşullarına uygun olmadığı; ancak okulların tamamında pisuvarlar arasındaki mesafenin ortalama 62,73 cm ile standartlara uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Okulların %90,6`sında lavabo sayısı yeterli ve tüm okullarda lavaboların yerden yüksekliğinin standartlara uygun olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Tüm okulların tuvaletlerinde çöp kutusu olduğu, ancak lavaboların %3,1`inde sabun bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 3). Özyurt`un yaptığı araştırmada öğrenci sayısına göre tuvalet sayısı

Tablo 3. Okul binasının fizik koşullarının bulaşıcı hastalıklardan korunma açısından incelenmesi (n:64)

Okul binasının fizik koşulları	Sayı	Yüzde
Tuvalet sayısı yeterli olan	38	59,4
Pisuvar aralıkları uygun olan	64	100
Tuvaletleri hijyen koşullarına uygun olan	41	64,1
Lavabo sayısı yeterli olan	58	90,6
Lavaboların yüksekliği öğrenciler için uygun olan	64	100
Tuvaletlerde çöp kutusu bulunan	64	100
Lavabolarda sabun bulunan	62	96,9
Sınıflardaki öğrenci sayısı uygun olan	32	50
Sınıflarda her öğrenciye yeterli alan düşen	10	15,6



okulların %30.4'ünde yetersiz, tuvaletlerin %21.6'sı hijyen koşullarına uygun olmadığı bulunmuştur (16). Ankara Altındağ bölgesinde beş ilköğretim okulunda yapılan çalışmada ise okullardan yalnızca birinin tuvalet sayısı OÇSS'ye göre uygun bulunmuştur (15). Okul sağlığı konusunda yapılmış çalışmalarda tuvalet sayılarının bu denli az olması, okula giden öğrencilerde hijyen ve hastalık riskini artırmaktadır. Ayrıca okullardaki tuvaletlerin hijyen koşullarına uygun olmaması ve sabun bulunmaması, fekal-ağız yoluyla bulaşan hastalıkların ve salgınların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Sağlık koşullarına uygunluk olarak; tuvaletlerin bakımlı, temiz, kokusuz olmaları, su ve sabun bulunması ve muslukların öğrencilerin kolayca yararlanabileceği yükseklikte olması gerekmektedir (12).

Araştırma kapsamına alınan okullarda sınıflardaki öğrenci sayısının ortalama 34 kişi olduğu saptanmıştır. Okulların yalnızca %50`sinde sınıftaki öğrenci sayısının ortalama 35 öğrenciden az olduğu, diğer yarısında ise sınıfların olması gerekenden daha kalabalık olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Polat'ın araştırmasında ise okulların %46`sının sınıflarında ortalama 35 öğrenciden fazla öğrenciye sahip olduğu bulunmuştur (17). Yapılan araştırmalarda sınıflarda öğrenci sayısının OÇSS'ye göre oldukça yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Sınıflardaki öğrenci sayısının fazlalığı, özellikle hava yolu ile bulaşan hastalıklar başta olmak üzere, birçok sağlık sorununa yol açmakta ve okuldaki sınıf hijyeninin bozulmasına neden olmaktadır. Olası bu risklere karşı ders aralarında pencerelerin açılarak havalandırmanın sağlanması önem taşımaktadır.

Okulların sınıflarında öğrenci başına düşen ortalama alan 1,421 m² dir. Okulların %84,4'ünde sınıflarda her öğrenciye yeterli alan düşmediği, yalnızca %15,6'sında öğrenci başına 2m² alan düştüğü ve OÇSS'ye uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Araştırma bulgularımıza paralel olarak, Polat'ın yaptığı çalışmada okulların ancak %23,8`inde sınıflarda her öğrenciye 2m² ortalama alan düştüğü, Özyurt'un yaptığı araştırmada okulların %84.2'sinde, Özmert'in yaptığı çalışmada okulların %91.9'unda sınıflarda öğrenci başına düşen alanın yetersiz olduğu belirlenmiştir (14,16,17). Yapılan araştırmaların sonuçlarına baktığımızda sağlıklı bir öğrenme için yeterli sınıf alanının sağlanamadığı açıkça görülmektedir.

Okullarda bulaşıcı hastalıklardan korunma açısından doğrudan alınan önlemler incelendiğinde; okulların %39,1`inde biriken çöplerin sağlık koşullarına uygun olarak toplanıp, toplama yerlerine ulaştırılmadığı, görülmüş, okulların tamamında çöplerin günlük olarak toplandığı, %39,1`inde ise çevrelerinde sabit çöp biriktirme yerinin olduğu saptanmıştır. Polat'ın çalışmasında, okulların %90,5`inde çöplerin uygun bir biçimde toplanıp, toplama yerlerine ulaştırıldığı, okulların %9.7'sinde uygun çöp biriktirme yeri olduğu anlaşılmıştır (17).

Araştırmada okulların tamamında yeterli ve sağlıklı içme ve kullanma suyunun olduğu ve suların sürekli aktığı saptanmıştır. Okulların %25`inde mutfak, yemekhane ve kantinlerin hijyen koşullarına uygun olmadığı saptanmıştır. Özyurt'un yaptığı araştırmaya göre okulların %78.9'unda kantin bulunduğu; kantin bulunan okulların %53.3'ünün sağlık koşullarına uymadığı, Özmert'in yaptığı araştırmada ise kantinleri olan okulların kantin çalışanlarının %60'ının sağlık raporunun olmadığı, %80'inde haşereyle mücadele edilmediği görülmüştür (14,16). Söz konusu bu sorunun, okulda bulunan öğrencileri enfeksiyon hastalıkları ve besin zehirlenmeleri yönünden tehdit edebilecek boyutta olduğu anlaşılmaktadır.

Okullarda çevre sağlığı ile ilgili sorunların belirlenmesi ve çözümlenmesi amacıyla, en az bir hekim, bir hemşire, öğretmen ve aile, olanaklar elveriyorsa dış hekimi, rehberlik uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanından

oluşan bir ekip oluşturulması gerekmektedir (12). Yapılan araştırmada, "Okul Çevre Sağlığı Kurulu" nun hiçbir okulda bulunmadığı saptanmıştır.

Okul binasının fizik ve sosyal koşulları okul sağlığı açısından incelendiğinde; araştırmadaki okulların hiçbirisinde revir, okul hemşiresi olmadığı görülmüştür. Polat'ın yaptığı araştırmaya göre araştırma alanına giren okulların %95.2'sinde revir ve personel bulunmamakta, Özyurt'un araştırmada ise okulların yalnızca üçünde (%15.8) revir olduğu belirtilmiştir (16,17). Sağlıklı bir okul yaşamı ve öğrencilerin daha iyi ortamda öğrenimlerini sürdürebilmeleri ayrıca her türlü sağlık sorununun en iyi biçimde çözümlenmesi ve önlenmesi için tüm okullarda revir yapılması ve eğitilmiş sağlık çalışanlarının yerleştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Araştırma kapsamına alınan ilköğretim okullarının hiçbirinin tam olarak (%100) OÇSS'ye uygun olmadığı saptanmıştır. Okulların aldığı en yüksek puan 89, en düşük puan 76 olarak bulunmuştur. İlköğretim okullarının OÇSS puanlarının dağılımının hangi noktasında olduğunu belirlemek için üçüncü çeyrek %75 değer alınmıştır. Araştırma alanına giren ilköğretim okulları 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde %75'i; 83,44 ve üstünde puan almıştır.

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen bulgular doğrultusunda, okullardaki fizik çevre koşullarının geliştirilmesi, okullarda okul çevre sağlığı kurulu, okul sağlığı ekibi oluşturulması, her okulun hemşiresi, reviri bulunması, bulaşıcı hastalıklara karşı dolaylı ve doğrudan önlemlerin alınması gerektiği; ayrıca öğrencilerin daha iyi öğrenmelerini sağlamak adına sınıf başına düşen ortalama öğrenci sayısının OÇSS'ye uygunluk durumları yerine getirilmelidir. Ayrıca okulların OÇSS'ye uygunluk kontrollerinin yetkili kurumlarca yapılması önerilebilir.

İletişim: Dr. Aynur Uysal

E-posta: aynur.uysal@ege.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Pekcan H. Okul Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, 1995.
- 2- Zower Z, Thompson J. Public Healthy Nursing in School and Occupational Health Programs, Public Health Nursing: The C.V. Mosby Company, Washington; 1982.
- 3- TNSA 2003, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf>, Erişim Tarihi: 10.10.2007
- 4- Şahin F, Okul Sağlığı, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0600/3.html>, Erişim Tarihi: 10.10.2007.
- 5- Erefe İ. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Günümüzdeki Konumu ve Beklentileri, 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 1992.
- 6- Güvercin C.H., Okul Sağlığı, Erişim tarihi: http://www.saglik.tr.net/ak_eylul2004.shtml, Erişim Tarihi: 10.10.2007.
- 7- M.E.B. Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, Sağlık Eğitim Merkezleri İçin Okul Sağlığı Eğitimi ve Uygulama Rehberi: Milli Eğitim Yayınları, Ankara, 1984.
- 8- Temel F, Akın T, Vaizoğlu S. A. Kara Ö. ve ark., Altındağ İlçesindeki Bir İlköğretim Okulunun Çevre sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006: 32 (1) 1-8.
- 9- Topçu M. Etimesgut Sağlık Bölgesinde Bir Okul Sağlığı Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1978.
- 10- Benli D. Sağlık Teknisyeninin El Kitabı. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dünya Sağlık Teşkilatı, Cenevre: 1976.
- 11- Clemen S. Gerber D, School-age children and adolescents, Community Health Nursing: The C.V. Mosby Company, Boston, Chicago, 1991.
- 12- Türk Standardı 12014, Türk Standartları Enstitüsü, Ankara; Nisan 1996.
- 13- Güler Ç., Çobanoğlu Z., Çocuk ve Çevre, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 1994.
- 14- Özmert E. İlkokul Çocuklarının Okul Başarılarını Etkileyen Sağlık ve Çevre Sorunlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2000.
- 15- Akın A. Hodoğlugil N. Koçoğlu GO, Supramaniam D.A. ve ark., Altındağ Merkez Sağlık Ocağı Bölgesindeki Beş İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Erişim adresi: <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2000/20003.shtml#3>, Erişim Tarihi: 12.10.2007
- 16- Özyurt B, Manisa Merkez İlçelerindeki Okul Çevre Sağlığının Değerlendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Manisa, 2001.
- 17- Polat H. Ankara Merkez İlçelerindeki Okul Çevre Sağlığının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Uzmanlık tezi, Ankara; 1998.



*Dr. Alper Akın**, *Dr. Sedat Demir***, *Dr. Seval İnceçayır Ozan***,
*Dr. Baran Korkut Onar***, *Dr. Özgür Özer***

Öz

Aktif adolesanlarda diz ağrısının önemli bir nedeni olan Osgood-Schlatter hastalığının sık görülmesi nedeniyle özellikle birinci basamak hekimlerinin tanı ve tedavi konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Fizik muayenede tibial çıkıntıda ağrı ve şişlik görülebilir; radyografilerde tibial tuberosit apofizinde avülsiyon önemli bir bulgudur. Nadiren cerrahi tedavi gerekebilmekle birlikte, asıl tedavisi konservatiftir. Biz burada hastalığın spesifik belirti ve bulgularına sahip Osgood-Schlatter hastalığı tanısı alan 7 olgu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Osgood-Schlatter hastalığı, diz ağrısı.

Abstract

Osgood-Schlatter disease, being a common cause of knee pain in active adolescents, is a condition that the primary care physician should recognize and treat. On physical examination, the tibial tuberosity is tender and swollen; radiographs show avulsion of the apophysis at the tibial tuberosity. While the primary treatment is conservative, surgical treatment might be necessary in rare cases. Here, we present 7 patients with Osgood-Schlatter disease who have specific signs and symptoms of the condition.

Key words: Osgood-Schlatter disease, knee pain.

Giriş

Osgood-Schlatter hastalığı özellikle spor yapan adolesanlarda diz ağrısının önemli nedenlerinden biridir. Proksimal tibia apofizinin etkilendiği genellikle benin seyirli bu hastalıkta dikkatli bir öykü, fizik inceleme ve doğrudan grafi ile tanı konulabilir. Ancak diz ağrısının daha sık ve daha önemli diğer nedenleri (enfeksiyon, tümör) ile ayırıcı tanı yapılması için bazı belirti ve bulguların iyi bilinmesi ve spesifik bulgu göstermeyen hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir. Doğru tanının konulmasıyla çoğu hasta yorucu ve travmatik tedavilere gerek kalmadan, yalnızca konservatif tedaviyle iyileşebilmektedir.

Olgu 1

Yirmi üç yaşında erkek hasta polikliniğe altı yıldır süren ve son altı ayda artan, özellikle oturup kalkma ile belirgin hale gelen sağ diz ağrısı yakınması ile başvurdu. Hastanın altı ay öncesine kadar garsonluk yaptığı ve son altı aydır askerlik görevi nedeniyle düzenli spor yaptığı öğrenildi. İki ağabeyi benzer yakınmalar nedeniyle dizden opere olmuş ve operasyondan sonra yakınmaları düzelmiş. Fiziki incelemesinde sağ tibia tüberkülüne uyan bölgede şişlik ve hassasiyet saptandı; diğer sistem muayeneleri doğaldı (Resim 1).

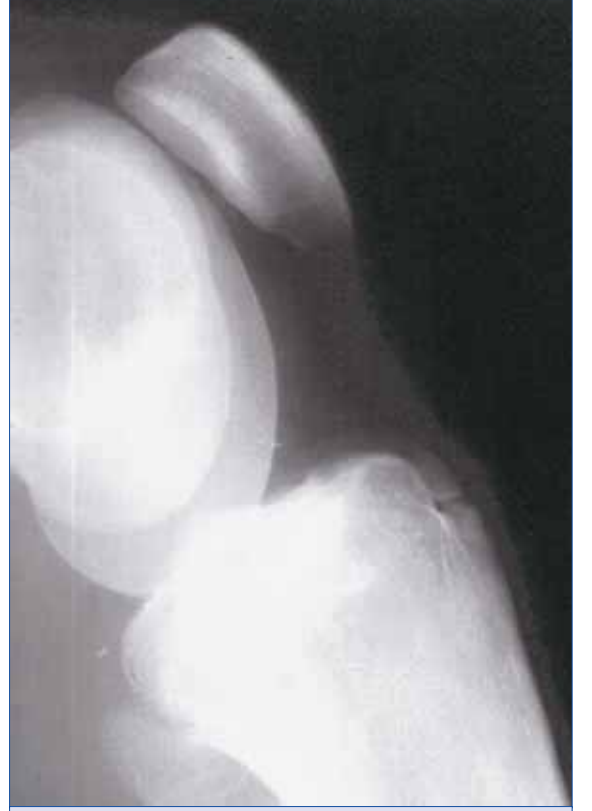
Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri normal sınırlardaydı. Her iki dizin iki yönlü direk grafisinde sağ tibia anterior proksimalinde Osgood-Schlatter



Resim 1. Sağ tuberositas tibianın proksimalinde yumuşak doku şişliği



Resim 2. Sağ tibial kortikal düzensizlik ve fragmanite parça



Resim 4. Sol tibial tüberkülede ossicle



Resim 3. Sol tuberositas tibiyanın proksimalinde yumuşak doku şişliği

hastalığı ile uyumlu kortikal düzensizlik ve fragmanite parça görüldü (Resim 2). Hasta ortopedi uzmanına konsülte edildikten sonra aktivite kısıtlaması ve nonsteroid antienflamatuvar ilaç (NSAİ) önerildi.

Olgu 2

Yirmi bir yaşında erkek hasta polikliniğe yedi aydır devam eden, sportif faaliyet ile artan sol diz ağrısı ve diz altında ağırlı şişlik nedeniyle başvurdu. İki ay öncesine kadar hayvancılık ile uğraşmış ve iki aydır askerlik görevi nedeniyle düzenli spor yapmaya başlamış. Fizik muayenesinde sol tibia tüberkülüne uyan bölgede şişlik ve hassasiyet saptandı (Resim 3). Tam kan sayımı, ESH ve CRP düzeyleri normal sınırlardaydı. Her iki dizin iki yönlü düz grafisinde, sol tibia anterior proksimalinde kortikal düzensizlik ve fragmanite parça görüldü (Resim 4). Hasta ortopedi uzmanına konsülte edildikten sonra aktivite kısıtlaması ve NSAİ tedavisi önerildi.

Olgu 3

Yirmi bir yaşında erkek hasta polikliniğe 3 yıldır her iki dizde özellikle çömelme ile artan diz ağrısı yakınması ve diz altında ağırlı şişlik



Resim 5. Her iki tuberositas tibiyanın proksimalinde yumuşak doku şişliği



Resim 6. Tüberositas tibiada avülsiyon ve fragmantasyon

nedeniyle başvurdu. İki ay öncesine kadar şöforlük yapıyormuş ve iki aydır askerlik görevi nedeniyle düzenli spor yapmaya başlamış. İki dizin tibia tüberkülüne uyan bölgede şişlik ve hassasiyet saptanması dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı (Resim 5). Tam kan sayımı, ESH ve CRP düzeyleri normal sınırlardaydı. Her iki dizin iki yönlü düz grafisinde tibia anterior proksimalinde kortikal düzensizlik ve kortikal fissür izlendi. Hasta ortopedi bölümü ile konsülte edildikten sonra aktivite kısıtlaması ve NSAİİ tedavisi önerildi.

Olgu 4

Yirmi yaşında erkek hasta iki gün önce futbol oynarken başlayan ani diz ağrısı ve şişliği yakınmasıyla başvurdu. İki dizde çömelme ile artan ağrının dört yıldır devam ettiği; beş, altı yıl garsonluk yaptıktan sonra altı aydır askerlik görevi nedeniyle düzenli spor yaptığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sol tibia tüberkülüne uyan bölgede şişlik ve hassasiyet saptanması dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tam kan sayımı, ESH ve CRP düzeyleri normal sınırlardaydı. Düz grafide her iki

tüberositas tibiada avülsiyon ve fragmantasyon izlendi. Hasta ortopedi bölümü ile konsülte edildikten sonra aktivite kısıtlaması ve NSAİİ tedavisi önerildi.

Olgu 5

On dört yaşında erkek hasta polikliniğe bir aydır süren ve sol dizini bükme ile artan sol diz ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Fiziki incelemede vücut ağırlığı 67 kg (> 97 persantil); sol diz tüberositas tibiaya uyan bölgede basmakla ağrılı şişlik saptandı. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Tam kan sayımı, ESH ve CRP düzeyleri normal sınırlardaydı. Her iki dizin iki yönlü düz grafisinde, tüberositas tibiada avülsiyon ve fragmantasyon izlendi. Hasta ortopedi uzmanına konsülte edildikten sonra aktivite kısıtlaması ve NSAİİ tedavisi önerildi.

Olgu 6

On üç yaşında erkek hasta polikliniğimize sol diz travması nedeniyle başvurdu. Daha önce herhangi bir yakınması olmayan hastanın sık basketbol ve futbol oynadığı, düzenli bisiklet sürdüğü öğrenildi. Fizik incelemesinde

sol diz altında 2 cm buyutunda transvers cilt kesisi saptandı. Her iki dizin karşılaştırmalı ön ve yan grafisinde, her iki dizde de Osgood-Schlatter hastalığı ile uyumlu tüberositas tibiada avülsiyon ve fragmantasyon izlendi (Resim 6). Tam kan, CRP ve ESH normal sınırlardaydı. Ortopedi uzmanına konsülte edilen hastaya NSAİİ başlandı, aktivite kısıtlaması önerilerek takibe alındı.

Olgu 7

On bir yaşında kız hasta bir yıldır devam eden, çömelme ile artan sağ diz ağrısı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Dört yıldır düzenli dans dersleri aldığı öğrenildi. Diz ve diğer sistemlerin muayenesi normal olan hastanın tam kan, CRP ve ESH düzeyleri normal sınırlardaydı. Her iki dizin iki yönlü grafisinde tüberositas tibiada avülsiyon ve fragmantasyon izlendi ve radyolojik görünüm Osgood-Schlatter hastalığı ile uyumlu bulundu. Ortopedi uzmanına konsülte edildikten sonra hastaya NSAİİ başlandı, aktivite kısıtlaması önerilerek izleme alındı.

Tartışma

Osgood-Schlatter hastalığı özellikle spor yapan adolesanlarda diz ağrısının sık nedenlerinden biridir. Anterior tuberositas tibiaya uyan bölgede şişlik, ağrı ve hassasiyetle seyredilebilen bu klinik durum genellikle selim karakterlidir. Hastalık, *musculus quadriceps*'in tekrarlayan kontraksiyonları sonucu patellar tendonun tibial tuberosite yapışma yerindeki derin liflerinde yırtılma ve sonuçta tibial tuberositin bir parçasının kopması sonucu gelişir. Yaş grubu ve anamnezdeki risk faktörü göz önünde bulundurularak kuşku edilen hastalarda radyolojik çalışmalarla tümör, kist

ve eneksiyonlar dışlanarak tanıya ulaşılır (1).

Bin çocuk hastanın incelendiği bir çalışmada tüm kemik-kas ağrılarının yaklaşık %33'ü diz bölgesi ile ilgili olup, Osgood-Schlatter hastalığı %0.6'lık bir grubu oluşturmuştur (2). Erkeklerde kızlardan daha sık görülür ve kızlara göre daha ileri yaşlarda bulgu verir ki bu durum proksimal tibianın ossifikasyon yaşının farklılığı ile açıklanabilir (3). Hastalarımızın altısı erkekti, ancak bu durum hasta grubunun daha çok asker olmasına bağlandı.

Etyoloji ancak dikkatli bir anamnez ve fizik muayeneyi izleyen ve bunlardan yola çıkarak da belli bir sıra içinde planlanan tetkikler ışığında aydınlatılabilir. Sportif faaliyetlerle artan diz ağrısı en önemli ve genellikle tek yakınmadır. Ancak asemptomatik olup rastlantısal olarak, doğrudan grafi ile tanı konulan olgular da vardır (4). Altıncı olgumuz asemptomatik olup, travma nedeniyle çekilen karşılaştırmalı grafi sonucu tanı almıştır. Altı olgumuzda ağır ve düzenli fiziksel aktivite sonrası artan semptomlar varken, beşinci olgumuzda tanı öncesinde düzenli ve ağır fiziksel aktivite öyküsü yoktu; ancak bu olgumuzun obez olması bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Fizik muayene normal olabileceği gibi tibial tüberküle uyan bölgede kemik fragmantasyonu ya da yumuşak doku şişliğinden kaynaklanan ağrı ve şişlik saptanabilir. Son iki çocuk olgumuzun dışında tüm hastalarımızda tüberositas tibiaya uyan bölgede lokalize şişlik saptandı.

Öykü ve fizik muayene bulguları uygun olduğunda radyolojik tetkik gerekmeyebilir, ancak klinik kuşku varlığında özellikle tümör ve enfeksiyon ayırıcı tanısı için doğrudan grafi çekilmelidir. Radyolojik bulgular normal olabilir; ancak çoğu olguda yan diz grafisinde tibial tüberküle düzensizlik ve

Tablo 1. Hastalarımızın genel özellikleri

Olgu	Yaş (yıl)	Semptom süresi	Bölge	Pretibial şişlik	Düzenli fiziksel aktivite öyküsü	Radyolojik bulgu
1	23	6 yıl	Sağ diz	Var	Var	Fragmantasyon ve kortikal düzensizlik
2	21	7 ay	Sol diz	Var	Var	Fragmantasyon ve kortikal düzensizlik
3	21	3 yıl	Bilateral	Var	Var	Kortikal fissür ve kortikal düzensizlik
4	20	4 yıl	Bilateral	Var (solda)	Var	Avülsiyon ve fragmantasyon
5	14	1 ay	Sol diz	Var	Yok	Avülsiyon ve fragmantasyon
6	13	Semptom yok	Bilateral	Yok	Var	Avülsiyon ve fragmantasyon
7	11	1 yıl	Bilateral	Yok	Var	Avülsiyon ve fragmantasyon

fragmentasyon, distal patellar tendonda yüzeysel kemik parçası (ossicle), tibial tüberosit önünde cilt ve ciltaltı ödemeine bağlı yumuşak doku şişliği, patellar tendonda kalınlaşma ve kenarlarında belirsizlik, infrapatellar yağ yastığında homojenite kaybı ile alt köşesinde obliterasyon ve kontur keskinliğinde kayıp gibi bulgular izlenebilir. Morgan B ve arkadaşlarının asemptomatik 1153 diz grafisini değerlendirdikleri bir çalışmada dört olguda Osgood-Schlatter hastalığı ile uyumlu görünüm saptanmıştır (4). Tendondaki kalınlaşma USG ile daha iyi saptanabilir. Tanıda gerekirse sintigrafi, CT ve MR da kullanılabilir (5-7). Ancak hastalarımızda klasik öykü, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve düz grafi tanı için yeterli görüldüğünden ileri inceleme yapılmamıştır.

Ayrırcı tanıda travma, septik artrit, romatoid artrit ve Reiter sendromu gibi enflamatuvar artropatiler, malinite, patellofemoral ağrı sendromu, patellar subluksasyon, patellar tendonit, osteokondritis dissekans ve menisküs hastalıkları düşünülmelidir (3, 8). Hastalarımızda tipik öykü ve fizik muayene bulgusu, diz ağrısı dışında sistemik belirtilerin olmayışı, enfeksiyon ve tümör düşündürecek belirti ve laboratuvar bulgusunun olmaması ve klasik radyolojik bulguları bir arada değerlendirildiğinde Osgood-Schlatter hastalığı düşünülmüştür.

Genellikle selim seyirli bir hastalıktır; ancak nadiren patellar tendon avulsiyonu, patellofemoral dejeneratif artrit, patellanın subluksasyonu, kondromalazi, tibianın kaynamaması, patellanın yükselmesi gibi komplikasyonlara neden olabilir (1).

Hastalığın tamamen düzelmesi birkaç yıl sürebilse de genellikle kendini sınırlayıcı bir hastalıktır ve hastaların büyük bölümü antienflamatuvar tedaviden ve birkaç aylık aktivite kısıtlamasından yararlanır. Kronik, medikal ve fizik tedaviye dirençli az sayıdaki

olguda cerrahi tedavi oldukça başarılıdır (9, 10). Orava ve arkadaşları 70 operasyonun %80'inde cerrahi tedavi ile tam başarı sağlandığını bildirmişlerdir (10).

Hastalarımızın genel özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Tüm hastalarımıza aktivite kısıtlaması ve antienflamatuvar ilaç tedavisi başlandı, obez olan beşinci olgu için ayrıca yaşına uygun diyet önerildi. Hastalarımızın tedavisi devam ettiği için uzun süreli prognoz değerlendirilemedi.

İletişim: Dr. Alper Akın








E-posta: alperakin1@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Dunn JF. Osgood-Schlatter disease. Am Fam Physician 1990; 41: 173-176.
- 2- <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/6/e63>
- 3- Calmbach W, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain: part 2 differential diagnosis. Am Fam Physician 2003; 68: 917-922
- 4- Morgan B, Mullick S, Harper WM, and Finlay DB. An audit of knee radiographs performed for general practitioners. The British Journal of Radiology 1997; 70: 256-260
- 5- Krause BL, Williams JP, Catterall A: Natural history of Osgood-Schlatter disease. J Pediatr Orthop 1990; 10:65-68
- 6- Rosenberg ZS, Kawelblum M, Cheung YY, et al. Osgood-Schlatter lesion: fracture or tendinitis? Scintigraphic, CT, and MR imaging features. Radiology 1992; 185:853-858.
- 7- Tuncel E, Yazıcı Z. Çocuk Hastalıklarında Radyolojik Bulgular, İstanbul, Nobel & Güneş Yayınevi, 2002; sy 249
- 8- Hamer JA. Pain in the hip and knee. BMJ 2004; 328: 1067-1069
- 9- Bloom OJ and Mackler L. What is the best treatment for osgood-schlatter disease?. The Journal of Family Practice 2004; 53: 153-156
- 10- Orava S, Malinen L, Karpakka J, Kvist M, Leppilahti J, Rantanen J, Kujala UM. Results of surgical treatment of unresolved Osgood-Schlatter lesion. Ann Chir Gynaecol 2000; 89: 298-302.

STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?

Lütfen bize Dergi ile ilgili değerlendirmelerinizi yazınız. Bundan sonraki sayılar sizin de katkınızla oluşsun. Sizden gelecek her türlü katkı, öneri ve eleştiri bizim için çok önemli... İletişim kolaylığı için açık adresinizi, telefon numaralarınızı ve varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi unutmayınız.

	STED'den	I		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	X
	STED Yazarlarına Bilgi	II			
	Kendi Kendine Yanma Özelliği Azaltılmış Sigara <i>Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan,</i>	IV		Klavyem, Stetoskopum ve Ben "Sunum Arka Planında Kesintisiz Ses Kullanmak" <i>Arif Onan</i>	XI
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	VI		Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Alan Çalışması <i>Zuhal Bahar, Ayşe Beşer, Nihal Gördes, Aygül Kısak, Fatma Esin</i>	XIII
	İlaç "İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı" <i>Dr. Alper B. İskit</i>	VII			
	Mesleki Beceri "Radial Arterden Nabız Bakma ve Kan Basıncı Ölçme Becerisi" <i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	VIII		Ödüllü Bulmaca	XVI

STED Yazarlarına Bilgi



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 içinde yer alacaktır. 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, ancak 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 yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

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

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

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

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

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

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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

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

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve

bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "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 -Verlang; 1988. p.521-32.

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz, http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

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

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz.

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

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

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

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

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

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

Kendi Kendine Yanma Özelliği Azaltılmış Sigara (RIP; Reduced Ignition Propensity Cigarettes): Çözüm Değil!



Dr. Nazmi Bilir*, Dr. Dilek Aslan**

Sigara kullanımının sağlık üzerindeki zararlı etkileri son 50 yıl içinde son derecede ikna edici biçimde ortaya konmuştur (1-3). Ayrıca, sigara kullanımının ciddi ekonomik boyutu da vardır. Bunların yanı sıra, sigaraların neden olduğu yangınlar konusu da önemlidir ve bu yüzden hem can, hem de mal olarak ciddi kayıpların olduğu bilinmektedir (4). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1997-2001 yılları arasında yangına bağlı ölümlerin dörtte birinin sigara nedeniyle olduğu ortaya konulmuştur (5). Ankara ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Müdürlüğü kayıtlarından, bu kentlerde meydana gelen yangınların yarısından çoğunun nedeninin sigara olduğu anlaşılmaktadır.

Sigaranın başlıca yangın nedeni olma özelliğinin azaltılması amacıyla yangına karşı tütün endüstrisi tarafından kendi kendine yanma özelliği azaltılmış (RIP; Reduced Ignition Propensity) sigara üretimi yapılarak piyasaya sürülmeye başlanmıştır. Bunun için sigaranın gövdesi üzerinde aralıklarla gözeneksiz kağıt sarılmıştır. Yanmakta olan sigara kendi haline bırakıldığı zaman, ateş gözeneksiz bölüme ulaştığında sigara

sönmektedir. Sonuç olarak, ancak düzenli biçimde nefes çekildiği zaman sigaranın yanması sürmekte, kendi haline bırakıldığında ise sigara sönmektedir. Bu yolla sigaraya bağlı olarak meydana gelen yangınların sayısında azalma olmuştur. Bu tür sigaralara "fire-safe cigarettes", (yangına karşı güvenli sigara) adı da verilmektedir.

New York'ta 2003 yılında "kendi kendine yanma özelliği azaltılmış sigara" konusunda bir yasal düzenleme yapılmış ve arkasından 20 eyalette benzeri düzenlemeler yapıldığı gözlenmiştir (5). Kanada da benzer yasal düzenlemeyi benimsemiştir, İngiltere ve Avustralya'da bu yönde çalışmalar sürmektedir (6).

O'Connor ve arkadaşlarınınca ABD'de yapılmış olan bir çalışmada sigara içenlerin %25'inin son 30 gün içinde sigaralarını yanar durumda bıraktıkları; %15'inin ise yatarken sigara içtikleri saptanmıştır (7). Bu durumda yanmakta olan sigaranın yol açtığı yangın olasılığı da artmaktadır.

Yeterli kanıt olmamasına karşın, tütün endüstrisi kendi kendine yanma özelliği azaltılmış sigaraların sigaraya bağlı yangın sayısını azaltacağını savunmaktadır (5).

Dikkat: Bu Ürün Bir Çözüm Değil

Kendi kendine yanma özelliği azaltılmış sigaraların sigara mücadelesi bakımından bir çözüm olmadığı açıktır. Bu konudaki çalışmaların sonuçları da benzer vurguyu yapmaktadır (8).

Çok iyi bilindiği gibi, sigara mücadelesinin temel amacı sigara kullanımının azaltılması olmalıdır. Oysa kendi kendine yanma özelliği azaltılmış sigaralar, sigara kullanımını azaltmadan çok bu alışkanlığı özendiren bir çabadır. Bu tür çabaların örnekleri geçmişte de yaşanmış ve sigara mücadelesine herhangi bir yarar sağlamamıştır. Sigaranın sağlık üzerindeki zararları 1950'li yıllardan itibaren ortaya



*Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD., Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi, Ankara

**Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, (SSUK) Üyesi Ankara

konmaya başladıktan sonra, 1960'lı yıllarda tütün endüstrisi filtreli sigaralar üretme yoluna gitmiştir. Bu biçimde sigaranın içindeki zararlı maddelerin filtre tarafından tutulduğu ve sigaranın zararının azaltıldığı düşüncesi yerleştirilmeye çalışılmıştır. Bu yıllarda zararı azaltılmış sigara ve kanserden koruyan sigara konulu makaleler de yayınlanmıştır.

Filtreli sigaraların kullanımının yarar sağlamadığı düşüncesi yerleştikten sonra, 1980'li yıllarda bu kez tütün endüstrisi yeni bir taktik gündeme getirmiş ve nikotin ve katran miktarı azaltılmış sigaraların üretimini başlatmıştır. Bu biçimde "mild" (orta), "light" (hafif), "ultra light" (çok hafif) sigara kavramları gündeme gelmiş ve tüketiciler, "zararı azaltılmış" olarak piyasaya sürülen bu sigaraları içmeye yönlendirilmişlerdir. Bu tür sigaraların kullanımının yaygınlaşması sonucunda sigaraya bağlı sağlık sorunlarında bir azalma olmamış, hatta akciğer kanseri türü ve kanserin akciğerdeki lokalizasyonu bakımından bazı olumsuz değişiklikler gözlenmiştir. Sonuç olarak bu tür sigaraların da sigara mücadelesi bakımından herhangi bir yarar sağlamadığı ortaya çıkmıştır.

Görüldüğü gibi, sigara kullanımına bağlı bir olumsuzluğun gündeme gelmesi üzerine, sigara endüstrisi hızla bu konuya seçenek olabilecek bir başka ürünü geliştirerek piyasaya sürmektedir. Bu yöndeki çabalar sigaranın neden olduğu olumsuzlukları önlemeye çalışmaktan çok, sigara

endüstrisinin kendi varlığını ve ürünlerinin satışını sürdürme çabaları olarak değerlendirilmelidir.

İletişim: Dr. Nazmi Bilir

E-posta: nbilir@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- The European tobacco control report 2007, World Health Organization Publications, 2007.
- 2- Bilir N, Aslan D. Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Ne Kadar Zararlıdır? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15 (9), VII-VIII.
- 3- Aslan D, Bilir N. Tütün Mücadelesi Süreklilik Gerekir: 31 Mayıs Dünya Sigarasız Günü Çalışmaları Ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS-Framework Convention Of Tobacco Control-FCTC). Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15 (6), VI-VII.
- 4- Boztaş G, Aslan D, Bilir N. Çevresel Sigara Dumanından Etkilenim ve Çocuklar. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15 (5), 75-78.
- 5- O'Connor RJ, Giovino GA, Fix BV, Hyland A, Hammond D, Fong GT, Bauer U, Cummings KM. Smokers' reactions to reduced ignition propensity cigarettes. Tob Control. 2006 Feb;15(1):45-9.
- 6- Reduced Ignition Propensity Cigarettes. April 2007. <http://www.communities.gov.uk/documents/fire/pdf/321890>. Erişim tarihi: 5 Ocak 2007.
- 7- O'Connor RJ, Bauer JE, Giovino GA, Hammond D, Hyland A, Fong GT, Cummings KM. Prevalence of behaviors related to cigarette-caused fires: a survey of Ontario smokers. Inj Prev. 2007 Aug;13(4):237-42.
- 8- Connolly GN, Alpert HR, Rees V, Carpenter C, Wayne GF, Vallone D, Koh H. Effect of the New York State cigarette fire safety standard on ignition propensity, smoke constituents, and the consumer market. Tob Control. 2005 Oct;14(5):321-7.

DUYURU:

5-8 Nisan 2008 tarihleri arasında Geriatri Derneği tarafından Antalya'da düzenlenecek olan uluslararası "Geriatrics 2008 Kongresi"nin son bildiri gönderme tarihi 1 Mart 2008 tarihine kadar uzatılmıştır. Kongre'nin birinci günü (5 Nisan 2008) Pratisyen Hekimlere yönelik olarak Temel Geriatri Kursu düzenlenmektedir. Kongre ve Kurs ile ilgili ayrıntılara: <http://www.geriatri2008.org/> adresinden ulaşabilirsiniz.



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo. Düzce ili ve Türkiye'de "sağlık ocaklarında" sunulan bazı poliklinik hizmetlerinin yıllara göre dağılımı ve görelî değişimi

	Kişi başı ortalama poliklinik sayısı		Görelî değişim	Sevk hızı (%)		Görelî değişim
	Yıl			Yıl		
	2005	2006		2005	2006	
Düzce	2.0	3.7	1.85	5.9	19.5	3.30
Türkiye	1.5	1.8	1.20	10.2	6.4	0.63
Hız Oranı				1.7	3.1	

Sağlık Bakanlığımız, 2006 yılına ait Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı'nı Aralık 2007 tarihinde yayımladı. Önceki yıllarda yıllıkların biçim ve içeriğinde bir oturmışluk varken, son birkaç yıldır her yıllıkta çoğunlukla eksilen tablolarla ya da içerikle karşılaşmamız olağanlaştı. Dileğimiz dünya genelinde olduğu gibi, ülkemizde de verilerin paylaşımında standart duruma getirilmiş bir biçimin ve içeriğinin öneminin kavranması ve uygulanmasıdır.

Bu sayımızda sizlerle bir önceki yıllıkta 53, son yıllıkta ise 58 numaralı tabloda sunulan verilerden bazılarını paylaşacağız. Batı Karadeniz'in şirin mi şirin ili Düzce'deki ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin durumuyla ilgili bazı verileri Türkiye geneli ile yan yana koyacağız.

Yıllıkta, tablo başlığında sağlık ocağındaki hizmetler olarak tanımlanmış olsa bile, hepimizin bildiği gibi Düzce'de 16 Eylül 2005 tarihinden beri hiçbir sağlık ocağı kalmadı. Aile hekimliği sistemi kapsamında tümü kaldırıldı. Böylelikle, Düzce ilimizdeki, aile hekimliği sistemindeki bazı uygulama sonuçlarını ülkemiz geneli ile karşılaştıracacağız. Beraberinde, aynı değişkenlerle Düzce'de sağlık ocağı çalışmalarının son yılı ile aile hekimliği sisteminin ilk yılı çalışmalarını da karşılaştırebileceğiz.

Tablo'da da izlenebildiği gibi, Türkiye'de 2005 yılında bir kişi sağlık ocağına ortalama 1.5 defa başvururken, 2006 yılında, %20 artışla (görelî değişim 1.20), 1.8 defa başvurmuş. Düzce ilimizde ise 2005 yılında bir kişi sağlık ocağına yılda 2 defa başvururken, 2006 yılında aile hekimine, %85 artışla ortalama 3.7 kez başvurmuş. Peki, yapılan

başvurular nasıl sonuçlanmış? 2005 yılında Türkiye genelinde sağlık ocağına yapılan yüz başvurudan yaklaşık 10'u sevk edilirken, Düzce'de sağlık ocağına yapılan yüz başvurudan yalnızca 5.9'u sevk edilmiş. Başka bir ifadeyle, 2005 yılında, Düzce'de sağlık ocaklarından yapılan bir sevke karşılık, Türkiye genelinde 1.7 sevk gerçekleştirilmiş.

İki bin altı yılında ise, Düzce'de aile hekimleri kendilerine yapılan yüz başvurudan yaklaşık 20'sini sevk etmişler. Bir önceki yıla göre sevkler %330 artmış. Türkiye genelinde ise aynı yılda sağlık ocaklarından yapılan sevklerde %37 azalma gerçekleşmiş. Yüz başvurudan yaklaşık 6'sı sevk edilmiş. Diğer bir ifadeyle, 2005 yılında sağlık ocaklarının ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri yönüyle Düzce'deki sağlık ocaklarımızda sunulan hizmet, ülke genelinden daha iyiyken, bir yıl gibi kısa bir sürede yalnızca gerilememiş, aynı zamanda kötüleşmiş. İki bin altı yılında, Türkiye genelinde sağlık ocaklarından yapılan bir sevke karşılık, Düzce'de aile hekimliği sisteminde 3.1 sevk gerçekleştirilmiş.

Bu sayıda tartışma bölümünü sizlere bırakmak istiyorum. Dilerseniz bu veriler üzerinden çıkan sonuçları, dilerseniz başka veriler üzerinden ortaya koyabileceklerinizi paylaşın. Sizler bana gönderin. Ben de gelecek sayılardaki köşemizde hepimizle paylaşayım. Bekliyorum...

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

Kaynaklar

1. Kunt A E, Mackenbach J P. (1994), Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28.
2. Sağlık Bakanlığı (2007), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006, Ankara.



Dr. Alper B. İskit*

İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı

22 Ağustos 2005 tarihinde TC Sağlık Bakanlığı tarafından "İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı" adı altında bir genelge yayımlandı. Bu programın temel felsefesi geliştirilmekte olan, kontrollü klinik çalışmaları süren yeni ilaçlardan, bu çalışmalarda yer almayan hastaların da yararlanmasıdır.

Hastalıkları konusunda klinik araştırmalara ulaşma olanağı olmayan hastalara bu programa göre ülkemizde ruhsatlı olmayan, ancak diğer ülkelerde ruhsatlı olan ya da olmayan ilaçlar, ilacı geliştiren firma tarafından ücretsiz sağlanır. Böylece ülkemizde ruhsatlı ilaçlarla tedavisi başarısız ya da bilinen yöntemlerle tedavi olanağı olmayan hastalar tedavi şansına erişebilir.

İlacın hastalığın ciddiyetine kıyasla hastayı gereksiz riske maruz bırakmaması ve ilacın kullanılacak hastada etkili olacağına ilişkin yeterli kanıt olması gereklidir. Kullanılacak ilacın halen çalışmalarda deneniyor olması ya da tüm çalışmaların tamamlanmış, ancak ilacın ruhsatlanmamış olması gerekir. Yani bu ilaçlar Faz II çalışmaları bitmiş Faz III çalışmaları başlamış ilaçlar olmalıdır. Ülkemizde faz çalışması yapılması mutlak değildir.

Bu program klinik ilaç araştırması değildir. İlacın etkinlik bilgisi toplanması amaçlanmaz; toplansa bile ruhsatlandırma amacıyla kullanılamaz. Bu program için üretici firma başvuruda bulunabilir. Program ülkemizde tek hasta için eğitim hastaneleri, yeterliliği onaylanmış devlet ve C1 sınıfı özel hastanelerde uygulanabilir. Başvurular T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü ve Yerel Etik Kurul'a eş zamanlı yapılır.

Diğer ülkelerde de benzer programlar vardır. ABD'de FDA, Avrupa'da EMEA'nın bu hastalar

için önerdiği programlar bulunmaktadır. FDA belgelerinde "expanded access (genişletilmiş erişim)" programı adı verilen "Compassionate Use" olarak tanımlanan bu program aslında "İlaça Erken Erişim Programı" olarak tanımlanmaktadır. Programın adı Avrupa'da "Compassionate Use Programmes", ABD'de "Treatment /Emergency IND", Kanada'da "Special Access Programme" ve Avustralya'da "Special Access Scheme'dir. Ülkemizden farklı olarak bu programların çoğuna, çoklu hasta grupları için başvuru olanağı vardır. Tek hasta başvurusuna ek olarak, bir hasta grubu içinde başvuru yapılabilir.

Bu program, ülkemizde bulunan tıbbi ürünlerle tedavisi başarısız bulunan hastalara ya da ciddi, acil olarak yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu konuda düzenlenmiş klinik araştırmalara ulaşma şansı olmayan hastalara yeni bir tedavi olanağı sağlamaktadır.

Unutulmaması gereken önemli bir nokta, bu ilaçların halen ruhsat almamış, ancak çoğu klinik faz çalışmaları süren olası tedavi potansiyeli olan ilaçlar olduğudur.

Teşekkür:

Prof. Dr. Alper B. İskit, Türkiye Bilimler Akademisi Genç Bilim İnsanlarını Ödüllendirme Programı (TUBA-GEBİP) tarafından desteklenmektedir. (EA-TUBA-GEBİP/2001-2-11).

İletişim: Dr. Alper B. İskit

E-posta:alperi@hacettepe.edu.tr

Program hakkında ayrıntılı bilgi:

<http://www.ieg.gov.tr/beseritibbiurun/klinik-arastirmalari/duzenlemeler/genelgeler/Pages/default.aspx>

Mesleksel Beceri

Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin***

Lomber Ponksiyon Uygulama Becerisi

Amaç: Bu eğitimin sonunda katılımcı, beceri basamaklarını doğru ve sırasinda uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilecektir

Araç: LP iğnesi, antiseptik madde, steril tampon, steril delikli yeşil örtü, steril eldiven, kültür tüpü, 2cc'lik enjektör, lokal anestezi madde, tüp, flaster.

Basamak 1. Elleri yıkama (Resim 1).



Resim 1

Basamak 2. Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

Basamak 3. Hastaya uygun pozisyon verme

Basamak 4. L3-L4 aralığına gelen bölgeyi işaretleme (Resim 2).



Resim 2

Basamak 5. Steril eldiven giyme (Resim 3).



Resim 3

Basamak 6. Uygulama yapılacak noktadan başlayarak dairesel tarzda antiseptik madde ile silme (Resim 4).



Resim 4

Basamak 7. Delikli steril örtüyü L3-L4 aralığı açıkta kalacak şekilde örtme.

Basamak 8. L3-L4 aralığının çevresine 1-2 cc lokal anestezi madde verme (Resim 5).



Resim 5

Basamak 9. LP iğnesini avuç içine yerleşecek şekilde tutma (Resim 6).



Resim 6

Basamak 10. LP iğnesi ile sırt düzlemine dik olarak, interspinöz aralıktan geçecek şekilde grime (Resim 7).



Resim 7

Basamak 11. Sırasıyla lig. flavum, dura ve araknoid membranı geçerek subaraknoid boşluğa ulaşma (Resim 8).



Resim 8

Basamak 12. LP iğnesinin stilesini geriye çekerek BOS gelip gelmediğini kontrol etme (Resim 9).



Resim 9

Basamak 13. BOS geldiğinde LP iğnesini stilesini çekip ucuna monometre takma (Resim 10).



Resim 10

Basamak 14. Monometre içinde BOS'un yükselmesi takip edilip durduğu noktayı açılış basıncı olarak yazma.

Basamak 15. Gelen BOS'dan 1-2 ml kültür tüpüne alma (Resim 11).



Resim 11

Basamak 16. Gelen BOS'tan iki farklı tüpe 1-2 ml alma.

Basamak 17. Monometre ile kapanış basıncı ölçme. Alınan BOS miktarını not etme.

Basamak 18. LP iğnesinin stilesini yerine takma (Resim 12).



Resim 12

Basamak 19. Steril tampon ile bastırarak LP iğnesini geri çekme (Resim 13).



Resim 13

Basamak 20. Steril tamponu flaster ile cilde sıkıca tespit etme (Resim 14).

İletişim: Dr. Melih Elçin
E-posta: melcin@hacettepe.edu.tr



Resim 14

Basamak 21. Kullanılan malzemeyi toplama.

Basamak 22. Atıkları kırmızı çöp torbasına atma.

Basamak 23. Eldivenleri çıkarma (Resim 15).



Resim 15

Basamak 24. Elleri yıkama (Resim 16).



Resim 16

TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



Ağustos 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- Yüksel Tur (Ankara), 2- **Esra Yaşar*** (Çorum), 3- Şermin Altunel Uzun (Eskişehir), 4- **Dilek Mete*** (İzmir), 5- **Seher Yeşilyurt*** (Kütahya), 6- **Fatma Canki***, 7- Cengiz Semercioğlu, 8- **Mustafa Atasoy*** (Tekirdağ).

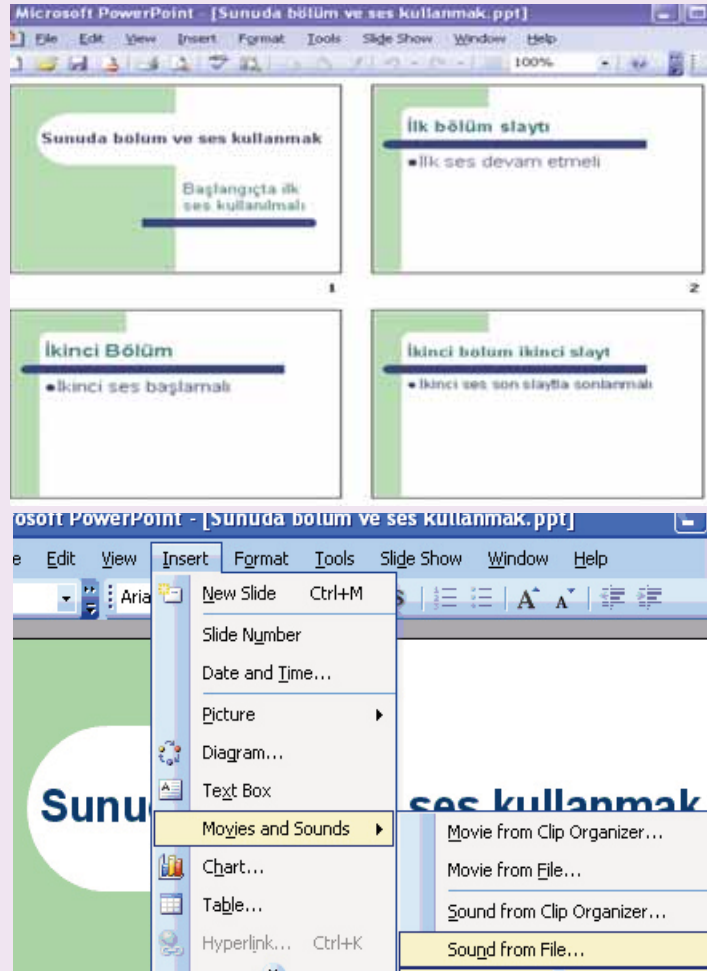
Yıldız (*) konulmuş olanlar, Kocaeli Tabip Odası'nın Hazırladığı "Sağlık Olsun" adlı kitabını armağan ediyoruz.

Clavem, Stetokopum ve Ben

Arif Onan*



Sunum Arka Planında Kesintisiz Ses Kullanmak...



Sunum yapılacak konu birkaç bölümden oluşuyorsa ve her bölüm için ayrı arka plan sesi kullanmak gerekecektir. Bu durumu örnek sunu üzerinden izleyebilir ve uygulayabilirsiniz.

Dört adet slayttan oluşan bir sunu hazırlayınız.

Başlangıç ve ikinci slayt ilk bölümü, üçüncü ve son slayt ikinci bölümü oluşturacaktır.

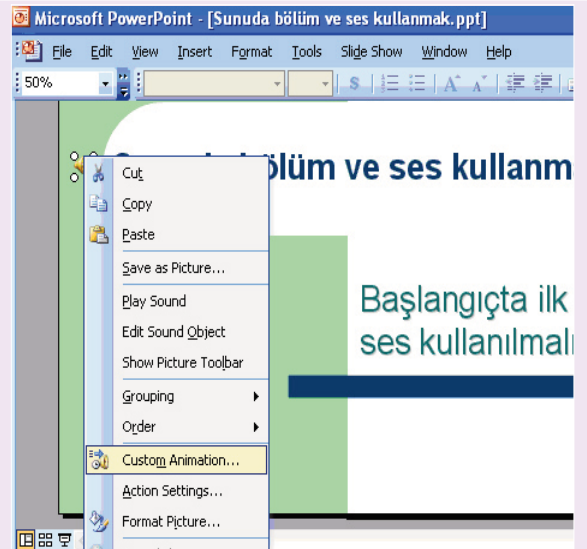
Başlangıçta çalışmasını istediğiniz ses dosyasını ilk slayta eklemek için yapılması gerekenler yan resimde gösterilmiştir.

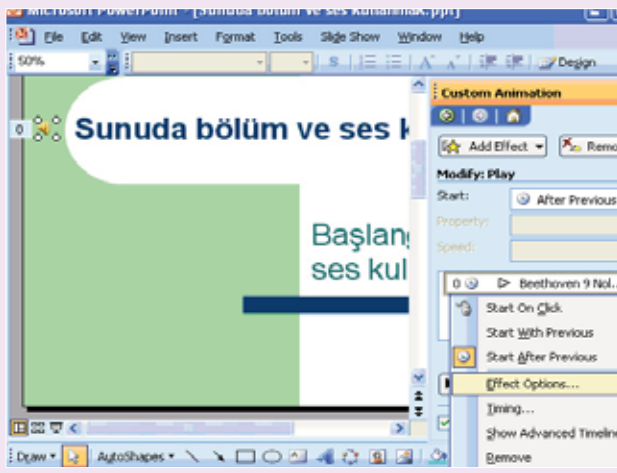
Insert menüsünden "Movies and sounds" alt menüsü içinden "sound from file..." aracılığıyla seçiniz.

İlk ses dosyası başlangıç slaytına eklenirken, sesin otomatik başlamayıp başlamayacağı sorusuna yanıt veriniz.



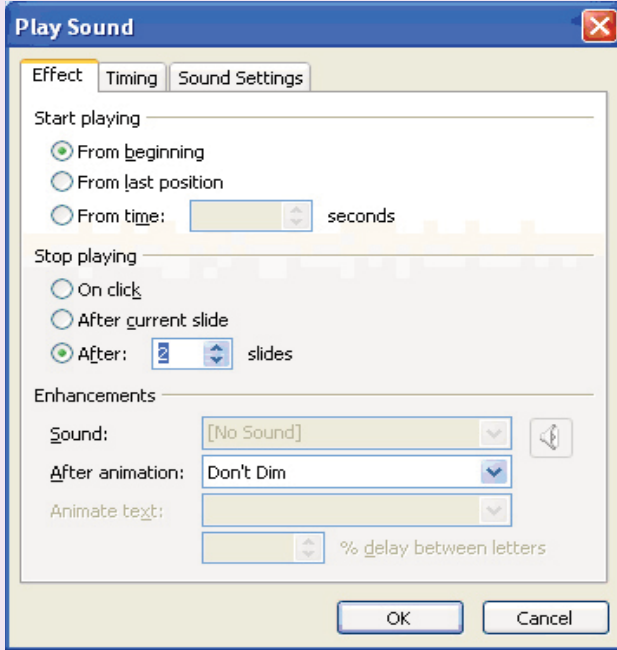
Ses dosyası ikonu üzerinde sağ fare tuşu ile tıklayıp gelen menüden Custom Animation... seçeneğini tıklayınız.





Custom Animation panelinden ses simgeniz seçili iken, açılır kutuyu tıklayıp Effect Options... seçeneğini tıklayınız.

Animasyon efekti verilen birden çok nesne ekranda olabilir, anlatılan işlemin çalınan ses dosyası üzerinden yapıldığından emin olunuz.



Effect Options... tuşu tıklandığında ekrana yandaki panel gelecektir.

Ses dosyamızın Başlangıçta çalacağı (From beginning), bölüm sonuna kadar çalıp sonra duracağı (Bölüm bir iki slayttan oluşuyor) panelden anlaşılacaktır. Sizin başlangıç bölümünüz on slayttan oluşuyorsa, "Stop playing After 10 slides" olmalıdır.

İkinci bölüm arka plan sesi için de yukarıda anlatılan süreç geçerlidir. İkinci sesi üçüncü slayta ekleyip Custom Animation / Effect Options seçeneğinden yine yandaki pencereye ulaşıyoruz. Örneğimizde ikinci bölüm iki slayttan oluştuğu için durma parametresi iki slayt olarak ayarlanmıştır.



Ses dosyanız bölüm için tasarladığınız süreden kısa ise, her ikisi içinde Timing sekmesini kullanarak "Rewind when done playing" seçeneğini tıklayarak bölüm sonuna kadar tekrarlamasını sağlayabilirsiniz.

Konu için MS Office resmi sitesinden Help and How-to başlıklı bölüme ulaşip video ve text anlatımlar bulabilirsiniz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Alan Çalışması



*Zuhal Bahar *, Ayşe Beşer*, Nihal Gördes*, Aygül Kısıl*, Fatma Esin **

Bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede sunulan koruyucu sağlık hizmetleri önemlidir. Hemşirelik öğrencilerinin gelecekte hizmet vereceği birincil basamak sağlık hizmetlerini tanıması, ekip üyesi olarak yerini ve önemini kavraması yapacağı uygulamalara bağlıdır. Bu makalede Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği alan uygulama sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır. 2006-2007 öğretim dönemi halk sağlığı hemşireliği alan uygulamaları güz döneminde gerçekleştirilmiştir. On üç öğrenci birinci basamak sağlık hizmetlerinde, tüm yaş grupları yanı sıra gebe ve loğusalrı da kapsayan 208 bireyi üç ay boyunca her hafta evlerinde ziyaret ederek izlemişlerdir. Alan uygulamalarında iş sağlığı hemşireliği uygulamalarına da yer verilmiştir. Öğrenciler bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede gerekli girişimlerde bulunmuşlar, olumlu sağlık davranışları kazandırmışlardır.

Bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede sunulan koruyucu sağlık hizmetleri önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan halk sağlığı hemşireleri



koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda vazgeçilemez sağlık elemanlarıdır. Halk sağlığı hemşireliği, bakım konusu bireyler, aileler ve toplum olan bir hemşirelik alanıdır. Sağlığın tüm düzeyleri ile ilgili olmakla beraber, birincil odağı hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesidir (1,2). Halk sağlığı hemşireleri toplumun sağlığını geliştirmek için çalışan ekibin üyeleridir. Hasta bakımı ve tedavi verirler, sağlık danışmanıdırlar, aileleri ve toplum gruplarını sağlık amacı etrafında örgütlerler, etkinlikleri evde, okulda, iş yerinde, sağlık merkezinde çalışmayı içerir. Çalışmalarının bütün evrelerinde amaçları hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi ve rehabilitasyon sağlanmasıdır (1,3).

Hemşirelik eğitiminde üniversitelerin öğrencilerin gelecekte çalışacakları alanlara yönelik donanımlı bir şekilde hazırlanarak mezun edilmesinde önemli sorumlulukları vardır. Öğrencilerin çalışacakları alanlara yönelik tüm rollerini deneyimlemeleri için uygun uygulama alanların sağlanması önemlidir. Bu makalede Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dördüncü sınıf öğrencilerinin halk sağlığı alan uygulama sonuçlarına yer verilmiştir.



Tablo 1. Hizmet verilen gruplar ve kişi sayıları

Gruplar	Kişi sayısı	%
0-1 yaş	24	8.57
1-6 yaş	50	17.86
7-17 yaş	37	13.21
Erişkin	148	52.86
Gebe	13	4.64
Lohusa	3	1.07
Yaşlı	5	1.79
Toplam	280	100.00

Halk Sağlığı Hemşireliği Alan Uygulamaları

Öğrenciler sağlık ocağında haftada 3 gün, iş sağlığı hemşireliği alan uygulamasında bir gün olacak şekilde bir dönem boyunca (3 ay) hizmet sunmaktadırlar. Her öğrencinin beş ailesi bulunmaktadır. Bakımından sorumlu olunan aileler çevresi ile bir bütün olarak ele alınarak veri toplanmakta, bu veriler doğrultusunda aile ile birlikte sağlık sorunları saptanmakta, bu sorunlara yönelik planlı ev ziyaretleri gerçekleştirilmektedir. Öğrenciler halk sağlığı hemşireliği alan uygulamalarında danışmanlık, sağlık eğitimi, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler ve iş sağlığı hemşireliği uygulamalarını yürütmektedirler.

Hizmet Verilen Bölge Yelki Beldesi

- Şehir merkezine 28 km uzaklıktadır
- Doğuda Narlıdere, batıda Urla, kuzeyde Güzelbahçe ve Ege Denizi, güneyde Seferhisar bulunmaktadır.

Sosyoekonomik Özellikler:

- Büyük-orta ölçekli sanayi kuruluşları bulunmaktadır (Çamlı çimento fabrikası, Çamlı paketleme fabrikası, Pınar süt toplama merkezi).

- Belde'nin geçim kaynakları: Balıkçılık, deniz ürünleri, zeytincilik, seracılık, bağcılık, küçükbaş hayvancılık ve kümes hayvancılığıdır. Nüfus 3105 (1597 erkek ve 1508 kadın) kişiden oluşmaktadır.

Öğrenciler tarafından hizmet verilen bireyler, uygulama süresince her hafta evlerinde ziyaret edilmiştir. Bu ziyaretlerde bebek ve çocukların büyüme ve gelişmeleri değerlendirilmiş, sapmalar olduğunda gerekli girişimler yapılmıştır. Diğer yaş gruplarındaki bireylerin ise fizik muayeneleri yanı sıra, sağlık ve diğer sosyal alanlarda sorun oluşturan alanlar belirlenmiş, girişimler yapılmış, gerekli durumlarda bir doktor izlemi için sevk edilmiştir.

Ev ziyaretlerinde yapılan sağlığı koruyucu ve geliştirici girişimler sonucunda;

Annelerin bebek bakımına yönelik hijyenik uygulamaları gelişmiş, hazır çorbaların kullanılması bırakılmış, sebze çorbaları tercih edilmiş ve evde yoğurt mayalamaya başlanmıştır. Yapılan izlemler sonucunda bir bebekte işitme kaybı olduğu saptanmış ve sevk edilmiştir. İki çocuğun persantil değeri normal sınırlara çıkarılmış, altı çocuğun anemisi giderilmiş, üç çocuğa tuvalet alışkanlığı kazandırılmıştır. Bunların yanı sıra, çocuklarda el yıkama ve diş fırçalama alışkanlıkları geliştirilmiştir. Erişkin bireylerde ise, aile planlaması konusunda yapılan girişimler sonucunda 14 kadın kondom kullanmaya başlamış, dört kadına ise RİA taktırılmıştır. İzlenen tüm kadınlarda meme kanserinden korunmaya yönelik yapılan sağlık eğitimleri sonucunda kadınlar her ay düzenli olarak kendi kendilerine meme muayenesi yapmaya başlamışlardır. İzlenen bireylerin beden kitle indeksleri değerlendirilmiş, yeterli ve dengeli beslenme konusunda olanakları göz önüne alınarak eğitimler yapılmıştır. İki kişinin beden kitle indeksinde düşüş sağlanmıştır. Dört kadın sigarayı bırakmıştır.

İzlenen gebelere sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmış, kan basıncı, ödem, idrarda protein izlemi yapılarak preeklamsi açısından izlenmiştir. Tüm gebeler doğru emzirme yöntemlerini öğrenmiştir. Gebeler anemi açısından değerlendirilmiş, gerektiğinde demir preparatı başlanmış, beslenmeleri düzenlenmiş, tetanoz aşılı izlenerek yaptırılmaları sağlanmıştır.

Yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. İzlenen bireylerde özellikle hipertansiyon ve diyabet sorunları saptanmıştır. Bu bireylerin hastalıkları için, tedavi planlarına uyumları konusunda danışmanlık verilmiştir. Üç yaşlı bireyde egzersiz ve diyet alışkanlıkları geliştirilmiştir. Bir yaşlının beden kitle indeksinde düşüş sağlanmıştır.

İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

Öğrenciler belirlenen üç bin işçisi olan bir tekstil fabrikasında iş sağlığı hemşirelik hizmetlerini sunmuşlardır. Bu hizmetler haftada bir gün olacak şekilde planlanmıştır. Bu hizmetlerde, poliklinik çalışmaları, danışmanlık hizmetleri, erken tanıya yönelik uygulamalar ve sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalar

(stresle baş etme programı, sigara bırakma programı) yer almıştır. Öğrencilere başvuru danışmanlık konuları arasında özellikle aile planlaması, diyabet, hipertansiyon, epilepsi yer almaktadır. Gönüllü kadınlara randevu verilerek kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmiş, yaparak gösterilmiş ve yaptırılmıştır. Muayene sonucunda üç kişi sevk edilmiş, bir kişi kanser tanısı almıştır.

Sağlığı geliştirici program olarak stresle baş etme ve sigarayı bırakma konusu işyeri sağlık birimi çalışanları ile birlikte uygulama öncesi belirlenmiş, öğrenciler bu konuda hazırlıklarını tamamlayarak uygulamaya başlamışlardır. Bu iki konu işyeri sağlık birimi panosunda duyurulmuştur. Stresle baş etme programında, stresin nedenleri, etkileri ve sonuçları, stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler olmak üzere iki sunum yapılmıştır. Sunumlara gönüllü 54 kişi başvurmuştur. Sunumların ardından bireysel görüşmelerde sorun çözme basamakları kullanılmıştır. Bireysel görüşmeler için 46 işçi başvurmuştur.

Sigarayı bırakma programı için iki hafta, yemekhanenin önünde stand oluşturularak hazırlanan broşürler dağıtılmış, duyurular yapılarak duyarlılık oluşturulmuş, ardından sunum yapılmıştır. Sunuma gönüllü 86 işçi katılmıştır. Sunumuna ardından gönüllü 79 kişiyle bireysel görüşmeler yapılmış, bırakmak için uygun yöntem karar verdirilmiş, sözleşme imzlatılmıştır. Yirmi işçi sigara kullanmayı tümüyle bırakmıştır.

Halk sağlığı hemşireliği alan uygulamalarında yukarıda yer alan etkinlikler dışında, İzmir İline bağlı Mordoğan yerleşkesinde halk eğitimi uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Bu eğitimler, bölge belediye başkanlığından gelen istem doğrultusunda yapılmıştır. Bu eğitimler; diyabetten korunma ve evde bakım, hipertansiyondan korunma ve evde bakım, tüberkülozdan korunma ve evde bakım, obezite, kanser ve korunma yolları, stres ve baş etme yöntemleridir. Öğrenciler eğitimlerin yanında, bu bölgede, öncelikli aileler, belirleyerek ev ziyaretleri yapmış, kan basıncı ölçülmüş, beden kitle indeksi, kan şekeri ve kendi kendine muayene taramaları yapılmıştır.

Öğrenci Geribildirimleri

- Karar verme ve iletişim becerilerim gelişti,
- Bağımsız hemşirelik girişimlerini yaşadım,
- Koruyucu hizmetlerin önemini daha iyi anladım,
- Ekip çalışmasını öğrendim,
- Sektörler arası işbirliği konusunda deneyim kazandım,
- Kendimi halk sağlığı hemşiresi olarak hissettim,
- Yaşamım boyunca hiç unutmayacağım bir staj yaşadım.

Sonuç olarak, öğrencilere mezun olmadan önce, gelecekte çalışacağı alanlarda zengin deneyimler yaşatılması gelecekteki çalışmalarının başarılı olması için önemlidir. Özellikle sağlığı koruma ve geliştirmede yeri tartışmasız olan birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda hemşirelerin deneyim kazanmaları, birinci basamağın önemini kavramaları toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir.

İletişim: Ayşe Beşer

E-posta: ayse.beser@deu.edu.tr

Kaynaklar

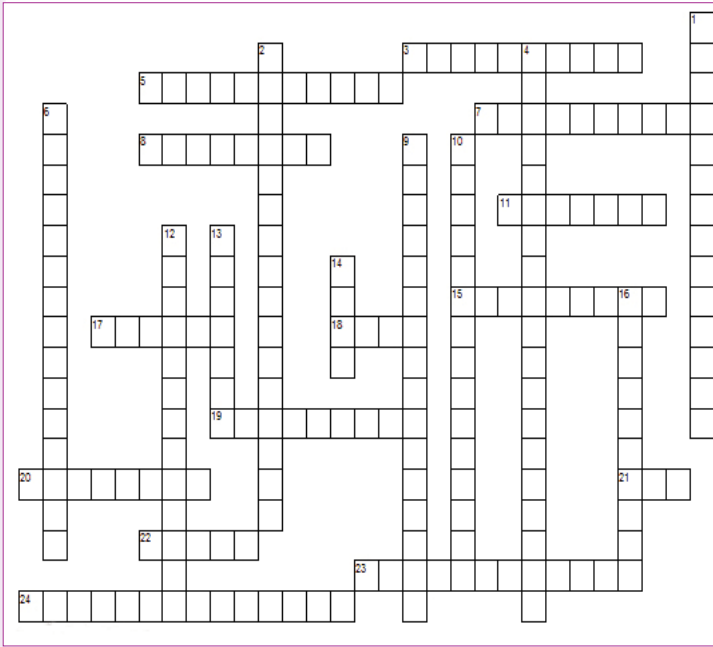
- 1- Aksayan S., Bahar Z., Bayık A., Büyükcoşkun A., Emiroğlu O., Erdoğan S., Erefe İ., Karataş N., Kubilay G., Seviğ Ü (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:14, İstanbul.
- 2- Klainberg M., Holzomer S., Leonard M., Arnold J (1998). Community Health Nursing An Alliance for Health. McGraw Hill Nursing Core Series. NewYork.
- 3- Clark M.J (1999). Nursing in The Community Dimensions of Community health Nursing. Appleton Lange, Stamford.



Ödüllü Bulmaca



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 Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatür kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Şubat 2008** sayımızda yayımlayacağız.



1- Osgood-Schlatter hastalığının ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir hastalık,
2- Lomber ponksiyonda ilk geçilen bölge,
3- İnsan yaşamında önemli yer tutan bir dönem,
4- Osgood-Schlatter hastalığının tedavisinde kullanılan bir ilaç grubu,
5- Sağlık ocaklarının yeterli kullanılmama nedenlerinden biri olan işlemeyen süreç,
6- Osgood-Schlatter hastalığında bir parçası kopan yapı,
7- Tütün endüstrisinin kullanıma

getirdiği "zararı azaltılmış" bir sigara tipi,
8- Okul çocuklarının fiziksel ve mental gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir etken,
9- Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan parametrelerden biri,
10- Proksimal tibia apofizini etkileyen hastalık,
11- Bebek ölüm nedenlerinden biri,
12- Bebek izleminde erken tanınması önemli bir hastalık,
13- Osgood-Schlatter hastalığında bir radyoloji bulgusu,
14- Okul sağlığı ile ilgili olarak hazırlanan standart (kısaltma),
15- Osgood-Schlatter hastalığında en sık rastlanan bulgu,
16- Osgood-Schlatter hastalığının tanısında kullanılacak bir teknik,
17- İnsani ilaca erken erişimde ilacın kullanılabilmesi için bitmesi gereken dönem,
18- Düzce'de aile hekimliğinin gelmesi ile kötüleşen bir parametre,
19- Alma-Ata'da kabul edilen sağlık hizmetlerinin önemli bileşenlerinden biri,
20- Okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ekipte yer alan bir meslek grubu,
21- Kendi kendine yanma özelliği azaltılmış sigara (kısaltma),
22- Aile hekimliğinin ilk uygulandığı illerden biri,
23- Osgood-Schlatter hastalığının bir komplikasyonu,
24- Morbidite ve mortalite hızları dikkate alındığında önemli risk gruplarından biri olan dönem.

STED Ağustos 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Biyomedikal Etik, 2- Hidro Terapi, 3- Nöral Tüp Defekti, 4- Fizik Tedavi, 5- Rifampisin, 6- Amitriptilin, 7- Romatoid Artrit, 8- Folik Asit, 9- Fenitoin, 10- Uyku Bozukluğu, 11- Depresyon, 12- Psikososyal, 13- Sigara İçimi, 14- Tedavinin Süresi, 15- Spiro Metre, 16- Spinabifida, 17- Ağız Kuruluğu, 18- Valproik Asit, 19- Antipolimer, 20- Fluoksetin, 21- Torakal, 22- İrritabl Barsak, 23- Antagonizma, 24- Fibromyozit, 25- Kondom.