



Nöral Tüp Defektlerinden Korunmada Anahtar Rol: Sağlık Personelinin Danışmanlığı	111
15-49 Yaş Evli Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanma Durumları	119
Birinci Basamakta Fibromiyalji Yaklaşımı	124



## 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 Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Dr. Alfert Sağdıç  
 Prof. Dr. Ümit Biçer Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya  
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. İskender Sayek  
 Dr. Alper Büyükkakuş 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

Dr. Banu Mutlu

## 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](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)  
 STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto: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  
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828  
 Basım Tarihi: 07 Aralık 2007

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 8  
 Ağustos 2007

## Araştırma

### Nöral Tüp Defektlerinden Korunmada Anahtar Rol: Sağlık Personelinin Danışmanlığı 111

Dr. Hilal Batı, Dr. Aliye Mandracioğlu,  
 Dr. Özlen Turgul, Dr. Sibel Akkol,  
 Av. Nurdan Anlı

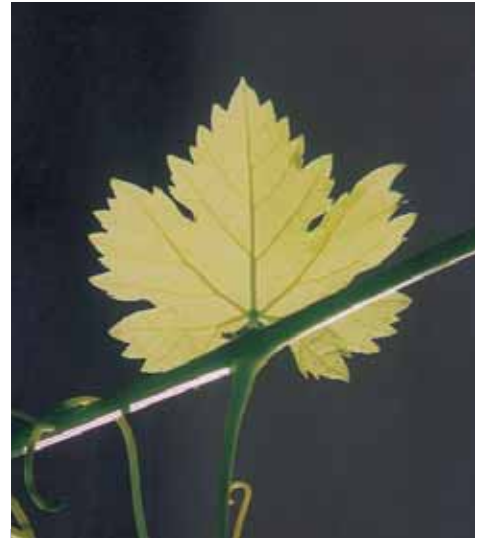
### 15-49 Yaş Evli Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanma Durumları 119

Dr. Onur Günay, Dr. Cavit Işık Yavuz

## Derleme

### Birinci Basamakta Fibromiyalji Yaklaşımı 124

Dr. Sabah Tüzün, Dr. Ali Rıza Çalışkan,  
 Dr. Serap Çifçili, Dr. Pemra Ünal



## Kapak Fotoğrafı:

## "Yaprağın Kaderi"

Dr. İmran Şan, Şanlıurfa

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006

Kapak Ödülü



### Merhaba

İnsanın başına gelmeden anlaması çok zor. Dört yıl önce babalarını yitirdikten sonra annelerine nasıl bakacaklarını kardeşler bir araya gelip konuşmamışlardı. Dört kardeşin ikisi, anneleri ile aynı kentte oturuyordu. Kendi ailelerinden zaman buldukça annelerine bakacaklardı.

Annesi, yıllardır alıştığı düzeni bozmayı istememişti. Eli ayağı tuttuğu sürece kendi evinde oturmak istiyordu. Oturduğu apartmanın neredeyse tamamı, otuz yıldır birlikte olduğu arkadaşlarından oluşuyordu. Pek çoğu kocalarını yitirmiş, ya evli çocuklarından biriyle birlikte ya da -onların annesinin de istediği gibi- tek başına yaşamaktaydı. Apartmanın kaloriferli ve asansörlü görevlisinin olması bir yana; hem yaşlı insanların, hem de çocuklarının güvende hissetmelerini sağlıyordu. Düğünde, bayramda olduğu kadar hastalıkta ve ölümden de birbirlerini hiç yalnız bırakmamışlardı.

Geçen yıllar sonunda hemen hepsinde yakından izlenmesi gereken hastalıklar ortaya çıkmış; yüksek kan basıncı, şeker hastalığı hemen hepsinin ortak sorunu olmuştu. Bu hastalıkların yanı sıra, geçirilen kalp hastalıkları, küçük de olsa felçler; annelerinin ve arkadaşlarının başta yiyip içtikleri olmak

üzere yaşam biçimlerini gözden geçirmelerini gerektirmişti. Geçirilen soğuk algınlığı benzeri hastalıklarda komşular birbirlerine destek oluyorlar; sıcak bir çorba olsun, yemek olsun yardım ediyorlardı.

Yalnız yaşayanların kendilerine bakmakta kimi güçlükleri oluyordu. Eskisi kadar evlerinin temizliğini yapamıyorlar, kişisel temizliklerine yeterince önem gösteremeyebiliyorlardı. Kimi öğünlerini atlamalarının nedeni, yemek yapmakta yaşadıkları güçlüklerden daha çok; sık sık yaşadıkları içlerine kapanmaları, yaşamdan eskisi kadar zevk almamalarıydı.

Sıkıntıların birbirlerine anlatmaları daha çok alışkanlıkları olduğundan, bir araya geldiklerinde, kendi durumlarıyla diğerlerininkini karşılaştırarak kendilerini değerlendiriyorlardı. İleri yaşlarını ister tek başlarına ister çocuklarıyla yaşayan bu insanlar; duygu dünyalarını, özlemlerini, beklentilerini paylaşıp sorunlarını konuşabilecekleri kişilere, aslında profesyonel kişilere gereksinim duyuyorlardı.

Almanya'da yaşlı bakımı konusunda çalışan bir sağlık personelinin dediği gibi, yaşlı bakımını bilmeyen insanlar kimi zaman yakınlarının yaşam kalitesini düşürebilmekte; hatta ne yazık ki erken ölmelerine istemeden de olsa, neden olabilmekteydiler. Örneğin, yaşlıların beslenmelerini, temizliklerini ihmal etmek kadar onların tüm işlerini üstlenmek de onlara zarar verebiliyordu. Özellikle belirli hastalıklardan sonra hareketleri oldukça azalan yaşlıların tüm gereksinimlerini iyi niyetle bile olsa karşılamak, bu kişilerin becerilerinin iyice gerilemesine neden olmaktaydı. Ülkemizde yaşlılarımıza gösterdiğimiz sevginin saygının yanı sıra, erişilebilir ve onların bu özel dönemlerinde gereksindikleri bakımı verecek donanımda hizmetlerin olması, hem çok sevdiğimiz annelerimizi, babalarımızı, büyüklerimizi hem de bu dönemi onlarla birlikte yaşama şansını yakalamış bizleri çok rahatlatacak.

**Bilimsel ve dostça kalın.**



Fotoğraf: "Kırmızı Ağaç" Dr. Sezgin Güvel, Adana  
STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

# Nöral Tüp Defektlerinden Korunmada Anahtar Rol: Sağlık Personelinin Danışmanlığı

Key Roles in Preventing Neural Tube Defects: Counselling by Health Staff



*Dr. Hilal Batı\**, *Dr. Aliye Mandıracıoğlu\*\**, *Dr. Özlen Turgul\*\*\**,  
*Dr. Sibel Akkol\*\*\*\**, *Av. Nurdan Anlı\*\*\*\*\**

## Öz

### Giriş ve amaç

Nöral Tüp Defektleri (NTD), embriyonun gelişim sürecinde oluşan, çocuğu ve ailesini önemli ölçüde etkileyen doğumsal bir anomalidir. Anne adayının gebe kalmadan üç ay önce başlayarak hamileliğinin ilk üç ayına kadar 0.4 mg/gün folik asit alması ile %70 oranında önlenmektedir. Bu nedenle kadınların bilgilendirilmesi ve NTD sıklığının azaltılması için öncelikle sağlık personelinin eğitilmesi hedeflenmiş ve bir eğitim programı hazırlanmıştır. Bu araştırmada eğitim programının başarısı ve etkinliği değerlendirilmektedir.

### Gereç ve Yöntem

Toplumsal bir girişimin ilk aşaması olan bu araştırmaya 2006 yılında İzmir Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'ndeki üç sağlık ocağında görevli toplam 51 sağlık çalışanı (21 hekim ve 33 ebe – hemşire) katılmıştır. Eğitimler ikisi hekimlere ve diğer ikisi ebe-hemşirelere yönelik dört oturumda verilmiştir. Bu eğitim oturumlarında eğitimin etkinliği ve başarısı uygulanan ön-son testlerle değerlendirilmiştir. Ayrıca 10 başlıkta beşli Likert skalası (5-çok iyi, ..., 1-kötü) kullanılarak katılımcı memnuniyeti belirlenmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yılı ortalaması  $16.6 \pm 5.4$ , ebe-hemşirelerin ise  $15.5 \pm 4.94$  yıldır. Her iki grupta da eğitimler ile NTD'leri ve spina bifida hakkındaki bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (hekimler için  $t=3.957$ , ebe-hemşireler için  $t=8.142$ ,  $p < 0.001$ ). Hekim ve ebe-hemşirelerin eğitimlerden memnuniyeti beş puan üzerinden değerlendirildiğinde oldukça yüksek bulunmuştur (ortalama 4.80).

### Sonuç

Önlenebilir hastalıklar için sağlık hizmetlerin sunulması önemlidir ve hem etik hem de ekonomik olarak önceliklidir. Sağlık personelinin bilgilerini güncelleyerek NTD sıklığının düşürülmesini hedefleyen bu eğitim programı oldukça etkilidir. Birinci basamakta ülke genelinde uygulanabilir özelliktedir.

**Anahtar sözcükler:** NTD, spina bifida, folik asit, sağlık eğitimi.

## Abstract

### Introduction and objective

Neural Tube Defects (NTD) are congenital malformations, which occur during the development of the embryo and affect children and their families to a great extent. It has been known that folic acid prevents the occurrence of 70% of NTDs when a woman intending to become pregnant starts taking daily tablets containing 0.4 mg of folic acid three months before conception and continues throughout the first trimester of pregnancy. Thus, in order to inform women and decrease the frequency of NTDs, the training of healthcare workers was defined as a primary objective, which an educational programme was prepared. In this study, the success and efficiency of this educational programme is being evaluated.

### Method

We started this study in 2006 as the first stage of a community-intervention research. 51 healthcare workers (21 physicians and 33 nurses/midwives) working in three primary care centers in the Narlıdere Health District of İzmir participated. Two training sessions were given to nurses/midwives and two to physicians. The efficacy and success of these training sessions have been evaluated on the basis of pre and post tests. In addition, participant satisfaction was evaluated with 10 items on a 5-point scale (5: very good, ..., 1: bad).

### Findings

In this research, the mean duration of working experience was  $16.6 \pm 5.4$  years for physicians and  $15.5 \pm 4.94$  for nurses/midwives. It was observed that in both groups, knowledge of NTDs and spina bifida improved significantly (for physicians  $t=3.957$ , and for nurses/midwives  $t=8.142$ ,  $p < 0.001$ ). When the views of the physicians and nurses/midwives about the given courses were evaluated on a 5-point basis, satisfaction with training sessions was found to be quite high (average 4.80).

### Results

Giving health services for preventable diseases is important and has priority in terms of both ethics and economics. This educational programme aiming to lower the frequency of NTDs through updating the knowledge of healthcare workers has shown a satisfactory level of efficiency. It is also an applicable programme in primary care throughout the country.

**Key words:** NTS, spina bifida, folic acid, health education.

\*Yrd. Doç.; Ege Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD, İzmir

\*\*Prof.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

\*\*\*PhD (Halk Sağlığı) Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı, İzmir

\*\*\*\*Serbest Hekim, İzmir

\*\*\*\*\*Spina Bifida Derneği Genel Başkanı, İzmir

## Giriş

Konsepsiyondan önce ya da gebelik sırasında annenin kimyasal maddelere maruz kalması, ilaç alması, enfeksiyon geçirmesi, beslenme bozukluğu gibi nedenlerle çocukta bazı yapısal ve işlevsel bozukluklar ortaya çıkabilir. Özellikle embriyogenesis döneminde önemli malformasyonlar oluşabilir. Doğumsal anomalilerin herhangi bir tipi çocuğu ve ailesini önemli ölçüde etkilemektedir (1). Nöral Tüp Defektleri (NTD), embriyonun gelişim sürecinde nöral tüpün kısmen ya da tamamen kapanma yetersizliğiyle oluşan doğumsal bir anomalidir. Santral sinir sisteminin gelişimi gebelik sürecinin çok erken dönemlerine denk gelmektedir (Şekil 1). Anne adayı gebe olduğunu fark edene kadar da bebeğin gelişiminin önemli bölümü tamamlanmış olmaktadır (2,3,4).

Tüm gebelerin NTD'li çocuk doğurma riski vardır. Ancak önceki gebeliklerinde NTD'li bebeği olan, eşi ya da kendi ailesinde NTD öyküsü olan, şeker hastası, epilepsi tedavisi (valproik asit) gören, aşırı kilolu, 35 yaşın üstünde doğum yapan, gebeliğinin ilk dönemlerinde ateşli hastalık geçiren, sosyoekonomik durumu kötü olan kadınların riskleri daha fazladır. Ayrıca genetik sorunlar, maternal alkolizm gibi çeşitli teratojen etmenler ve annede folik asit eksikliği gibi beslenme bozuklukları da nedenler arasında

sayılmaktadır. Ağır ekonomik krizler, deprem, sel gibi doğal afetler ve savaşlardan sonra arttığını gösteren bulgular vardır (5).

NTD'lerinin en yaygın görülen iki biçimi spina bifida ve anensefalidir. Spina bifida torakal, lomber ya da sakral omurgada görülebilir. Sırttaki kesenin yeri ne kadar yukarda ise, o kadar fazla sinir etkilenmiş demektir. Torakal omurgadaki spina bifida önemli hareket ve duyu eksikliklerine yol açarken, kuyruk sokumundaki spina bifida daha çok ayak sorunlarına neden olur (3, 6).

NTD, annenin demografik özellikleri ile yaşanan toplum ve coğrafyaya göre farklı sıklıkta saptanır. Sıklık yüzde 1'e kadar yükselebilmektedir ancak genellikle binde 1-2 civarındadır. NTD'ler bebek ölüm nedenlerinin yüzde 3.5'inden sorumlu tutulmaktadır. Her yıl dünyada yalnızca gebelikte tanı konabilen NTD sayısı 250 000'dir (7). Tunçbilek ve arkadaşlarının üniversite hastanelerindeki araştırmasında NTD insidansı 10 000 doğumda 30.1 olarak bulunmuştur (8). İzmir'deki tüm hastaneleri kapsayan bir çalışmada ise NTD insidansı 1 000 doğumda 1.5 olarak saptanmıştır (9).

Önlenebilir bir hastalığa yönelik koruyucu sağlık hizmetlerin uygulanması, hem önemli, hem de etik ve ekonomik olarak önceliklidir. İrlanda, Kanada ve ABD'de olduğu gibi fortifikasyon ve suplementasyon, uygulamaları

Şekil 1. Anne karnında organ ve sistemlerin gelişim dönemleri (2)



**Tablo 1.** Güvenli annelik sağlıklı kuşaklar için nöral tüp defekti eğitim programı

- Tanışma
- Beklentiler
- Ön test
- Projenin tanıtımı ve hekim/ebe-hemşirelerin rolü
- Kursun amaç ve öğrenim hedefleri
- NTD nedir, ne değildir?
- Spina Bifida'da ürolojik sorunlar
- Spina Bifida'da ortopedik sorunlar
- Spina bifida önlenbilir mi?
- Olgular ve Grup çalışması
- Alanda uygulama çalışmaları (ebe- hemşireler için)
- Son test
- Kursun değerlendirilmesi

NTD'nin önlenmesinde kullanılabilen birincil koruyucu hizmetlerdir. Sıklıkla tercih edilen ise suplementasyon, yani folik asit preparatlarının kullanılmasıdır. Doğurgan çağda bebek sahibi olmak isteyen kadınlara gebe kalmadan üç ay önce başlayarak hamileliğin ilk üç ayına kadar 0.4 mg/gün folik asit alması önerilmektedir (6, 9). Çalışmalar günlük alınan her 0.1 mg/gün folik asidin kan folat düzeyinde 0.94 ng/ml artışa yol açtığını göstermektedir. Ayrıca 0.4 mg/gün folat alımının spina bifidalı çocuk doğurma riskini yüzde 37 azalttığı belirlenmiştir. Risk, 0.5 mg/gün folat alındığında yüzde 57 ve 5 mg/gün alındığında ise yüzde 85 azalmaktadır (10,11). Doğurgan çağdaki kadınların günlük folik asit ihtiyacı olan 400 mikrogramı yiyeceklerle karşılaması çok zordur. Folik asit kullanımının herhangi bir yan etkisi yoktur, yalnızca antikonvülzan ilaç kullananlarda folik asit dozajının ayrıca belirlenmesi gerekebilir (11). Spina bifidanın yaşam boyu topluma maliyeti çok yüksek olmasına karşın, folik asit kullanımı ile NTD önleme maliyet etkindir (12).

Hollanda, Norveç, İsrail ve ABD'de NTD ve gebelik öncesi folik asit kullanımına ilişkin ulusal kampanyalar yürütülerek halkın bilgilendirilmesi sağlanmıştır (13, 14, 15, 16, 17, 18). Ülkemizde NTD ve folik asit kullanımına yönelik planlı bir eğitim programı bulunmamaktadır. Sağlık personeli halkı folik asit ve doğumsal anomalileri önlemesine yönelik bilgilendirmektedir; ancak Amerika ve Şili'de gerçekleştirilen eğitimlerde yapıldığı gibi pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerin bu konudaki bilgilerine ilişkin veri de bulunmamaktadır (19,20). Buradan yola çıkılarak NTD ve özellikle spina bifida konusunda sağlık personeli ve kadınlarda

farkındalık yaratarak bilgilendirmek, bu biçimde NTD'li bebek doğum sıklığını azaltmak ve yasal düzenlemeler yapılmasını sağlamak amacıyla İzmir'de bir proje yürütülmektedir. Bu proje spina bifida hastalığına emek veren sağlık personeli, hastalar ve yakınları tarafından 1997 yılında kurulan spina bifida derneği tarafından yürütülmektedir. Projenin ilk aşaması bölgedeki 15-49 yaş kadınları NTD konusunda eğitmek üzere birinci basamakta hizmet veren pratisyen hekim ve ebe hemşirelere yönelik eğitici eğitimlerinin verilmesidir.

### Gereç ve Yöntem

Toplumsal bir girişim çalışmasının ilk aşaması olan bu araştırma, 2006 yılında İzmir Narlıdere ilçesinde yapılmıştır. Narlıdere, yoğun göç alması yanı sıra, ekonomik ve sosyokültürel özellikleri nedeniyle müdahalenin farklı gruplardaki etkisini belirlemek açısından da uygun bir bölge olarak düşünülmüştür. Bu çalışmada Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı ile işbirliği içinde bölgenin üç sağlık ocağında görevli tüm hekim, ebe ve hemşirelerin NTD konusunda standart eğitimleri hedeflenmiştir. Konuya yönelik eğitim materyallerinin geliştirilip kullanıldığı ebe-hemşire ve hekimlere yönelik ayrı eğitim programları planlanmış ve uygulanmıştır. Dönüşümlü olarak katılım sağlanan bir tam günlük dört ayrı eğitime toplam 51 sağlık çalışanı katılmıştır.

Eğitim programı hazırlık ve uygulamaları projenin yaşama geçirilmesinde öncelikle bölgedeki sağlık çalışanının eğitimi sürecinde kullanılacak eğitim materyallerinin (broşür, eğitim rehberi, sağlık çalışanı için kitapçık ve halka yönelik kitapçık) geliştirilmesi için bir literatür taraması yapılmıştır. Özellikle yurt dışında gerçekleştirilmiş "*Folik Asit ve Nöral Tüp Defektleri*" halk eğitim kampanyalarının raporları ve eğitim materyalleri incelenmiştir.

Literatüre dayalı olarak kültürümüze uygun ve anlaşılır broşür ve kitapçıklar hazırlanmıştır. Konu alanında uzman kişilerin görüşleri alındıktan sonra, bu materyaller Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'nda çalışan ebe-hemşire ve pratisyen hekimlere gösterilerek görüşleri alınmıştır. Verilen eğitimin ölçülebilmesi için eğitim öncesi ve sonrasında uygulanmak üzere ön ve son testler hazırlanmış, eğitimi verecek öğretim üyelerinden uzman görüşü alınarak

"face validitesi" sağlanmıştır. Yine Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde çalışan hekim ve ebe-hemşirelerde testlerin pilot uygulamaları yapılarak anlaşılamayan sorular yeniden düzenlenmiştir.

Tablo 2. Hekim ve ebe-hemşirelerin sosyodemografik özellikleri				
Özellikler	Hekim (n=18)		Ebe Hemşire (n=33)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	12	66.7	33	100.0
Erkek	6	33.3	-	-
<b>Yaş grupları</b>				
29 ve altı	1	5.6	6	18.2
30-34	1	5.6	10	30.3
35-39	6	33.3	9	27.3
40-44	8	44.4	8	24.2
45-49	-	-	-	-
50-54	-	-	-	-
55 ve üzeri	2	11.1	-	-
<b>Medeni durum</b>				
Evli	15	83.3	29	87.8
Bekar	2	11.1	2	6.1
Dul	1	5.6	2	6.1
<b>Eğitim</b>				
Lisans			9	27.3
Ön lisans			23	69.7
Yüksek Lisans			1	3
<b>Çalışma yılı</b>				
10 yıl ve altı	2	11.1	6	18.2
11-20 yıl	14	77.8	24	72.7
21 yıl ve üzeri	2	11.1	3	9.1
<b>Çocuk sayısı</b>				
0	4	22.2	17	51.5
1	7	38.9	15	45.5
2	7	38.9	1	3.0
<b>Gebelik öncesi (kendisi/ eşinin) folik asit kullanımı</b>				
Evet	6	33.3	5	15.2
Hayır	12	66.7	28	84.8
<b>Daha önce NTD konusunda eğitim alma</b>				
Evet	7	38.9	7	21.2
Hayır	11	61.1	26	78.8
<b>Gebelere Folik Asit kullanımı önerme</b>				
Evet	16	88.9	23	69.7
Hayır	2	11.1	10	30.3
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

Eğitimlerde NTD konusunda kadınlarda farkındalık yaratmak ve bilgilendirme yoluyla NTD'li bebek doğum prevalansını azaltmak için sağlık personelinin bilgilerini güncellemek amacıyla aşağıdaki hedefler benimsenmiştir:

- NTD'nin tanımı, oluşum biçimi ve nedenleri konusunda bilgi kazanmak.
  - Spina bifidada görülen nörolojik, ürolojik ve ortopedik sorunları tanımlamak,
  - NTD'den korunma ve erken tanı yöntemlerini saymak,
  - Olgu örnekleri üzerinden olası sorunları tanımlamak,
  - Alanda yürütülmesi planlanan eğitim ve uygulamalar konusunda bilgi kazanmak,
- Öğrenim hedeflerine göre ebe-hemşireler ve hekimler için aynı başlıklarda iki ayrı eğitim programı hazırlanmış (Tablo 1), görsel materyaller, olgu tartışmaları ve soru-yanıt tekniklerinin kullanıldığı derslerle uygulanmıştır.

Eğitimlerde öncelikle proje tanıtılarak nasıl yürütüleceği açıklanmış, ardından farklı uzmanlık dallarından eğiticilerin sunumları ile konuya ilişkin bilgiler güncellenmiş ve pekiştirilmesi amacıyla olgu tartışmaları yürütülmüştür. Ebe-hemşirelerin alanda kadın eğitimlerinde kullanacağı broşür, rehber ve bilgi değerlendirme formları tanıtılarak kullanımı açıklanmış ve birer örnek verilmiştir.

#### Eğitimin Başarısının ve Eğitime İlişkin Görüşlerin Değerlendirilmesi

Hekim ve ebe-hemşireler için farklı hazırlanan, eğitim öncesi ve sonrasında uygulanan testlerle eğitimin katkısı değerlendirilmiştir. NTD oluşumu, risk etmenleri, erken tanı, korunma, klinik bulgu ve tablolar kapsamında 19 soru belirlenmiştir. Ön ve son testlerde sorulan sorular kapsam olarak aynı, ancak soru tipi olarak farklı özelliktedir. Eğitim öncesi Doğru/Yanlış tipi, sonrası ise çöktan seçmeli testler kullanılmıştır.

Katılımcıların belirleyip kullandığı rumuzlarla ön ve son testler eşleştirilmiştir. Derslerde her gruba uygulanan ön testte belirlenen bilgi açıklığı doğrultusunda vurgular yapılmıştır. Hekim ve ebe-hemşirelerin ön ve son test yanıtları değerlendirilerek eğitim öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması için bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.

Eğitimlerin sonunda hekim ve ebe-hemşirelerin eğitime ilişkin görüşleri 10

**Tablo 3. Hekim ve ebe-hemşirelerin eğitimlerden memnuniyet düzeyleri**

Önermeler	Hekim		Ebe-Hemşire	
	Ort	S.S.	Ort.	S.S.
Ön test formu ile eksikliği ortaya çıkan konulara kurs içeriğinde yeterince yer verildi	4.82	0.53	4.67	0.49
Kursun süresi amaç ve öğrenim hedeflerine ulaşmada yeterliydi	4.88	0.33	4.47	0.74
Kullanılan interaktif eğitim teknikleri konuların yeterince anlaşılmasını sağladı	4.76	0.56	4,80	0.41
Kurs süresince kullanılan eğitim gereçleri yeterliydi	4.76	0.44	4.80	0.41
Kurs süresince olumlu eğitim atmosferi yaratıldı	4.88	0.33	4.87	0.35
Kurs konularının süre olarak dağılımı dengeliydi	4.71	0.47	4.40	0.83
Eğiticilerin bilgi beceri ve tutumları yeterliydi	4.82	0.39	4.87	0.35
Kursun yapıldığı salon ve fizik koşullar yeterliydi	4.88	0.33	4.87	0.35
Bu kursun işimde kendimi daha yeterli hissetmeme yardımcı olacağına inanıyorum	4.76	0.56	4.47	0.92
Kurs konu hakkında beklentilerimi karşılayacak özellikteydi	4.71	0.59	4.73	0.46

sorudan oluşan beşli Likert ölçeği (5- çok iyi, 4- iyi, 3- orta, 2- fena değil, 1- kötü) kullanılan bir formla değerlendirilmiş, her başlıkta beğeni düzeyi belirlenmiştir.

#### **Alanda Uygulama**

Eğitimler bittikten sonra proje ekibinin alanda ebelerle birlikte ev ziyaretlerine katılması ile pilot uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Bu ziyaretlerde kadınlara yapılan eğitimin niteliği ve onların bilgilerini değerlendikleri formları uygulamaları izlenerek, gerektiğinde önerilerde bulunulmuştur (Resim 1).



#### **Sonuçlar**

İkisi hekimlere ve diğer ikisi ebe-hemşirelere yönelik dört ayrı oturumda gerçekleştirilen eğitimlere 21'i hekim, 33'ü ebe-hemşire olmak üzere toplam 51 sağlık çalışanı katılmıştır. Hekimlerin yüzde 66.7'si kadındır. Yaş ortalaması hekimler için  $40.4 \pm 6.5$ , ebe-hemşireler için  $35.0 \pm 5.2$ 'dir. Hekimlerin meslekte çalışma yılı ortalaması  $16.6 \pm 5.4$ , ebe-hemşirelerin ise,  $15.5 \pm 4.94$  yıldır. Hekim ve ebe-hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de özetlenmektedir.

Hem hekim ve hem de ebe-hemşire gruplarında eğitimler ile NTD'ler ve spina bifida hakkındaki bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (hekimler için t: 3,957, ebe-hemşireler için t: 8.142,  $p < 0.001$ ). Ön test uygulamasında hekimler açısından en önemli bilgi eksikliği spina bifidanın sinir sistemini etkileyen bir kusur olduğu konusundadır. Risk etmenleri, klinik bulgular, folik asitin bir vitamin olduğu ve NTD'yi önlemede önerilen folik asit dozu gibi başlıklarda sorulan sorulara ön testte doğru yanıt verme oranı oldukça düşüktür. Ebe-hemşirelerde ise en fazla bilgi açığı sırasıyla folik asit kullanım nedeni, klinik bulgular, folik asitin B grubu bir vitamin olması, korunmada önerilen folik asit dozu, NTD gelişimi ve risk etmenleri konusundadır.

Hekim ve ebe-hemşirelerin uygulanan bu eğitime ilişkin görüşleri eğitim sonunda değerlendirilmiştir. 5'li Likert ölçeği (5-çok iyi, 4-iyi, 3-orta, 2-fena değil, 1-kötü) kullanılan formdaki sorulara verilen yanıtlara göre,



eğitimlerden memnuniyet oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Eğitim ile ilgili açık/net olmayan ya da anlaşılmayan noktalar ve eğitim hakkındaki önerileri sorulduğunda verilen geri bildirimler ise;

Hekimler- "Çok özverili, iyi niyetli ve saygıdeğer bir çaba, bu duyarlılığın davranışa dönüştürülmesi gerekli, alanda çalışırken bu konuda daha duyarlı olacağım, böyle toplumsal bir konuyla ilgileniliyor olması içimi rahatlatıyor, bu eğitimle başlatılan çalışmaların sürekliliği sağlanmalı".

Ebe hemşireler- "Eğitimler çok yararlı olmuş, net ve anlaşılır bilgiler sunulmuştur. Bu eğitime katılmayan başka sağlık ocaklarına da bakanlık tarafından böyle eğitimler verilmeli, eğitim sonrası alanda yükümüz çok artmamalı" biçimindedir.

### Tartışma

Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanı, hastalıklardan korunma ve erken tanı programları ile özellikle 15-49 yaş grubu kadınlar başta olmak üzere, halkın eğitilmesi ve danışmanlık hizmetlerinde önemli görevler üstlenmektedir (13, 14, 15). Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri, en etkin biçimde sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde çalışan hekim ve ebe-hemşireler tarafından sürdürülmektedir. Sağlık çalışanının bilgilerinin güncellenmesi ile bu hizmetlerin daha nitelikli sunumu olanaklıdır.

Konya'da yapılan bir çalışmada kadınların yalnızca yüzde 13'ünün folik asitin NTD'yi önlediğini bildiği saptanmıştır (21). Ülkemizde folik asit hakkında kadınların farkındalık

düzeyinin çok düşük olması birinci basamakta çalışan sağlık çalışanına önemli bir sorumluluk getirmektedir. Buradan yola çıkarak, korunulabilir bir doğumsal kusur olan NTD konusunda sağlık personelinin bilgilerini yenileyerek alan çalışmalarına aktarmalarını sağlayabilecek bir programın pilot uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Hırvatistan'da yüksek NTD sıklığı (5.41/ 10 000) nedeniyle yapılan bir çalışmada, gebeliklerin yüzde 75'inin planlanmış olmasına karşın folik asit kullanımının yeterli olmadığı ya da geç kalındığı görülmektedir (22). Hasta ve ailelerini yaşam boyu etkileyen bu doğumsal kusurun önlenmesi amacıyla, farklı ülkelerde yürütülen ulusal programların ülkemizde de uygulanması prevalansı önemli düzeyde düşürebilecektir (13,14,15,16). Şili ve Porto Riko'da bu programların sürdürülebilmesi için sağlık personelinin farkındalık ve bilgisi değerlendirilmektedir. Şili'de 1999'a kadar 1.7/10000 olan NTD prevalansını düşürmek amacıyla 2 000 yılında ulusal bir fortifikasyon programı planlanmıştır. 2003 yılında ise Sağlık Bakanlığı üreme çağındaki tüm kadınlara ve özellikle risk grubunda olanlara folik asit kullanımını önermiştir. Bu amaçla bizim çalışmamızdaki gibi öncelikle bir grup sağlık çalışanının bilgi ve farkındalığı değerlendirilmiştir (20). Araştırma grubumuzla, özellikle hekim grubu ile karşılaştırıldığında Şili'de sağlık çalışanlarının NTD konusunda hizmet içi eğitim alma oranının (yüzde 44) daha fazla olduğu görülmektedir. Yine bu çalışmaya benzer biçimde hekimlerin NTD hakkında genel bilgileri ebe-hemşirelerden fazla olduğu halde, korunmada önerilen folik asit dozu konusunda daha azdır. Porto Riko'da birinci basamakta çalışan hekimlerin bilgilerini değerlendiren bir çalışmada hekimlerin yalnızca yüzde 12.1'inin bilgisi yeterli bulunmuştur (23).

Çalışma grubumuzdaki hekimlerin eğitim öncesinde NTD ve folik asit kullanımı (yüzde 95) hakkında farkındalığı oldukça yüksektir, ancak korunmada önerilen folik asit dozu, bazı klinik bulgular ile risk gruplarına yönelik bilgi eksiklikleri belirlenmiştir. Folat fortifikasyonu ve suplementasyonu çalışmalarının yaygın olarak sürdürüldüğü ABD'de yapılan bir çalışmada ise hekimlerin yüzde 96.5'nin folik asiidin koruyuculuğunun farkında olduğu saptanmıştır (24). Ebe-hemşire grubunda ise NTD ve folik



asit kullanımına yönelik farkındalık (yüzde 85) yeterli olsa da özellikle NTD gelişimi, risk etmenleri, klinik tablolar ve korunmada, folik asit kullanımı ve dozu konusunda yetersizlik vardır. Bu durum kendileri ya da eşlerinin gebelikleri sırasında folik asit kullanım oranındaki (hekim ve ebe- hemşireler için sırasıyla yüzde 33.3 ve 15.2) düşüklükle uyumludur. Eğitimlere katılan her iki gruptaki sağlık personelinin gebelere folik asit önerme oranları oldukça yüksek olduğu halde, doğru dozu bilgisinde yetersizlik göstermesi dikkat çekicidir. Büyük çoğunluğu 11-20 yıldır meslekte olan araştırma grubunun, konuya özel hizmet içi eğitim almamış olması bu bulguları ve bilgilerinin güncellenmesi gerektiğini desteklemektedir.

Eğitilmelere ilişkin görüşler 5 puan üzerinden değerlendirildiğinde, tüm başlıklarda 4.50 ve üzerinde ortalamaya ulaşılmıştır. En düşük memnuniyet düzeyi olan 4.40 puan, ebe-hemşire grubunda ve kursun süresine yöneliktir. Eğitimler sırasında İzmir'de sağlıkta dönüşüm pilot uygulamalarına geçiş süreci hazırlık çalışmaları yapıldığı için, kurslar düşünüleninden daha kısa sürede yapılmıştır. Sağlıkta dönüşüm sürecinde gelecekteki ile ilgili kaygılar yaşayan tüm katılımcıların farklı duygulanımlarının paylaşılması da kurslarda yer alan derslerin sürelerinde değişiklik yapılmasına yol açmıştır.

Katılımcıların eğitimlerde kullanılan yöntem ve teknikler, eğitici özellikleri ve eğitim ortamına ilişkin memnuniyetleri, eğitimlerin

yetişkin öğrenme ilkelerine uyumlu gerçekleştirildiğini desteklemektedir. Eğitimlerin bilgilerini tamamlayıcı, net, anlaşılır olduğunu, ayrıca beklentilerine uygun ve kendilerini daha yeterli hissetmelerini sağlayabilecek özellikte olduğunu belirtmeleri ise kursun amacına ulaştığını göstermektedir.

Koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi ve daha etkin sürdürülebilmesi için birinci basamakta hizmet veren hekim ve ebe-hemşirelerin bilgilerinin düzenli olarak güncellenmesi gerekmektedir. Birçok çalışmada sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimin doğumsal anomaliler ve folik asit kullanıma ilişkin farkındalık ve duyarlılığı artırdığı ve daha fazla folat önerdikleri gösterilmiştir (25,26,27). Sağlık personelinin bilgi ve uygulamalarını güncellemeyi ve NTD'den korunmada daha etkin bir danışmanlık yapmalarını destekleyen bu eğitim programının oldukça etkili olduğu saptanmıştır. Benzer biçimde sağlık personeline ülke çapında verilecek hizmet içi eğitimlerle başlatılacak NTD sıklığının düşürülmesini hedefleyen bir kampanyada sağlık personelinin danışmanlığı kilit noktayı oluşturacaktır.

#### Teşekkür

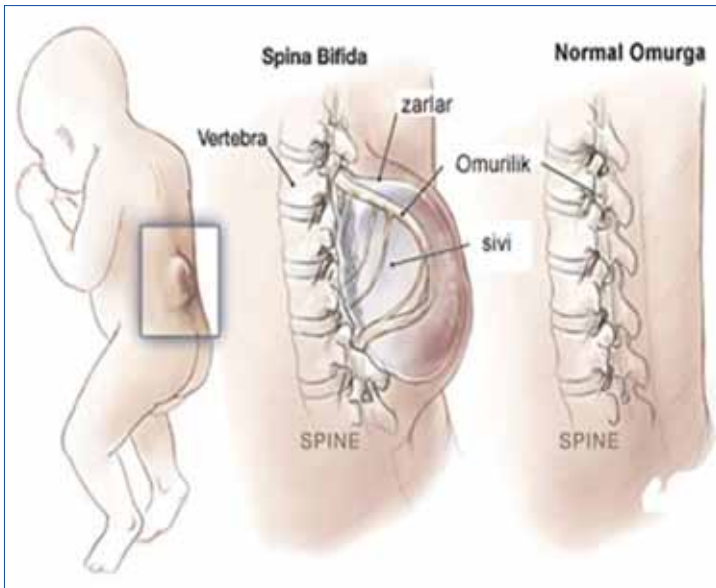
Eğitim programlarının yürütülmesine katkı sağlayan Prof. Dr. Saffet Mutluer, Prof. Dr. Yusuf Erşahin, Prof. Dr. Ali Avanoğlu, Prof. Dr. İbrahim Ulman, Doç. Dr. Sinan Kara, Doç. Dr. Cevval Ulman ve Uzm. Dr. Suhan Arda'ya ve eğitimlere katılarak Narlıdere Bölgesi'ndeki kadınları eğiten hekim ve ebe-hemşirelere teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Hilal Batı

E-posta: hilal.bati@ege.edu.tr

#### Kaynaklar

- 1- Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Neural Tube Birth Defects: A Prevention Model and Resource Guide Fourth printing, January 2002, [http://www.cdc.gov/Images\\_-Video\\_and\\_Audio/Images/Folic\\_Acid/Preventing\\_Neural\\_DefectsFinal2002\\_2003.pdf](http://www.cdc.gov/Images_-Video_and_Audio/Images/Folic_Acid/Preventing_Neural_DefectsFinal2002_2003.pdf), Erişim Tarihi: Kasım 2005
- 2- March of Dimes- Preconception Curriculum, [http://www.marchofdimes.com/5195\\_5785.asp](http://www.marchofdimes.com/5195_5785.asp), Erişim tarihi: Şubat 2005.
- 3- Centers for Disease Control-National Center on Birth defects and developmental Disabilities, <http://www.cdc.gov/ncbddd/bd/mp.htm>, Erişim tarihi: Kasım 2005.
- 4- Scottish Spina Bifida Association-What is Spina



Bifidat - <http://www.ssba.org.uk>, Erişim Tarihi: Ekim 2005.

- 5- Preconception Health - Folic Acid for the Primary Prevention of Neural Tube Defects-A Resource Document for Health Professionals, 2002, [http://www.phac-aspc.gc.ca/fa-af/report/full\\_report.html#3a](http://www.phac-aspc.gc.ca/fa-af/report/full_report.html#3a), Erişim tarihi: Aralık 2005.
- 6- Centers for Disease Control - Basic Facts About Birth Defects, <http://www.cdc.gov/ncbddd/bd/facts.htm>, Erişim tarihi: Kasım 2005.
- 7- Wald NJ, Law MR, Morris JK et al. Folic Acid and The Prevention of Neural Tube Defects. *New England Journal of Medicine* 2001; 35: 101-3.
- 8- Tunçbilek E, Türkiye'deki Yüksek Nöral Tüp Defekti Sıklığı ve Önlemek İçin Yapılabilecekler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47: 79-84.
- 9- Mandıracıoğlu A, Ulman İ, Lüleci E, Ulman C. The Incidence and Risk Factors of Neural Tube Defects in İzmir, Turkey: A Nested Case-Control Study, *The Turkish Journal of Pediatrics*, 2004; 46: 214-220.
- 10-Folic Acid Alliance Ontario – <http://www.folicacid.ca/healthcare/shtml>, Erişim tarihi: Kasım 2004.
- 11-Geisel J, Folic Acid and Neural Tube Defects in Pregnancy A Review, *J Perinat Neonat Nurs*, October 2003, Vol. 17, No. 4, pp. 268-279.
- 12-Postma MJ, Londeman J, Veenstra M, de Walle HEK ve ark., Cost-Effectiveness of Periconceptional Supplementation of Folic Acid, *Pharm World Sci*, 2002; 24(1): 8-11.
- 13-De Jong-van den Berg á LTW, De Walle HEK Van der Pal-de Bruin, KM, Buitendijk á SE ve ark., Increasing Awareness of and Behaviour Towards Periconceptional Folic Acid Consumption in The Netherlands From 1994 To 1995, *JAMA*, April 10, 1996, vol.275, No:14.
- 14-Daltveit AK, Vollset SE, Lande B, Øien H, Changes in Knowledge and Attitudes of Folate and Use of Dietary Supplements Among Women of Reproductive Age in Norway 1998-2000, *Scand J. Public Health* 2004; 32: 264-271.
- 15-Ringel S, Lahat E, Elizov T ve ark., Awareness of Folic Acid for Neural Tube Defect Prevention Among Israeli Women, *Teratology*, 1999, 60:29-32.
- 16-Rinsky-Eng J, Miller L, Knowledge, Use, and Education Regarding Folic Acid Supplementation: Continuation Study of Women in Colorado Who Had a Pregnancy Affected by a Neural Tube Defect, *Teratology*, 2002, 66:S29-S31.
- 17-Bonin MM, Bretzlaff JA, Therrien SA ve ark., Knowledge of Periconceptional Folic Acid for The Prevention of Neural Tube Defects, *Arch Fam Med*, Se/Oct 1998, vol. 17, No:7, pp. 438-442.
- 18-Oakley Jr. GP, Bell KN, Weber MB. Recommendations for Accelerating Global Action to Prevent Folic Acid-Preventable Birth Defects and Other Folate-Deficiency Diseases: Meeting of Experts on Preventing Folic Acid-Preventable Neural Tube Defects, *Birth Defects Research*, 2004, (Part A) 70:835-837.
- 19- Williams, JL, Abelman SM, Fassett EM, Stone CE, Petrini JR, Damus K, Mulinare J, Health Care Provider Knowledge and Practices Regarding Folic Acid, United States, 2002-2003. *Matern Child Health J.* 2006 Sep;10 Suppl 7:67-72.
- 20-Pardo R, Lay-Son G, Aranda W, Recabal P, Navarrete M, Tenham T, Rebolledo C, Dib M, Mun̄oz M, Mun̄oz P, Espina P, Ojeda N, Para J, Chilean Primary Health Workers' Knowledge About Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects, 2006, *American Journal of Medical Genetics Part A* 140A:1238-1240.
- 21-Ünüsán N., Assessment of Turkish Women's Knowledge Concerning Folic Acid and Prevention of Birth Defects, 2004, *Public Health Nutrition* 7(7): 851-855.
- 22-Gjergja R, Stipoljev F, Hafner T, Tezak N, Luzar-Stiffler V, Knowledge and Use of Folic acid in Croatian Pregnant Women—A Need for Health Care Education Initiative, 2006, *Reproductive Toxicology* 21, 16-20.
- 23-Miranda A, Da'vila Torres R, Peralta J, Montes de Longo I, Puerto Rican Primary Physicians' Knowledge About Folic Acid Supplementation for The Prevention of Neural Tube Defects, 2003, *Birth Defects Research (Part A)* 67:971-973.
- 24-Power ML, Holzman GB, Schulkin J. Knowledge and Clinical Practice Regarding Folic Acid Among Obstetrician-Gynecologists, 2000, *Obstet Gynecol*;95:895- 8.
- 25-Edwards L., Wyles D. The folic acid message – can training make a difference? 1999, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, 317-326.
- 26-Helinski MDT, Jeanette M. Trauth JM, Jernigan JC, Kerr MJ. Describing a Folic Acid Intervention for Health Care Providers: Implications for Professional Practice and Continuing Education, 2004, *Health Promotion Practice*, 5 (3), 326-333.
- 27-Hauser WK, Lilly CM, Frías JL. Florida Health Care Providers' Knowledge of Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects, 2004, *Southern Medical Journal*, 97( 5): 437-39.

# Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Aile Planlaması Hizmetlerinden Yararlanma Durumları: Bir Kesitsel Çalışma

Sociodemographic Properties of Married Women Aged 15-49 Living in Arslanbey Health Center District and Their Use of Family Planning Services: A Cross-Sectional Study



Dr. Onur Günay\*\*, Dr. Cavit Işık Yavuz\*\*\*

## Öz

Araştırmada, örnek olarak seçilen 382 hanede yüz yüze görüşme yapılarak Kocaeli İli Arslanbey Sağlık Ocağı Ebese aracılığı ile veri toplanmıştır. Katılımcıların yüzde 44.6'sı en çok rahim içi araç (RİA) (% 19.0) olmak üzere modern yöntem kullanmaktadır. Etkili yöntemler yüzde 87 oranında kamu kurumlarından sağlanmaktadır. Üçte birinin ise sağlık güvencesi yoktur.

**Anahtar Sözcükler:** Doğum kontrol yöntemi, aile planlaması, gebelik.

## Giriş

Ülkemizde, evli her beş kadından yaklaşık dördü, nedenleri farklılık göstermekle birlikte, aile planlaması hizmetlerinden yararlanmak istemektedir (1). Aile planlaması ilk olarak 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda tanımlanan üreme sağlığı kavramının önemli unsurlarından biridir. Konferans'ta 2015 yılından önce, tüm ülkelerin temel sağlık hizmetleri kapsamında üreme sağlığı hizmetlerini gereksinimi olan herkese eşit ölçüde ulaştırması hedef olarak önerilmiştir (2).

Her yıl dünyada 585.000 kadın gebeliğe ilişkin nedenlerden ölmektedir ve bu ölümlerin yüzde doksan dokuzu gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (3). Çoğu önlenemez karakterdeki bu ölümler, geniş kapsamlı etkili girişimler ile azaltılabilir. Sorun birçok uluslararası toplantıda gündem yapılarak tartışılmaktadır. Pekin'de 1995 yılında dördüncü kez toplanan Dünya Kadın Konferansı sonunda onaylanan eylem planı ve yayımlanan deklarasyon "Eşitlik, yoksulluğun ortadan kaldırılması ve yaşanabilirlik" hedefleri ile sorunun ana hatlarını ortaya koymaktadır (4).

Kuşkusuz aile planlaması hizmetleri, tek başına doğum kontrol yöntemi kullanımını kapsamamaktadır. Ülkemizde, gerek doğurgan çağdaki kadınların nüfus içinde büyük yer tutması, bebek ve anne ölümü hızlarının

## Abstract

In this study, data was collected by face-to-face interviews conducted in 382 households by the mid-wife of Kocaeli Arslanbey Health Center. 44.6% of the participants use modern planning methods, mostly intrauterine devices (IUD) (19.0%). 87.0% of these effective methods are acquired from public health institutions. One third of the participating women have no social security.

**Key words:** Contraception, family planning, pregnancy.

yüksek olması, gerekse doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği, Doğu /Batı, Kır/Kent arasında hemen her alanda olduğu gibi hizmetlerin varlığından hizmete ulaşma yaşanan eşitsizlikler nedeniyle aile planlaması büyük önem taşımaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 sonuçlarına göre, görüşme yapılan tüm evlenmiş kadınlar ve halen evli kadınların neredeyse tümü modern gebeliği önleyici yöntemleri duymuşlardır. Türkiye'de halen evli kadınların yüzde 71.0'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullanan kadınların yüzde 42.5'i modern bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli olan her beş kadından biri RİA kullanmaktadır. Modern yöntemler içinde ikinci en yaygın yöntem olan kondom ise, halen evli kadınların yaklaşık onda biri tarafından kullanılmaktadır. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemi ise, tüm yöntemler içinde en yaygın yöntem olarak, halen evli kadınların yüzde 26.4'ü tarafından kullanılmaktadır. Halen gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların oranında yerleşim yerlerine göre belirgin farklılıklar vardır. Kentlerde yaşayan kadınlar kırsal alanlarda yaşayan kadınlara göre daha yüksek oranda yöntem kullanmaktadırlar (1).

Bu çalışma Kocaeli İli Arslanbey Sağlık Ocağı bölgesindeki 15 - 49 yaş evli kadınların doğum kontrol yöntemlerini kullanım sıklığını ve kullanılan yöntemlerin dağılımını,

\*Araştırma, Dr. Onur Günay'ın uzmanlık eğitimi programında yer alan sağlık ocağı rotasyonu sırasında gerçekleştirilmiştir.

\*\*Uzm.; Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Uzm. Bingöl

\*\*\*Yrd. Doç.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Kocaeli

yöntemlerin elde edildiği yerleri belirlemek ve aile planlaması hizmetlerinden yararlanma durumlarını ortaya koymak amaçları ile gerçekleştirilmiştir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, Kocaeli İli'nin Merkez İlçesi olan İzmit'e bağlı Arslanbey beldesinde gerçekleştirilmiştir. Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi nüfusu, araştırma döneminde ETF kayıtlarından 7 355 olarak saptanmıştır ve nüfusun yüzde 29.7'si 15 - 49 yaş kadınlardan oluşmaktadır (2 188 kişi). Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde belde merkezi ile birlikte üç köy bulunmaktadır. Bu üç köy Rahmiye, Serindere ve Örnekköy'dür. Sırasıyla bu köylerde Arslanbey toplam nüfusunun yüzde 37.3, yüzde 2.1 ve yüzde 3.1'i barınmaktadır (5). Araştırmada yeterli bir örnek büyüklüğüne ulaşabilmek amacıyla yapılan hesaplama ile 382 hanelik örnek büyüklüğü hedeflenmiş ve Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'ni temsil eden, hanelerin birim alındığı bir örnek seçilmiştir. Araştırma kapsamında örneğe giren haneler, 2003 yılı sağlık ocağı ETF kayıtlarından, yerleşim yerlerinin toplam hane sayılarına ağırlıklandırılarak, sistematik örnek seçme tekniği ile seçilmiştir. Veriler, seçilen hanelerde, hazırlanan bir anket formunun sorumlu araştırmacı tarafından veri toplama aşaması öncesinde anket uygulama ile ilgili eğitilen sağlık ocağı ebesi aracılığıyla, hanede 15-49

yaşları arasında olup en az bir kez evlenmiş kadınlara yüz yüze uygulanmasıyla elde edilmiştir. Evde bulunamayan ya da gidildiği sırada görüşme yapılamayan hanelere ikinci kez gidilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amaçları ile verilecek bilgilerin gizliliği konusunda açıklamalar yapılarak çalışmaya davet edilmiş ve kabulü halinde anket uygulanmıştır. Anket formu, 22/03/2004 - 17/05/2004 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çalışma, kesitsel tipte bir araştırmadır. Toplam olarak ulaşılan ve veri toplanan hane sayısı, 323'tür, (%84.5) Çalışma kapsamındaki üç köye ulaşımında yaşanan zorluklar, örneklemin kapsayıcılık boyutunu etkilemiştir (Tablo 1).

Analizler SPSS for Windows 10.0 programında yapılmış, karşılaştırmalarda verinin uygunluğuna göre İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Ki Kare Testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Ulaşılan 323 haneden altısında çalışmaya alınma kriteri olan 15 - 49 yaş arasında olup en az bir kez evlenmiş kadın saptanmamıştır. Kalan 317 haneden 323 kadına ait veri elde edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 32.97 + 7.49'dur. Katılımcılardan belde merkezinde olanlar ile köylerde yaşayanların yaş, ilk evlilik yaşı, eş yaşı ortalamaları açısından anlamlı bir farklılığı saptanmamıştır. Hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 4.73 olarak belirlenmiştir.

Katılımcılardan eğitim durumunu bildiren 318 kadının yüzde 89.9'u ilköğretim birinci kademe ve altında eğitim düzeyine sahip olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların yüzde 97.5'i ev hanımıdır, yarısının sağlık güvencesi SSK'dır ve üçte birinin sağlık güvencesi yoktur. Eşlerinin öğrenim durumunu belirten 321 kişinin yüzde 73.5'i, eşlerinin ilköğretim birinci kademe ve altında eğitim düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma sırasında görüşülen kadınların beyanına göre ulaşılan hanelerin yüzde 38.3'ü çalışma sırasındaki asgari ücret ya da asgari ücretten daha az toplam aylık gelire sahiptir (Tablo 2). Sağlık güvencesi olanlarla olmayanlar gelir gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Sağlık güvencesi olmayanlar arasında asgari ücretin altında gelire sahip olan katılımcı oranı yüzde 60.0 iken, sağlık güvencesi olanlarda bu oran yüzde 29.0'dur. Kişi başı aylık gelir ortalaması yaklaşık 114.98 + 91.23 milyon TL olarak saptanmıştır.

**Tablo 1.** Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde araştırmaya katılan kadınların yerleşim bölgelerine göre dağılımı 2004, Kocaeli.

Mahalleler	Örnek Hane Sayıları	Ulaşılan Hane Sayısı	Ulaşılma Yüzdesi*
Merkez	219	204	93.2
Rahmiye	143	101	70.6
Serindere	12	11	91.7
Örnekköy	8	7	87.5
Toplam	382	323	84.6

\* % 'ler satır yüzdesidir.

**Tablo 2.** Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde araştırmaya katılan hanelerde hane başına beyan edilen aylık toplam gelir gruplarının dağılımı tablosu 2004, Kocaeli

Beyan Edilen Gelir Grupları*	Sayı†	%
303 Milyon TL.ve altında	115	38.3
304-600 Milyon TL	117	39.0
601-900 Milyon TL	32	10.7
901 Milyon TL ve üstünde	36	12.0
Toplam	300	100.0

\*Araştırma süresince net asgari ücret: 303.079.500 T.L.'dir. Gelir grupları araştırma yapılan dönemde henüz YTL'ye geçilmemiş olduğundan TL cinsinden verilmiştir (6).

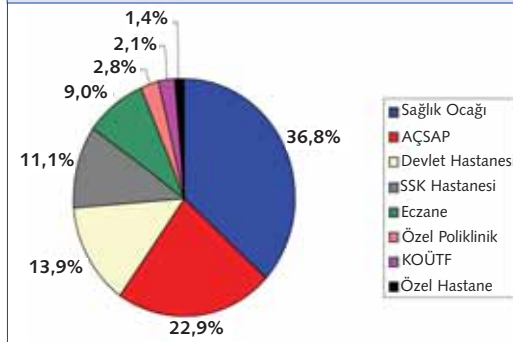
† 23 katılımcı hanenin aylık gelirini belirtmemiş, 26 katılımcı da hanenin aylık geliri olmadığını bildirmiştir.

**Tablo 3.** Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde araştırmaya katılan kadınların toplam gebelik sayısı ve kontraseptif yöntem kullanım durumu, 2004, Kocaeli

Özellik	Sayı	%
<b>Toplam Gebelik Sayısı (n=322)</b>		
Gebeliği olmayan	16	5.0
Bir gebelik	67	20.8
İki gebelik	93	28.9
Üç gebelik	69	21.4
Dört ve daha fazla gebelik	77	23.9
<b>Gebelik Önleyici Herhangi Bir Yöntem Kullanım Durumu (n=323)</b>		
Kullanan	246	76.2
Kullanmayan	77	23.8
<b>Yöntem Sınıflaması (n=323)</b>		
Modern yöntem	144	44.6
Etkisiz yöntem	102	31.6
Yöntem kullanmayanlar	77	23.8
<b>Kullandığı Yöntem (n=246)</b>		
Geri çekme	101	41.3
Rahim içi araç (RİA)	47	19.0
Prezervatif (kaput)	43	17.4
Sterilizasyon	35	14.2
Ağızdan alınan hap	12	4.9
Enjeksiyon	4	1.6
Fitil	3	1.2
Prezervatif + geri çekme	1	0.4

\* % 'ler satır yüzdesidir.

**Şekil 1.** Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde araştırmaya katılan 15 - 49 yaş kadınların modern yöntemleri elde ettikleri sağlık kurumları, 2004, Kocaeli



Katılımcıların yüzde 44.6'sı modern olmak üzere, yüzde 76.2'si gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır. Rahim İçi Araç (RİA) en çok tercih edilen modern yöntemdir (%19.0). Kondom yüzde 17.4, sterilizasyon yüzde 14.2 oranında kullanılmaktadır (Tablo 3). Yöntem kullandığını ifade eden 246 kadının yüzde 41.3'ü geri çekme yöntemi ile korunmaya çalışmaktadır.

Yöntem kullanmayan 77 kadının belirttiği neden olarak ilk beş sırada araştırma esnasında gebe olmak (%36.3), çocuk istemek (%18.2), kısırlık (%7.8), eşinin istememesi (%6.5) ve menopoz (%6.5) yer almıştır. Ayrıca "diğer" başlığı altında emzirme, kendi isteği, rahim

operasyonu, loğusa, dul, eşi yanında yok ve inançlarına aykırı bulmak gibi nedenler nadiren bildirilmiştir.

Sağlık kuruluşlarından modern yöntem temini, yöntemlere göre ayrıntılandırıldığına (Şekil 1); kondomun büyük oranda sağlık ocağından (%86.0), RİA'nın ise çoğunlukla AÇSAP'tan (%66.6) elde edildiği, SSK hastanesinden yalnızca sterilizasyon hizmeti alındığı (Sterilizasyon işleminin %45.7'si) saptanmıştır. Malzeme temininde ücret ödeme durumlarına ilişkin beyanlarda dikkati çeken, RİA uygulamalarının yaklaşık üçte birinde (%28.0), sterilizasyon işlemlerinin de dörtte birinde ücret ödendiğidir.

Katılımcıların gebelik öyküleri incelendiğinde toplam 811 gebeliğin 781'inin (%96.3) canlı doğum ile sonuçlandığı izlenmiştir. On üç (%1.6) ölü doğum, 6 (%0.7) isteyerek düşük ve 11 (%1.4) kendiliğinden düşük görülmüştür. Ölü doğumların ve kendiliğinden düşüklerin ilk gebeliklerde daha sık olduğu saptanmıştır. Üç yüz beş ilk gebelikte yedi ölü doğum, sekiz düşük olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir. İlk gebelikte ölü doğum sıklığı yüzde 2.3 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlar en çok dokuz kez gebe kalmıştır. Dört kez ve daha fazla gebelik görülme sıklığı yüzde 15.2'dir. Gebelik sayısı arttıkça yöntem kullanımı da artmaktadır (Tablo 4). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ancak bu farklılık hiç gebe kalmamış 17 kadın çıkartıldıktan sonra kaybolmaktadır. Bu 17 kadının 16'sı hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Arslanbey'deki beş doğumdan dördüne ebe yardımcı olmaktadır. Yüz doğumdan yaklaşık altısı eğitimli sağlık personeli olmadan ya da kendi kendine gerçekleşmektedir.

Yöntem kullanımı, sağlık güvencesi olup olmama, öğrenim durumu, gelir ve yaş dağılımına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

#### Tartışma

Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde araştırmaya katılan 15 - 49 yaş kadınların yüzde 89.9'u, eşlerinin ise yüzde 73.5'i ilköğretim birinci kademe ve altında eğitim düzeyine sahiptir. Bu oranın TNSA-2003'e göre aynı yaş grubu kadınların yüzde 85.5'inin, Antalya'da benzer bir kırsal bölgede yapılan çalışmada da aynı yaş grubu kadınların yüzde 69.5'inin ilköğretim birinci kademe ve

**Tablo 4.** Arslanbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde araştırmaya katılan kadınların gebelik sayılarına göre gebeliği önleyici yöntem kullanım durumu 2004, Kocaeli

Gebelik Sayıları	Gebelik önleyici yöntem kullanım durumu		Toplam Sayı (%)
	Kullanıyor Sayı (%)	Kullanmıyor Sayı (%)	
İki ve daha az gebelik	125 (70.6)	52 (29.4)	177 (100.0)
Üç ve daha fazla gebelik	121 (82.1)	25 (17.9)	146 (100.0)
Toplam	246 (76.2)	77 (23.8)	323 (100.0)

altında eğitim düzeyine sahip oldukları düşünüldüğünde, bölgede görece daha yüksek bir eğitim düzeyinden söz edilebilir (1,7). Katılımcıların yarısı SSK'lidir ki il genelinde bu oran yüzde 72 dolaylarındadır. Sağlık güvence dağılımında dikkat çeken çarpıcı nokta, güvenceye sahip olmayanların yüzde 32.1 oranında olmasıdır (8).

Araştırmanın yapıldığı dönemde Arslanbey'de hanelerin yüzde 38.3'ü asgari ücret ya da asgari ücretten daha az aylık gelire sahiptir. Yüzde 39.0 hane ise asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında olan aylık gelire yaşamaktadır. Arslanbey'de hanelerde yaşayan kişi sayısı ortalaması yaklaşık olarak 4.73'tür; ülke genelinde ise bu sayı 4.14 olarak hesaplanmıştır (1). 2004 yılı kişi başı Gayri Safi Milli Hasıla'nın (GSMH) 4172 USD olduğu ve veri toplama döneminde T.C. Merkez Bankası döviz alım değerleri üzerinden hesaplanarak bu gelir karşılaştırıldığında (Yaklaşık olarak 481.668.873 TL) Arslanbey'de araştırma kapsamındaki hanelerin Türkiye ortalamasının çok altında bir gelire sahip olduğu görülmüştür (9,10). Kuşkusuz bu durum, kişi başı GSMH üzerinden yapılacak değerlendirmelerin gelir eşitsizliklerini örten bir manzara oluşturacağını göstermesi bakımından çarpıcıdır. Araştırmaya katılan hanelerde ortaya konan bu durum, hanelerin önemli bir kısmının düşük sosyoekonomik statüde olduğunu göstermektedir.

Doğum kontrol yöntemi açısından irdelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların yaklaşık dörtte birinin herhangi bir yöntem kullanmadığı, üçte birinin ise etkisiz yöntemleri tercih ettikleri izlenmektedir. Bu dağılım TNSA 2003 sonuçlarına göre ülke geneliyle benzerlik göstermektedir (Sırasıyla modern yöntem %42.5, geleneksel yöntem kullanımı %28.5 ve yöntem kullanmama %29.0) (1). Kocaeli İli geneline göre ise modern yöntem kullanımının araştırma bölgesinde daha düşük olduğu izlenmektedir (8). Araştırma bölgesinde kullanılan modern yöntemlerin dağılımı incelendiğinde ve ülke geneli ile kıyaslandığında, benzer bir sıra ile

karşılaşılma ile birlikte, oranlar farklılık göstermektedir. Araştırmada dikkati çeken, sterilizasyon oranının TNSA 2003 verilerine göre yüksekliği olmuştur. Araştırma kapsamında yüzde 14.2 sterilizasyon oranı ülke genelinde yüzde 5.7'dir. Prezervatif kullanımı da benzer biçimde ülke genelinden yüksek izlenmektedir (%17.4'e %10.8). Modern yöntem kullanımının azlığı ve prezervatif kullanımının yüksekliği sosyoekonomik nedenlere bağlı olabilir. Ayrıca hizmete ulaşım kullanılan yöntemi etkileyebilir. Antalya'da yapılan bir çalışmada ise araştırma grubunun yüzde 50.0'si modern, yüzde 28.0'i geleneksel yöntem kullanmaktadır. Yüzde 17'si ise hiçbir aile planlaması yöntemini kullanmamaktadır ve çalışmada RİA kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur (%31.0) (7). Yöntem kullanmama nedeni olarak ilk beş sırada halen gebe olmak, çocuk istemek, kısırlık, eşinin istememesi ve menopoz yer almıştır. TNSA -2003'te ise menopoz / histerektomi olması, eşinde ya da kendisinde kısırlık bulunması, cinsel ilişkinin olmaması ya da nadiren olması gibi doğurganlıkla ilgili nedenler ilk sırada yer almaktadır (%82.2) (1). Modern yöntemler çoğunlukla kamu kurumlarından (%87.0) elde edilmektedir. Sağlık ocağı yüzde 36.8 ile bu kurumların başında gelmektedir. TNSA-2003'e göre de kamu kurumlarının payı yüzde 57.7 ile çoğunluğu oluşturmaktadır ve sağlık ocakları yüzde 28.2'lik payla ilk sırada yer almaktadır (1). Doğurganlık öyküleri incelendiğinde, sağlık ocağı bölgesinde sağlık personeli yardımıyla doğum oranı ülke genelinden daha iyi görünmektedir. Sağlık personeli yardımı olmaksızın doğum oranı araştırmamızda yüzde 6 oranında saptanmıştır, aynı oran TNSA-2003'e göre yüzde 17.1'dir (1)

Araştırma grubunda gerek genel olarak yöntem kullanımı açısından, gerekse de modern / etkisiz yöntem ile kullanmama açısından sosyal güvence, öğrenim durumu ve yaş dağılımları arasında farklılık saptanmamıştır. Bu durum yöntem tercihi açısından özellikle yöntemin elde edildiği yer

sıralamasında sağlık ocağının ilk sırada olduğu düşünüldüğünde, hizmetin sağlık kuruluşunda var olmasının yöntem tercihini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Buna karşın gerek, etkisiz yöntem kullanımı oranının yüksekliği, gerekse de yöntem kullanmama oranının yüksek oluşu bölgede hâlâ hizmet gereksiniminin bulunduğunu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu kapsamda kilit role sahip olduğuna işaret etmektedir.

Sağlık hizmetlerine uzaklığın önemi birçok çalışmada belirlenmiştir. Ulaşım gücünü, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini çeşitli biçimlerde etkilemektedir (12). Sağlık kurumları için coğrafi ulaşılabilirliği tahmin etmek amacıyla her sağlık biriminin çevresine beş ya da 10 km'lik daireler çizerek toplam nüfusa göre oranlarına bakılması, böylece hizmet planlamasında düzenlemeler yapılması açısından önem taşımaktadır (13). Ülkemizde yapılan araştırmalarda hekimin bulunduğu yere uzaklık 15 km'den fazla ise hekime başvuru merkezde olanlara göre yüzde 90 azalmaktadır. Hindistan'da yapılan bir araştırmaya göre hekime 8 km'den uzak yerde olanlar merkezdekilere göre 100 kez daha az başvurmaktadır (12). Koruyucu hekimlik hizmeti olarak değerlendirildiğinde, birinci basamak sağlık kurumlarında danışmanlık ve yöntem temininden RİA örneğinde olduğu uygulama olanaklarının varolmasına kadar aile planlaması hizmet sunumunun –bireylerin başvurmaya gerek kalmaksızın- ekip hizmeti ve gezici hizmet olarak yürütülmesi önemini sürdürmektedir. Bu açıdan sağlık ocağı hizmet modelinden vazgeçilmemeli, tersine bu model geliştirilmelidir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Arslanbey Sağlık Ocağı bölgesinde araştırma kapsamında ulaşılan sonuçlar genel olarak ülke geneliyle uyumlu izlenmektedir. Geleneksel yöntem kullanımının yüzde 31.6 gibi yüksek bir düzeyde olması - karşılanmamış hizmet açığını- göstermektedir. Ülkemizde 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ilke ve örgütlenme anlayışı, bu açığı karşılamak açısından elverişli bir model sunmaktadır (14,15,16).

Sağlık ocaklarında aile planlaması hizmetlerinin varlığı kritik önemini korumaktadır. Eşitsizliklerin giderilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık ocağı temelli yürütülecek etkin koruyucu

hekimlik hizmetleri bireyin ve toplumun gelişiminde izlenecek önemli yollardır.

Teşekkürler

Başta Dr. Öner Aydın ve Ebe Nevriye Kaymak olmak üzere tüm Arslanbey Sağlık Ocağı personeline ve Arslanbey halkına teşekkür ederiz.

**İletişim: Dr. Onur Günay**

**E-posta:** onurgunay1912@yahoo.com

### **Kaynaklar**

- 1- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği; 2004.
- 2- Akın A. Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi; 1994.
- 3- Metin B. ve ark. (Çev.Ed.) Dünya Sağlık Raporu 1998. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı; 1998.
- 4- Pekin + 5 Siyasi Deklarasyonu ve Sonuç Belgesi (Türkçe, İngilizce) Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu. Ankara: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; 2003.
- 5- Ev Halkı Tespit Fişi Kayıtları. Kocaeli İli Arslanbey Sağlık Ocağı: Kocaeli; 2004.
- 6- [http://www.calisma.gov.tr/istatistik/cgm/yillar\\_brut\\_asgari\\_ucret.htm](http://www.calisma.gov.tr/istatistik/cgm/yillar_brut_asgari_ucret.htm) (16/03/2006)
- 7- Dönmez L., Aydın Ö., Bulut B.H. Antalya'da 10 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumu ve 15 - 49 Yaş Kadın Formlarının Güvenilirliği. Sağlık ve Toplum 2001; 11 (2): 44 - 49.
- 8- Kocaeli Sağlık İstatistikleri, Kocaeli Sağlık Müdürlüğü: Kocaeli; 2000.
- 9- <http://nkg.die.gov.tr/goster.asp?aile=2> (16/03/2006)
- 10- <http://www.tcmb.gov.tr/> (17/03/2006)
- 11- <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3091.doc> (17/03/2006)
- 12- Fişek N.H. Halk Sağlığına Giriş. İçinde: Fişek N.H. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme. Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını; 1983. 113 - 123.
- 13- Vaughan J.P., Morrow R.H. (Çev. Ed. Bertan M., Enünlü T.) Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 1995.
- 14- Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Ankara: Palme Yayıncılık; 2004.
- 15- <http://www.hukuki.net/kanun/224.14.frameset.asp> (15/03/2006)
- 16- Güler M. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. 3. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2001.





*Dr. Sabah Tüzün\**, *Dr. Ali Rıza Çalışkan\**, *Dr. Serap Çifçili\*\**,  
*Dr. Pemra Ünalın\*\**

### Öz

Birinci basamaktaki hekimlerin en sık karşılaştığı beli biri yaygın ağrı yakınmasıdır. Fibromiyalji, bu yakınmaya neden olan hastalıklardan birisidir. Fibromiyalji kadınlarda %0.7-13, erkeklerde ise %0.2-3.9 sıklığında görülmektedir. Birinci basamağa başvuran hastaların %6'sının fibromiyalji hastası olduğu saptanmıştır. Fibromiyalji tanı kriterlerinin 1990'da tanımlanmış olmasına karşıın, hastalığa özđün bir laboratuvar ve görüntüleme yönteminin bulunmayışı ve tanının ayırıcı tanıda yer alan hastalıkların dışlanması sonucu konulabilmesi nedeniyle bu hastaların tanınması ortalama beş yıl gecikmektedir. Bu süre boyunca, tanı koyma sırasında istenen gereksiz incelemeler ve denenen tedaviler sağlık sistemine maddi bir yük oluşturmaktadır. Vücudun her kadránında hissedilen, en az üç aydır süren ve herhangi bir nedene bağlanamayan ağrıların varlığı hastalığın tanısı için önemlidir. Bunun dışında, migren tipi baş ağrısı, kronik yorgunluk sendromu, irritable barsak sendromu ve depresyon gibi tanı ve tedavisinin güç olduğu bilinen pek çok klinik durum fibromiyaljiye eşlik edebilir. Hastalığın tedavisinde kesin bir yöntem yoktur, halen araştırmalar sürmektedir. Literatüre dayandırılmış olan bu derleme birinci basamakta çalışan hekimlere fibromiyalji hastalığını anımsatmak ve günlük uygulamalarında yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Fibromiyalji, yaygın ağrı, birinci basamak.

### Abstract

One of the most common symptoms in primary care is disseminated pain. Fibromyalgia is one of the diseases that causes this complaint. Its prevalence is 0.7- 13% in women and 0.2-3.9% in men. It is identified that 6% of the people who visit primary care are diagnosed as fibromyalgia. Although the diagnostic criteria of fibromyalgia were defined in 1990, since there is no specific laboratory test or imaging technique and its diagnosis is possible only by the elimination of the other diseases in the list of differential diagnosis, the diagnosis of the disease is delayed for about 5 years. During this period, ordering irrelevant investigations for diagnosis and the trials for treatment cause extra financial burden for health care management. Presence of pain that is felt in all quadrants of the body and lasts for at least 3 months, is important for diagnosis. Besides, some clinical problems which are known to be difficult to diagnose and to treat, like migraine-type headache, chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome and depression may accompany fibromyalgia. There is no definite treatment plan; the investigations are still in progress. This literature-based review has been prepared to remind primary care physicians of fibromyalgia and to provide guidance for its management in daily practice.

**Key words:** Fibromyalgia, disseminated pain, primary care.

Fibromyozit, fibrozit, idiyopatik myalji, myogelozis, gerilim myaljisi gibi bir çok farklı isim alan fibromiyalji, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, yaygın ağrı ve duyarlı noktaların varlığı ile karakterize, sinovit ya da miyozit bulgusu olmayan, kronik bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır (1).

Erişkin kadınlarda %0.7-13 ve erkeklerin %0.2- 3.9'unda görüldüğu bildirilen çalışmalar bulunmaktadır (1). Birinci basamağa başvuran hastaların %6'sı, fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) ya da romatoloji kliniklerine başvuranların %30'u FM hastasıdır (2).

Patogenezi halen tam olarak bilinmemektedir. Fibromiyaljinin nöro-immuno-endokrin bir hastalık olduğuna ilişkin hipotezler vardır (3).

### Klinik

Daha sonradan fibromiyalji tanısı konan hastaların öyküsünde en az beş yıldır süren yaygın ağrı yakınmasının varlığı, bu yakınma ile doktora başvuru sıklığının yüksek olması, pek çok farklı disiplin ya da hekime başvurduktan sonra farklı tedavilerin uygulanmış olmasına sık rastlanır.

Hastalardaki en sık semptomlar; kas, eklem ağrıları (%100), yorgunluk (%96-100), uykü bozukluğudur (% 86-98) (4). En sık yakınma olan ağrı, sürekli ve gezici tarzdadır.

Çoğu hastada sabah sertliği vardır. Hastaların %65'inde uyku yetmezliği ve %80'inde sabah yorgunluğu eşlik eder. Ancak çoğu hasta, ağrı günlük işlevleri de bozan bir yakınma olduğu için daha çok ağrılarını ifade etmekle ilgilendiğinden hekim tarafından sorulmadıkça uyku bozukluğundan söz etmez (2).

FM hastalarının %49'unda irritabl barsak sendromu (IBS) (5), %54.2'sinde cinsel disfonksiyon (6) saptanmıştır. Eşlik eden diğer durumlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastaların %20'si huzursuz bacak sendromu nedeniyle ilaç kullanmak zorunda kalabilir. Bu nedenle öyküde huzursuz bacak sendromu semptomlarının sorgulanması gerekir. Ayrıca fibromiyalji tedavisinde kullanılan antidepresanların bu hasta grubundaki semptomları ağırlaştırabilirdiği unutulmamalıdır.

#### **Tanı**

Tanı kriterleri ilk kez Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association (AMA)) tarafından 1987'de tanımlanmış ve 1990'da Amerikan Romatoloji Koleji (American College of Rheumatology (ACR)) tarafından bugünkü haline getirilmiştir (2) (Şekil 1 ve Tablo 2). Böyle olmasına karşın bu hastalığın tanısı ortalama beş yıl gecikmektedir.

Tanıda asıl amaç olası sistemik hastalıkları ekarte etmektir. Kısacası FM tanısı, ayırıcı tanı listesine giren diğer durumların dışlanması sonucu konur.

#### **Laboratuvar**

FM için hastalığa özgün bir tanı aracı yoktur. Laboratuvar olarak istenen tetkiklerin amacı, ayırıcı tanıda düşünülen diğer sistemik hastalıkların ekarte edilmesidir.

Bu amaçla bakılan testler;

- 1- Tiroid stimulan hormon (TSH),
- 2- Sedimentasyon hızı,
- 3- Anti nükleer antikor (ANA),
- 4- Kan kalsiyumu (Hiperparatiroidiyi ekarte etmek için),
- 5- Kanda kreatinin kinazdır.

**Tablo 1.** Fibromiyaljiye eşlik eden durumlar (2)

- 1- Migren tipi baş ağrısı,
- 2- Kronik yorgunluk sendromu,
- 3- Irritabl barsak sendromu,
- 4- Depresyon,
- 5- Huzursuz bacak sendromu,
- 6- Temporomandibuler eklem sendromu,
- 7- Miyofasiyal ağrı sendromu.

Hastaların yaklaşık yarısında antipolimer antikolar (+) bulunmaktadır. Ancak bu testin tanıda kullanılması için yeterli değildir. Ayırıcı tanı amacıyla bazı hastalıkları (Örn: omurga hastalıkları) dışlayabilmek için görüntüleme yöntemleri yardımcı olur.

#### **Ayırıcı Tanı**

Aşağıdaki hastalıklar ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır (Tablo 3) (7,8,9).

- 1- Servikal disk hastalıkları
- 2- Miyofasiyal ağrı ( özellikle servikal bölgede)
- 3- Kronik ağrı sendromu
- 4- Hipotiroidi miyopatisi
- 5- Lumbal dejeneratif disk hastalıkları
- 6- Osteoartrit
- 7- Post-polio sendromu
- 8- Romatoid artrit
- 9- Sistemik lupus eritematozus

Miyofasiyal ağrı ayırıcı tanıda sıkça akla gelen bir durumdur. Kliniğe başvuru şekilleri çok benzer olmakla birlikte öykü ve fiziki inceleme ile saptanacak önemli farklar vardır (Tablo 4).

#### **Psikososyal hastalıklarla ilişkisi**

FM hastalarında depresyon oranı topluma oranla 3 kat daha fazladır (10). FM hastası olan Türk kadınlarında yapılan çalışma hastaların yüzde 2'sinde ağır derecede olmak üzere %90'nında depresyon saptandığını göstermiştir (11).Yapılan olgu-kontrol çalışmalarında fibromiyalji hastalarında, yeme bozuklukları da yüksek prevalansta saptanmıştır (1,12).

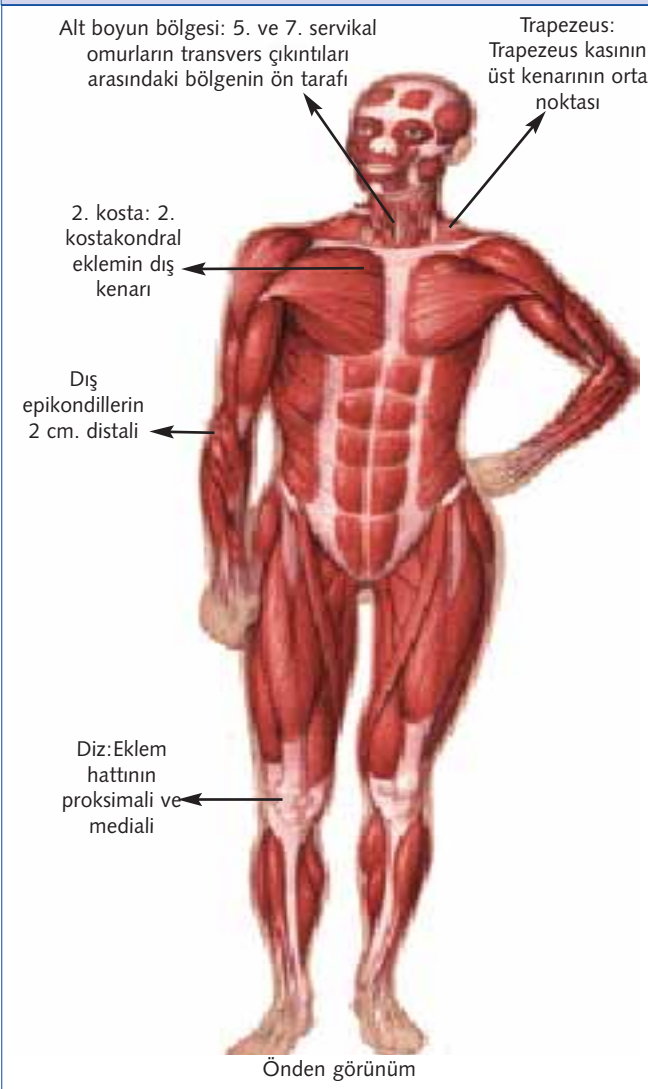
Ayrıca yapılan çalışmalarda fibromiyalji ile çocukluk döneminde yaşanan fiziksel ya da cinsel istismar ile diğer travmalar arasında bağlantı gösterilmiştir (13, 14). Bu nedenle fibromiyalji tanısı düşündüğümüz hastalarda psikolojik ya da sosyal sorunların varlığından kuşkuyla öykü alma sürecinin ya da hasta-hekim ilişkisinin uygun bir yerinde bu konular sorgulanmalıdır.

#### **Tedavisi**

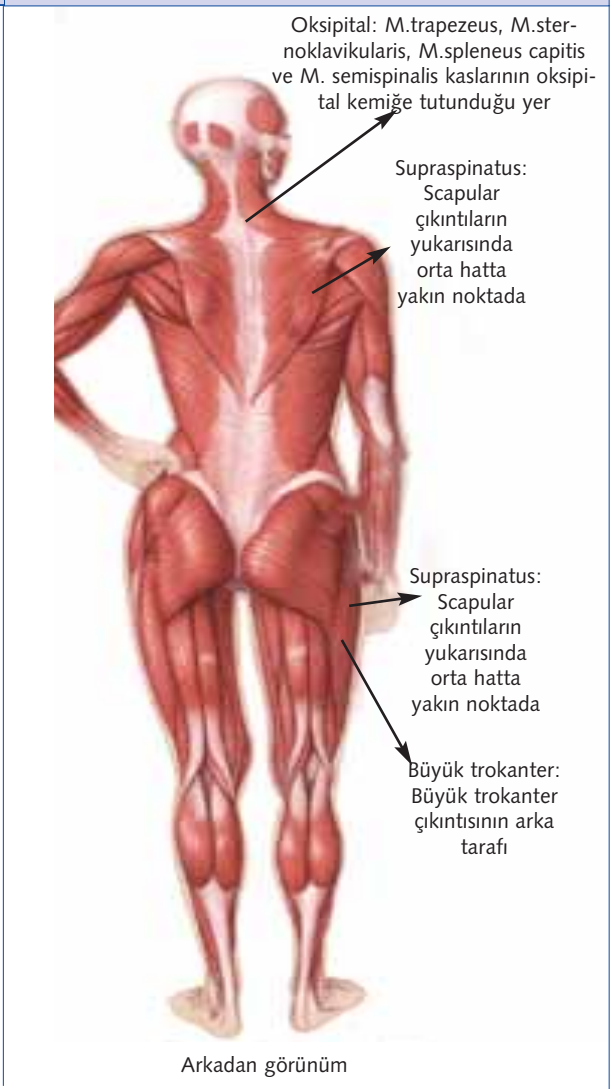
FM de genelde ampirik tedavi yapılır. İlaç dozları hastanın yanıtına göre ayarlanır. En sık önerilen tedaviler aşağıda sıralanmış olup bunların kombinasyonları da önerilmektedir;

- 1- Egzersiz (uykuda düzelme ve ağrı, kontrolü sağlanmasına da katkısı vardır) (15-17).
- 2- Fizik tedavi.
- 3- İlaç tedavisi.
- FM hastalarının tedavisinde egzersiz

**Şekil 1.** FM tanısı için kullanılan bilateral 18 hassas noktanın önden görünümü (2)



**Şekil 2.** FM tanısı için kullanılan bilateral 18 hassas noktanın arkadan görünümü (2)



**Tablo 2.** Fibromiyaljiye eşlik eden durumlar (2)

Vücudun 4 kadranda, az ya da çok şiddetli, üç ay süren ve genelde "her yerimde" diye tanımlanan ağrı. 18 hassas noktadan en az 11'inde hassasiyetin (+) olması (Hassasiyet incelemesi hassas noktalar üzerine yaklaşık 4 kg. basınç (baş parmak pulpası beyazlaşana dek) uygulanarak yapılan incelemeyi ifade eder. Hastanın ağrı ifade etmesi (+)'dir. Bu inceleme sırasında bir noktaya bir defa dokunulabilir ve doğru tanı için üç tane kontrol noktası kullanılmalıdır.

**Hassas noktalar; (Şekil 1)**

1,2- Oksiput çıkıntılar (Linea nuchae superior) (M.Trapezeus, M.sternoklavikularis, M.spleneus capitis ve M.semispinalis capitis kaslarının oksipital kemiğe tutunduğu yer).

3, 4- Trapezeus kasları (Trapezeus kasının ensedeki üst kenarının orta noktası).

5, 6- Supraspinatus kaslar (Skapular çıkıntıların yukarısında orta hatta yakın).

7, 8- Gluteus maksimus kasın orta noktaları ( Kalçanın üst dış kadranda M.gluteus maxiumus'un ön kenarında).

9, 10- Alt boyun bölgeleri (5. ve 7. servikal omurların tranvers çıkıntıları arasındaki bölgenin ön tarafı. (Sternokleidomastoid kasın orta ve laterali).

11, 12- 2. kostakondral eklemin dış kenarı.

13, 14- Dış epikondiller (Dış epikondillerin 2 cm. distali).

15, 16- Büyük torakanterler (Büyük trokanter çıkıntısının arka tarafı).

17, 18- Dizlerin iç kısımları (Diz eklem hattının proksimal ve mediali).

**Tablo 3.** FM ayırıcı tanısında sık karşılaşılan hastalıklar (7-9)

Hastalık	Ayırımında yardımcı bulgular
Servikal myofasiyal ağrı	Lokelize ağrı
Romatoid artrit nodüller, RF pozitifliği	Simetrik artrit, Romatoid
Osteoartrit	30 dk'dan kısa süren sabah sertliği, krepitasyon, radyolojik değişiklikler
SLE	Malar ve diskoid rash, fotosensitivite, serozit, artrit, ANA pozitifliği

çalışmalarının etkinliğini gösteren veriler vardır. Ayrıca yapılan çalışmalarda, egzersiz tedavisinin FM hastalarında fiziksel işlevlerde artışla birlikte duygu durumunda yükselme sağladığı ve bu iyileşmenin izlem süresinde üç ile altı ay sürdüğü gösterilmiştir (18). FM'de etkinliği gösterilen egzersizler aerobik ve gevşeme egzersizleri tipindedir (19).

- Düşük doz parasetamol (artrit bulgusu olmadığı için steroidlerin ve yüksek doz non-steroid anti-enflamatuvarların etkisi yoktur) önerilir.

- FM'de en sık amitriptilin ve fluoksetin ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bunun nedeni FM çalışmalarındaki hasta popülasyonlarında %25 civarında depresyon sıklığına rastlanması da olabilir (20).

-Trisiklik antidepressanlardan (TAD) özellikle amitriptilin ya da nortriptilin (25 mg/gün) akşamları önerilmelidir (4,15,21,22).

- TAD'ları plasebo ile karşılaştıran çalışmalarda, TAD'ların tedavideki üstünlüğü kanıtlanmıştır. TAD'lar en fazla iyileşmeyi uyku kalitesinde gösterirken, sertlik ve hassasiyette de orta derecede düzelleme sağlamaktadır (20).

- FM ve kronik yorgunluk sendromunda, son yıllarda 5-HT3 antagonistleri ile ilgili klinik çalışmalar yapılmaktadır. Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) özellikle ağrı ve yorgunluk yakınmalarında oldukça etkili

olduğunu gösteren veriler vardır (20).

SSRI'lardan en sık fluoksetin ya da sertraline (20 mg/gün) kullanılır ve özellikle sabah alınmaları önerilir (4,23).

SSRI ve TAD'ların gerekirse birlikte de kullanılabilmesine dair çalışmalar vardır (21).

Yapılan bazı randomize kontrollü, çift kör çalışmalarda amitriptilin ve fluoksetinin birlikte kullanımının, tek başlarına kullanımına oranla daha etkili olduğu gösterilmiştir (24). Antidepressanların kullanımı sırasında başlangıçta belirtilerin şiddetinde ağırlaşma gözlemlenebilir.

- Siklobenzaprin (kas gevşetici olarak) kullanılabilir (25). Türkiye'de preparatı halihazırda bulunmamaktadır (28).

- Monoamin oksidaz inhibitörleri, nöradrenalin geri alım inhibitörleri, bazı antiepileptiklerin etkili oldukları ile ilgili bazı bulgular vardır, ancak kesinlik kazanmamış olduklarından ilk seçenek olarak sayılmamaktadır (4).

Alternatif tedavilerden de yararlandığını bildiren çalışmalar vardır.

- 1- Psikoterapi,
- 2- Akupunktur (ek tedavi olarak verilebilir) (26, 27, 29),
- 3- Hidroterapi (30),
- 4- Opiod analjezikler (ciddi ağrı ve işlev kaybı olan hastalara monitörize edilerek verilebilir),
- 5- Hiperbarik oksijen tedavisi (31).

**İletişim:** Dr. Pemra Ünalın

**E-posta:** punalan@marmara.edu.tr

#### Kaynaklar

- 1- Hepgüler S. Fibromiyalji ve tedavisi. In: Karaaslan Y, Oksel F (Ed), Romatizmal hastalıklar tedavi el kitabı, Ankara, MD yayıncılık, 2003, 45 - 52.
- 2- Millea PJ, Holloway RL. Treating fibromyalgia. Am Fam Physician 2000;62:1575-82,1587
- 3- Lucas HJ, Brauch CM, Settas L, Theoharides TC. Fibromyalgia-new concepts of pathogenesis and treatment. Int J Immunopathol Pharmacol. 2006 Jan-Mar;19(1):5-10
- 4- Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2003;17:4:611-27
- 5- Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorder: what are the causes and implications. Gastroenterology 2002; 122 (4): 1140-56
- 6- Aydın G, Başar MM, Keleş I, G Ergun G, Orkun S,

**Tablo 4.** FM ve myofasiyal ağrı arasındaki en önemli farklar

	Fibromiyalji	Myofasiyal ağrı
Cinsiyet	Kadınlarda daha sık	Kadın ve erkeklerde eşit
Ağrı	Yaygın	Lokelize
Halsizlik	Daha sık	Daha nadir
Eşlik eden durumlar (Depresyon, İBS vb.)	Sık	Nadir

- Batıslam E. Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology* 2006;67(1):156-61
- 7- Am Fam Phys 2005;72:1037-47,1049-50
- 8- Am Fam Physician 2002;65:841-8
- 9- Am Fam Phys 2003;68:2179-86
- 10-Kassam A, Patten SB. Major depression, fibromyalgia and labour force participation: A population-based cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disord* 2006 Jan 19;7:4
- 11- Guven AZ, Kul PE, Gunduz OH. Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. *Eura Medicophys*. 2005 Dec;41(4):309-13
- 12-Hazleman B. The scope of rheumatic disease. *Oxford Textbook of Rheumatology'de*. Ed Isenberg David, Maddison P, Woo Patricia, Glass David. 2nd Ed. Oxford University Press, 1998; 111-2
- 13- Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2006 April;31(3):312-24
- 14-Wolfe F, Hawley DJ. Psychosocial factors and fibromyalgia syndrome. *Z Rheumatol* 1998;57 Suppl 2:88-91
- 15-Quisel A, Gill J, Walters D. Exercise and antidepressants improve fibromyalgia. *J Fam Pract* 2004 Apr;53(4):280-91
- 16-Mannerkorpi K, Nyberg B, Ahlmen M, Ekdahl C. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 2000;27:2473-81
- 17-Kurtal Y, Kutlay S, Ergin S. Exercise and cognitive-behavioural treatment in fibromyalgia syndrome. *Curr Pharm Des* 2006;12(1):37-45
- 18-Gowans SE, deHueck A, Voss S, et al.: Effect of a randomized, controlled trial on mood and physical function in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2001, 45:519-529
- 19-Richards SC, Scott DL: Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002, 325:185
- 20-Buskila D, Press J. Neuroendocrine mechanisms in fibromyalgia-chronic fatigue. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. Ed. Breedveld F, Brooks P. ???Ed. London, Harcourt Health Science Company, 2001 (Vol:15 Num:5);752
- 21-Thomas E, Blotman F. Are antidepressants effective in fibromyalgia. *Joint Bone Spine* 2002 Dec;69(6):531-3
- 22-Lawson K. Tricyclic antidepressants and fibromyalgia: what is the mechanism of action. *Expert Opin Investig Drugs* 2002 Oct; 11(10):1437-45
- 23-Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE. A Randomized, Placebo-controlled, Double-blind, Flexible-dose study of Fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *Am J Med* 2002;112:191-97
- 24- Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C et al. A randomised double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* 1994;37:32-40
- 25-Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine. *Arthritis Rheum* 2004 Feb 15;51(1):9-13
- 26-Singh BB, Wu WS, Hwang SH, Khorsan R, Dermartirosian C, Vinjamury SP, Wang CN, Lin SY. Effectiveness of acupuncture in the treatment of fibromyalgia. *Altern Ther Health Med* 2006 Mar-Apr ;12(2):34-41
- 27-Martin DP, Sletten CD, Williams BA, Berger IH. Improvement in fibromyalgia symptoms with acupuncture. *Mayo Clin Proc*. 2006 Jun; 81(6): 749-57
- 28-www.ilacrehberi.com adresinden en son 24.04.2007 tarihinde ulaşılmıştır.
- 29-Cabioglu MT, Ergene N, Tan U. The mechanism of acupuncture and clinical applications. *Int J Neurosci* 2006 Feb;116(2):115-25
- 30-Donmez A, Karagulle MZ, Tercan N, Dinler M, Issever H, Karagulle M, Turan M. SPA therapy in fibromyalgia: a randomised controlled clinical study. *Rheumatol Int* 2005;26:168-172
- 31-Wilson HD, Wilson JR, Fuchs PN. Hyperbaric oxygen treatment decreases inflammation and mechanical hypersensitivity in an animal model of inflammatory pain. *Brain research* 2006 Apr;35572:4C:3.

## 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		Dergilerden	X
	STED Yazarlarına Bilgi	II		Mesleki Beceri "Dikiş Atma ve Dikiş Alma Becerisi" <i>Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin</i>	XI
	Sigara Kullanımı ve Bazı Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler <i>Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan</i>	IV		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XV
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	VI		İlaç "İlaç Etkileşimleri" <i>Dr. Alper B. İskit</i>	XIV
	Kadın ve Sağlık "Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım: Feminist Biyomedikal Etik" <i>Dr. Serap Şahinoğlu</i>	VIII		TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007	XV
				Ödüllü Bulmaca	XIV

## 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](http://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 yöntemlerinizi, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

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

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

**7. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel 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](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 numaralandırarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

**Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

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

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

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

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

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

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık 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 çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi**

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

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto: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](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

# Sigara Kullanımı ve Bazı Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler



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

Dünyada ve Türkiye'de yaygın bir davranış olduğu bilinen sigara içmeyi pek çok etmen belirlemektedir. Bu belirleyicilerin bilinmesi sigara içiminin önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu yazıda seçilmiş bazı değişkenlerle sigara içimi arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

## Cinsiyet ve Sigara İçme Sıklığı

Sigara içme sıklığı cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Dünyada erkekler arasında sigara içme sıklığında bir plato ya da azalma eğilimi varken, kadınlar arasında bu eğim yukarı doğru bir ivme kazanmıştır (Şekil 1).

Sigara içme sıklığı ve ölüm hızları arasındaki ilişki, kadınlar arasında erkeklerdeki durumu izler bir niteliktedir (Şekil 2). Bu durum kadınlar arasındaki akciğer kanseri başta olmak üzere sigaraya bağlı hastalık ve ölümlerin engellenmesi konusundaki önlemleri ve çabaları artırmak gerektiği mesajını vermektedir.

## Gelir Düzeyi ve Sigara İçme Sıklığı

Gelir düzeyi kişilerin sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir sosyodemografik değişkendir.

Dünyada erkekler arasında gelir düzeyi ile tütün kullanımı arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde erkeklerin %50'si; yüksek gelirli ülkelerde ise %35'i sigara içmektedir.

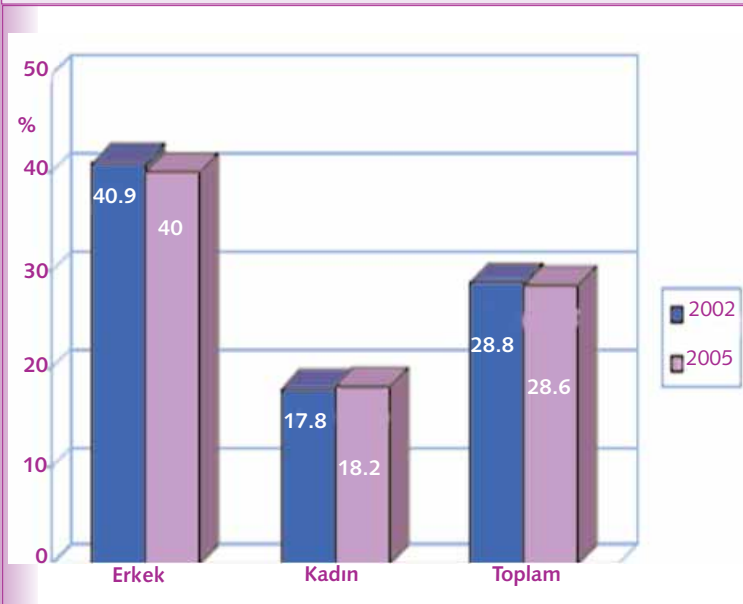
Sigara içme sıklığı İngiltere'de erkekler arasında en üst sosyoekonomik grupta %12, en alt sosyoekonomik grupta %40, kadınlar arasında ise en üst sosyoekonomik grupta %10 ve en alt sosyoekonomik grupta %35'tir.

## Öğrenim Düzeyi ve Sigara İçme Sıklığı

Öğrenim düzeyi de kişinin sağlık ve hastalık durumunu yakından etkiler. Öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerin, sağlıklı olma bilgi ve bilinç düzeylerinin öğrenim durumu düşük olan bireylere göre daha yüksek olması beklenir. Hindistan'da yapılan bir araştırmada 12 yıldan daha az eğitime sahip olan bireylerin %64'ü sigara içiyorken, 12+ yıl eğitimlilerin %21'i sigara içmektedir. Polonya'da 1999 yılında yapılmış olan bir değerlendirme sonucuna göre, sigara nedenli erken ölüm olasılığı ilk ve ortaokul düzeyindeki eğitimlilerde %9 iken, bu değer yüksek eğitimliler için %5'tir.

Ancak öğrenim durumu ile sigara içme sıklığı arasındaki ilişki her zaman yukarıda tanımlanan kadar doğrusal değildir. Bu durum farklı değişkenlerden etkilenmektedir. Örneğin; öğrenim durumu ve sigara içme sıklığı arasındaki ilişki cinsiyetlere göre farklılaşmıştır. Kadınlar arasında öğrenim düzeyi yüksekliği sigara içmeyi artırmaktadır. Türkiye'de 2003 yılında yapılmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 15-49 yaş evli kadınlar arasında sigara içme sıklığı %27,6'dır. Eğitimi olmayan kadınlar arasında sıklık %18,4 iken bu rakam lise ve üzeri grupta %43,9'dur.

**Şekil 1.** DSÖ Avrupa Bölgesi: ağırlıklandırılmış prevalans hızları tahminleri, 2002-2005

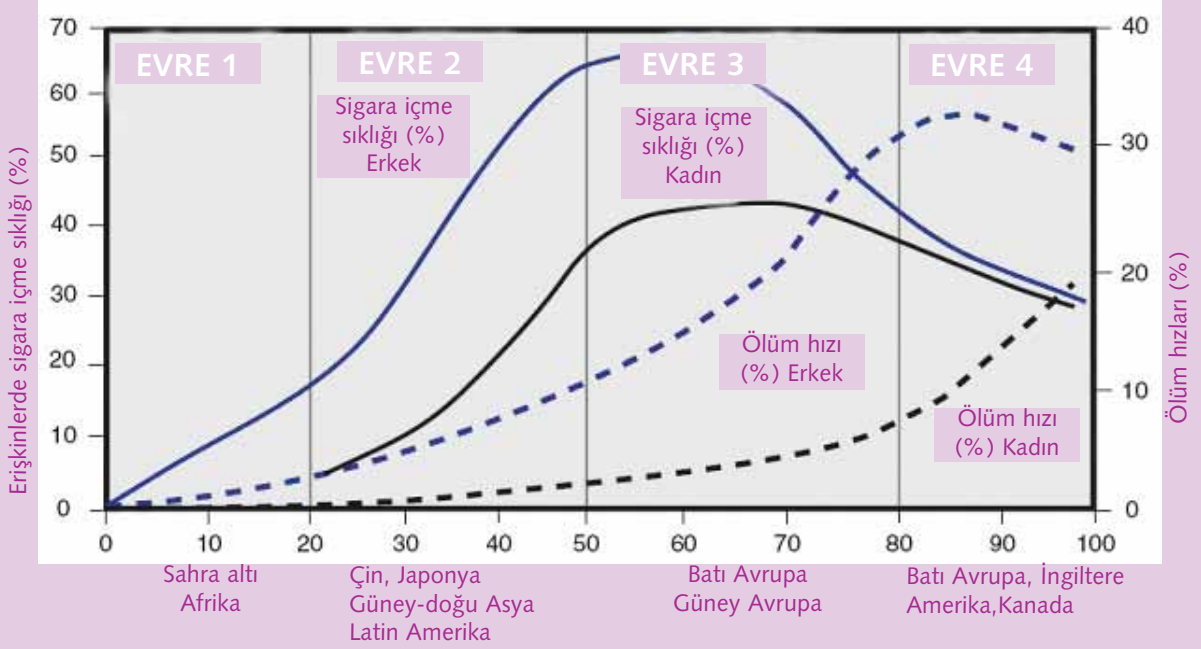


\*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık **sted** • 2007 • cilt 16 • sayı 8 • IV  
Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi

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



Şekil 2. Tütün salgınının basamakları



- Evre 1-** Tütün kullanma sıklığı az (%20 civarlarında),  
**Evre 2-** Tütün kullanma sıklığı erkeklerde %50'lere ulaşmakta,  
**Evre 3-** Tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümlerde artma,  
**Evre 4-** Tütün kullanma sıklığı azalmakta, erkeklerde ölümlerde azalma.

Diğer gelişmekte olan ülkelerde de benzer bir eğilim vardır.

#### Sigara tüketimi sağlık harcamalarını artırmaktadır

Sigara tüketiminin fazla olduğu ülkelerde sağlık harcamaları da artmaktadır. Yüksek geliri ülkelerde sağlık harcamalarının %6-15'i sigaranın yol açtığı sağlık sorunları için ayrılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yıllık kayıp 157 milyar dolar (82 milyarı erken ölüm, 75 milyarı üretim kaybı) düzeyindedir. Aynı ülkede 1999 yılında sigaraya atfedilen tıbbi hacamalar 1623 USD/kişi/yıl olarak hesaplanmıştır.

Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya bağlı sağlık harcamaları daha yüksek olabilmektedir. Örneğin Mısır'da yıllık kayıp 545 milyon dolara denk gelmektedir.

Türkiye'de sigara içenlerin yalnızca sigara satın almak için harcadıkları paranın yıllık tutarı 15 milyar dolar civarındadır. Bu miktara

sigaranın neden olduğu hastalıkların tanı ve tedavisi için yapılan harcamalar eklendiğinde harcamalar daha da artacaktır. Ülkemizdeki bir çalışmada akciğer kanserli bir hastanın tanı ve tedavisi için yapılan harcama 10 000 dolar olarak saptanmıştır.

**İletişim: Dr. Nazmi Bilir**

**E-posta: nbilir@hacettepe.edu.tr**

#### Kaynaklar

- 1- The European Tobacco Control Report 2007, WHO Regional Office for Europe, 2007.
- 2- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Ekim 2004.
- 3- Salgını Durdurmak (Curbing the Epidemics) Dünya Bankası Yönetimler ve Tütün Ekonomisi, Dünya Bankası Yayınları, Çeviri Yayın (Çeviri Yapan: Taş Ş.), Ofset Baskı, İstanbul, 2001.
- 4- Esin A, Bilir N, Aslan D. Health Care Expenditures of Lung Cancer: A Turkish Experience. Turkish Respiratory Journal 2004; 5 (3), 159-163.

2-4 Kasım 2007 tarihleri arasında Uluslararası Tütüne Bağlı Hastalıklardan Korunma Derneği (International Society for the Prevention of Tobacco Induced Diseases) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nin Arkansas Eyaletinin Little Rock şehrinde 6. toplantı düzenlenmiştir.

**İlgili web sitesi: [www.isptid2007.org](http://www.isptid2007.org)**



Dr. Onur Hamzaoğlu\*

**Tablo 1.** Bilgisayarlı tomografi (BT) cihazlarının bölgelere ve hastanelere, teşvik belgeli yatırımların bölgelere göre dağılımı

Bölge	Devlet-Üniversite Hastanelerinde BT		Özel Hastanelerde BT		Teşvik Belgeli Yatırımlar*	
	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Milyar YTL
Marmara	27.6	85	86.0	222	45.6	87 168 539
Ege	16.9	52	3.1	8	12.2	23 231 446
Akdeniz	11.7	36	1.6	4	15.7	29 924 601
İç Anadolu	20.8	64	5.8	15	12.6	24 106 450
Karadeniz	11.7	36	1.9	5	4.4	8 396 936
Doğu Anadolu	7.8	24	0.4	1	2.1	4 007 901
Güneydoğu Anadolu	3.6	11	1.2	3	7.4	14 160 739
TOPLAM	100.0	308	100.0	258	100.0	190 996 614

\* 1995-2001 yılları arasında gerçekleştirilen teşvik belgeli yatırımlar (2001 yılı fiyatlarıyla)

**Tablo 2.** Bilgisayarlı tomografi (BT) cihazlarının bölgelere ve hastanelere, nüfusun ve teşvik belgeli yatırımların bölgelere dağılımına göre eşitsizlik göstergeleri

Bölge	Nüfus	Devlet-Üniversite Hastanelerinde BT		Özel Hastanelerde BT		Teşvik Belgeli Yatırımlar	
		Beklenen*	GF**	Beklenen*	GF**	Beklenen*	GF**
Marmara	26.8	83	1.02	69	3.22	51 187 092.6	1.70
Ege	13.0	40	1.30	33	0.24	24 829 559.8	0.94
Akdeniz	13.1	40	0.90	34	0.12	25 020 556.4	1.20
İç Anadolu	16.9	52	1.23	44	0.34	32 278 427.8	0.75
Karadeniz	11.3	35	1.03	29	0.17	21 582 617.4	0.39
Doğu Anadolu	9.8	30	0.80	25	0.04	18 717 668.2	0.21
Güneydoğu Anadolu	9.2	28	0.39	24	0.13	17 571 688.5	0.81

\* Dağılım bölge nüfusuna göre olsaydı beklenen değerler  
\*\* Göreli Fark (GF): Var olan / Beklenen

Önceki sayımızda (Temmuz 2007) manyetik rezonans (MR) cihazlarının bölgelerimize ve hastanelere göre 2006 yılındaki dağılımı ile 2005 yılında gerçekleştirilen teşvik belgeli yatırımların bölgelere göre dağılımını değerlendirmiştik. Görünen tablo, hem hükümetler tarafından verilen teşvik belgeli yatırımların, hem de özel hastanelerdeki MR cihazlarının bölgelere göre dağılımında Marmara bölgemizin lehinde büyük bir farklılığın bulunduğu biçiminde özetlenebilir.

Bu sayımızda da aynı kaynaklardan yararlanarak, bilgisayarlı tomografi (BT) cihazlarının bölgelerimize ve hastanelere göre

2006 yılındaki dağılımı ile 1995-2001 yılları arasında gerçekleştirilmiş teşvik belgeli yatırımların bölgelere göre dağılımını inceleyeceğiz (Tablo 1). Bunun yanı sıra, hem BT cihazları, hem de teşvik belgeli yatırımlar -bölge nüfuslarımıza göre dağılmış olsaydı, (beklenen) nasıl bir tablo ortaya çıkacaktı-bunu görüp, var olan durumla eldeki olanakların toplumcu-eşitlikçi dağılımı arasındaki görece farkı (Tablo 2) tartışacağız.

Tekrar pahasına söylemeliyiz ki hükümetler, ülke insanların, toplumun sağlıklı olmasını istiyorsa, bu alanda laf değil de iş üretiyorsa, ülkedeki olanakları nüfusun dağılımına göre

dağıtılması, dağıtılmasını sağlaması gerekir. Bu yaklaşım gerçekleşse bile tümüyle yeterli olamaz. Çünkü oralarda da bu olanaklardan herkesin gereksinimine göre yararlanabilmesi sağlanmalıdır. Ancak bizimki de dahil, benzer ülkelerde henüz bu dağılım bile yapılmamaktadır.

Yaklaşık 72.9 milyon olan nüfusumuzun %26.8 Marmara, %16.9'u İç Anadolu Bölgemizde yaşamakta, bunu sırasıyla, Akdeniz, Ege, Karadeniz Bölgelerimiz izlerken, %10 ile Doğu Anadolu ve %9 ile Güneydoğu Anadolu Bölgelerimiz son iki sırada yer almaktadır.

Bununla birlikte, dağıtım yetkisi hükümetlerde olan, teşvik belgeli yatırımların 1995-2001 yılları arasında %45.6'sının Marmara, %4.4'ünün Karadeniz ve %2.1'inin de Doğu Anadolu bölgelerimize verilmesi tercih edilmiştir. Devlet ve üniversite hastanelerimizdeki BT cihazlarının yaklaşık %28'i Marmara, %17'si Ege, %21'i İç Anadolu, %7.8'i Doğu Anadolu bölgelerimizde bulunmaktadır. Buna karşın özel hastanelerdeki BT cihazlarının %86'sı Marmara Bölgemizde bulunurken, yalnızca binde dördü Doğu Anadolu Bölgemizdedir (Tablo 1).

Eğer söz konusu cihazlar nüfusa göre dağıtılmış olsaydı, sayıların var olandan büyük farklılıklar gösterdiğini görüyoruz. Örneğin, Marmara Bölgemizdeki özel hastanelerde 222 yerine yalnızca 69 BT cihazının olmasını, Doğu Anadolu Bölgemizdeki özel hastanelerde de bir değil, 25 adet BT cihazının olmasını beklerdik (Tablo 1, Tablo 2).

Tablo 2'de görülmekte olan devlet ve üniversite ile özel hastanelerde BT cihazları ve teşvik belgeli yatırımlar sütunlarının altında bulunan "Görelî Fark" sütunlarında birin altında değer almış bölgelerimizin, o başlık altında nüfusuna göre olması gerekenin altında BT cihazına sahip olduğunu ya da teşvik belgeli yatırım alabildiğini göstermektedir.

Örneğin, teşvik belgeli yatırımlardan Marmara Bölgemize nüfusuna göre verilmesi gerekenden %70 (GF=1.70) daha fazla verilirken, Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgelerimize tam tersi bir yaklaşımla, nüfusuna göre verilmesi gerekenin sırasıyla

%61 (GF=0.39) ve %79 (GF=0.21) daha azı verilmiştir.

Nüfusumuzun en büyük bölümünün yaşadığı Marmara Bölgemize bir de olması gerekenin üzerinde kaynak aktarımı özel hastanelerin tercihlerini de etkilemiş gibi görülmektedir. Türkiye'de 2006 yılı itibarıyla özel hastanelerde bulunan toplam 258 adet BT cihazının 222 tanesi (%86) bu bölgemizde bulunurken diğer hiçbir Bölgemizde, özel hastanelerde bulunması gereken dağılımda BT cihazı bulunmamaktadır. Marmara Bölgemizde nüfusuna göre dağılımı-olması gerekenden %320'den (GF=3.22) daha fazla BT cihazı bulunduğu, buna karşın Akdeniz Bölgemizde nüfusuna göre dağılımı-olması gerekenden %88 (GF=0.12), Doğu Anadolu Bölgemizde de nüfusuna göre dağılımı-olması gerekenden %96 (GF=0.04) daha az sayıda BT cihazı bulunduğu hesaplanmıştır (Tablo 2).

Devlet ve üniversite hastanelerimizdeki BT cihazlarının Marmara ve Karadeniz Bölgelerimizde nüfuslarına göre dağılımı-olması gerekene oldukça yakın olduğu (sırasıyla GF=1.02 ve GF=1.03), Doğu Anadolu Bölgemizde nüfusuna göre dağılımı-olması gerekenden %20 (GF=0.80), Güneydoğu Anadolu Bölgemizde de nüfusuna göre dağılımı-olması gerekenden %61 (GF=0.39) daha az olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Sunulan resmi veriler üzerinden yapmış olduğumuz hesaplamalar, Türkiye'de hükümetlerin öncülüğünde, toplumun sağlığının gözetilip, insanların yaşadıkları yerlere göre hizmetin dağılımının sağlanmadığını göstermektedir. Geçen ayki sayımızdakilere ilave olarak, yukarıda sunulan verileri birlikte değerlendirdiğimizde, Türkiye'de sağlıkta eşitsizliklerin teknoloji alanında da yaşanmakta olduğunu söyleyebiliriz.

**İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu**

**E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr**

#### **Kaynaklar**

<http://www.hazine.gov.tr/stat/tesvik/ti108.htm>  
Sağlık Bakanlığı RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü(2007), Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Ankara.



## Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım: Feminist Biyomedikal Etik\*\*

### Öz

Tıpta organ aktarımları, hekim - hasta ilişkileri, genetik çalışmalar, kürtaj, ötanazi, sperm bankaları, taşıyıcı annelik gibi birbirinden farklı birçok konunun/uygulamanın ahlaki/etik boyutu bulunmaktadır. Bu ahlaki boyut ya da sorunlar, bilimsel - teknik gelişmelerin tıbbı yansımasının sonucunda ortaya çıkabileceği gibi, hekimin hastasıyla sonucu "sırları" bilmek durumunda kalması sonucu bu ilişkinin oldukça özel olmasından, ayrıca toplumsal değer yargılarının tıbbi da kuşatır biçimde olan belirleyiciliğinden de kaynaklanabilmektedir. Tıpta ahlaki değer sorunlarının çözümünde sıklıkla başvurulan yaklaşımlar geleneksel çözümler olmakla birlikte, farklı çözüm önerileri arasında son yıllarda feminist biyomedikal etik yaklaşımı da bulunmaktadır.

Feminist biyomedikal etik, tıpta karşılaşılan ahlaki değer sorunlarının çözümünde geleneksel olan anlayıştaki erkek egemen nitelikleri ve önyargıları tartışma düzleminde ortadan kaldırmaya çalışan, olgu düzeyinde tartışılan sorunlarda bakım etiği, bireylerin farklılığı ve eşitliğin sağlanması gibi değerleri dikkate alan, toplumsal cinsiyet anlayışının göz önünde bulundurulduğu bir etik yaklaşım olarak tanımlanabilir. Bu yazıda feminist biyomedikal etik tanıtılacaktır. Ancak derginin ölçütleri göz önüne alınarak makale ikiye bölünerek yayımlanacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Feminist biyomedikal etik, tıp etiği, feminist etik, toplumsal cinsiyet.

### Tıp Etiğinden Feminist Biyomedikal Etiğe Uzanan Süreç

Özellikle 19. yüzyılla başlayan, 20. yüzyılla birlikte hız kazanan bilimsel çalışmalar ve teknik olanaklar, bir yandan neredeyse her gün yeni bir uygulamanın yapılmasına olanak sağlarken, öte yandan hasta ve hastalıkla ilgili temel çerçeve ve kavramsal çözümlemede de değişim yaratmıştır. Kuşkusuz temel amacı; hastaları hastalıklardan "kurtarmak" olan hekim, bu işlevinin yanı sıra uzayan yaşamın niteliğini sorgulamaya; yaşamın ne zaman başladığı ya da sonlandığı gibi çözümü ve yanıtı çok da kolay olmayan ahlaki değer sorunlarını da tartışmaya başlamıştır. Bu ise hekimin, yüzyıllardır öğrenmiş olduğu bir "gerçeği"; "insan yaşamının kutsal" olduğu savını yeniden düşünmesine ve yeniden değerlendirmesine yol açmıştır. Hekimlik

### Abstract

As is well known, many different topics/applications in medicine such as organ transplantation, physician – patient relationship, genetic studies, abortion, euthanasia, sperm banks, surrogate motherhood and others have a moral/ethical dimension. There appear to be different reasons why the related moral problems have arisen: They may be related to the "confidentiality" of the specific information on the patient in clinical practice, or to the effects of the value judgments in general in medical activity, as well as, for instance, to the impact of scientific – technical developments in medicine. A feminist biomedical ethics, approach has developed in recent years as one of the new approaches in medical ethics where traditional ethical analyses have in principle been method of choice in our approach to moral problems in medicine.

The aims of feminist biomedical ethics as a new approach in the consideration of moral issues in medicine may possibly be summarized as follows: to dismiss the points and prejudices, which have developed as a result of a male-dominant comprehension, from our universe of discourse in medical/biomedical ethics, thus, in the solution of the related moral problems; to take into consideration such values/points as care ethics, the differences between individuals, and the establishment of equality in case-based discussions; and to pay particular attention to gender; and so on. In this article, feminist biomedical ethics is described.

**Key words:** Feminist biomedical ethics, medical ethics, feminist ethics, gender.

felsefesini sorgulayan bu gibi tartışmaların yanı sıra, bilimsel araştırmalarda denek olarak sağlıklı bireylerin de kullanılması; yeni teknolojilerin hastalar üzerinde kullanılıp kullanılmayacağı ve tüm bunların neye göre belirleneceği gibi sorular da artan bir sıklıkla gündeme gelen konular arasındadır.

Bu ve benzeri ahlaki değer sorunlarının çözümünde hekime nasıl davranması gerektiğini, ahlaki açıdan neyin "iyi" / "doğru", neyin "kötü" / "yanlış" olduğunu; tüm bunların belirli ahlaki ilkeler düzeyinde ele alınıp alınamayacağı ve bu ilkelerin neler olacağını tartışıldığı alan tıp etiğidir. Kuşkusuz bu ve benzeri konular yalnızca tıp çevreleri tarafından değil, başta biyoloji, çevre bilimleri

\*Ankara Ü. Tıp Fak. Tıp Etiği ve Tıp Tarihi AD, Ankara

\*\*Bu metin, 29-30 Nisan 2004 tarihinde, Magosa'da düzenlenen, Birinci Uluslararası Kadın Araştırmaları Konferansında sunulan metne dayanarak oluşturulmuştur.

gibi alanlar olmak üzere tüm canlı ve canlı sistemleri ilgilendirmektedir. Doğal olarak tüm bunları kapsayan yeni bir terime gereksinim duyulmuştur. Canlılık temelli bir yaklaşım olan ve Biyoetik (Potter,1971) olarak adlandırılan bu yeni disiplin, insan merkezli bir yaklaşım olan tıp etiği ile karşılaştırıldığında, onun nitelik ve nicelik açısından daha kapsamlı olduğu da görülecektir.

Öte yandan, tıpta deneysel araştırmaların artması, bunlarda deney hayvanlarının sıklıkla kullanılması, insan yaşamının çevresiyle bir bütün olduğu anlayışının yaygınlık kazanması ile olağan tıbbi etik yaklaşımının ahlaki değer sorunlarının çözümünde yetersiz kalmaya başladığını söyleyebiliriz. Örneğin araştırma etiği, tıp uğraşı içinde başlı başına yeni bir etik alanı olarak karşımızdadır. Böylece hekim ahlaki sorunlarda bir yandan hastasını düşünürken, öte yandan araştırmalarda yeterli deney hayvanı kullanımı, bu hayvanların olabildiğince zarar görmemesi gibi konuları da düşünmek durumunda kalmaktadır. Artık hekim için tek özne, hasta değildir. Çalışma alanı genişledikçe hekim, ahlaki sorunlar karşısında hastaları kadar öteki canlıları da düşünmek durumuyula karşı karşıyadır. Bu ahlaki değer sorunların ele alınışına ilk bakışta 'biyoetik' terimi, tıbbi etiğe göre daha uygun görünmekle birlikte, bu yeni terim de tıp uğraşı için oldukça kapsamlı ve geniş bir kümeyi temsil etmektedir. Bu nedenle tıpta karşılaştığımız ahlaki değer sorunlarının daha özgül olarak ele alındığı değerler felsefesi alanı için "Biyomedikal Etik" teriminin kullanılması daha uygun olacaktır. Kuşkusuz biyomedikal etikte karşılaştığımız ahlaki değer sorunları, tıbbi etiktekilerle karşılaştırıldığında daha kapsamlı bir sorunlar kümesi olarak karşımıza gelmektedir.

Kısaca tıpta karşılaşılan ahlaki değer sorunlarının ele alınışında etik sözcüğünün izlediği terimsel süreci özetlersek, "etik", "tıp etiği", "biyoetik" ve sonuçta daha özelleşmiş ve belirginleşmiş bir terim olarak "biyomedikal etik"ten söz edebiliriz. Özellikle biyoetiğin bir disiplin olarak kabul görmesiyle birlikte (Jonsen A R, 1998 s. 326) 1990'larla birlikte tıptaki ahlaki değer sorunlarının ele alınışında yeni bir bakış açısının gündeme geldiğini görüyoruz: feminist biyoetik (Debora D ve Gonzalez Velez A C, 1998). Bu konuda yapılan ilk çalışmalar arasında, alanın temel çerçevesinin çizilmeye çalışıldığı Rosemarie Tong'un Biyoetiğe Feminist Yaklaşım başlıklı kitabı (1997) ve

feminizm ile biyoetik arasındaki ilişkileri ele alan Susan Sherwin'in Feminizm ve Biyoetik adlı makaleleri (1996) sayılabilir.

Biyoetiğin konu alanı gibi benzer olarak, feminist biyoetik tartışmaları da en geniş olarak canlılık merkezli düşünülmekte ve tartışma konuları bu çerçevede ele alınmaktadır. Tıp, çevre, iletişim, hukuk gibi birçok alanda karşılaşılan ahlaki değer sorunlarının ele alınışında kadın bakış açısının önemine değinen feminist biyoetik, bu yazı kapsamında tıp etkinliğindeki ahlaki değer sorunları ile sınırlandırılmıştır.

Bu nedenle, oldukça kapsamlı olan "feminist biyoetik" terimi yerine onun tıp etkinliğindeki ele alınışını vurgulamak için "feminist biyomedikal etik" terimi, yazarın yüksek lisans tez çalışması sırasında önerilmiş ve kullanılmıştır (Şahinoğlu, 2002). Öz bir biçimde belirtmek gerekirse bu sunuş, tıptaki ahlaki değer çatışmalarının çözüm önerilerinde karşılaştığımız, geleneksel olarak adlandırılabilir, yaygın ve sık olarak kullanılan tıbbi etik yaklaşım ve uygulamalarındaki eksikliğin tamamlanması için farklı bir yorum olarak feminist biyomedikal etik yaklaşımını tanıtmayı amaçlamaktadır.

#### **Tıp kurumunda kadının varoluşu**

Kadının birçok bilimin ve disiplininin öznesi olmayışı sorunu kadın çalışmalarının temel savlarından biridir. Bu konuda öncelikle yapılması gerekenlerden birisi de, kadını ilgili alanlarda görünür kılmak ya da onun yeni bir açıdan nasıl görülmesi gerektiğini ortaya koymaktır. Bu nedenle bu çalışmada da tıpta kadının varoluşundan yola çıkmak yerinde olacaktır.

Tıp tarihine baktığımızda özellikle "folklorik" tıpta kadını, tedavi edici yönüyle sıkça görmekteyiz. Buna karşılık, kadının Batılı anlamdaki geleneksel tıp içinde tedavi edici kimliği ile bulunması oldukça yenidir. Bunda tıbbın babadan oğluna geçen bir nitelik taşımasının yanı sıra, genellikle toplumların kadına bakış açılarındaki ayrımcı yaklaşımların payının oldukça belirleyici olduğunu söyleyebiliriz.

- Kadın ve Sağlık başlıklı köşemizin "Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım: Feminist Biyomedikal Etik" başlıklı bölümünün devamı Eylül 2007 sayımızda yayımlanacaktır.

İletişim: Dr. Serap Şahinoğlu  
E-posta: serapsahinoglu@yahoo.co.uk



## Amerikan Hekimler Akademisi, KOAH Kılavuzu Yayımladı

Amerikan Hekimler Akademisi (American College of Physicians – ACP), kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) spirometri kullanımı, tedavi ve rehabilitasyon konularını içeren önerilerini *Annals of Internal Medicine*'in 6 Kasım 2007 tarihli sayısında bir kılavuz biçiminde yayımladı. Çalışmanın önemli noktaları şöyle özetlenebilir:

- Yazarlar MEDLINE ve Cochrane veritabanlarını 1966-2005 yılları arasında yayınlanan ilgili araştırmalar için taradılar. Çocuklar, astım hastaları, restriktif akciğer hastalıkları ve alfa-1 antitripsin eksikliği, çalışma dışında tutuldu.

- Havayolu tıkanıklığını saptamada fizik muayenenin etkinliğini konu alan 19 çalışma vardı. Havayolu tıkanıklığını saptamada fizik muayene bulgularının özgülüğü yüksek, ancak duyarlılığı düşüktü. KOAH'ı ekarte etmek için en iyi kombinasyon ise, sigara içme öyküsünün olmaması, wheezing yakınmasının olmaması ve incelemede hırıltılı solunum görülmemesi.

- Solunum yolları ile ilgili belirtileri olan KOAH hastalarını değerlendirmek için spirometri yararlı; ancak genel popülasyonu havayolu tıkanıklığı yönünden taramada spirometri kullanılmamalı. KOAH tedavisinin etkinliğini izlemede belirli aralıklarla spirometrik ölçüm yapılmasını destekleyen kanıt da bulunmamaktadır.

- KOAH için tedavi endikasyonu, solunum yolu belirtileri varlığı ile birlikte spirometri ile ölçülen FEV1'i (1 saniyedeki zorlu ekspirasyon hacmi) beklenenin %60'ının altında olan hastalarla sınırlı tutulmalı.

- Alevlenme sayısını azaltmada uzun etkili inhale beta-agonistlerin, uzun etkili inhale antikolinergiklerin ve inhale kortikosteroidlerin,

plaseboya ve kısa etkili antikolinergiklere göre üstün olduğu gösterilmiş. Semptomları gidermede bu üç ilacın birlikte kullanımı, herhangi birinin tek başına kullanımından daha etkili. Yukarıda belirtildiği gibi bu ilaçlar, FEV1'i beklenenin %60'ının altında olan semptomatik hastalarda kullanılmalı.

- Yukarıda önerilen inhale tedavilerde görülebilen yan etkiler genellikle hafiftir. Uzun etkili inhale beta-agonist kullanımında kardiyovasküler hafif yan etkiler, uzun etkili inhale antikolinergik kullanımında ağız kuruluğu, inhale kortikosteroid kullanımında orofaringeal kandidiyazis görülebilmektedir.

- KOAH'lı hastalarda pulmoner rehabilitasyonun dispne ve yorgunluğu azalttığını belirten üç çalışma bulunmakla birlikte, bu çalışmaların örneklemelerinin küçük ve izlem sürelerinin kısa olması nedeniyle, pulmoner rehabilitasyonun mortaliteyi azalttığına yönelik bir kanıt yoktur. Yazarlar, FEV1'i beklenenin %50'sinden az olan KOAH hastalarının pulmoner rehabilitasyona başlamalarını öneriyorlar.

- Hastalık yönetimi ve hasta eğitimi programlarının, KOAH hastalarının prognozlarına bir etkisinin olduğu gösterilebilmiş değildir.

- FEV1'i beklenenin %30'unun altında olan ağır KOAH hastalarında PaO<sub>2</sub>'yi 60mmHg'nın üstünde tutmak amacıyla oksijen tedavisi uygulanması, ölüm riskini azaltmaktadır.

*Ann Intern Med.* 2007;147:633-638,639-653

*Medscape Medical News,* 2007

**Sayfayı Hazırlayanlar:** Dr. Özen Aşut\*  
Stj. Dr. Yılmaz Yıldız\*\*



## Mesleksel Beceri

*Dr. Orhan Odabaşı\*, Dr. Melih Elçin\*\**

### Dikiş Atma ve Dikiş Alma Becerisi

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

**Araç:** Dikiş seti (portegü, penset, düz klemp, bistüri), steril örtü, enjektör, lokal anestetik madde, antiseptik madde, steril eldiven, dikiş materyali, steril tampon.

#### Basamaklar

#### Dikiş Atma

**Basamak 1.** Elleri yıkama (Resim 1)



Resim 1

**Basamak 2.** Kullanılacak malzemeyi kontrol etme.

**Basamak 3.** Hastaya işlem hakkında bilgi verme.

**Basamak 4.** Hastaya uygun pozisyon verme

**Basamak 5.** Kullanılacak steril malzemeleri uygun şekilde açma (Resim 2).



Resim 2

**Basamak 6.** Steril eldivenleri giyme (Resim 3).

**Basamak 7.** Yarayı yabancı maddelerden temizleme (Yara temizliği mekanik olarak penset yardımıyla ya da %0.9 NaCl ile yıkanarak yapılır).

**Basamak 8.** Yara kenarlarını antiseptik madde ile içten dışa genişleyen daireler şeklinde temizleme (Resim 4).



Resim 3



Resim 4

**Basamak 9.** Delikli steril örtüyü yararın çevresine örtme (Resim 5).



Resim 5

\* Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara  
\*\* Yrd. Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

**Basamak 10.** Anestetik maddenin kapağını açma.

**Basamak 11.** Anestetik maddeyi enjektöre çekme.

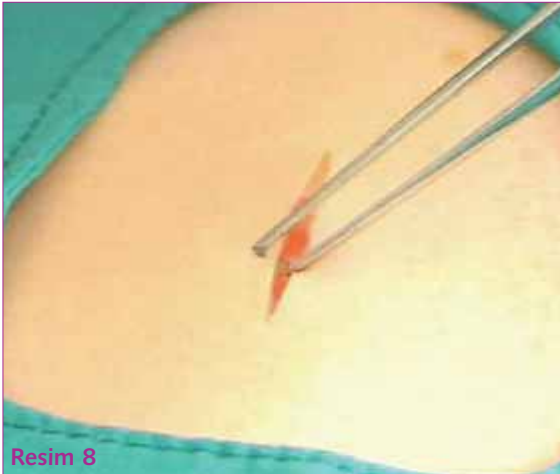
**Basamak 12.** Anestetik maddeyi yara kenarına uygulama (Resim 6).



**Basamak 13.** Dikiş materyalinin iğnesini 2/3'lük kısmından tutulacak şekilde portegüye yerleştirme (Resim 7).



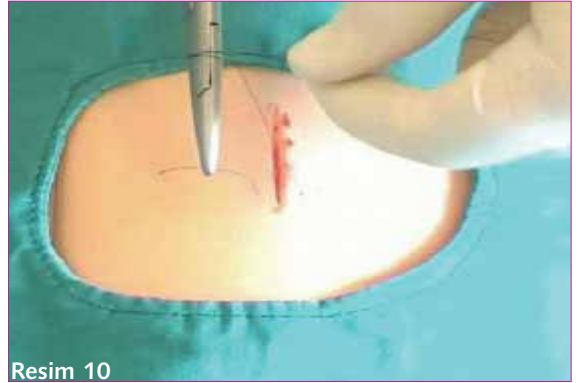
**Basamak 14.** Yara kenarını penset ile tutma (Resim 8).



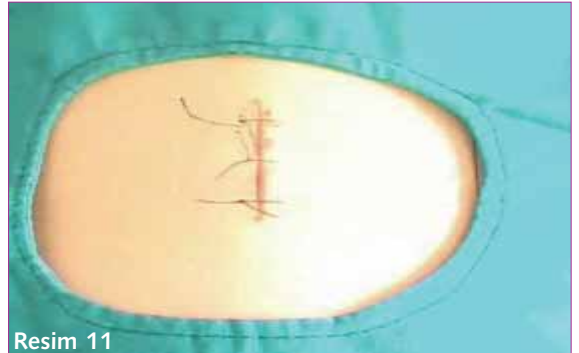
**Basamak 15.** İğneyi yara dudaklarından eşit mesafede ve derinin tüm katlarını alacak biçimde geçirme (Resim 9).



**Basamak 16.** Portegü yardımı ile düğümü bağlama (Resim 10).



**Basamak 17.** Yara boyutuna bağlı olmakla birlikte 1 cm'den sık olmamak üzere yeterli sayıda dikiş atma (Resim 11).



**Basamak 18.** Dikiş atma işlemi bittikten sonra yarayı antiseptik madde ile tekrar temizleme

**Basamak 19.** Yaranın üzerini steril tampon ile örterek flaster yardımı ile çerçeve şeklinde yapıştırma (Resim 12).





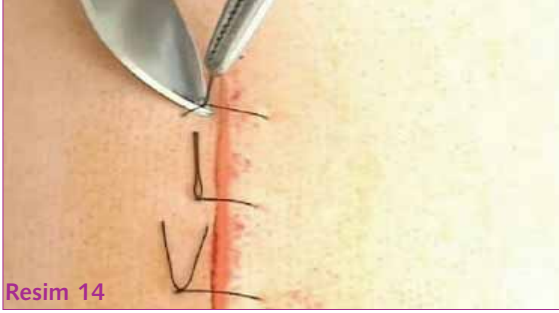
## Dikiş Alma

**Basamak 1** .Alınacak dikişi bir penset kullanarak tutup yukarı kaldırma (Resim 13).



Resim 13

**Basamak 2**. Dikiş halkası ve cilt arasında bistüri ucu ile girip dikişin bir bacağı kesme (Resim 14).



Resim 14

**Basamak 3**. Pensetle tutulan dikişi yukarı ve dışa doğru çekerek çıkarma (Resim 15).



Resim 15

**Basamak 4**. Dikiş alma işlemi bittikten sonra yarayı antiseptik madde ile tekrar temizleme.  
**Basamak 5**. Kullanılan materyali uygun şekilde toplama.

**Basamak 6**. Steril eldivenleri çıkarma (Resim 16).



Resim 16

**Basamak 7**. Elleri yıkama (Resim 17).



Resim 17

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



### Mayıs 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

1- Mesut Yıldırım, 2- Arda Gafur, 3- **Yüksel Tur\*** (Ankara), 4- İlyas Korkmaz (Antalya), 5- **Hasan Erdoğan\*** (Denizli), 6- Mualla Onrat (Eskişehir), 7- Ülkü Karakaya (K. Maraş), 8- **Ümit Zafer Karakuş\*** (Kayseri), 9- Yılmaz Alemdar (Kdz. Ereğli), 10- İzzet Yılmaz, 11- **Cengiz Kaplan\*** (Kırklareli), 12- Seher Yeşilyurt (Kütahya), 13- Fatma Yücel Beyaztaş (Sivas), 14- Emel Şenyer, 15- Mustafa Atasoy, 16- **Nur Figen Akdağ\*** (Tekirdağ), 17- Kezban Tabak (Zonguldak).

Yıldız (\*) konulmuş olanlar, Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu'nun ve Dr. Umut Özcan'ın yaptığı "Türkiye Sağlık İstatistikleri" adlı kitabını armağan ediyoruz.



Dr. Alper B. İskit\*

## İlaç Etkileşimleri

Tehlikeli ilaç etkileşimleri özellikle terapötik indeksi küçük ilaçlar (fenitoin gibi) ve dikkatli doz kontrolü gerektiren ilaçlarda (antikoagülanlar, antihipertansifler, antidiyabetikler gibi) gözlenir. Hasta tarafından alınan ilaçların sayısı, uygulanan dozaj, tedavinin süresi, hastanın ilaçları metabolize etme ve itrah etme yetenekleri (hepatik, renal etmenler ve genetik etmenler) ilaç etkileşim sıklığını artıran olası nedenlerdir.

Bir ilacın diğerinin farmakolojik etkisini absorpsiyon, dağılım, metabolizma ya da itrah düzeyinde değiştirmesi farmakokinetik etkileşimdir. Farmakokinetik etkileşimler değişik düzeylerde, farklı mekanizmalar ile olur:

- Absorpsiyon düzeyinde,
  - Proteine bağlanma sırasında (tolbutamid ve sulfonamidin varfarin bağlanmasını etkilemesi gibi),
  - Metabolizma sırasında (hepatik mikrozomal enzimlerin indüksiyon ve inhibisyonu; rifampisinin varfarin ve oral kontraseptiflerin metabolizmasını değiştirmesi gibi),
  - Renal itrah düzeyinde (probenesitin penisilinin itrahını değiştirmesi gibi).
- Farmakodinamik etkileşimler ise reseptör düzeyinde etkileşimlerdir (Antagonizma, sinerjizma, aditif etki). Bu yazıda özellikle temelde ilaç etkileşimlerinden sakınmak için gerekli bazı önemli ilkeler tartışılmıştır.

İlaç etkileşmelerinin meydana gelmesini engellemede temel yaklaşımlar:

- Hastanın sürekli kullandığı ilaçlar kesinlikle öğrenilmelidir. Ayrıca reçetesiz satılan tezgahüstü (OTC) ilaçlar ve otlardan hazırlanan preparatların kullanılıp kullanılmadığı sorgulanmalıdır.
- Tedavide az sayıda ama özellikleri iyi bilinen ilaçlar kullanılmalı, en az sayıda ilaçla yetinilmelidir. Çoklu ilaç tedavisinden olabildiğince sakınmak temel amaç olmalıdır.
- Klinikte önemli etkileşmeleri bilinen ilaçları yazmaktan kaçınmak gereklidir. Tedavide kontrolü zorlaştıran etkileşmelere özellikle terapötik penceresi dar olan ilaçlar

kullanıldığında rastlanmaktadır. Oral antikoagülanlar, anti epileptik ilaçlar, teofilin, digoksin, metotreksat ve siklosporin ile diğer ilaçlar arasındaki etkileşmeler bu duruma örnektir.

4. Hasta oral antikoagülanlar, oral antidiyabetik ilaçlar, digoksin, antihipertansifler, anti epileptik ilaçlar, teofilin vb gibi uzun süreli ilaçları kullanıyorsa, ilaç tedavisindeki değişiklikler minimum düzeyde tutulmalıdır.

5. Tedaviye düşük dozda başlanıp doz olabildiğince yavaş artırılmalıdır. Hastanın ilaca yanıtına göre doz ayarlaması gerekebilir (tedavinin bireyselleştirilmesi). Ayrıca tedavi izlenmelidir.

5. Hasta bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Hastaya ve yakınına ilaç hakkında yeterli ve anlaşılır (tercihen yazılı olarak) bilgi kesinlikle verilerek, yeni ilaç kullanımı durumunda doktora başvurması konusunda uyarılar yapılmalıdır. Yeni ilaç ekleme hastanın yaşam kalitesini artırıyorsa tercih edilmelidir, yeni ilaçların yeni sorunlar yaratacağı unutulmamalıdır.

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

### Kaynaklar

- Hansten PH. Important Drug Interactions & Their Mechanisms. Basic & Clinical Pharmacology'de. Katzung BG (ed). New York, Lange Medical Books, McGraw-Hill, 8. baskı, 2001: 1122-1234.
- Nies AS. Principles of Therapeutics. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics'de. Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG (ed). New York, McGraw-Hill Professional; 10. baskı, 2001: 45-66.
- Quinn DI, Day RO. Clinically Important Drug Interactions. Avery's Drug Treatment'da. Speight TM, Holford NHG (ed). Auckland, Adis International Ltd., 4. baskı, 1997: 301-338.
- Tuncer M, Babaoğlu MÖ (2003). Klinikte önemli ilaç etkileşimleri. Hacettepe Tıp Dergisi 34(3), 171-176.



Fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla beş yıldır sürdürmekte olduğumuz TTB-STED Fotoğraf Yarışması'nın bu yıl altıncısını gerçekleştiriyoruz. Yarışmada dereceye giren fotoğraflar bir sonraki yıl STED'in kapağını süslerken, başvuran diğer fotoğraflar da dergimizin iç sayfalarının görsel zenginliğini oluşturuyor. Bu yıl da sizlerin değerli çabalarınızın ürünü olan eserlerinizi bekliyoruz.

#### Yarışma Kuralları:

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her bir katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan fotoğraflar değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1' gibi).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in İnternet sayfalarından ulaşılabilmekte, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağzı kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazacaktır.
- Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.
- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. TTB, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi şartıyla, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

#### Yarışma Takvimi:

**Son katılım tarihi:** 31 Aralık 2007

Seçici Kurul'un değerlendirmesi: Ocak 2008

**Sonuçların duyurulması:** Şubat 2008

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: 14 Mart kutlamaları kapsamında

yapılacaktır.

#### Ödüller:

**Büyük Ödül:** Canon EOS 3000 marka fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (bir kişiye)

**Başarı Ödülü:** Tanınmış fotoğraf sanatçılarından albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (üç kişiye)

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 12'ye giren fotoğraflar 2008 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenilebilecektir.

#### Başvuru Adresi:

"STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara  
Yarışma Duyurusu ve Katılım Formu için İnternet Adresi: [www.ttb.org.tr/STED/fotograf2007.htm](http://www.ttb.org.tr/STED/fotograf2007.htm)

#### TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2007

#### Katılım Formu

Yarışmacının Rumuzu: .....

Adı - Soyadı: .....

Mesleği: .....

Branşı (varsa): .....

Görev yeri: .....

Adresi: .....

Telefon: İŞ: (0. ....) ..... GSM: (0.5....) ..... Diğer: (0. ....) .....

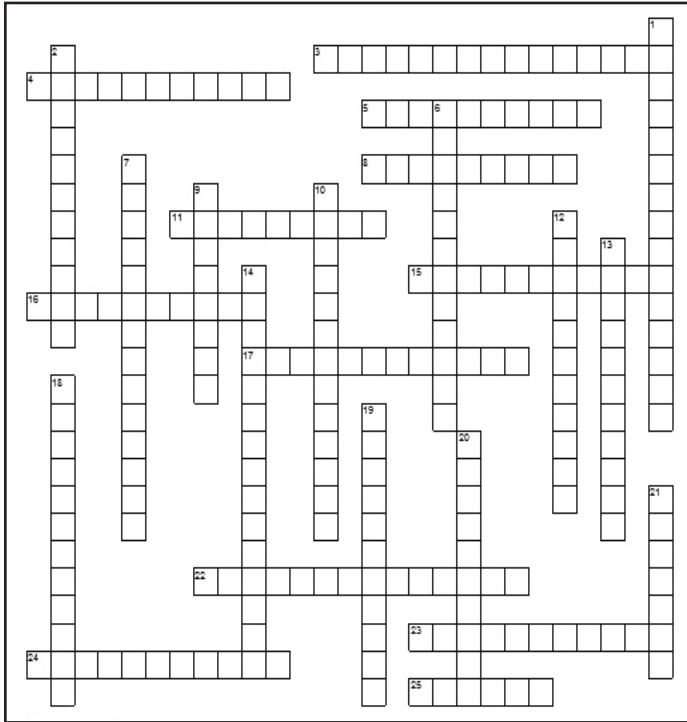
E-posta adresi: ..... @ .....

#### Fotoğraf(lar)

No	Eserin Adı	Çekildiği yer	Açıklama
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....



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 **Kasım 2007** sayımızda yayımlayacağız.



1- Tipta karşılaştığımız ahlaki değer sorunlarının daha özgül olarak ele alındığı değerler felsefesi alanı, 2- Fibromiyaljide kullanılan bir alternatif tedavi, 3- Embriyonun gelişim sürecinde nöral tüpün kısmen ya da tamamen kapanma yetersizliği, 4- Fibromiyaljide uygulanan bir tedavi türü,

5- Varfarin ve oral kontraseptiflerin metabolizmasını değiştiren ilaç, 6- Fibromiyalji tedavisinde kullanılan bir ilaç, 7- Fibromiyalji ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir hastalık, 8- Nöral tüp defektinin önlenmesinde suplementasyon için kullanılan bir madde, 9- Tehlikeli ilaç etkileşiminin olabildiği terapötik indeksi küçük olan bir ilaç, 10- Fibromiyaljide sık rastlanılan bir belirti, 11- Fibromiyaljiye eşlik eden bir bulgu, 12- Fibromiyaljinin ilgili olduğu hastalık grubu, 13- Sağlık harcamalarını artıran bir alışkanlık, 14- İlaç etkileşim sıklığını artıran olası sebeplerden biri, 15- Yaygın görülen bir nöral tüp defekti, 16- KOAH tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılan bir araç, 17- KOAH'ta uzun etkili inhale antikolinerjik kullanımında görülen yan etki, 18- Kullanımı nöral tüp defektine yol açabilen bir ilaç, 19- Fibromiyaljide yüksek bulunan bir antikor, 20- Fibromiyaljide kullanılan bir SSRI ilaç, 21- Spina bifidanın görüldüğü bir omur grubu, 22- Fibromiyalji hastalarının %49'unda görülen bir sendrom, 23- Reseptör düzeyinde oluşan bir farmakodinamik etkileşme, 24- Fibromiyaljiye verilen diğer bir isim, 25- Modern aile planlaması yöntemleri arasında en sık kullanılan ikinci yöntem.

## STED Mayıs 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Kunduracı göğsü, 2- Geleneksel, 3- Mukozit, 4- Kompliyans, 5- Siklofosfamid, 6-Hematopoetik ablasyon, 7- Allojenik, 8- Hiperkoagülabilite, 9- İmmobilite, 10- Homans, 11- Bacak elevasyonu, 12- Kardeş, 13- Karın ağrısı, 14- Heparin, 15- Pulmoner emboli, 16- Hazırlık rejimi, 17- Periferik kan, 18- Hipertansiyon, 19- GVHH, 20- Derin ven trombozu, 21- Pertusis, 22- Engraftman sendromu, 23- Pnömocystis carinii, 24- Aplastik anemi.