

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

TEMMUZ | JULY
AĞUSTOS | AUGUST
2015 | 2015
CİLT 24 | VOLUME 24
SAYI 4 | ISSUE 4

4





Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik /

Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik / Medical

History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Doç. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Dr. Bayazıt İlhan

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.

Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara

Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No: 131/133 - Baskı Tari: Nisan 2015



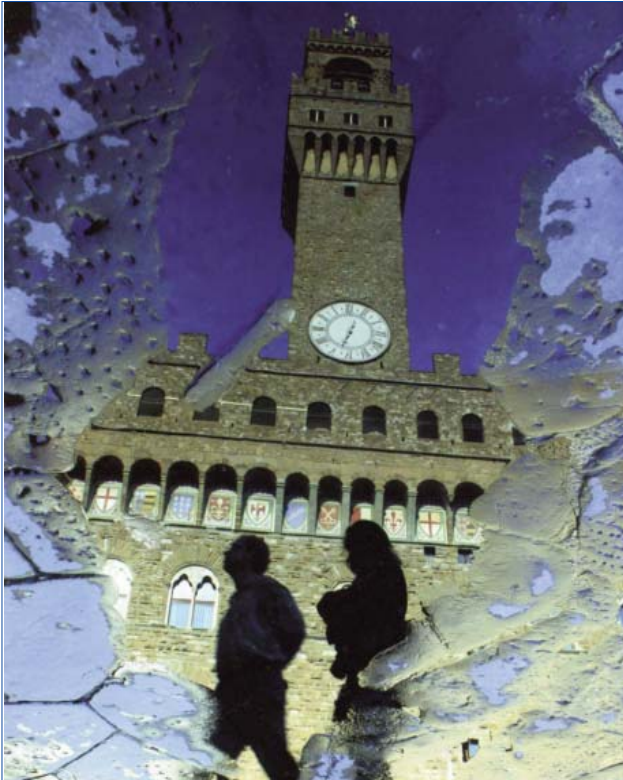
Merhaba,

Dr. Yıldı Arzu Aba ve Dr. Fatma Karadağ Başar'ın "Sağlık Profesyonellerinin Aile İçi Şiddeti Tanılaması ve Yaklaşımlarının Belirlenmesi" isimli çalışmalarında yazarlar sağlık profesyonellerinin aile içi şiddete yönelik şiddetin tanılanması ve yaklaşımlarının belirlenmesini amaçlamışlar.

Çalışmada sağlık profesyonellerinin aile içi şiddeti tanılamada ve yaklaşımlarında sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Dr. Esra Meltem Koç ve arkadaşları "Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği Gençlik Kolu Gönüllülerinin Çocukluk Dönemlerindeki İstismar Sıklığı" isimli çalışmalarında Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği Gençlik Kolu gönüllülerinin çocukluk döneminde yaşadıkları istismar sıklığının ICAST-R kullanılarak saptanması ve sosyodemografik veriler incelenerek ülkemizde istismara yol açabilen sosyal risk etmenlerin belirlenmesini amaçlamışlardır.

Türkiye'de ilk kez çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim almış, konunun farkında olan bir grup ile



Fotoğraf: "Yağmurun Ardından" Dyt. Elif Ceren Tiryaki
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2014 Sergi Ödülü

ICAST-R kullanılarak yapılan çalışmanın, son yıllarda ülkemizde konu ile ilgili yapılmakta olan sosyal ve yasal düzenlemeler için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Perihan Elif Ekmekçi'nin "Sağlık ve Romanlar; Türkiye'de Yaşayan Romanlara Yönelik Niteliksel Bir Araştırma" isimli çalışmasında Türkiye'de bulunan Roman topluluklarının dünyaya, yaşama ve insana ilişkin öznel değerleri ile örülmüş paradigmaları içinde sağlık kavramının nasıl yer aldığı belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yapılan saha araştırması ile Romanların güncel öncelikli, önemli ve acil sorunları hakkında da bazı çıkarımlar yapılmasına imkan sağlayacak bilgiler elde edilmiştir.

Dr. Oktav Bosnalı'nın "14 Yaşında Bir Kızda Akut Batın Tablosu ile Açığa Çıkan Dev Gastrik Trikobezoar" isimli çalışmasında trikobezoarların tıbbi yayınlarda iyi tanımlanmış olmalarına karşın, klinikte sık olarak görülmedikleri ve bu nedenle tanı almaları geciktiği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, acil servise akut batın tablosuyla başvuran malnütrisyonlu bir kız olguda saptanan dev gastrik trikobezoar, bu seyrek ama cerrahi açıdan önemli hastalığa dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Dr. Metin Kılıç ve arkadaşları "Vektör Kaynaklı Hastalıklar: Küresel Resme Türkiye Verileri ile Bakmak" isimli çalışmalarında vektör kaynaklı hastalıkların toplum sağlığı açısından önemi vurgulanmaktadır.

Çalışmada giderek daha sık duymaya başlanılan vektör kaynaklı hastalıkların, dünyada ve Türkiye'deki dağılımları ve hazırlayıcı koşullarının yanı sıra öne çıkan korunma yaklaşımlarının da gündeme taşınması amaçlanmıştır.

Hatice Serin ve arkadaşlarının "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" isimli çalışmalarında sağlık çalışanları içerisinde en sık şiddete maruz kalanların bayan sağlık çalışanları, en çok şiddet olayının olduğu birimlerin ise acil servisler olduğu vurgulanmaktadır. Sağlıkta şiddetin engellenmesi için güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemelerin de gerekli olduğu vurgulanmaktadır.

Bilimsel ve dostça.

Araştırma / Research

Sağlık Profesyonellerinin Aile İçi Şiddeti Tanılaması ve Yaklaşımlarının Belirlenmesi 125
Detection of and Approaches to Domestic Violence by Health Professionals
Dr. Yıldı Arzu Aba, Dr. Fatma Karadağ Başar

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği Gençlik Kolu Gönüllülerinin
Çocukluk Dönemlerindeki İstismar Sıklığı 134
*Incidence of Abuse during Childhoods of Youth Volunteers in the Association
for Preventing Child Abuse and Neglect*
Dr. Esra Meltem Koç, Psikolog Özge Şahin, Dr. Emre Güngör,
Dr. Figen Şahin Dağlı, Dr. Orhan Derman

Sağlık ve Romanlar; Türkiye'de Yaşayan Romanlara Yönelik Niteliksel Bir Araştırma 141
Health and Roma People; A Qualitative Research on Roma People in Turkey
Perihan Elif Ekmekçi

Olgu Sunumu / Case Report

14 Yaşında Bir Kızda Akut Batın Tablosu İle Açığa Çıkan Dev Gastrik Trikobezoar 148
Giant Gastric Trichobezoar Found in a 14 Year Old Girl upon Acute Abdominal Pain
Dr. Oktav Bosnalı

Derleme / Review Article

Vektör Kaynaklı Hastalıklar: Küresel Resme Türkiye Verileri ile Bakmak 152
Vector-Borne Diseases: Looking at Global Picture with Data from Turkey
Dr. Metin Kılıç, Dr. Dilek Aslan, Dr. Levent Akın

Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı 161
Oral and Dental Health in Pregnancy
Meltem Mecdi, Dr. Nevin Şahin Hotun

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Arif Miletli "Duvar"
STED Fotoğraf Yarışması 2014 Başarı Ödülü

Arif Miletli

STED Fotoğraf Yarışması Başarı ve Jüri Özel Ödülü
BUFSAD (Bursa Fotoğraf Sanatı Derneği), SSS (Sille Sanat Sarayı) çatıları altında fotoğraf sanatını sürdürüyorum. Ayrıca Bursa'da Sağlık Dergisinde fotoğraf editörlüğü yapmaktayım. Ulusal ve Uluslar Arası birçok yarışmada madalya ve ödüller, 2014 yılında Uluslar Arası Fotoğraf sanatı Federasyonu tarafından AFİAP ünvanı aldım. Belgesel, kırsal yaşam ve gezi fotoğrafçılığıyla ilgileniyorum. 1968, Trabzon doğumluyum. Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Mezunuyum. Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Eğitim ve Sağlığın Geliştirilmesi Birim sorumlusu olarak fotoğrafla içi içe olmaya çalışıyorum.



Sağlık Profesyonellerinin Aile İçi Şiddeti Tanılaması ve Yaklaşımlarının Belirlenmesi Detection of and Approaches to Domestic Violence by Health Professionals

Dr. Yıldı Arzu Aba*, Dr. Fatma Karadağ Başar**

Geliş/Received: 23.03.2015
Kabul/Accepted: 12.05.2015

Öz

Amaç: Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin aile içi şiddete yönelik şiddetin tanınması ve yaklaşımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamızın evrenini Kütahya İli'nde bulunan Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık profesyonelleri oluşturmuştur. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup 300 hekim, hemşire ve ebeye ulaşılabilmektedir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan sağlık profesyonellerinin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan ve şiddeti tanınması ve yaklaşımlarının belirlenmesine yönelik 20 sorulu anket formu kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, Ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %51,0'i hemşireler, %33,3'ü ebeler ve %15,7'sini hekimler oluşturmuştur. Sağlık profesyonellerinin %85,6'sının mezuniyet öncesi ve %92,8'inin mezuniyet sonrasında aile içi şiddet konusunda bilgi almadığı ve %54,3'ünün aile içi şiddeti sağlık sorunu olarak algılamadığı belirlenmiştir. Hekim, hemşire ve ebelerin çoğunluğu şiddeti tanılamayı, değerlendirmeyi, rehabilite yöntemlerini bilmediklerini, kurumlarında şiddet olgularına yönelik bir politika olmadığını belirtmiş; buna karşın mesleki yaşamda aile içi şiddet olgularıyla karşılaşma oranlarının %65,7 olduğu saptanmıştır. Şiddet olgularına tanılama ve yaklaşımda kendini başarılı görme ve meslekler arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($x^2=4,4$, $p=0,62$; ; $x^2=21,1$, $p=0,01$).

Sonuç: Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddeti tanılamada ve yaklaşımlarında sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Aile içi şiddet olgularının tanınması, tedavisi ve rehabilitasyonunda sağlık profesyonellerinin önemli görevleri bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sağlık profesyoneli, Şiddet, Tanılama

Abstract

Objective: This study seeks to find out how health professionals detect cases of domestic violence and the way they approach to the problem.

Methodology: The universe of this descriptive study consists of health professionals working in Kütahya Dumlupınar University Evliya Çelebi Research and Training Hospital. While the idea was to cover the universe in full, eventually 300 doctors, nurses and midwives could be reached. In collecting data, a questionnaire with 20 questions designed by the survey team to explore the characteristics of health professionals, their ways of detection and approaches to domestic violence was used.

Statistical analysis employed figures, percentages, arithmetic averages and chi-square significance test. **Findings:** Of survey participants, 51% were nurses, 33.3% were midwives and 15.7% were doctors. It is found that 85.6% and 92.8% of these health professionals received no information about domestic violence during their pre and post-graduation periods, respectively, and 54.3% do not consider domestic violence as a health problem. The majority of respondents stated that they had no information about detecting, assessing and rehabilitation methods in cases of domestic violence and that there is no policy in their institution regarding cases of violence. On the other hand, 65.7% of respondents encountered cases of domestic violence in their professional life. There is no significant correlation between detecting and approaching cases of violence and specific occupations while the correlation between these and levels of education was found significant ($x^2=4.4$, $p=0.62$; ; $x^2=21.1$, $p=0.01$).

Conclusion: It is clear that health professionals face problems in detecting and approaching to domestic violence. Yet, health professionals have their important duties to perform in detecting, treating and rehabilitating victims of domestic violence.

Key words: Health Professional, Violence, Detection

*Yrd. Doç.; İstanbul Aydın Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, İstanbul

**Yrd. Doç.; Dumlupınar Ü. Sağlık YO, Hemşirelik Bölümü, Kütahya

Giriş

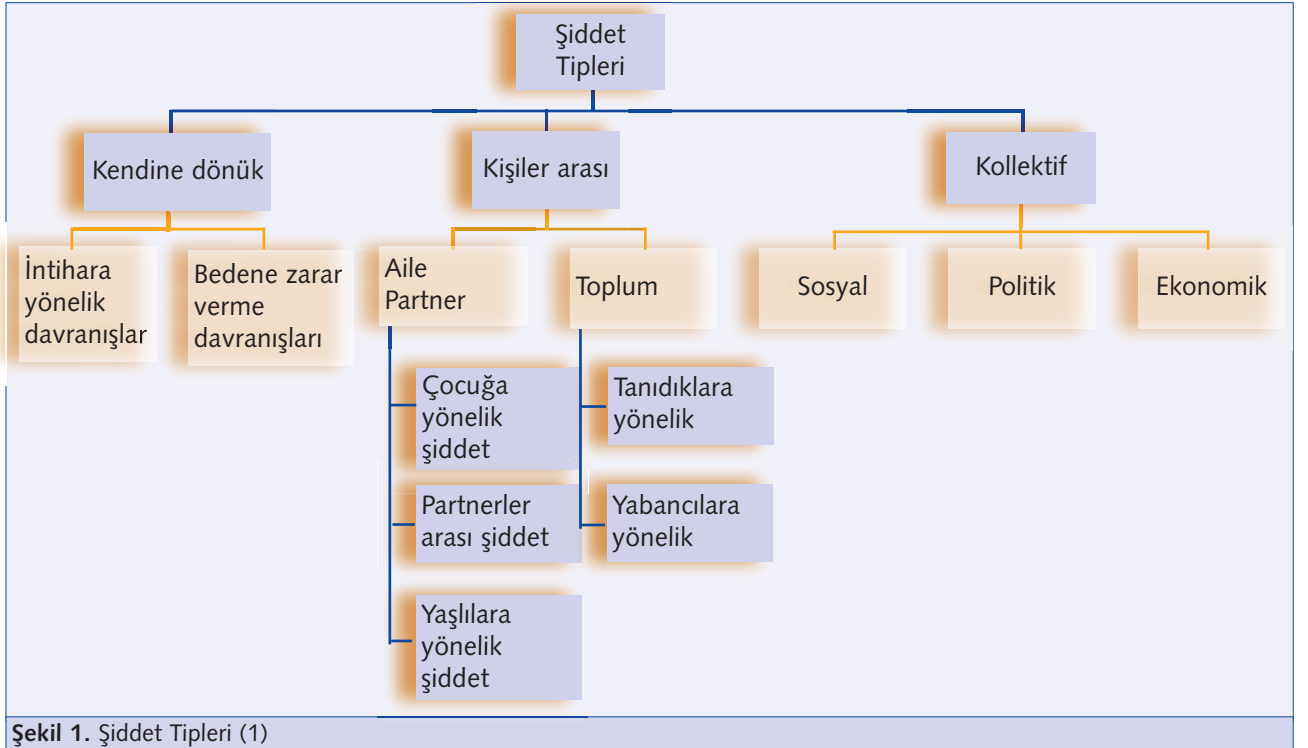
Şiddet genel anlamda, sahip olunan güç, kudret, yaralanma ve kayıpla sonlanan ya da sonlanma olasılığı yüksek biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba, topluma karşı fiziksel, duygusal güç uygulanmasıdır (1). Şiddeti, doğanın kendisinde var olduğu biçimiyle bir çatışma olarak ilk dile getiren düşünürlerden birisi Herakleitos'tur. Herakleitos'a göre, evren sürekli çatışmaların yaşandığı bir yerdir, kavga herkes için ortak, adalet ise bir çatışmadır. Bu düşünceye göre adalet bile ancak kavgayla sağlanabilir. Dolayısıyla şiddet doğadır ve insan da doğanın bir parçası olarak onun şiddetinin bir ürünüdür. Bu görüşün karşısında ise, insan doğasının şiddete yatkın olmadığı, şiddetin öğrenildiğini belirten hümanistik bakış yer almaktadır (2). Nicolo Machivelli'ye göre de kişiyi en üst güce sahip kılacak yol ve yöntemler mubahtır (3).

Yaşayan her canlının doğasında şiddet dürtüsünün az ya da çok olarak bulunduğu bilinmekle birlikte, eğitilebilir, engellenebilir, bastırılabilir olduğu da kabul edilmiştir. Kökeni insanoğlunun var oluşundan bu yana süre gelen şiddet kişiden kişiye, toplumdan topluma, kültürden kültüre göre çok farklı algılanmaktadır (4). Şiddet olgusunun incelenmesine yönelik olarak yapılan araştırmalar, şiddetin tek bir boyutta ele

alınamayacak kadar karmaşık bir olgu olduğunu göstermektedir.

Toplumsal alanda rastlanan şiddet, kendine dönük şiddet, kişilerarası şiddet ve toplumsal şiddet olarak üç kategoride incelenmektedir (1). Aile içi şiddet ise kişilerarası şiddet sınıflaması içinde yer almaktadır (Şekil 1). Aile içi şiddet; 6 284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun ve Mevzuatı'na göre; "Şiddet mağduru ve şiddet uygulayanla aynı haneyi paylaşmasa da aile ya da hanede, aile mensubu sayılan diğer kişiler arasında oluşan her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddettir." biçiminde tanımlanmaktadır (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 verilerine göre şiddet, en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olarak yaşanmaktadır. Yine DSÖ tarafından, 10 ülkede 24.097 kadın ile görüşülerek yapılan araştırmada, eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan %13-61, cinsel şiddete maruz kalan %6-59, psikolojik şiddete maruz kalan kadınların oranı ise %20-75 arasında olduğu belirlenmiştir (6). Aile içinde yaşanan şiddet tüm üyeleri (anne, baba, çocuk ve varsa diğerlerini) etkileyen, çeşitli psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan özel bir sorun olması nedeniyle büyük önem taşımaktadır (1). Aile içinde fiziksel, psikolojik,



Şekil 1. Şiddet Tipleri (1)

ekonomik ve/veya cinsel şiddet gören bireylerin sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. Şiddetin sağlık üzerine etkisi, doğrudan yaralanma olarak ortaya çıkabildiği gibi, fizyolojik ya da psikolojik diğer hastalıklar için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle şiddet yalnız bir sağlık sorunu değil aynı zamanda sağlığı etkileyen bir risk etmeni olarak da ele alınmaktadır.

Birleşmiş Milletler'in (BM) Women çalışmasında, 86 ülkeyi kapsayan kadına yönelik aile içi şiddet istatistikleri bulunmaktadır. Bu verilere göre; kadınların %70'i fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmaktadır. 15 ile 44 yaş arası kadınlara yönelik şiddet; kanser, trafik kazaları, sıtma ve savaşların tamamının neden olduğu ölüm ve sakatlıklardan daha fazla ölüm ve sakatlığa neden olmaktadır (7). ABD'de 2007 yılında şiddete bağlı olarak yaşamını yitiren 2 340 kişinin %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (8). Hyman'ın (1999) belirttiğine göre, İngiltere'de şiddet sonucu oluşan fiziksel zarara bağlı acil servise her yıl 250.000 kişi başvurmakta, başvuranların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (9).

Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması sonuçlarına göre (2009), kadınların eşi ya da birlikte olduğu kişilerden yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma oranı %41,9'dur (10).

Şiddet, alınan tüm önlemlere karşın ulusal ve uluslararası veriler ışığında toplumsal bir sorun olarak önemini korumayı sürdürmektedir. Ülkemizde yazılı ve görsel basında her gün yer alan şiddet haberleri durumun ciddiyetini daha da netleştirmektedir. Özellikle Türk kültüründe kadın olma nedeni ile karşılaşılan töre cinayetleri, bekâret kontrolleri gibi şiddet biçimleri ile aile içi şiddet ya da çocuk istismarı ve ihmalinin sağlık profesyonellerinin gündeminde olması kaçınılmazdır. Çünkü şiddete uğrayan bireylerin ilk iletişim kurdukları profesyonellerin başında sağlık bakım çalışanları gelmektedir.

Bu çerçevede, sağlık kurum ve kuruluşlarında gerek şiddet mağduruna, gerekse şiddet uygulayan bireye yönelik tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin sunulduğu ve bu alanda uzmanlaşmış personelin görev yaptığı özel birimlerin oluşturulması şiddetle mücadelede büyük önem taşımaktadır (11).

Dünya Sağlık Örgütü, aile içi şiddet ile mücadelede sağlık profesyonelinin sorumluluklarını; ilk olarak şiddet davranışının yaşandığı ailelerde, şiddetin nedenleri ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi, şiddet davranışını yaşayan olgulara acil tıbbi tedavi verilmesi ve sosyal destek ortamı yaratılması, şiddet olgularında polis desteği, sosyal hizmet elamanlarının katılımı, sağlık profesyonelinin birlikte oluşturdukları merkez yardımı ile işbirliği içinde çalışılması biçiminde belirtilmiştir (1). Amerikan Acil Hemşireleri Birliği, hemşirelerin her alanda aile içi şiddeti tanılama, değerlendirme, kadına danışmanlık yapma ve gerekli yerlere yönlendirme açısından anahtar pozisyonda olduğunu vurgulamıştır (12).

T. C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Genel Müdürlüğü, sağlık profesyonelinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet'de (KYAİŞ) görev ve sorumluluklarını (11);

- Şiddetin varlığını ortaya çıkaracak ve irdeleyebilecek soruları uygun dille, güven vererek ve kişinin güvenliğini sağlayarak sorma,
- Şiddet olgularına tanı koyma,
- Şiddet mağdurlarını tedavi etme, gerekiyorsa bir üst sağlık kurumuna sevk etme,
- Risk değerlendirmesi yapma,
- Güvenlik planı geliştirmesinde mağdura yardımcı olma,
- Şiddet mağdurlarına şiddet, yasal hakları, güvenlik ve sosyal destek sistemleri ve iletişim ağları hakkında bilgi verme,
- Gerekiyorsa şiddet mağdurlarını koruma ve destek hizmetlerine yönlendirme,
- Şiddet mağdurlarını izleme planı geliştirme,
- İlgili kayıtları tutma, raporlama ve bildirimde bulunma,
- KYAİŞ konusunda toplumu bilinçlendirmeye yönelik halk eğitimi çalışmalarını planlama ve uygulama,
- Diğer ilgili sektörlerle işbirliği biçiminde sıralanmıştır.

Engellenemez bir halk sağlığı sorunu olarak görülen şiddetin tanınması, yaklaşımların belirlenmesi ve sağlık profesyonellerine yönelik hizmet sunum modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle araştırmamız, sağlık profesyonellerinin aile içi şiddete yönelik şiddetin tanınması ve yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem

Araştırma 10 Kasım 2014/10 Aralık 2014 tarihleri arasında Kütahya'da bir eğitim araştırma hastanesinde görevli olan sağlık profesyonellerinin aile içi şiddete yönelik şiddetin tanınması ve yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Tıp, hemşirelik, ebelik, diş hekimliği, eczacılık gibi sağlık hizmetleri alanlarında çalışan meslek mensupları "Sağlık Profesyonelleri" ni oluşturmaktadır. Bu çalışmada çalışmanın amacına uygun olarak, aile içi şiddet mağdurlarına bakım veren, doğrudan iletişim kuran ve Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık profesyonelleri (tüm hekim, hemşire ve ebeler) (N=848) araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem yapılmamış evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak gönüllü olmayan, gece çalışan ve izinli olan personel çalışma dışında kalmıştır. Gönüllü olmayan çalışanlar için katılmama nedeni olarak konuya ilgisizlik, istekli olmama ve zaman ayıramama gibi nedenler gösterilebilir.

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından aile içi şiddet ile ilgili literatür ve gözlemlerden yararlanarak veri toplama formu hazırlanmıştır. Veri toplama formu sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerini, aile içi şiddeti tanılama, değerlendirme, rehabilitasyon bilgilerine yönelik 20 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara çalışmamızın amacı sözlü ve yazılı olarak açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda onamları alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Versiyon 17.0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama, ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığı ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; 300 katılımcının %51'ini hemşireler, %33,3'ünü ebeler ve %15,7'sini hekimler oluşturmaktadır. Katılım oranı %35,4'tür. %30,0 oranında 23-27 yaşları arasında olduğu, %73,0'ünün kadın, %51,0'ünün evli, %50,0'ünün lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %55,3'ünün, mezuniyet öncesi ya da sonrası aile içi şiddete

yönelik tanılama ve yaklaşım eğitimi aldıkları bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %45,7'si aile içi şiddeti sağlık sorunu olarak gördüklerini ve %79,7'si aile içi şiddet olgularını tanılamada sağlık profesyonellerinin tamamının rolü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %65,7'si meslek yaşamında aile içi şiddet olgularıyla karşılaşmış ve en yüksek oranda (%78,0) aile içi şiddet mağdurlarının kadınlar olduğu gösterilmiştir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin yalnızca %44,7'si mezuniyet öncesi ve %32,7'si çalıştıkları kurumda aile içi şiddeti tanılama, değerlendirme ve önlemeye yönelik eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3 incelendiğinde, sağlık profesyonellerinin yalnızca %30,1'i çalıştıkları kurumda aile içi şiddeti tanılamaya yönelik formun bulunduğunu bildirmiştir. Katılımcıların aile içi şiddet mağdurlarını tanılamada en fazla yaşadıkları güçlük %50,0 oranında kurumlarında çözüm önerilerinin kısıtlı olması ve %48,3 oranında mağdurların konuşmaya istekli olmaması biçiminde sıralanmıştır. Sağlık profesyonellerinin, aile içi

Tablo 1. Demografik Özellikler

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
18-22 yaş aralığı	54	18,0
23-27 yaş aralığı	90	30,0
28-32 yaş aralığı	63	21,0
33-37 yaş aralığı	51	17,0
38 ve üzeri yaş	42	14,0
Cinsiyet		
Kadın	219	73,0
Erkek	81	27,0
Medeni Durum		
Evli	147	49,0
Bekar	153	51,0
Eğitim Durumu		
Lisansüstü	36	12,0
Lisans	150	50,0
Ön Lisans	63	21,0
Orta öğretim	51	17,0
Sağlık profesyonelleri		
Hekim	47	15,7
Hemşire	153	51,0
Ebe	100	33,3
Çalışma Süresi		
1-5 yıl	139	46,3
6-10 yıl	82	27,3
11-15 yıl	41	13,7
16 yıl ve üzeri	38	12,7

Tablo 2. Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddete ilişkin görüşleri ve deneyimleri

Görüş ve Deneyimler	n	%
Aile İçi Şiddeti Sağlık Sorunu Olarak Algılama		
Evet	137	45,7
Hayır	163	54,3
Şiddeti Tanılamada Rol Almasını Düşündükleri Sağlık Profesyonelleri*		
Hemşire	75	25,0
Hekim	45	15,0
Ebe	40	13,3
Acil tıp teknisyeni	17	5,7
Hepsi	239	79,7
Kurumlarında Aile İçi Şiddet Mağdurlarıyla Karşılaşma Durumları		
Evet	197	65,7
Hayır	103	34,3
Aile İçi Şiddet Mağduru İle Karşılaşma Sıklığı		
Her gün	5	1,7
Haftada bir	26	8,7
Haftada bir kaç kez	24	8,0
Ayda bir	62	20,7
Ayda bir kaç kez	125	41,6
Hiç rastlamadım	58	19,3
Aile İçi Şiddet Mağduru Olarak En fazla Karşılaşılan Birey		
Kadın	234	78,0
Erkek	10	3,3
Çocuk	56	18,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

şiddet tanınmasını en yüksek oranda mağduru tepkileri (%26,0) ve ifadesiyle (%24,3) yaptıkları ve bu süreçte kendilerini orta düzeyde başarılı (%51,0, n=151) buldukları belirlenmiştir. Buna ek olarak şiddetin tanınmasında olması gerektiğini düşündükleri düzenlemeler arasında "sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitilmeli" maddesi %52,3 oranındadır.

Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddet olgularına yaklaşımları incelendiğinde; %49,7 oranında "mağdura yardım alabileceği güvenini veririm" ve %42,3 ile "sorular yönlendirerek durumu anlamaya çalışırım." biçiminde ifadelerde bulunmuşlardır. Aile içi şiddet mağdurlarının taburcu edilmeden ya da edildikten sonra rehabilite edici önlemler hakkındaki görüşleri ise; %63,7'si "psikolog / psikiyatrist ile aile bireylerinin görüşmesi gerektiğini" ve %53,3'ü ise "aile sosyal hizmet uzmanları ile

görüşürülerek sorunun çözümü hakkında bilgi almaları gerektiğini" belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin aile içinde şiddet olgularını tanılama ve yaklaşımlarında kendilerini başarılı görme ve meslekler arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2=4,4$, $p=0,62$; $\chi^2=21,1$, $p=0,01$).

Tartışma ve Sonuç

Araştırmamızda aile içi şiddetin Türkiye'de sağlık sorunu olarak algılanıp algılandığı sorulmuş ve katılımcıların %54,3'ü hayır diyerek sağlık sorunu olarak algılanmadığını belirtmişlerdir. İngiltere National Health Service'de sağlık çalışanlarının aile içi şiddete bakışını inceleyen nitel çalışmada, büyük çoğunluğunun aile içi şiddeti toplumsal bir sağlık sorunu olarak gördükleri belirtilmiştir (13). Benzer bir çalışmada sağlık çalışanlarının %90'ı

Tablo 3. Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddeti tanılama durumları

Tanılama Durumları	n	%
Kurumda Aile İçi Şiddeti Tanılamaya Yönelik Formun Bulunma Durumu		
Evet	91	30,3
Hayır	209	69,7
Aile İçi Şiddet Mağdurlarını Tanılamada Yaşadıkları Güçlükler*		
Çalıştığımız kurumlarda aile içi şiddeti değerlendirmemize yardımcı form olmaması	59	19,7
Sağlık personelinin aile içi şiddeti tanımlama tekniklerini bilmemesi	92	30,7
Sağlık kurumlarında çözüm önerilerinin kısıtlı olması	150	50,0
Mağdurların konuşma isteklerinin olmaması	145	48,3
Kurumlarda uygun güven ortamının sağlanamaması	91	30,3
Aile içi şiddeti tanılamak için sağlık kurumlarında etkin faaliyetlerin olmaması	55	18,3
Aile İçi Şiddet Mağdurlarının Tanılamasının Yapılma Şekli		
Fiziksel belirtiler	60	20,0
Mağdurların kendi ifadeleriyle	73	24,3
Mağdurların tepkileri	78	26,0
Aile içi şiddet için özel tanılama ölçütümüz yok	33	11,0
Kurumun aile içi şiddet tanılama formuna göre	16	5,3
Bilmiyorum	40	13,3
Aile İçi Şiddeti Tanılamada Kendilerini Başarılı Görme Düzeyleri		
İyi	36	12,0
Orta	153	51,0
Başarılı	57	19,0
Bilmiyorum	54	18,0
Aile İçi Şiddetin Tanılamasında Olması Gerektiğini Düşündüğü Düzenlemeler*		
Kurumlarda aile içi şiddet tanılama ile ilgili prosedürlerin açıkça belirlenmesi	126	42,0
Aile içi şiddet mağdurlarına yönelik, ortak düşüncede kurum politikaları oluşturulmalı	145	48,3
Yasal olarak sağlık personelinin yetkilerinin belirlenmesi	144	48,0
Sağlık personeli bu konuda eğitilmeli	157	52,3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

"aile içi şiddeti önemli bir sağlık bakım konusudur" biçiminde ifade etmişlerdir (14). Ülkemizde Şen ve arkadaşlarının (2012), sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi çalışmasında da katılımcıların tamamı şiddetli sağlık sorunu olarak gördüklerini belirtmişlerdir (15). Literatürdeki çalışmalar ile araştırma bulgumuz karşılaştırıldığında aradaki bu ciddi farkın toplumsal olarak sağlık sorunu değil de daha çok sosyal sorun olarak algılandığı ve ülke/bölgelerdeki kültürel farklılıktan kaynaklandığı biçiminde açıklanabilir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yalnızca %44,7'si mezuniyet öncesi aile içi şiddet tanılama, değerlendirme, tedavi ve önlemeye yönelik eğitim aldıklarını, yine katılımcıların

%32,7'si çalıştıkları kurumda aile içi şiddet tanılama ve değerlendirmeye yönelik hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Buna ek olarak %52,3'ü aile içi şiddetin tanınması ve yaklaşımlara yönelik eğitim almak istediklerini bildirmişlerdir. Baysan'ın (2003) çalışmasında hemşire ve ebelerin %66,9'nun bilgi almaya gereksinimi olduğu bulunmuştur (16). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hekim, hemşire ve ebelerin şiddete yönelik gerek tutumlarını ve mesleki donanımlarını gerekse kurumsal politikardan dolayı sorumluluklarını yeterince yerine getiremediklerini belirtmiştir (17). Corbally'nin (2001) yaptığı çalışmada, hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde aile içi şiddet eğitim projesi yürütülmüş ve eğitim sonunda katılımcıların bilgi, tutum ve klinik davranışlarında aile içi şiddetin tanınmasında olumlu yönde

Tablo 4. Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddete yaklaşımları

Aile İçi Şiddete Yaklaşımları	n	%
Aile İçi Şiddet Olgularına Yaklaşımları*		
Fark ettiğimi mağdura hissettirim	64	21,3
Mağdura yardım alabileceği güvenini veririm.	149	49,7
Hiç görmemiş gibi yaparım	53	17,7
Sorular yönlendirerek durumu anlamaya çalışırım.	127	42,3
Kendi baş edemeyeceğimden diğer ekip üyelerine yönlendiririm.	61	20,3
Sinirlerime hâkim olamam olumlu/olumsuz tepki gösteririm.	27	9,0
Şiddetin değerlendirilmesine yönelik işlemlere başlarım.	48	16,0
Ortam görülmeden yorum yapılamaz	24	8,0
Aile İçi Şiddet Mağdurlarına Yönelik Rehabilite Edici Önlemler*		
Mağdur olarak nitelendirdiğimiz kişiye yardım alabileceği kurum ve kuruluşların irtibat numaraları, broşürleri verilir.	121	40,3
Psikolog/psikiyatrist ile aile bireylerinin görüşmesi sağlanır.	191	63,7
Aile sosyal hizmet uzmanları ile görüştürülerek sorunun çözümü hakkında bilgi almaları sağlanır.	160	53,3
Sorunun çözülmediği takdirde ailenin ve çocukların nasıl etkileneceği yetkili kişiler tarafından anlatılır.	70	23,3
Olayla karşılaşmış aile, bölgelerindeki Aile Sağlığı Merkezi tarafından periyodik olarak takip edilmelidir.	61	20,3
Kurumumuzda şiddet olgularına yönelik rehabilite eylemleri yoktur.	32	10,7
Aile içi şiddet olgularına yönelik rehabilite önlemlerini bilmiyorum.	19	6,3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

gelişmeler olduğu bulunmuştur (18). Literatür ve çalışma bulgularımız hekim, hemşire ve ebelerin özellikle hastanelere başvuran kadınlarda aile içi şiddeti tanılama ve yaklaşımda yetersiz donanıma sahip olduğunu düşündürmektedir. Aile içi şiddete yönelik sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının oluşturulması, becerilerinin geliştirilmesinde ve tutumlarının değişmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Sağlık profesyonellerinin, aile içi şiddet tanılmasını en yüksek oranda mağdurun tepkileri (%26,0) ve ifadesiyle (%24,3) yaptıkları ifade edilmiştir. Kadına yönelik şiddetle ilgili araştırmalar, kadınların yaşadıkları şiddeti kolay ifade edemediklerini ortaya koymaktadır. Bazı kadınlar bir kez şiddetle karşı karşıya kaldıklarında yardıma başvururken, bazıları da sürekli şiddetle karşı karşıya kalsalar bile aynı koşullarda yaşamayı sürdürmektedirler (19). Çalışma bulgumuz literatürde yer alan verilerle benzerlik göstermektedir. Şiddete maruz kalan kadın uğradığı şiddeti başkalarına anlatmaktan çekinmekte, durumun başkaları tarafından bilinmesini istememektedir. Şiddetin açığa

vurulması durumunda da genellikle şiddet mağduruna yardım etmek yerine, "kol kırılır, yen içinde kalır" anlayışıyla aile birliğinin sürdürülmesi adına sessiz kalması tavsiye edilmektedir ya da kadın suçlanmaktadır (20). Bir kamuoyu araştırmasına göre Türkiye'de kadınların %22'sinin eşlerinin fiziksel şiddetine maruz kaldığı, şiddete maruz kalan kadınların %45'i şiddet karşısında hiç bir şey yapmadığı saptanmıştır (21). Ayrıca genellikle şiddete maruz kalan kadınların acil bir durum olmadığı sürece acil servise başvurmadığı, başvuru yapanların ise geliş nedenlerini saklayarak yanlış bilgi verdikleri bilinmektedir. Bu nedenle acil servise başvuran bir kadını değerlendirmede, şiddet bulgularını ortaya çıkarmada sağlık profesyonellerinin rolü büyük önem taşımaktadır.

Araştırmamızda aile içi şiddet olgularıyla karşılaşan katılımcıların oranı %65,7 ve en fazla şiddet mağduru %78,0 oranında kadınlardır. Dünyanın her ülkesinde kadına yönelik şiddet, büyük olasılıkla bildirilmeyen değil ama sıklıkla kapalı kapılar arkasında gerçekleşen bir sorundur. Türkiye'de de aile içi şiddet hakkında detaylı bilgi

Tablo 5. Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddeti tanılamada kendini başarılı görme ile eğitim düzeyi ilişkisi

Eğitim durumu	Aile içi şiddeti tanılamada kendinizi ne kadar başarılı görüyorsunuz?									
	n	%	n	%	n	%	n	%	x ²	p
Lise	1	2,1	21	43,8	13	27,1	13	27,1	21,1	0,01
Ön lisans	6	9,4	39	60,9	7	10,9	12	18,8		
Yüksekokul / Fakülte	25	16,7	77	51,3	30	20,0	18	12,0		
Yüksek lisans / Doktora	4	10,5	16	42,1	7	18,4	11	28,9		

ve veri sağlayan çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Kadınların aile üyeleri tarafından üçte biri ile yarısı arasında değişen oranlarda, fiziksel olarak mağdur edildiği tahmin edilmektedir (22). Araştırma bulgularımız ve literatürde yer alan çalışmalarda da belirtildiği üzere aile içinde en fazla şiddet mağduru kişi kadınlardır (23,24). Sağlık Profesyonellerinin %69,7'si kurumlarında aile içi şiddeti tanılamaya yönelik herhangi bir form bulunmadığını, şiddet mağdurlarını tanılamada en fazla yaşadıkları güçlüğün %50,0 oranında kurumlarında çözüm önerilerinin kısıtlı olması ve %48,3 oranında mağdurun konuşmaya istekli olmaması şeklinde sıralanmıştır. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırma sonuçlarına göre (2009), Türkiye'de 15 yaşından büyük tüm kadınların %42'si ve kırsal kesimdeki kadınların %47'si; toplamda yaklaşık 11 milyon kadın yaşamlarının herhangi bir evresinde kocalarından ya da partnerlerinden fiziksel ya da cinsel şiddet görmektedir. Çalışmanın bir diğer sonucu ise cinsel ya da fiziksel şiddete uğramış kadınların yalnızca %8'inin herhangi bir kurum, sivil toplum örgütü ya da başka bir destek kaynağına başvurduğudur (10). Benzer biçimde Isparta ilinde yapılan bir çalışmada, şiddete maruz kalan kadınların %41,7'si emniyet güçlerine, %6,7'si komşu ve akrabalara, yalnızca %2,2'si sağlık kuruluşlarına başvurduğunu belirlenmiştir (25). Aile içi şiddet pek çok durumda şiddete maruz kalma riskinin fazla olduğu toplumlarda sosyal açıdan normal kabul edilmektedir. Çalışma bulgumuzun da desteklediği üzere, güvenlik, utanma, korku ve farkındalık eksikliği gibi nedenlerden dolayı aile içi şiddet çoğunlukla bildirilmemektedir (1). Gerek yeni Türk Ceza Kanunu'na göre gerekse 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunu'na göre aile içi şiddete tanık olan herkes bunun bildirilmesinde yetkili ve sorumludur (5).

Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin aile içi şiddet olgularına yaklaşımları incelendiğinde, %49,7'si şiddet mağduruna yardım alabileceği

güveni vereceğini, %42,3'ü sorular yönlendirerek durumu anlamaya çalışacağını belirtirken dikkat çekici bir biçimde %17,7'si (n=53) görmezden geleceğini belirtmiştir. Gömbül'ün yaptığı odak grup görüşmelerinde de, hemşirelerin şiddeti önleme ve yardım etmeye yönelik çözüm önerilerine bakıldığında kadına, uzlaşmacı, ricacı, yumuşak başlı olması, alttan alması, kendini eşinin beklentileri doğrultusunda ayarlayan davranışları benimsemesi, kadınlık rollerini eksiksiz olarak yerine getirmesi, güçlü yönlerini gizlemesi, cinsel cazibesini kullanarak baş etmesi önerilerinde bulunmuşlardır (26). Sağlık profesyonellerinin savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rolleri arasında kadının, ailenin ve toplumun sağlığını koruması, iyileştirilmesi ve rehabilitasyonunu sağlama işlevleri vardır. Sağlık çalışanlarının bu soruna yönelik gerek vaziyet alışları ve mesleki donanımları gerekse kurumsal politikalarından dolayı sorumluluklarını yerine yeterince getirdikleri söylenemez (27).

Araştırma bulgularımız hekim, hemşire ve ebelerin özellikle hastaneye başvuran kadınlarda aile içi şiddeti tanıma ve ele almada yetersiz donanıma sahip olduğunu, azınlıkta olsa da geleneksel yaklaşımı benimseyenlerin olduğunu göstermektedir. Aile içi şiddet toplumda sık rastlanılan bir sorun olmasına karşın; diğer kronik hastalıklar gibi kolay tanılanamadığı görülmektedir. Aile içi şiddet olgularının tanılanması, tedavisi ve rehabilitasyonunda sağlık profesyonellerinin önemli görevleri bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle mezuniyet öncesi aile içi şiddete yönelik şiddet belirtilerinin tanılanması ve önlenmesine ilişkin, mezuniyet sonrası ise sertifikalı eğitim programlarının artırılması ile sağlık profesyonellerinin bu programlara tam katılımının sağlanması önerilmektedir. Şiddeti tanılayacak olan sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetleri içinde şiddete yönelik yaklaşımlarını geliştirmesi ve kurum protokollerinin düzenlenmesi gerekmektedir.

İletişim: Dr. Yıldı Arzu Aba

E-posta: yildaarzum@hotmail.com

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). World Report on Violence and Health. Chapter 4. Violence by Intimate Partners. Geneva, 2002. p. 4-5.
2. Eren A. Korku kültürü, değerler kültürü ve şiddet. Aile ve Toplum Dergisi. 2005;8(2):23-37.
3. Aydın A. Düşünce tarihi ve insan. Gendaş Kültür Yayınları. 2. Baskı. İstanbul. 2004. p.52
4. Çiftınar B. Dil ve sözel şiddet. Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi. 2003;6:45-57.
5. T.C. Resmi Gazetesi. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. 2012. Accessed January 23, 2015 at <http://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat/Metin/1.5.6284.pdf>
6. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women study team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the who multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet 2006;368(9543):1260-1269.
7. UN Women. Fast facts: statistics on violence against women and girls. 2011. Accessed January 23 2015 at <http://www.endvawnow.org/en/articles/299-fast-factsstatistics-on-violence-against-women-and-girls-.html>
8. National Center for Injury Prevention and Control (CDC). Understanding intimate partner violence. Accessed January 23 2015 at http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/ipv_factsheet.pdf
9. Hyman KB. Dating violence among adolescents: risk factors and implications for treatment and research. University of Pittsburgh Office of Child Development, a program of the university for social and urban research. Special Report. September, 1999:1-4.
10. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet. Accessed January 23 2015 at http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/doc/Ana_Rapor_Mizan_1.pdf.
11. Akın A, Özvarış ŞB, Demirören M, Şener S, Tumay S. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede sağlık hizmetleri. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. 1. Baskı. Ankara; 2008. p.65.
12. Family Violence Prevention Fund. Position statement: domestic violence, maltreatment and neglect. 2006. Accessed January 23 2015 at <http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/nursing.pdf>
13. Frost M. Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. Journal of Advanced Nursing. 1999;30(3):589-596.
14. Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Dall H, Thomas J. Domestic violence: a comparative survey of levels detection, knowledge and attitudes in healthcare workers, Public Health. 2001;115:89-95.
15. Şen S, Egeliolu N, Kavlak O, Sevil Ü. Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2012;9(1):21-33.
16. Baysan L. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin ölçek geliştirme. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2003.
17. International Council of Nurses (ICN). Nurses, always there for you: United against violence. International Nurses' A Day 2001. Anti-Violence Tool Kit. Geneva. 2001. p. 21.
18. Corbally MA. Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review. Accident And Emergency Nursing. 2001;9:27-37.
19. Yıldız T. Kadına yönelik şiddet ve şiddeti tanılamada acil hemşiresinin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14(3):59-66.
20. Vatandaş C. Aile ve şiddet: Türkiye'de eşler arası şiddet. 1.Baskı, Ankara, Uyum Ajans. 2003. s. 27.
21. PIAR-Gallup. Türk kadınının gündem". Araştırma Raporu. T.C. Başbakanlık, 1. Basım. Ankara. 1992.
22. İbiloğlu Okan A. Aile içi şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(2):204-222.
23. American Psychological Association. Violence and the family: report of the American psychological association presidential task force on violence and the family. Accessed January 23 2015 at http://www.nnflp.org/apa/APA_task_force.htm
24. Bowker LH, Arbitell M, McFerron JR. On the relationship between wife beating and child abuse, feminist perspectives on wife abuse. California, Sage Publications. 1990. p. 158-177.
25. İzmirlil Olgun G. Isparta ili gönen ilçesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma sıklığı ve aile içi şiddet görmeye neden olan faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Isparta. 2013.
26. Gömbül Ö. Hemşirelerin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları. Hemşirelikte Araştırma Dergisi. 2000;1(1):19-32.
27. Hotun Şahin N, Dişsiz M, Sömek A, Dinç H. Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet deneyimleri ve bu konudaki yaklaşımlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2008;2:17-31.



Dr. Esra Meltem Koç*, Psikolog Özge Şahin**, Dr. Emre Güngör***,
Dr. Figen Şahin Dağlı****, Dr. Orhan Derman*****

Geliş/Received: 07.08.2014
Kabul/Accepted: 12.11.2014

Öz

Amaç: Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği Gençlik Kolu gönüllülerinin çocukluk döneminde yaşadıkları istismar sıklığının ICAST-R kullanılarak saptanması ve sosyodemografik veriler incelenerek ülkemizde istismara yol açabilen sosyal risk etmenlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı çalışmanın örneklemini Gençlik Kolu'nda yer alan farklı fakültelerde okuyan 18-24 yaş arası 138 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Anketler 2013-2014 yılı içindeki bir eğitim toplantısında uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketi tamamlayan 112 öğrencinin anketleri değerlendirmeye alınmıştır. Veri toplama aracı olarak 18-24 yaş arası gençlerin anımsayabildikleri çocukluk dönemindeki istismarı sorgulayan ICAST-R ve araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Anketi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 112 öğrencinin 23'ü (%20,5) fiziksel istismara, 51'i (%45,5) duygusal istismara ve 24'ü (%21,4) cinsel istismara uğradığını ifade etmiştir. Kız öğrencilerin %20'si fiziksel, %45,4'ü duygusal, %22'si cinsel istismara; erkek öğrencilerin %30'u fiziksel, %70'i duygusal, %44,4'ü cinsel istismara uğradıklarını belirtmiştir. Ailenin gelir düzeyi yüksek olanlarda cinsel istismar sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. (p=0,042)

Sonuç: Türkiye'de ilk kez çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim almış, konunun farkında olan bir grup ile ICAST-R kullanılarak bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın, son yıllarda ülkemizde konu ile ilgili yapılmakta olan sosyal ve yasal düzenlemeler için yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: child abuse, frequency, risk factors

Abstract

Objective: Assessing the incidence of abuse in childhoods of Youth Volunteers in the association for Preventing Child Abuse and Neglect by using ICAST-R and identifying social risk factors that may lead to abuse in Turkey by examining socio-demographic data.

Methodology: The sample of the cross-sectional descriptive survey consists of 138 university students in the age group 18-24 attending different higher education institutions. Questionnaires were applied during a training meeting held in 2013-2014. Responses of 112 students participating to the survey and completing the questionnaire were assessed. The ICAST-R investigating cases of childhood abuse that respondents could recall and Socio-Demographic Data Questionnaire designed by the survey team were used as data gathering tools. Findings: of 112 students responding to the questionnaire 23 (20.5%) experienced physical, 51 (45.5%) emotional and 24 (21.4%) sexual abuse. The breakdown as to gender is as follows: Females: physical abuse (20%); emotional abuse (45.4%) and sexual abuse (22%). Males: physical abuse (30%); emotional abuse (70%) and sexual abuse (44.4%). It was found that the incidence of sexual abuse is higher among those from higher income groups (p=0.042)

Conclusion: It was the first time in Turkey that a survey was ever conducted on child abuse and neglect with an educated group aware of the issue by using the ICAST-R. It is considered that this survey may be guiding for recent social initiatives and legislative arrangements in Turkey related to the issue.

Key words: child abuse, frequency, risk factors

*Uzm.; Mamak Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara

**Arş.Gör.; Hacettepe Ü. Edebiyat Fak. Psikoloji Bölümü, Ankara

***Gazi Ü. Tıp Fak., Ankara

****Prof.; Gazi Ü. Tıp Fak., Pediatri AD, Sosyal Pediatri, Ankara

*****Prof.; Orhan Derman Hacettepe Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Ankara

Giriş ve Amaç

Çocuk istismarı çocuğun sağlık, büyüme ve gelişmesinin olumsuz olarak etkilenmesine neden olan her türlü fiziksel ve/veya duygusal, cinsel, ihmal ya da ihmale neden olacak ticari reklam amaçlı ya da diğer bütün etkileme biçimleri de dâhil olmak üzere her türlü tutum ve davranışlara maruz kalmasıdır (1). Son yıllarda sıkça dile getirilmeye başlanan çocuk istismarının sıklığı ile ilgili pek çok yerel çalışma olmasına karşın istismar sıklığını saptamak için uluslararası düzeyde tarama aracı olarak kullanılan ICASST ölçekleri ile yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır (2). "Uluslararası Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği" - International Study for Prevention of Child Abuse and Neglect- (ISPCAN) tarafından geliştirilen "Uluslararası Çocuk İstismarını Tarama Ölçeği" - "International Child Abuse Screening Tool" - (ICASST) anketleri, ICASST-CH, ICASST-CI, ICASST-R ve ICASST-P üzere dört tanedir. ICASST-CH ve ICASST-CI 11-16 yaş arası çocukların son 1 yılda evde, işte ya da okulda yaşadıkları istismar ve ihmali, ICASST-P ebeveynlerin evde çocuklarına karşı şiddet davranışlarını, ICASST-R ise 18-24 yaş arası gençlerin anımsayabildikleri çocukluk dönemindeki istismar sıklığını sorgulayan anketlerdir (3).

Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği (ÇİODER) Gençlik Kolu Haziran 2007'de kurulmuştur. Gençlik kolunda, özellikle gelecek meslek yaşamlarında çocuk istismarı ile karşılaşma olasılığı yüksek olan psikoloji, sosyal hizmet, çocuk gelişimi, tıp, hemşirelik gibi bölümler başta olmak üzere, çeşitli branşlardan üniversite öğrencileri yer almaktadır. Gençlerin çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili duyarlı, farkındalıkları yüksek olan bireyler olarak yetişmesini amaçlayan bu çalışmada, gönüllü öğrenciler bir eğitim öğretim yılı içinde haftada bir kez Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası'nda biraraya gelerek dalında uzman hekim, avukat, sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar tarafından konu ile ilgili eğitim almaktadırlar. "Bu eğitimler sonrasında, belirlenen bir ilköğretim okuluna giderek yapılandırılmış modüller çerçevesinde ilköğretim çağı öğrencilerine kendi bedenleri, sağlıkları, davranışları, kendilerini koruyabilmeleri, hakları ile ilgili bilgiler vererek Derneğin amacı konusunda etkinlikler yapmaktadırlar. Bu çalışmanın amacı, bu özel grubun çocukluk

döneminde yaşadıkları istismar sıklığının, uluslararası düzeyde çocuk istismarı taraması için kullanılan ICASST-R ile saptanması ve sosyodemografik veriler incelenerek ülkemizde istismara yol açabilen sosyal risk etmenlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Veri Toplama Yöntemi ve Araçları: Bu çalışma için Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği'nin Gençlik Kolu'nda yer alan farklı fakültelerde okuyan 18-24 yaş arası 138 üniversite öğrencisine ulaşılmıştır. Anketler 2013-2014 yılı içindeki bir eğitim toplantısında uygulanmıştır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmıştır. Veri toplama sürecinde katılımcılar gönüllü katılım formunu okuduktan ve araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra, anketler dağıtılarak katılımcıların gözlem altında doldurması istenmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden ve anketi tamamlamayan öğrencilerin anketleri çalışmaya alınmamıştır. Çalışmamızda 112 anket değerlendirilmiştir.

Çalışmada "Uluslararası Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği" (ISPCAN)'nin UNICEF ve Oak Kurumu yardımları ile çocukların karşılaştığı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar çeşitleri ile ilgili bilgi toplamak için 18-24 yaş genç erişkinlere özel olarak oluşturduğu ve tüm dünyada kullanılmasını önerdiği, uluslararası kabul görmüş olan "Genç Erişkinler İçin Retrospektif Ölçeği" (ICASST-R) ve araştırmacılar tarafından hazırlanan 33 soruluk "Sosyodemografik Veri Anketi" kullanılmıştır. ICASST-R bir öz bildirim anketi olup; Delphi yöntemi ile çalışılmış ve yedi ülkede saha testleri gerçekleştirilmiştir (4). Bu çalışmalar sonucunda uluslararası uzmanlar grubu tarafından açık olarak çevrilebilir olarak belirlenmiş ve çocukluk dönemi istismar ve ihmaliyle ilgili düzeyde yansıtacağı bildirilmiştir. ICASST-R'da yer alan sorularda katılımcıların 18 yaşından önceki anımsayabildikleri çocukluk dönemlerinde cinsel, fiziksel ve duygusal istismara uğrayıp uğramadığı, istismara maruz kaldıysa çocukluğunun hangi döneminde, kaç defa ve kim tarafından olduğu sorgulanmaktadır. Sorgulanan istismar çeşitleri diğer bazı ölçeklerden farklı olarak ağır formlardır. Özellikle fiziksel istismar için tokat, kulak çekme gibi bazı toplumlarda

Yaş	20,6±2,5
Medeni Durum	
Bekar	109 (%99,1)
Evli	1 (%0,9)
Kardeş sayısı	3,1±1,4
Gelir düzeyi	
Düşük gelir	21 (%18,8)
Orta gelir	80 (%71,4)
Yüksek gelir	11 (%9,8)
Yaşadığı yer	
Apartman dairesi	69 (%61,6)
Müstakil	39 (%34,8)
Gecekondu	3 (%2,7)
Alkol kullanımı	18 (%16,1)
Sigara kullanımı	9 (%8,0)
Anne-baba birliktelik durumu	
Evli	104 (%92,9)
Boşanmış/dul/ayrı	8,0 (%7,1)
Anne eğitim durumu	
İlköğretim ve altı	74 (%66,1)
Lise ve üzeri	38 (%33,9)
Baba eğitim durumu	
İlköğretim ve altı	47 (%42,7)
Lise ve üzeri	63 (%57,3)

disiplin olarak sık kullanılan yöntemler sorgulanmamış; darp, tekme, bıçakla yaralama gibi ağır şiddet varlığı araştırılmıştır.

Veri Değerlendirilmesi: Verilerin

değerlendirilmesinde SPSS 20.0 programından yararlanılmıştır. Araştırmada elde edilen veri tanımlayıcı ölçütlerden sayı, yüzde, ortanca (minimum, maksimum) ve aritmetik ortalama±standart sapma kullanılarak sunulmuştur. Normal dağılıma uygunluk durumuna göre karşılaştırılan grup sayısına göre Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sayımla belirtilen değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırmasında ise Ki-kare testi yapılmıştır.

Etik Boyut

Çalışma için Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır

Bulgular

Demografik özellikler:Çalışmaya katılan 112 öğrencinin 101'i (%90,2) kadın, 11'i (%9,8) erkek, yaş ortalaması 20,6±2,51'dir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir.

Katılımcıların %37,5'i rehberlik ve psikolojik danışmanlık, %29,5'i sosyal hizmet uzmanlığı, %8,0'ı psikoloji, %7,2'si çocuk gelişimi, %5,4'ü okul öncesi öğretmenlik, %4,5'i hemşirelik bölümünde öğrencidir. Öğrencilerin okuduğu diğer bölümler ise tıp fakültesi, hukuk, beslenme

	Sayı	(%)*
Fiziksel istismara uğrama şekli (n=23)		
Darp edilme / yumruklanma	18	78,2
Tekme atılma	6	26,0
Sopa, kemer ile vurulma	8	34,7
Sarsılma	6	26,0
Sivri bir cisimle / bıçakla yaralanma	1	4,3
Duygusal istismara uğrama şekli (n=51)		
Aşağılanmak	43	84,3
Sevilmemek	10	19,6
Hiç doğmamış / ölmüş olmasının istenmesi	11	21,5
Yaralanacağına ya da öldürüleceğine dair tehdit edilmesi	7	13,7
Evdeki kişiler tarafından tehdit edilmesi / istenmemesi	9	17,6
Cinsel istismara uğrama şekli (n=24)		
Bir başkasının cinsel organlarını teşhir etmesi	5	20,8
Çıplak poz vermeye zorlanmak	1	4,16
İstemediği halde cinsel bölgelerine dokunulması	19	79,1
Başkasının cinsel organına ya da göğsüne dokunmaya zorlanması	4	16,6
İstemediği halde cinsel birleşme yaşaması	2	8,3

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir.

ve diyetetik, gazetecilik ve maliye gibi farklı alanlardır. Öğrencilerin %54,5'i anadolu lisesi, %19,6'sı normal lise, %5,4'ü meslek lisesi ve geri kalanlar ise diğer (özel, süper,vb) liselerden mezundur.

Öğrencilerin %59,8'i öğrenci yurdunda, %21,4'ü ailesiyle, %12,5'i evde arkadaşlarıyla, %2,7'si akrabasının yanında kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların annelerinin %82,2'si ev hanımı, %2,7'si emekli, geri kalanları ise farklı iş gruplarında halen çalışmaktadır. Babalarının %20,6'sı emekli, %12,5'i memur, %7,1'i öğretmen %9,9'u serbest meslek, %4,5'i esnaftır.

110 öğrencinin 18'i (%16,1) alkol kullandığını belirtirken, 69'u (%61,6) alkol kullanmadığını belirtmektedir. 3 kişi (%2,7) ise daha önce alkol alırken artık kullanmadığını ve 20 kişi (%17,9) yaşamı boyunca birkaç kez kullandığını söylemektedir. Katılımcıların 75'i (%67,0) ailelerinde hiç kimsenin alkol kullanmadığını, 37'si (%33,0) en az bir kişinin alkol kullandığını belirtmiştir.

ICAST-R sonuçları

Gençlik kolu gönüllülerinin 23'ü (%20,5) fiziksel istismara, 51'i (%45,5) duygusal istismara ve 24'ü (%21,4) cinsel istismara uğradığını ifade etmiştir.

Kız öğrencilerin %20,0'ı fiziksel, %45,4'ü duygusal, %22,0'ı cinsel istismara; erkek öğrencilerin %30,0'ı fiziksel, %70,0'ı duygusal, %44,4'ü cinsel istismara uğradıklarını ifade etmiştir. Cinsiyete göre fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Çalışmamızda en sık fiziksel istismara uğrama şekli %78,2 (n=18) darp edilme ya da yumruklanma; en sık duygusal istismara uğrama

şekli %84,3 (n=43) aşağılanmak ve en sık cinsel istismara uğrama şekli %79,1 (n=19) istemediği halde cinsel bölgelerine dokunulmasıdır (Tablo 2). Katılımcıların ifadelerine göre en sık fiziksel istismar şekli olan darp edilme ya da yumruklanma ve en sık duygusal istismar şekli olan aşağılanma en sık baba; en sık cinsel istismar şekli olan cinsel bölgelerine dokunulması en sık kendisinden 5 yaş ya da daha büyük amca, kuzen gibi akrabalar tarafından gerçekleşmiştir.

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile istismara uğrama sıklıkları arasındaki ilişki Tablo 3'te gösterilmiştir. Ebeveynlerin birlikte olup olmaması ve eğitim durumları arasında istismar sıklığı açısından fark saptanmamış, ancak ailenin gelir düzeyine göre cinsel istismar uğrama sıklığı açısından en az bir grupta istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,042). Ailenin gelir düzeyi orta olanlarda cinsel istismara uğrama sıklığı %17,4, gelir düzeyi yüksek olanlarda %50,0'dır (p=0,033).

Tartışma

Çok eski dönemlerden beri çeşitli kaynaklarda çocuk istismarı ile ilgili bilgilere rastlanmakta ancak çocuk istismar ve ihmalinin bir sağlık sorunu olarak ele alınması 19. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır (5). Çocuk istismarı ve ihmali sonuçları ile kişilerin yalnızca çocukluk dönemini değil ilerideki yaşamını da etkileyen oldukça önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada ve ülkemizde istismar ve ihmal sıklığı ile ilgili yapılmış bazı bölgesel çalışmalar olmasına karşın tüm dünyada uygulanabileceği kabul edilmiş bir anket kullanılarak yapılan çalışmalar çok az sayıdadır (2,6). Ülkemizde ulaşabildiğimiz kadarıyla, ICAST-CH ve ICAST-R ölçeği kullanılarak yapılmış yalnızca birer araştırma bulunmaktadır (2,7). Bizim çalışmamız da ICAST-R tarama aracı kullanılarak yapıldığı için diğer çalışmalara yol gösterici olabilir.

Tablo 3. İstismara uğrama durumunun risk faktörlerine göre p değerleri

Risk Faktörleri	Fiziksel	Duygusal	Cinsel
Cinsiyet	0,433	0,191	0,212
Ebeveynlerin birliktelik durumu	0,213	0,900	0,676
Ailenin gelir durumu	0,062	0,878	0,042
Annenin eğitim durumu	0,641	0,909	0,566
Babanın eğitim durumu	0,837	0,673	0,371
Ailede en az bir kişinin alkol kullanımı	0,531	0,947	0,508

2010 yılında UNICEF katkılarıyla yapılan "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" raporuna göre Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş arası çocukların %43'ü, Bilir ve arkadaşlarının 8 şehirde yaptıkları çalışmada 16.100 öğrencinin %33,5'i; İnanç ve arkadaşlarının Mardin'de 1351 ilköğretim öğrencisi ile yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %42,6'sının en az bir kez, %30,7'sinin ise, halen, ara sıra fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (8,9,10). Çalışmamızda fiziksel istismara uğrama sıklığı %20 civarındadır. Bu sıklığı diğer çalışmalara göre daha az bulunmasının nedeni ICAST-R tarama aracının darp, yumruklama, sopa ya da kemer ile vurma gibi daha ağır fiziksel istismar türlerini sorgulaması olabilir. İnanç ve arkadaşlarının çalışmasında maruz kalınan fiziksel istismar biçimleri "elle vurma" %25,7, 'kulak çekme' %9,3, 'tekme' %2,6 ve 'kemer, sopa, cetvel kullanımı' %2,2 şeklindedir (10).

Lee ve Kim'in çalışmasında Kore'de fiziksel istismara uğrama %42,2, Kanada'da yapılan bir ulusal çalışmada ise fiziksel ihmal %19, ebeveyn hatasından kaynaklanan fiziksel yaralanma %48 bulunmuştur (6, 11). Aile Çevresinde İstismarın Dünya Çalışmaları (WorldSAFE) projesinde beş ülkede fiziksel istismarın yaygınlığı incelenmiştir ve istismar oranlarının; ABD. ve Şili'de %4-85, Filipinler'de %21-82, Mısır'da %26-72, Hindistan'da %36-70 arasında değiştiği belirtilmektedir (11). Altıparmak ve arkadaşlarının WorldSAFE çalışmasının anketini kullanarak 878 çocuğun annesi ile yaptığı çalışmada ise annelerin %64,8'i çocuklarına fiziksel istismar uyguladıklarını belirtmiştir (12).

BECAN çalışması, 9 Balkan ülkesinde 3 yıldır devam eden, 11,13 ve 16 yaşındaki okula devam eden ve okulu bırakmış çocuklarda ihmal ve istismara ait verilerin elde edilmesini çocuklara uygulanan ICAST-CH ve ebeveynlere uygulanan ICAST-P ile amaçlayan bir projedir. Çalışmada Hırvatistan'da 3644 çocuk ve 2808 ebeveyn ile yapılan çalışmada fiziksel cezalandırma 11,13 ve 16 yaş için sırasıyla %53,5, %66,9 ve %71,1; fiziksel istismar ise %25,3, %34,4 ve %41,1 bulunmuştur. Bükreş'te 5955 öğrenci ve 4236 ebeveyn ile yapılan çalışmada fiziksel istismar, öğrencilere uygulanan ICAST-CH ile %44,8, ebeveynlere uygulanan ICAST-P ile %46,8 saptanmıştır. Türkiye'de ise 7540 çocuk ile ICAST-

CH kullanılarak yapılan çalışmada fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimi %58,1 olarak saptanmıştır (2,13). Aynı tarama aracı kullanılarak yapılan çalışmada sonuçların farklı olmasının nedeni kültürler arası farklılıklar olabilir. Türkiye'de ICAST-CH ile yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasında fiziksel şiddet sıklığı açısından gözlenen fark ise öncelikle ICAST-CH'nin ICAST-R da bulunmayan ve "çocukluk çağı olumsuz yaşantıları" olarak adlandırılan daha hafif fiziksel cezaları da sorgulamasından olabilir. Ayrıca iki çalışmanın gerçekleştirildiği bölgelerin farklı olması katkıda bulunmuş olabileceği gibi, iki ölçekte sorgulanan yaş gruplarının arasında bir fark olması nedeniyle farklı nesillerde farklı oranların olabileceği de düşünülebilir.

İngiltere'de 18-24 yaşlar arası katılımcılar ile yapılan bir çalışmada duygusal istismar %6, Amerika'da 2-17 yaş arası katılımcıların binde 103'ünde duygusal istismara rastlanmıştır. Kanada Çocuk İstismarı ve İhmali İnsidans Çalışması'nda duygusal istismar 1998 yılı için bin çocukta 0,886, 2003 yılında bin çocukta 3,23 olarak belirtilmiştir (14).

Oral ve arkadaşlarının (1997) 50 istismar olgusu ile yaptığı çalışmada duygusal istismar %18 (15); İzmir'de istismar olguları ile yapılan bir çalışmada %85 (16); Sofuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında psikolojik olumsuz çocukluk çağı deneyimleri %70,5 (2); BECAN projesi kapsamında Hırvatistan'da yapılan çalışmada psikolojik saldırı 11, 13 ve 16 yaş için sırasıyla %56,7, %77,7 ve %83,4; psikolojik istismar ise %22, %25,8 ve %34,1; saptanmıştır (13). Literatürde çok farklı sıklıklar olması çalışmaların yöntemleri ve katılımcıların özelliklerinin farklı olmasına bağlı olabilir. Ayrıca "duygusal istismar" olarak sorgulanan davranışlar çalışmadan çalışmaya değişmektedir. Çalışmamızda saptanan duygusal istismar sıklığı %45,4'tür. Sorgulanan duygusal istismar türleri "aşağılanmak, öldürmekle tehdit edilmek" gibi ağır formlar olduğu halde bulunan duygusal istismar sıklığının yüksek olmasının nedeni çocuk istismarı ve ihmali konusunda belirli düzeyde eğitim almış gençlik kolu öğrencilerinin konu ile ilgili farkındalığının artmış olması olabilir. Ancak başka bir bakış açısı ile gençlik kolunda çalışmak için gönüllü olan öğrencilerin çocukluk dönemlerinde istismara ve ihmale maruz kaldıkları için konuya ilgi duyup bu

konuda eğitim almak istemiş olabilecekleri de akılda tutulmalıdır. Bu nedenle burada saptanan sıklığın benzer özelliklere sahip ancak bu alanda özel bir eğitim almak için gönüllü olmamış başka gençlerle de çalışılarak oranların karşılaştırılması yararlı olabilir.

Zoroğlu ve arkadaşlarının (17) 2001 yılında 839 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmada cinsel istismar sıklığı % 10,7; İstanbul'da toplam 26 lisede 1955 kız öğrenci ile yapılan bir çalışmada (18) ise cinsel istismar sıklığı % 13,4 olarak belirtilmiştir. BECAN projesinde Hırvatistan'da cinsel istismar 11, 13 ve 16 yaş için sırasıyla % 4,8, % 10,9 ve % 16,4; Bükreş'te ebeveynlerin belirttiği cinsel istismar sıklığı % 2,7 iken, çocukların belirttiği % 5,1'dir (13). Bükreş'teki çalışmada ebeveynlerin belirttiği sıklık ile çocukların belirttiği sıklıkların birbirinden farklı olmasının nedeni ise istismarcının aileden biri ya da tanıdık olması sebebiyle konunun gizlenmek istenmesi olabilir.

Bizim çalışmamızda cinsel istismar sıklığı % 21,4 olarak bulunmuştur. İstismar türleri içerisinde cinsel istismarın diğer istismar türlerine göre daha düşük çıkmasının nedeni cinsel istismarın zor kabul edilen ve pek fazla dile getirilmek istenmeyen bir konu olması olabilir. Literatürün aksine çalışmamızda sıklığın yüksek saptanması ise konu ile ilgili eğitim almış olan gençlik kolu öğrencilerinin yaşadıklarını saklamasına gerek olmadığını bilmesi olabilir. Ayrıca gençlik kolunda gönüllü olarak yer alan öğrencilerin çocukluk dönemlerinde istismar ile ilgili kötü deneyimlerinin olması sebebiyle konuya ilgilerinin olabileceği düşüncesi de unutulmamalıdır.

Çalışmamızda en sık fiziksel istismara uğrama biçimleri % 78,2 ile darp edilme/yumruklanmadır. Lee ve ark. ve Dunne ve ark. çalışmalarında da fiziksel istismara uğradığını ifade edenler en çok darp edilme/yumruklanma ve sopa, kemer ile vurulması şeklinde istismara maruz kaldığını belirtmiştir (4,6). Altıparmak ve arkadaşlarının çalışmasında en sık uygulanan fiziksel istismar biçimi, sırasıyla çocuğun poposuna eli ile vurma, eline vurma, başına ve yüzüne tokat atma; dünyada Aile İçi Şiddet Çalışması'nda (WorldSAFE) Mısır hariç, diğer ülkelerde en yaygın fiziksel istismarın çocuğun poposuna vurma, Mısır'da ise çocuğu sarsma, başına ya da yüzüne tokat atma olarak bulunmuştur.

Çalışmamızdaki fiziksel istismar sıklığının literatürdeki kadar yüksek olmamasının nedeninin ICAST-R anketinde popoya, ele ya da başa tokat atmanın sorulmaması olduğu düşünülmüştür (11,12).

Fiziksel istismar olgularında Koç ve arkadaşlarının çalışmasında istismarcı fiziksel ve duygusal istismarda % 66,7 baba, cinsel istismarda % 59,1 yabancı birisi, % 15,9 akraba (19); Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında % 39,2 babadır (20). Çalışmamızda darp edilme /yumruklanma ve aşağılanmada istismarcı en sık olarak baba, cinsel bölgelerine dokunulmasında ise kendisinden 5 yaş ya da daha büyük amca, kuzen gibi akrabalar olarak saptanmıştır. Dunne ve arkadaşlarının çalışmasına göre istismarcı fiziksel istismarda en sık baba ve ikinci sıklıkta anne, duygusal istismarda en sık baba ve ikinci sıklıkta anne, cinsel istismarda ise yaşlı yabancı erkektir. Lee ve Kim'in çalışmasında ise fiziksel ve duygusal istismarda en sık okuldaki bir erkek, ikinci sıklıkta baba, cinsel istismarda yabancı biridir (4,6) Bu fark toplumsal farklılıklar ve değişik değer yargıları ile açıklanabilir.

Literatürde yapılan çalışmalar istismar ile ilgili risk faktörü olabilecek pek çok durum olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızda bakılan sosyodemografik etmenlerden hiçbirinin istismar riskini anlamlı olarak yükseltmediği, yalnızca ailenin gelir düzeyi orta olanlarda cinsel istismara uğrama sıklığı % 17,4 iken, gelir düzeyi yüksek olanlarda % 50 olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir. Cinsel istismar için diğer istismar türlerinden farklı olarak sosyokültürel durum düşüklüğünün bir risk etmeni olmadığı, cinsel istismarın her sosyokültürel düzeyde görülebildiği bilinen bir gerçektir (21). Diğer etmenler arasında da anlamlı bir fark çıkmamasının nedeni çalışmada sorgulanan öğrenci sayısının yeterince büyük olmaması olabilir. Bu çalışmanın amacı özel bir grupta çocukluk dönemi istismar sıklığını saptamak olduğu için o gruptaki öğrenci sayısı ile kısıtlı kalmıştır. Türkiye'yi temsil eden bir örneklem ile yapılacak çalışmalarda bu konuda daha anlamlı sonuçlar almak olanaklı olacaktır.

İletişim: Dr. Esra Meltem Koç

E-posta: meltemnuzumlali@yahoo.com

Kaynaklar

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB ve Lozano R (Ed). World Report on Violence and Health, World Health Organization, 2003, Geneva
2. Sofuoğlu Z ve ark. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması Türk Ped Arş 2014;49:47-56
3. ISPCAN (Uluslararası Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği) Accessed August 4, 2014 at <http://www.ispcan.org/?page=ICAST> 4-Dunne MP, Zolotor A, Runyan DK, Andrevia-Miller I, Choo WY, Dunne SK, Youssef R. ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. Child Abuse & Neglect, 2009;33:815-825
5. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004;3(4):76-80
6. Lee Y, Kim S. Childhood maltreatment in South Korea: Retrospective study Child Abuse and Neglect, 2011;35:1037-1044
7. Koç EM.() Bir tıp fakültesinde dönem bir öğrencilerinin çocukluk dönemlerinde fiziksel, cinsel ve duygusal şiddete uğrama sıklıklarının saptanması Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi-Ankara 2012
8. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu 2010 Accessed July 31, 2014, at <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/o/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>9- Bilir Ş, Arı M, Dönmez N, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında
- 16.100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk İstismarı ve İhmal, Ankara: İlo, 1991;45-54.
10. İnanç BB, Çifçi S, Değer V. Mardin ili ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel şiddete maruziyetleri ve yaklaşımları Türk Ped Arş 2013;221;34 DOI:10.4274/tpa.508
11. World report on violence and health:summary WHO Press, Geneva,2002; Chapter 3: Child Abuse and Neglect By Parents and Other Caregivers
12. Altıparmak S, Yıldırım G , Yardımcı F, Ergin D. Annelerden alınan bilgilerle çocuk istismarı ve etkileyen etkenler Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14:354-361
13. Nikolaidis G, Raleva M, Ajdukovic M, Aydın F, Antal I. Researching CAN in Real Life Settings: the BECAN Project, Results and conclusions. 19. ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect Congress Book 2012;174-175
14. Tonmyra L, Draca J. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. Child Abuse & Neglect 2011;35:767-782
15. Oral R, Can D, Kaplan S. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases Child Abuse & Neglect 2001;25:279-290
- 16.Kocaer Ü.(Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2011
17. Zoroğlu SS, Tüzün Ü.Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2(2):69-78.
18. Alikasifoğlu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İlter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Neglect 2006; 30:247-55.
19. Koç F, Aksit S, Aydın C. Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi Türk Pediatri Arşivi 2012;47:119-2471
20. Şahin F, Çepik A, Demirel B, Akar T, Duyan A, İşeri E, Demiroğulları B, Paslı F, Beyazova U, Oral R. Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. The Turkish Journal of Pediatrics 2009;51:336-343.
21. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:82-86

Perihan Elif Ekmekçi*

Geliş/Received: 25.06.2015
Kabul/Accepted: 15.07.2015

Öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de bulunan Roman topluluklarının dünyaya, yaşama ve insana ilişkin öznel değerleri ile örülmüş paradigmaları içinde sağlık kavramının nasıl yer aldığı belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: İstanbul, Manisa, Artvin, Diyarbakır, Hatay ve Gaziantep illerinde yürütülen niteliksel saha araştırmasında, interaktif niteliksel araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırma yöntemi olarak, gözlem, yarı yapılandırılmış görüşme ve odak grup çalışması belirlenmiştir. Araştırmanın finansmanı TÜBİTAK hızlı destek fonundan karşılanmıştır.

Bulgular: Romanların sağlık algısına ilişkin bulgularda öne çıkan ana tema; bireysel sağlık algısının toplumsal ve komünal bir iyilik hali olarak içselleştirilmesidir. “Hastalık” kavramını ise “yatağa düşmek, elden ayaktan kesilmek” olarak algılamakta ve “hasta” olanı günlük olağan faaliyetleri yapamayan, eksilmiş kişi olarak konumlandırmaktadır. Romanlar sağlıklarını olumsuz etkileyen temel unsurlar arasında; sağlığın sosyal belirleyicilerinin yetersizliği, içinde buldukları maddi sıkıntıların getirdiği olumsuzluklar, aile içi huzursuzluklar ve geçimsizlikler, başvuru sağlık kurumlarında izlenmesi gereken prosedürleri bilmemek ve uygun olmayan çalışma koşullarını görmektedir.

Sonuç: Yapılan saha araştırması, Romanlar özelinde Türkiye’de yapılmış çok az araştırmadan biri olmuştur ve metninde değinildiği gibi Roman yaşam paradigmasına dair pek çok niteliksel veri sağlamıştır. Ayrıca, Romanların güncel öncelikli, önemli ve acil sorunları hakkında da bazı çıkarımlar yapılmasına imkân sağlayacak bilgiler elde edilmiştir. Kuşkusuz, durum tespiti yapılmasını sağlayan bu betimleyici çalışmanın çok yönlü verileri sadece akademik bilgi birikimine katkı sağlamakla kalmamalı, Romanların pratik yaşamlarında yansımalarını bulabilecek uygulamalara da öncülük yapmalıdır.

Anahtar Sözcükler: İnsan hakları, İncinebilir gruplar, Romanlar, Sağlık hakkı, Adalet

Abstract

Objective: The first aim of this survey is to reveal the conceptualization of health in the unique paradigm of Roma people towards world, life and human beings which is constructed by their value system.

Material and method: The methodology is interactive qualitative research method. The survey is conducted in İstanbul, Manisa, Artvin, Diyarbakır, Hatay and Gaziantep provinces. Inspection, semi-structured interviews and focus groups are performed. The filed survey is funded by TUBITAK rapid fund.

Results: The main finding regarding the conceptualization of health among Roma people is that health is a communal wellness rather than an individualistic state. Disease is comprehended as being useless for the society and the diseased person is regarded as disabled who is not able to fulfill daily routine. Roma people see the lack of social determinants of health, low economic status, in-house conflicts, unawareness of the procedures in the health service institutions and inadequate working conditions as the main elements with negative impact to their health.

Conclusion: This field survey is one of the very few filed surveys conveyed on Roma people in Turkey and it revealed many qualitative data regarding their paradigm. Furthermore data on actual, important and emerging health problems of Roma people is gathered. The descriptive multi-dimensional data out of this survey should not only contribute to academic knowledge accumulation but should also lead to implementations with concrete results in daily lives of Roma people.

Key words: Human rights, Vulnerable groups, Roma people, Right to health, Justice

*Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dairesi Başkanı, Ankara

Giriş

"Roman" olarak adlandırılan topluluklar, yaşam şekilleri, sosyoekonomik durumları, toplumda kendileri dışında kalan hâkim kültüre göre konumlanışları açısından benzerlik göstermektedirler. Diğer taraftan, Roman adı altında Rom, Dom, Lom ve Abdal topluluklarının dilleri, inançları, geleneksel meslekleri arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Literatürde, söz konusu farklılıkların, görünenden daha derin olduğu ve aslında adı geçen alt grupların birbirleri ile aynı kökenden gelmediklerine dair bazı iddialar bulunmaktadır (1,2). Öte yandan bazı araştırmacılar; Rom, Dom, Lom ve Abdal grupları arasında görülen farklılıkların sadece değişik yüzyıllarda göçe başlamaları ve değişik coğrafyalarda yaşamalarından kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Bu sava göre, gruplar arasında izlenen başkalklar, grupların yaşadıkları ve göç ettikleri coğrafyalarda karşılaştıkları kültürlerle etkileşimlerinden dolayı ortaya çıkmıştır (3).

Romanlar, Avrupa'daki en büyük nüfusa sahip etnik azınlıktır. Literatürde Romanların yaşadıkları ülkelerden bağımsız olarak çoğunlukla sosyal dışlanma ve düşük sosyoekonomik seviye ile karşı karşıya olduğu yer almaktadır. Barınma, eğitim, istihdam ve diğer ihtiyaçlara erişimdeki yetersizliğin yanı sıra, Romanlar, sağlık hizmetlerine erişimde engellerle karşılaşmakta; sosyal içermede eksiklik ve kimi zaman ayrımcılık sebebiyle bu hizmetleri yetersiz oranda kullanabilmektedirler (4).

Romanlar "ötekiler" olarak tanımladıkları toplumun geneline kapalı bir yaşam tarzı benimsemektedirler. Bu nedenle Romanların, dünyaya, yaşama ve insana ilişkin öznel değerleri ile örülmüş paradigmaları içinde sağlık kavramının nasıl yer aldığına anlaşılması, bu grubun sağlık hakkının insan hakları temelinde tartışılabilmesi için ilk ve en önemli adımdır.

Bu araştırmanın ilk amacı, Türkiye'de bulunan Roman topluluklarının söz konusu paradigmanın tüm boyutları ile anlaşılmasına çalışılmasıdır. Başka bir ifade ile sağlığı, hastalığı, hastaneyi, hekimi ve benzeri daha pek çok kavramı "onların" perspektifi ile görmeye çalışmak hedeflenmiştir.

Çalışmanın diğer bir amacı, sağlık hakkının yaşama geçebilmesi, sağlıklı olunabilmesi ve sağlıklı kalınabilmesi için gereken sağlığın sosyal belirleyicilerinin Romanların hayatlarında ne kadar yer aldığına tespit edilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, doküman analizi, gözlem, görüşme ve odak grup çalışmalarını içeren niteliksel araştırmadır (5). Araştırmayla ilgili gerekli etik izinler alınmıştır. Gözlem; katılımcıların perspektifleri ve değerleri hakkında diğer yöntemlerle elde edilmesi güç çıkarımlara erişime imkân sağlamıştır. Gözlem sırasında görsel ve işitsel kayıtların yapılması, gerektiğinde verilerin dolaylı olarak, başka bir deyişle gözlemci etkisinden yalıtılmış olarak araştırmaya aktarılmasını temin etmektedir. Bu amaçla, saha araştırmasının sürdürüldüğü alandaki sosyal ve bireysel hassasiyetler göz önünde bulundurularak ve onamlar alınarak bazı görsel ve işitsel kayıtlar yapılmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşmeler, Abdal grubu için Gaziantep, Dom grubu için Hatay, Lom grubu için Artvin ve Rom grupları için ise İstanbul ve Manisa illerinde gerçekleştirilmiştir (Şekil 1). Ziyaret öncesinde bölgenin kanaat önderi ile görüşülerek, araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Her bir ziyaret için örneklem, yerel topluluğun öznel niteliklerine bağlı olarak sayı ve nitelik açısından farklılık içermektedir. Görüşme formu, araştırmanın genel çerçevesi ile uyumlu olarak, sağlık, hastalık ve sağlığın sosyal belirleyicileri kavramlarının nasıl algılandığına yönelik olarak kurgulanmıştır.

Ayrıca,

- Sosyoekonomik durum ve sağlıklı olma durumu arasında kurulan kavramsal neden sonuç ilişkisi,
- Sağlığı olumsuz etkileyen unsurlar,
- Sağlık okuryazarlığı
- Sağlığın temel hak olarak kabul edilmesi
- Çocuk sağlığındaki temel sorunlara yönelik algıları araştırılmıştır.

Hayatın başlangıcına ve sonuna dair etik sorunların nasıl kavramsallaştırıldığı organ bağışı ve küretaj başlıkları altında sorgulanmıştır.

Odak grup çalışması; Saha araştırması sürecinde, odak grup çalışmaları, görüşme ve gözlem yöntemine tamamlayıcı olarak kullanılmıştır. Odak grup çalışmasında katılımcılara toplantı sırasında karşılıklı etkileşim ve çağrışımlarla farklı ana temaları gündeme getirme ve bu ana temaları serbestçe tartışma imkânı sağlanmıştır. Bu tartışmalar,

katılımcıların günlük yaşamlarının doğal bir parçası olan ve araştırma amacı açısından önem taşıyan "gömülü verilerin" ortaya çıkması sağlanmıştır (6).

Araştırma bağlamında İstanbul Dolapdere'de dokuz Rom ile birebir görüşme ve bir odak grup çalışması yapılmıştır. Hatay ilinde on Dom katılımcı ile birebir görüşme ve iki odak grup çalışması gerçekleştirilmiştir. Manisa Akhisar'da on Rom katılımcı ile görüşülmüş ve Akhisar ilçesinde iki, Kırkağaç ilçesinde bir ve Selendi ilçesinde bir olmak üzere toplam dört odak grup çalışması yapılmıştır. Gaziantep'te dokuz Abdal katılımcı ile görüşme yapılmış ve iki odak grup çalışması tamamlanmıştır. Artvin ili Hopa ilçesinde sekiz, Arhavi ilçesinde iki Lom katılımcı ile görüşülmüştür. Ayrıca, Hopa, Arhavi ve Adakale ilçelerinde odak grup çalışmaları yapılmıştır. Diyarbakır'da Dom katılımcılar ile iki odak grup çalışması gerçekleştirilmiştir. Tüm araştırma alanlarında gözlem yapılmış ve mümkün olduğunca, Romanlarla sohbet edilerek araştırma verileri çeşitlendirilmiştir (Tablo 1).

Örneklemin belirlenmesinde amaçlı kartopu örneklem ve kolay ulaşılabilir durum örnekleme yöntemleri sahanın özelliklerine bağlı olarak kullanılmıştır. Saha araştırması öncesinde kanaat önderleri ile sağlanan iletişim sayesinde kartopu örneklem yöntemi kullanılabilmiştir (7). Ancak, erişimin sağlanmasında güçlükler yaşandığı az sayıdaki durumda, kolay ulaşılabilir durum örneklemesine başvurma zorunluluğu ile de karşı karşıya kalındığı olmuştur. Örneğin, Hatay bölgesinde kolay ulaşılabilir durum örnekleme yönteminin kullanılması, güvenlik açısından gerekli olmuştur. Gerek bölgede yaşayan Dom grupların kültürel niteliği, gerekse bölgenin içinde bulunduğu dönemin özelliği araştırmanın sürdürülebilmesi için yöntem değişikliğinin yapılması konusunda esneklik sağlanmasını mecburi hale getirmiştir. Böylece hem görüşmeyi yapabilmek için koşulların dayattığı bir durumun gerekliklerine uyum sağlanmış, hem de daha zengin betimsel ve derinlemesine bilgiye ulaşabilmek için gerekli esneklik sağlanabilmiştir.

Bulgular

Sağlık ve hastalık kavramlarına yönelik bulgular; Romanların sağlık algısına ilişkin bulgularda öne çıkan ana tema; bireysel sağlık algısının toplumsal ve komünal bir iyilik hali olarak içselleştirilmesidir. Sağlık algısına yönelik sorular açıkça kendi sağlıklarına yönelik olduğu halde, katılımcılar genellikle, aile ve yakın çevrelerine atıf yaparak yanıt vermişlerdir. Bu durum Romanların genellikle, sağlığı "bireysel iyilik hali" olarak değil de "toplumsal ve komünal bir iyilik hali" olarak algılandığını göstermektedir. Görüşme formunun bireyin kendisine yönelik diğer sorularına verilen yanıtlar da bireyselliğin yerine toplumsallık algısının daha ön planda olduğunu göstermektedir. Sağlıklı olma halinin bireysel sağlıklı olma hali yerine toplumsal iyilik hali olarak algılanması durumu, Rom, Dom, Lom ve Abdal grupların tamamında karşımıza çıkan bir olgudur.

Sağlık algısı ile ilgili ortaya çıkan bir diğer tema, sosyoekonomik durum ve sağlıklı olma durumu arasında kurulan kavramsal neden sonuç ilişkisidir. Katılımcılar, maddi durumlarının iyi olmamasının sağlık durumlarına doğrudan etki yaptığını düşünmektedirler. Düzenli ve sürekli gelir eksikliği en fazla Manisa'da yaşayan Rom topluluk katılımcıları tarafından dile getirilmiş olsa da, Hatay Dom, Artvin Lom, İstanbul Rom ve Gaziantep Abdal



Şekil 1. Saha araştırmaları kapsamında bulunan iller

Tablo 1. Saha Araştırmasının yapıldığı illere göre Roman alt grubu ve gerçekleştirilen görüşme ve odak grup çalışması sayısı

İl Adı	Roman Alt Grubu	Derinlemesine Görüşme Yapılan Kişi Sayısı	Odak Grup Sayısı
İstanbul	Rom	9	1
Hatay	Dom	10	2
Manisa	Rom	10	4
Artvin	Lom	10	3
Gaziantep	Abdal	9	2
Diyarbakır	Dom	-	2

topluluklarından katılımcılar da benzer ifadelerde bulunmuşlardır.

Bu durum, Romanların istihdama yönelik bir talepleri olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Ancak, Romanların düzenli ve sürekli gelir ve maddi güvence ile istihdam olanakları talebi arasında doğrudan ve mutlak geçerli bir bağlantı görmediklerinin altını çizmek gerekir. Anlatılardan yapılan çıkarımlar, katılımcıların sürekli ve düzenli gelir eksikliği kavramından bahsederken her zaman sürdürebilir istihdam olanaklarının azlığı ya da yokluğuna atıf yapmadıklarını, Kaymakamlıklar, Belediyeler ya da sivil toplum kuruluşları tarafından yapılan aynı ve maddi yardımların devamlılığını ve düzenliliğini de bu bağlamda dile getirdiklerini ortaya koymuştur.

Romanlar "hastalık" kavramını "yatağa düşmek, elden ayaktan kesilmek" olarak algılamakta ve "hasta" olanın günlük olağan faaliyetleri yapamayan, eksilmiş kişi olarak konumlandırmaktadır. Bu algı, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine yönelik talebi kısıtlayıcı bir sonuç doğurabilmektedir. Hasta olma durumuna Roman toplumu içinde yüklenen olumsuz anlamlar, bu durumunun ortaya çıkmasından kaçınmaya, bu da sağlık kuruluşlarına başvurmanın mümkün olduğunca azalmasına/ ertelenmesine yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim konusunda var olan engeller de göz önünde bulundurulduğunda, Romanların sağlık verilerinin, onlardan olmayan hâkim kültürün sağlık verilerine kıyasla daha olumsuz olması beklenen bir sonuçtur.

Sağlığı olumsuz etkileyen unsurlara yönelik algılar; Romanlar sağlıklarını olumsuz etkileyen temel unsurlar arasında; sağlığın sosyal belirleyicilerinin yetersizliği, içinde buldukları maddi sıkıntıların getirdiği olumsuzluklar, aile içi huzursuzluklar ve geçimsizlikler, başvuru sağlık kurumlarında izlenmesi gereken prosedürleri bilmemek ve uygun olmayan çalışma koşullarını görmektedir. Maddi sıkıntıların aile içi huzursuzluklara yol açması, tartışmalara ve şiddet olaylarına neden olması, aile bireylerinin madde bağımlılığına, hırsızlık gibi suçlara yönelmesine teşvik etmesi, pek çok katılımcı tarafından dile getirilmiştir. Suç ve şiddet içeren davranışlar, adli süreçlere yol açmakta ve bu süreçler çoğu zaman cezaevinde son bulmaktadır. Katılımcılar bu anlatılar ile yoksulluk zincirini besleyen ve her aşamada yeniden üreterek derinleştiren unsurları açıkça tanımlamışlardır.

Uygun olmayan çalışma koşulları, katılımcıların sağlıklarını olumsuz etkileyen unsurlar arasında saydıkları bir diğer ana tema çalışma koşullarıdır. İstanbul'dan bir katılımcı "*Ben her gün gücüm yettiği kadar dolaşıp çöp topluyorum. Hep çöpün içindeyim. Akşam eve geldiğimde ellerimi çamaşır suyunda bekletiyorum. Ama kara, pis, is çıkmıyor. Bak kapkara...(ellerini uzatıyor) böyle yaşayan birinin elinden ne sağlıklı çıkar ki?*" ifadesini kullanmıştır. Bu ifadenin satır aralarında, çöp toplamak ve yerel yönetimlerin sağladığı aynı ve maddi katkı dışında hiçbir gelir olanağı bulunmayan bir Romanın, hayatta kalabilmek için geliştirebildiği tek yöntemin, o günü kurtaracak parayı sağlmasına karşın yavaş yavaş kendisinin sağlığını imha ettiğine dair bir algı bulunmaktadır.

Sağlığı olumsuz etkileyen unsurlar arasında sayılan bir diğer ana tema, "sağlık okur-yazarlığının eksikliğidir". Romanların sağlık hizmetlerine ne zaman, nasıl, nerede başvurmaları gerektiğini bilmedikleri bu nedenle sağlık durumlarının olumsuz etkilendiği bazı katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Hatay Dom topluluğundan bir katılımcı bu durumu şöyle ifade etmiştir; "*En büyük sorun hastanede prosedürleri bilmemek. O yüzden hep bir tereddütteyiz.*" Şüphesiz okur-yazar olmamak diğer kamu hizmetleri gibi sağlık hizmetlerine erişimde de yöntemlerin neler olduğunu bilmemeye ve bu da arz edilmiş sağlık hizmetlerini kullanamamaya böylece sağlık durumunun olumsuz etkilenmesine yol açan önemli bir unsurdur ve Romanlar görüşmelerde bunu ortaya koymuşlardır.

Sağlık sorunlarına çözüm arama tutumları; Romanların hastalık durumunda sağlık hizmeti talep etmekten alıkoyan üç temel neden tespit edilmiştir. Birinci neden özellikle Abdal ve Dom topluluklardaki "hasta olma" kavramının olumsuzluğunu üstlenmekten kaçınmaktır. Kendini hasta hisseden birey, toplumu tarafından etiketlenmemek için elinden geldiğince "dayanmaya" çalışmakta ve sorunun kendi kendisine yok olmasını beklemektedir. İkinci neden, "*gacoları karşı güvensizlik*" hissidir. Kendinden olmayana karşı güvensizlik, anlatıların satır aralarında yer almaktadır, ancak açıkça dile getirilmekten genellikle kaçınılmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan bir diğer neden ise, ekonomik engellerdir. Romalar sağlık kurumuna erişim için gereken ulaşım masraflarından başlayan ve eczanede ödenen katkı payına kadar uzanan ödemeleri yapmakta güçlük yaşamaktadır. Bu nedenle katılımcılar özellikle kronik hastalıklarda belirli zaman aralıkları ile hastaneye

gidilmesi gerektiğinde, bu masraf kapısının caydırıcı olduğunu söylemektedirler.

Çocukların sağlık durumlarına ilişkin bulgular; Romanların çocuklarının sık karşılaştıkları sağlık sorunları arasında; ateşli hastalık sekelleri, gelişme geriliği, hepatit B, böbrek hastalıkları gibi kronik hastalıklar, besin zehirlenmesi ve hepatit A gibi akut gelişen çevreye bağlı sorunlar ve psikolojik problemler yer almaktadır. Bu hastalıkların araştırma yapılan sahalara göre belirgin bir yoğunlaşma/toplanma gösterdikleri tespit edilmemiştir.

Katılımcılar çocuklarının sağlık durumlarının mesken koşullarının uygunsuzluğu, eğitim, istihdam ve sosyal imkânlarının kısıtlılığı, sosyal çevrenin olumsuzluğu, çevre kirliliği, yetersiz beslenme, ayrımcılığa uğrama, ailelerin umursamazlığı ve önemsemezliği gibi olumsuzluklardan etkilendiğini dile getirmişlerdir.

Gaziantep Abdal mahallesinden bir katılımcı, bu konudaki kapsamlı gözlemlerini şöyle dile getirmiştir; *"Ortam çevre, evler hiç sağlıklı değil. Sağlık açısından güzel giyim kuşam, banyo, temizlik, bakım hiç bir şey yok. Çok güzel çocuklar var, saçlar berbat, ayaklar çıplak. Anne küçük çocuğu bırakıp işe gidiyor. Çocuklar sokakta. Kendi başına, küçükleri 6 yaşındakilere emanet edip gidiyorlar. Bu çocukların sokaklarda değil anaokullarında, kreşlerde olmaları lazım. Bazen oturup düşünüyorum, bu çocukların da hakları var. Niye bu çocukların arasında bir okuyan çocuk yok? Niye temizlikten anlayan bilen bir insan yok burada? Yoksulluktan mı yoksa? Neden burada çok bilinçsiz bir yaşantı var? Çocukları alıp götürseler kimsenin haberi olmaz. Çoğu çocuk anne baba (işe) gittiği için küçüklere bakmak için okullarından kalıyor. O çocuklar bu hayatı hak etmek için ne yaptılar ki? Bu insanlara bakınca ben yaşamak o kadar mı kötü diye düşünüyorum."*

Şüphesiz bu anlatı, yoksulluk zincirinin kapsamlı bir tanımlaması olarak ele alınabilir. Yoksulluk, eğitimsizlik, işsizlik her yeni kuşakta kendini yeniden üretmekte ve şiddet, madde bağımlılığı, kronik ve bulaşıcı hastalıklar gibi bu durumun doğal sonucu olan unsurlar, mevcut kötü durumu derinleştirip sabitlemektedir. Bu karşılıklı geri besleme, ancak sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik bütüncül bir algının geliştirilmesi ile anlaşılabilir. Son alıntının sahibi olan katılımcı, söz konusu algıyı kendi kelimeleri ile çarpıcı bir şekilde ifade etmiştir.

Madde bağımlılığı ve sağlık ilişkisine yönelik algı; Romanlar kötü alışkanlıkların yaygınlaşması ve sağlık durumu arasında doğrudan ilişki kurmakta ve günlük yaşamın sağlığa olan olumsuz etkileri arasında madde bağımlılığına ilk sıralarda yer vermektedir. Manisa Akhisar'da yaşayan Rom bir katılımcı bu algıyı şu şekilde ifade etmiştir; *"Kötü alışkanlıklar uyandırıcı çok yaygın, çevremizde çok. Kızlarda sigara var, erkeklerde uyandırıcı. Son yıllarda çok arttı. Daha evvelden biz Romanların kendine has işleri vardı. Demircilik, sepetçilik vs. ama bizlerde ve çocuklarımızda bu meslekler bitti ve işsizlik çok arttı. Ben ve çocuklarım geleneksel meslekler yapamadık torunlarımız bunları bilmiyor bile. İşsizlik, boşluk böyle uyandırıcıya itiyor çocukları"*

Sağlığın temel hak olarak algılanmasına yönelik bulgular; Romanlar sağlığı bir hak olarak tanımlamakta ancak, sağlık hakkını kullanmak kavramını çoğunlukla, sağlık sigortası sahibi olmakla eş anlamlı değerlendirmektedir. Bu algı, sağlık hakkını, sağlık hizmetlerine erişim hakkına indirgeyen bir yaklaşım içermektedir. Daha önceki soruların yanıtlarında gözlemlenen sağlığa sosyal belirleyicileri içerecek şekilde geniş perspektiften yaklaşım, sağlık kavramının hak kavramı ile ilişkilendirilmesi aşamasında kurulamamıştır. Katılımcıların hiç biri, sağlık hakkını kullanmak konusunda sağlığın sosyal belirleyicilerine atıf yapmamıştır.

Organ bağışısı kavramına yönelik bulgular; Organ bağışısında bulunmak, yaşarken ya da öldükten sonra yapılabilir. Yaşarken organ bağışlamak, özgeci –"altruistic" - bir eylem olarak değerlendirilebilir. Romanların, toplumsal faydaya verdikleri öncelik ve önem, sorunun hazırlanması ve yöneltilmesi sürecinde araştırmacıda, organ bağışısı konusunda katılımcıların olabildiğince fedakâr davranabilecekleri, diğerinin iyilik haline erişmesi ya da bunu sürdürmesi için bağışısı sıcak bakabilecekleri hususunda bir beklenti yaratmıştır. Ancak, alınan sonuçlar bu beklentiyi karşılamamıştır. Katılımcılar, yaşarken organ bağışlamak konusuna oldukça mesafeli yaklaşarak, en yakınlarına bile bağışta bulunmak ile ilgili tereddüt yaşamışlardır. Görüşmeler ilerledikçe, bu tereddüdün dayandığı ana temanın toplumsal faydayı öncelemek olduğu ve toplumsal fayda gereği *"sağlıklı olanların topluma destek olmak için bu durumlarını, hasta olan lehine bozmamaları"* yaklaşımına dayandığı anlaşılmıştır.

Küretaj kavramına yönelik bulgular; Katılımcılar, kürtajın bir cana kıymak nedeniyle *"iyi bir şey olmadığı"* fikrinde çoğu zaman uzlaşmışlardır. Buna karşın, *"mecbur kalındığı durumlarda yapılabileceği ve bu mecburiyetler nedeniyle, yaptırının aslında kendi iradesi dışında, zorunlu olarak bu eylemi gerçekleştirdiği"* sık dile getirilen bir düşünce dizgesi olmuştur. Katılımcılar tarafından, bağlamsallık ana temasına, kürtaj konusunda oldukça önemli bir vurgu yapılmıştır. Manisa'dan Rom bir katılımcı; *"Kürtaj kötü bir şey, kızarım niye önlem almadın diye ama bebeğe bakacak gücün yoksa aldır ayıplamam"*, İstanbul Dolapdere'den bir Rom katılımcı; *"Hayır ben kürtaj istemem. 'Onu da dünyaya getirseydi yazık' derim ama haklı olanlar da oluyor. Ne yapsın niye bu sefalete getirsin onu aynı çileyi niye çektirsin."*, yine aynı mahalleden bir diğer katılımcı; *"Hepimiz yaptırдық. Mutlaka bir sorunu vardır ki aldırıyordur. Büyük yanlış ama yapılıyor."* sözleri ile bu algılarını dile getirmektedirler. Gaziantep'te yaşayan Abdal bir katılımcı ise Romanların bu konudaki görüşünü şu sözlerle özetlemiştir; *"Kürtaj mecbur kalınmadıkça olmamalı. İstemedem (hamile) olanlar zorla olanlar şu an çok. O zaman kürtaj olabilir bence. Tecavüzde olur, babasız bebekse olur. Ben yaptırısam haberleri bile olmaz. Ben yaptırını durumuna bağlı değerlendiririm."* Bağlamsallık ana temasının içerdiği duygudaşlık ve sosyal içermeye alt temaları, Artvin'de yaşayan bir Lom katılımcının sözlerinde açıkça ortaya çıkmaktadır. *"Kürtaja günahdır diye karşıyım ama zor durumda olan insan yaptırabilir."*

Tartışma

Her ne kadar bu araştırma Rom, Dom, Abdal ve Lom gibi tüm Roman gruplarına yönelik olarak gerçekleştirilmiş olsa da; bulguların Türkiye'de yaşayan tüm Romanlar için geçerli sayılması konusunda temkinli olunmalıdır. Saha araştırmasının sosyal ve kültürel kısıtlılıkları yanısıra görüşme ve odak grup çalışmalarına dâhil olan örneklemin büyüklüğü bulguların genellenmesi için risk oluşturmaktadır. Diğer taraftan araştırma bulgularının Roman kanaat önderleri ve konu ile ilgili çalışan sivil toplum kuruluşları tarafından onaylanması ve literatürde yer alan diğer araştırmaların sonuçları ile uyumlu olması bulguların genellenebilirliği ve geçerliliği konusunda önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle araştırmanın sonuçlarının Türkiye'de yaşayan Roman topluluklarının sağlık ile ilgili paradigmasını yansıttığı söylenebilir.

Örneğin Romanların sağlığı bireysel değil komünal kolektif bir iyilik hali olarak algılamaları ve birey toplumun iyiliği için feda eden yaklaşımları Doğu Avrupa ve Amerika'da yaşayan Romanlara yönelik antropolojik araştırmalarda da tespit edilmiştir (8,9). Her ne kadar Türkiye'de yaşayan Romanlara yönelik saha araştırmaları çok kısıtlı sayıda olsa da; hasta olma durumunu ve hastalık kavramını "yatağa düşmek, elden ayaktan kesilmek" olarak algılamakta ve "hasta" olanın günlük olağan faaliyetleri yapamayan, eksilmiş kişi olarak konumlandırılması da literatürde yer alan sonuçları ile uyumludur (10).

Romanların sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık durumları arasında kurdukları kavramsal bağ araştırma sonuçları arasında oldukça belirgin olarak görülmektedir. Uygun olmayan meskenler, çevre kirliliği, düzenli ve sürekli istihdamın bulunmaması, iş sağlığı ve güvenliğinin eksikliği, eğitimsizlik Romanlar tarafından sağlık durumlarını olumsuz etkileyen sosyal belirleyiciler olarak dile getirilmiştir. Bu bağlamda düşük sosyoekonomik durum ve kötü sağlık durumu arasında doğrudan bir neden sonuç ilişkisi kurdukları söylenebilir. Bu bulgular, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı ile uyumludur (11). Ayrıca araştırma bulguları Romanların paradigmasının Phelan ve Link tarafından geliştirilmiş olan ve düşük sosyo ekonomik durum ile sağlık durumu arasında nedensel bağ olduğunu öne süren "temel nedensel teori" ile desteklendiğini göstermektedir (12,13).

Sağlık hizmetlerini talep etmede öne çıkan engeller arasında saptanan "kendinden olmayana karşı şüphecilik" araştırma bulguları arasında öne çıkan temalar arasında yer almaktadır. Literatürde yer alan Romanların sağlık hizmetlerini talep etme tutumlarına yönelik araştırmalarda benzer temalara rastlanmaktadır (14).

Küretaj ve organ bağışına ilişkin sorulara verilen yanıtların ortaya koyduğu bulgular, Romanların sağlık alanında kolektif bir karar verme sürecini işlettikleri ve toplumun en yüksek faydası için bireyi feda eden bir yaklaşımı benimsediklerini ortaya koymuştur. Söz konusu kavramsallaştırma kültürel normlar ve etnik kimliğin sağlık alanında karar verme süreçlerinde etkin olduğunu göstermektedir (10,15,16).

Sonuç ve Öneriler

Yapılan saha araştırması, Romanlar özelinde Türkiye'de yapılmış çok az araştırmadan biri olmuştur ve metninde değinildiği gibi Roman yaşam

paradigmasına dair pek çok niteliksel veri sağlamıştır. Ayrıca, Romanların güncel öncelikli, önemli ve acil sorunları hakkında da bazı çıkarımlar yapılmasına imkân sağlayacak bilgiler elde edilmiştir. Bunlara ek olarak Romanların bölgesel bazda ve Türkiye genelinde güncel sağlık sorunları, hastalık yükleri ve karşı karşıya oldukları sağlık riskleri açısından veri sağlamıştır. Kuşkusuz, durum tespiti yapılmasını sağlayan bu betimleyici çalışmanın çok yönlü verileri sadece akademik bilgi birikimine katkı sağlamakla kalmamalı, pratik yaşamda yansımalarını bulabilecek uygulamalara da öncülük yapmalıdır.

Ülkemizde etnik kimliğe dayalı veri toplanmaması, Romanların içinde bulunduğu durumun tespiti hakkında önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır. Resmi verilerin yokluğu, araştırma verilerini daha önemli hale getirmektedir (3). Bu nedenle, Romanlara yönelik bölgesel ve genel niteliksel ve niceliksel araştırmaların artması, hem kamusal hem de akademik fayda üretme potansiyeli açısından bir gereklilik olarak görülmektedir.

Ayrıca, Romanların sorunlarına yönelik üretilecek çözümlerin katılımcı, çoğulcu bir yöntemi benimsemesinin önemli olduğunun bir kez daha altını çizmek gereklidir. Hızla küreselleşen dünya, tüm insanlar için değer ve normların aynışmasına yol açmaktadır. Bu aynışmanın beraberinde, farklı olanın "kötü, değersiz ya da yanlış" olduğuna dair bir algıyı taşıdığı unutulmamalıdır. Romanlara yönelik yapılacak çalışmalarda, aynışmanın beraberinde getirdiği çoğulculuğu reddeden ve "niceliksel olarak daha çok olanın" aynı zamanda "iyi ve doğru" olduğu yaklaşımından uzak durulması önemlidir. Aksi takdirde, kavramları çoğunluğun algıladığı gibi algılamayanlar, başka bir deyişle hâkim paradigmanın bilinçli ya da bilinçsiz olarak dışında kalanlar, kendilerini gerçekleştirilmekten uzak bir yaşam sürmekle ya da dışlanma, yoksullaşma, ötelenme ile karşıya kalacaklardır.

Diğer taraftan, Romanlara yönelik, bölgesel bazlı araştırmaların derinleştirilmesi, kanaat önderleri ile akademisyenler, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşlarının bir araya gelmesi ve görüş alışverişinde bulunması gerek çoğulcu ve katılımcı yaklaşımın yerleşmesine gerekse karşılıklı empati yapılarak daha derin bir anlayış geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

İletişim: Perihan Elif Ekmekçi
E-posta: drpelife@gmail.com

Kaynaklar

1. Arus, E (2007). Buçuk. Yönetmen: H. Haluk Arus & Elmas Arus, Türkiye, 2010
2. Kolukırık, S (2008). Türkiye'de Dom, Lom ve Rom gruplarının Görünümü. Hacettepe Üniversitesi, Türkiyat Araştırmaları Dergisi yıl:5 sayı:8, s.:143-153
3. Hajioff, S., Mckee, M (2000). The health of Roma people: a review of published literature. Journal of Epidemiology, Community health.54:864-869.
4. Fundación Secretariado Gitano(2009). Health and the roma community, analysis of the situation in europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain.
5. Patton, M.Q (1980). Qualitative Evaluation Methods.3rd Ed. London: sage Pub. ISBN: 0803913958
6. Maxwell, A.J(2013). Qualitative Research And Desing An Interactive Approach. 1st Ed. London: Sage Pub
7. Yıldırım, A., Şimşek, H (2011). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 8. Baskı Ankara: Seçkin yayınevi
8. Fonseca, İ (2002). Beni Ayakta Gömün.1.Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yay. ISBN: 9789755393421
9. Weyrauch Gypsy law: Romani legal traditions and culture. Berkley and Los Angeles: 2003 Unv.of California Press
10. Kolarcik P, Madarasova Geckova A, Orosova O, van Dijk JP, Reijneveld SA Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender. J Epidemiol Community Health 2010;64:1043-1048
11. Marmot, M. Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review: Strategic Review of Health Inequalities In England 1 st Ed. post-2010. ISBN 9780956487001
12. Link BG, Phelan J. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease Journal of Health and Social Behavior.1995;35:80-94
13. Link BG, Phelan J, Diez-Roux AFundamental Causes" of Social Inequalities in Mortality:A Test of the Theory. Journal of Health and Social Behavior. 2004;45:265-285
14. Sutherland A.Gypsies and Health Care, Cross-cultural Medicine [Special Issue]. West J Med. 1992:157;276-280
15. Masseria C, Mladoksy P, Hernandez-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. European Journal of Public Health. 2009;20:5,549-554
16. Földes EM, Covaci A. Reseach on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges. Int J Public Health. 2012;57:37-39.



14 Yaşında Bir Kızda Akut Batın Tablosu İle Açığa Çıkan Dev Gastrik Trikobezoar Giant Gastric Trichobezoar Found in a 4 Year Old Girl upon Acute Abdominal Pain

Dr. Oktav Bosnalı*

Geliş/Received: 27.02.2015

Kabul/Accepted: 15.04.2015

Öz

Trikobezoarlar tıbbi yayınlarda iyi tanımlanmış olmalarına karşın, klinikte sık olarak görülmezler ve bu nedenle tanı almaları gecikir. Tanı konan trikobezoarlı olgularda ise çeşitli komplikasyonlar gelişmiş ve cerrahi girişim kaçınılmaz duruma gelmiş olabilir. Tanıda klinik kuşku, detaylı klinik öykü ve radyolojik araştırmalar değerlidir. Bu çalışmada, acil servise akut batın tablosuyla başvuran malnütrisyonlu bir kız olguda saptanan dev gastrik trikobezoar, bu seyrek ama cerrahi açıdan önemli hastalığa dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Anahtar sözcükler: Bezoar, Trikobezoar, Trikofaji, Gastrointestinal sistem

Abstract

Though well defined in medical publications, trichobezoars are not frequently observed in clinics and thus their diagnosis may be delayed. In diagnosed cases of trichobezoar, various complications may have developed and surgical intervention may have become inevitable. Clinical suspicion, detailed clinic story and radiological investigations are all important in diagnosis. The present study presents the case of a girl suffering malnutrition applying to the emergency unit upon acute abdominal pain who was found to have giant gastric trichobezoar in order to draw attention to this rarely observed but surgically important disease.

Key words: Bezoar, Trichobezoar, Trichophagy, Gastrointestinal system

*Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hast. Eğitim Araş., Hast., Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş

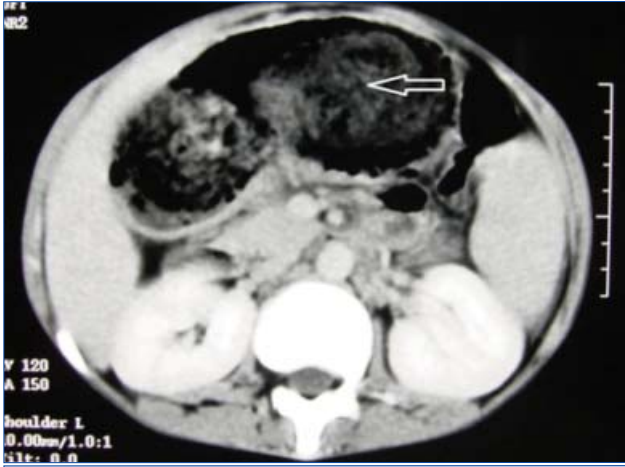
Gastrointestinal sistem bezoarları oldukça iyi tanımlanmış olmalarına karşın, klinik pratikte sık olarak gözlenmezler. Çok farklı materyallerden oluşan bezoarlar arasında saç yeme (trikofaji) sonucu oluşan trikobezoarlar en seyrek görülen formdur. Trikobezoarlar genellikle psikolojik rahatsızlığı olan bireyler ve psikolojik sorunları olan genç kızlarda gözlenir (1-4). Trikobezoar tanısı konmasında klinik kuşku önemlidir. Muayene sırasında alınan detaylı bir tıbbi öykü, yakın zamanda yaşanmış bir psikolojik travmayı ve buna bağlı olarak gelişen değişimleri, özellikle trikofaji alışkanlığını ortaya çıkartabilir. Bu tip yakınmaları olan hastalarda ayakta düz batın grafisi (ADBG) tanıya yol göstermede oldukça yararlıdır. Trikobezoar tanısı konduktan sonra uygulanacak tedavi metodu, trikobezoarın yerleşim yeri, boyutu ve komplikasyonların eşlik edip etmemesine bağlı olarak değişir (2,3). Bu çalışmada akut batın tablosu ile acil servise başvuran malnütrisyonlu bir çocuk hastada, açık cerrahi ile çıkartılmış dev bir gastrik trikobezoar üzerinden bu seyrek ama cerrahi yönden önemli hastalığa dikkat çekmek istedik.



Şekil 1. Ayakta doğrudan batın grafisinde mide şeklini almış kitlesel lezyon ve sol hemitoraksta kostodiyafragmatik açığı kapatan mayi saptandı (Siyah boş yıldız: trikobezoar, Beyaz boş ok: hemitoraksta mayi).

Olgu Sunumu

14 yaşındaki kız olgu, ani gelişen karın ve sırt ağrısı, bulantı ve kusamama yakınmaları ile ailesi tarafından acil servise getirildi. Klinik öyküde, son bir yıldır karın ağrısı yakınması olan olgunun, bu nedenle iki defa mide ülseri ön tanısı ile tedavi gördüğü ve iki yıl önce de olgunun anne ve babasının ayrıldığı öğrenildi. Başvuru sırasında olgu dehidrate ve malnutrisyondaydı. Fizik muayenede, barsak sesleri azalmıştı, palpasyonla tüm epigastrik bölgeyi dolduran ve umbilikus düzeyinin altına kadar inen bir kitle ve hepatomegali saptandı. Tüm batında yaygın hassasiyet ve defans vardı. Hastaya nazogastrik (N/G) sonda takılması planlandı, ancak N/G sonda mideye ilerletilemedi. Laboratuvar sonuçlarına göre lökosit: 13,000 K/uL, hemoglobin (Hb): 5,8 mg/dl, Albümin: 2,3 g/dl, total protein: 5,8 g/dl, Sodyum (Na): 125,8 mg/dl olarak saptandı. Hepatit belirteçlerini de içeren diğer tüm laboratuvar sonuçları normal sınırlar içerisindeydi. Ayakta doğrudan batın grafisinde (ADBG), diafragma altı serbest hava ya da batında hava/sıvı seviyesi saptanmadı. Ancak mide biçimini almış, heterojen ve radyopakmış gibi görünüm veren, kitlesel yapı saptandı (Resim 1). Görüntü alanına girdiği kadarıyla sol hemitoraks içinde, sol kostodiyafragmatik alanı kapatan sıvı koleksiyonu bulunmaktaydı. Tüm batın ultrasonografisi (US), karaciğer parankiminde nodülerite, portal ve splenik venlerde minimal dilatasyon, batın içi minimal sıvı ve mide içerisinde kitle olduğunu rapor etti. Kontrastlı bilgisayarlı batın tomografisi (BBT), mide içerisinde, mideyi tamamen dolduran, heterojen ve içerisinde hava odacıkları olan, trikobezoar ile uyumlu olabilecek bir kitle bulunduğunu rapor etti (Resim 2). Olgu kliniğimize yatırıldı, ağızdan alımı kesilerek total parenteral beslenme başlandı. Gerekli replasmanlar yapılarak klinik durumu istikrarlı duruma getirilen olgu opere edildi. Operasyonda yedi santimetre (cm) genişlikte ve uzun kurvatürden ölçülen boyu 36 cm, yüksekliği 16,5 cm olan, dev bir trikobezoar gastrotomi ile mideden çıkartıldı. Kitlenin kuru ağırlığı yaklaşık olarak 500 gramdı. Kitleninin, mideden, pilor yoluyla incebarsakların içerisine uzanan bir kuyruğu olmadığı ancak içerisinde saç yanısıra, halı ve diğer dokuma parçaları olduğu saptandı (Resim 3). Operasyon sonrası sorunu olmayan olgunun, taburcu edilmesini takiben pediatrik



Şekil 2. Bilgisayarlı batın tomografisinde, mide içerisinde klasik trikobezoar görünümü veren heterojen ve içerisinde hava kabarcıkları olan kitle (Beyaz boş ok: Trikobezoar)

gastroenteroloji ve pediatrik psikolog tarafından değerlendirilmesi ve takip edilmesi sağlandı.

Tartışma

Gastrointestinal sistem içerisinde gözlenen bezoarlar çok çeşitli organik ve inorganik materyallerden kaynaklanabilirler. Bunlar arasında fitobezoarlar; bitki liflerinden, trikobezoarlar; insan saçı, oyuncak bebeklerin saçları ya da doldurulmuş hayvan kıllarından, yenidoğan dönemine özgü olan laktobezoarlar; süt içeriğindeki proteinöz yapılardan, ilaç karışımı bezoları; anti-asit ilaçlardan köken alırlar. Bunların yanısıra sakız, şekerleme, tuvalet kâğıdı, sünger ve plastik materyaller gibi çok çeşitli materyallerden kaynaklanan bezoarlar da olabilir. Bunların içerisinde trikobezoarlar en seyrek olanlarıdır ve genellikle psikolojik olarak rahatsız olan bireylerde ya da psikolojik bir travma yaşamış preadölesan genç kızlarda gözlenirler (1-4).

Gastrointestinal sistem bezoarlarının erken tanınması önemlidir. Çünkü steatore, kaybetme enteropatisi, pankreatit, ve hatta gastrik kanama, gastrik ya da intestinal perforasyon gibi yaşamı tehdit edebilecek kadar ağır komplikasyonlara yol açabilirler (5,6).

Bezoarların tanısında en önemli nokta detaylı bir klinik öykü alınması ve özellikle tanıya götürecek kuşkuyu oluşturan klinik belirteçlerin aranmasıdır. Bu nedenle klinik öykü alınırken, daha önceki olası psikolojik hastalıklar, psikolojik strese yol açabilecek aile içinde yakın zamanda yaşanmış

sosyal değişimler (anne baba ayrılması ya da sevilen aile bireylerinden birinin yitirilmesi, vb), sorgulanmalı, fizik muayenede ise çocuk istismarının herhangi bir belirtisi ve/veya saçlı deride "alopecia areata" aranması ihmal edilmemelidir. Bu belirteçlerin saptanması, klinisyen için uyarıcı olmalı ve trikofaji sorgulanmalıdır. Bizim olgumuzda ilk başvuru sırasında alınan klinik öyküde olgunun trikofajisinin olduğuna dair bir öykü saptanmamıştı. Operasyon sonrası anne ve annenanne yeniden sorgulandığı zaman, olguda saç yeme alışkanlığının olduğu, ancak bu alışkanlıktan ailenin utanması nedeniyle her doktora başvurduklarında bu durumu sakladıkları öğrenildi. Bu nedenle olgu son bir senede iki kez stres sonrası gelişen mide ülseri ön tanısı ile tedavi edilmişti.

Trikofajiden kuşkulandığı zaman, klasik radyolojik incelemeler tanı konması için yardımcı olacaktır. Ayakta çekilen doğrudan batın grafilerinde, yamalı görünümde heterojen bir kitle trikobezoarlar için ayırıcıdır. Büyük trikobezoarlar, bizim olgumuzda görüldüğü gibi, kalsifiye kitleler gibi gözükebilirler (Şekil 1). Batın US ve bilgisayarlı batın tomografisi de (BBT) tanıda yardımcı ve güvenilir metotlardır (1,6). Bizim olgumuzda ADBG'de ki görünüm karakteristik olmasına karşın, batın US'de karaciğerde nodüleriteden bahsetmesi ve hepatomegali ile birlikte batında serbest sıvı bulunması nedeniyle batın içerisinde eşlik eden başka bir patolojinin olup olmadığını araştırmak için kontrastlı BBT'de istendi. BBT'de de trikobezoarı düşündüren karakteristik bulgular saptandı.

Gastrointestinal bezoarların sağaltımı, köken aldıkları maddeye, boyutlarına ve eşlik eden komplikasyonlara bağlı olarak konservatif ya da cerrahi olarak yapılır. Fitobezoarlar genellikle konservatif sağaltıma yanıt verirler. Konservatif sağaltımda bezoarın endoskopik basket kullanarak çıkartılmasına, litotripsi cihazı ile ya da forsepsler ile parçalarına ayrılmasına ya da parafin, sellülaz, papain, kola gibi maddeler kullanarak eritilmesine çalışılır. Açık cerrahi genellikle konservatif sağaltıma yanıt vermeyen fitobezoarlar ya da büyük gastrik trikobezoarlar ile komplike gastrointestinal bezoarlar için tercih edildir. Deneyimli merkezlerde laparoskopik cerrahi de yapılabilir (1-3,6,7). Hastalığın



Şekil 3. Dev gastrik trikobezoarın operasyon sonrası görünümü ve ölçüleri

Yinelenmesini engellemek için cerrahi sonrası psikiyatri tabibi ve psikolojik destek sağlanmalıdır (6). Bizim olgumuzda ki trikobezoar, mide girişini tıkayarak N/G tüpün geçişine dahi izin vermeyecek kadar büyük olduğu ve bu büyüklükteki trikobezoarlar konservatif yaklaşıma yanıt vermeyeceği için sağaltımda açık cerrahi yöntem tercih edildi. Operasyon sonrasında çocuk psikoloğuna yönlendirilen olguda, uzun dönem takiplerinde hastalığın tekrarı saptanmadı.

Sonuç olarak, trikofaji olguları klinik pratikte karşımıza nadir olarak çıkarlar ve bu nedenle ilk başvuru sırasında klinik öykü alınırken sorgulanmazlar. Klinik öykü alınırken, özellikle genç

kız olan olgularda, psikolojik travma olasılığının araştırılması ve ailenin iyice sorgulanması trikofajinin ortaya konması için önemlidir. Bu tip olgularda ayakta doğrudan batın grafisi, olası bir bezoarın komplike olmadan erken dönemde tanınması ve olası diğer batın içi patolojilerden ayırıcı tanısının yapılmasında değerlidir.

İletişim: Dr. Oktav Bosnalı

E-posta: droktav@gmail.com

Kaynaklar

1. Lynch KA, Feola PG, Guenther E. Gastric trichobezoar: an important cause of abdominal pain presenting to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2003;19:343-7. Review.
2. Zamir D, Goldblum C, Linova L, Polychuck I, Reitblat T, Yoffe B. Phytobezoars and trichobezoars: a 10-year experience. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:873-6.
3. Zhang RL, Yang ZL, Fan BG. Huge gastric disopyrobenzoar: A case report and review of literatures. *World J Gastroenterol* 2008;14:152-4.
4. Misra SP, Dwivedi M, Misra V. Endoscopic management of a new entity-plastobezoar: A case report and review of literature. *World J Gastroenterol* 2006;12:6730-33
5. Ventura DE, Herbella FA, Schettini ST, Delmonte C. Rapunzel syndrome with a fatal outcome in a neglected child. *J Pediatr Surg* 2005;40:1665-7.
6. Gorter RR, Kneepkens CMF, Mattens EC, Aronson DC, Heij HA. Management of trichobezoar: case report and literature review. *Pediatr Surg Int* 2010;26:457-63.
7. Karen BM, Moraloğlu S, Menten BB. Intestinal perforation due to phytobezoar obstruction : a case report. *Acta Chir Belg* 2008;108:360-361.



Vektör Kaynaklı Hastalıklar: Küresel Resme Türkiye Verileri ile Bakmak

Vector-Borne Diseases: Looking at the Global Picture with Data from Turkey

Dr. Metin Kılıç, Dr. Dilek Aslan**, Dr. Levent Akın***

Geliş/Received: 13.01.2015
Kabul/Accepted: 14.03.2015

Öz

Vektör kaynaklı hastalıklar toplum sağlığı açısından 21. yüzyılda da önemli sorunlar arasındadır. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü 2014 yılı 7 Nisan Dünya Sağlık Günü'nün temasını bu konu olarak belirlemiştir.

Giderek daha sık duymaya başlanılan vektör kaynaklı hastalıkların, dünyada ve Türkiye'deki dağılımları ve hazırlayıcı koşullarının yanı sıra öne çıkan korunma yaklaşımlarının da gündeme taşınması amaçlanmıştır. Vektör kaynaklı hastalıkların dünyada tüm bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükünün %17'sini oluşturduğu ve her yıl bir milyondan fazla ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de de güncel veriler hastalığın halk sağlığı açısından "önemli" olduğunu düşündürmektedir. Birincil korunma için ulusal düzeyde ağırlıklı olarak devlete ait kuruluşların sorumluluğunda sivil toplum örgütlerinin katılımı ile bütünsel bir bakış açısı gerekmektedir. Ayrıca bireylerin de alınan önlemlere farkındalığının artırılması ve öz sorumluluklarını yerine getirmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Vektör kaynaklı hastalıklar, Dünya, Türkiye, Korunma

Abstract

Vector-borne diseases constitute one of the major public health problems in the 21st century. In this regard, the World Health Organization selected this as the topic of the April 7th World Health Day in 2014.

As there are more and more news about vector-borne diseases, the objective is to discuss the distribution of cases of vector-borne diseases in the world and in Turkey, conditions conducive to their emergence and approaches to protection. It is estimated that vector-borne diseases has its share of 17% in global burden of infectious diseases and cause over 1 million deaths every year. Up to date data in Turkey too shows that the diseases is important in terms of public health. For primary protection, there is need to develop a holistic approach at national level with the participation of civil society organizations while the main responsibility rests with relevant state agencies. It is also essential to enhance public awareness on the issue and to have individuals fulfil their responsibilities.

Key words: Vector-borne diseases, World, Turkey, Protection

*Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

**Prof. Dr., Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

Giriş

Vektörler, insanlarda ciddi hastalıklara neden olan, enfekte bir insan ya da hayvandan diğerlerine patojenleri ve parazitleri aktarabilen organizmalardır. Bu organizmaların yol açtığı hastalıklar genellikle güvenli içme suyu ve sanitasyon sistemlerine erişimin sorunlu olduğu tropikal ve alt tropikal bölgelerde bulunur (1). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu alt yapı sorunlarının getirdiği kolaylaştırıcı etmenler nedeniyle vektör kaynaklı hastalıklar daha az görülmektedir. Küresel Sağlık Riskleri Raporuna göre ölüme yol açan ilk 10 neden arasında, özellikle düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde, güvenli olmayan su, sanitasyon ve hijyen koşulları 4. sırada bulunmaktadır. Bunun yanı sıra bu ülkelerde yaşam kalitesini ve süresini etkileyen risk faktörleri arasında da ikinci sırada yer almaktadır (2). Vektör kaynaklı hastalıklar tüm enfeksiyon hastalıklarına bağlı küresel hastalık yükünün % 17'sini oluşturmakla beraber, bu hastalıklar içinde en ölümcül olanının sıtma olduğu belirtilmiştir (3).

Bu yazıda amaç, dünyada ve Türkiye'de vektör kaynaklı hangi hastalıkların görüldüğü, hazırlayıcı koşulların, risk faktörlerinin ve öne çıkan korunma yaklaşımlarının neler olduğunun ortaya konulmasıdır.

Sık görülen vektör kaynaklı hastalıklar

Hastalık bulaştıran vektörlerin çoğunu kan emici böceklerin oluşturmasının yanı sıra en çok bilinen hastalık vektörü sivrisineklerdir. Kene, sinek, kum sinekleri, pire, triatomine böcekleri ve bazı tatlı su salyangozları da bu gruptadırlar (4).

Tablo 1'de toplum sağlığı açısından öne çıkan vektör kaynaklı hastalıkların dünyada ve Türkiye'de genel durumu sunulmuştur.

Dünyada ve Türkiye'de durum

Vektör kaynaklı hastalıkların dünyada tüm bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükünün % 17'sini oluşturduğu ve her yıl bir milyondan fazla ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. En ölümcül vektör kaynaklı hastalık olan sıtma, 2010 yılında tahminen 660 000 kişinin ölümüne neden olmuştur. Bu ölümlerin büyük bir kısmını beş yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (1). Sıtma nedeniyle 2012 yılında dünyada 627000 kişi yaşamını

yitirmiştir. Bununla birlikte, dünyada insidansı en hızlı artış gösteren vektör kaynaklı hastalık Dang ateşidir (3).

Dünya Sağlık Raporu 2014 yılı verilerine göre vektör kaynaklı hastalıklara bağlı ölümler özellikle ekvator çizgisi etrafındaki ülkelerde yoğunluk göstermektedir. Ancak, en yüksek ölüm hızları Afrika ülkelerindedir. Bunun yanı sıra Türkiye'nin sınır komşusu Irak'ta vektör kaynaklı hastalıklara bağlı ölüm hızı milyonda 200-500 olarak belirtilmiştir. Türkiye ölümlerin sık görüldüğü Ortadoğu ve Afrika ülkeleri ile bu hastalıkların neredeyse hiç görülmediği Avrupa ülkeleri arasında bir konumda yer almaktadır (27). Türkiye bu geçiş yolunda risk altında olan bir ülkedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Ülkemizde 2010 yılından itibaren yeni olgu olarak yerli sıtma saptanmamış olup yalnızca nüks olgular ile yurtdışı kaynaklı sıtma olgu bildirimleri yapılmaktadır. Ayrıca ülkemizde son beş yılda bildirilmiş ölüm ile sonuçlanan sıtma olgusu bulunmamaktadır (11). Bunun yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarına göre bir çok Avrupa ülkesi sıtmadan arındırılmış (malaria-free) olarak belirtilmesine karşın, Türkiye'nin sıtma kontrol programında eliminasyon aşamasında olduğu belirtilmiştir (28). Ülkemizde vektör kaynaklı hastalıklardan olan sıtma ile mücadelede son yıllarda başarıya ulaşılmıştır, ancak Kırım Kongo Kanamalı ateşi ve Kutanöz Leishmaniasis (KL) öncelikli sağlık sorunları arasında yer almaya devam etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü raporunda Türkiye'nin KL açısından yeterli veriye sahip olmadığı belirtilmekle birlikte komşu olduğu İran ve Suriye'de 5000'den fazla, Irak'ta 1000-4999 ve Yunanistan'da ise 100'den az sayıda olgu olduğu gösterilmiştir (28). Hem kutanöz hem de viseral Leishmaniasis Türkiye'ye komşu ülkelerde görülmektedir. Bu bilgilerin yanı sıra doğal sınırlarında bulunan komşu ülkelerde görülen hastalıkların, ülkemizde de görülmesi beklenen bir durumdur. Güneydoğu bölgemize komşu ülkelerde görülen KL olgularının Gürel ve arkadaşlarının 1990-2010 yılları kapsayan çalışmasında 46.003 olgu olarak ülkemizde de görüldüğünü ortaya koymuştur. (12). Ayrıca

Tablo 1. Toplum sağlığı açısından öne çıkan vektör kaynaklı hastalıkların dünyada (4-10) ve Türkiye’de genel durumu (11-26).

Hastalık Adı		Vektör	Dünyada Durum (4-10)	Türkiye’de Durum (11-26)
Dang humması	Rift Vadisi Humması	Aedes türü sivrisinekler	Her yıl 50-100 milyon yeni olgu Salgınlar yapmış ancak etkilenen kişi sayısı tam olarak bilinmemektedir.	Olgu bildirimi *
Sarı Humma	Chikungunya		Her yıl 200.000 yeni olgu (30.000 ölüm) 2005 ten bu yana Hindistan, Endonezya, Tayland, Maldivler ve Myanmar da 1.9 milyondan fazla olgu	Olgu bildirimi
Sıtma		Anopheles türü sivrisinekler	2012 yılında yaklaşık 207 milyon olgu (627.00 ölüm)	Bir yerli olgu (nüks) 375 yabancı olgu, insidans 0,5 (100.000 de)
Japon Ansefaliti		Culex türü sivrisinekler	Her yıl yaklaşık 68.000 olgu (20.400 ölüm)	*
Lemfatik Filariasis			Şu anda 120 milyondan fazla kişi enfekte durumda.	Olgu bildirimi
Batı Nil Ateşi			Salgınlar yapmış ancak etkilenen kişi sayısı tam olarak bilinmemektedir. (enfekte bireylerin %80’ni semptom göstermemektedir)	Ağrılı olarak ülkenin batı kesiminde yer alan 15 iden rapor edilen 35 muhtemel, 12 doğrulanmış olgu (%21 mortalite)
Leishmaniasis (Visseral) (Kala Azar)		Kum sinekleri (Tatarcık sineği)	Her yıl yaklaşık 200.000-400.000 arası yeni olgu	Yıllık ortalama 40 olgu bildirimi
Leishmaniasis (Kutanöz)			Her yıl dünya genelinde yaklaşık 0,7-1,3 milyon arası yeni olgu	46.003 KL olgusu (1990-2010 arası)
Kum Sineği (Tatarcık) Humması			2002’de Kıbrıs’ta görev yapan 256 Yunan askerinin ve 2007’de Bağdat’ta görev yapan 13 ABD askerinin enfekte olması ile salgın bildirilmiştir. Fatalite hızı %10-40’dır. 2001 - Kosova, 2003 - Moritanya, 2006 - Türkiye ve 2010 - Afganistan salgınlar yapmıştır.	2007, 2008, 2010 yıllarında farklı illerde salgın bildirimleri olmuştur
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi			Fatalite hızı %10-40’dır. 2001 - Kosova, 2003 - Moritanya, 2006 - Türkiye ve 2010 - Afganistan salgınlar yapmıştır.	Fatalite hızı %5’dir 2012 yılında 796 yeni olgu 2013 yılı 910 olgu
Lyme Hastalığı		Keneler	ABD’de güncel hastalık yükü tahmini 100.000’de 7.9 olgu 2010 yılında ABD’de 25 kronik ve 106 akut Q ateşi olmak üzere toplam 131 olgu bildirilmiştir.	Olgu bildirimi. Seropozitiflik oranı %2-44 arası değişmektedir
Riketsiyal Hastalıklar (Lekeli humma ve Q ateşi)			2010 yılında ABD’de 25 kronik ve 106 akut Q ateşi olmak üzere toplam 131 olgu bildirilmiştir.	C. Burnetii IgG seropozitiflik oranı sağlıklı kişilerde %1,8-13,5 arasında, risk gruplarında ise %42,4 sıklığında saptanmıştır
Kene kaynaklı ensefalit			Her yıl en az 10.000 olgu hastaneye sevk edilmektedir.	Ig G seropozitifliği %10,5-17,9 arasında değişmektedir
Tularemisi			Salgınlar yapmış ancak etkilenen kişi sayısı tam olarak bilinmemektedir.	Sağlık Bakanlığı 2005 yılı verilerine göre 431 doğrulanmış olgu rapor edilmiştir.

* Türkiye’de görülmemektedir.

Tablo 1'in devamı: Toplum sağlığı açısından öne çıkan vektör kaynaklı hastalıkların dünyada (4-10) ve Türkiye'de genel durumu (11-26).

Hastalık Adı	Vektör	Dünyada Durum (4-10)	Türkiye'de Durum (11-26)
Kene kaynaklı Borreliosis (Dönek ateş)	Keneler	ABD'de 1990-2011 yılları arasında daha çok batı eyaletlerde 483 olgu bildirilmiştir.	*
Bit kaynaklı Borreliosis (Dönek ateş)	Pediculus humanus corporis	2012 yılında yaklaşık 207 milyon olgu (627.00 ölüm)	*
Chagas Hastalığı (American trypanomiyazi)	Triatomine böcekleri	7-8 milyon enfekte birey	*
Uyku Hastalığı (Afrika trypanomiyazi)	Çeçe sineği	2012 yılında 36 Sahra Altı ülkesinde toplam 7216 olgu saptanmıştır.	*
Dracunculiasis (Gine kurdu hastalığı)	Su pireleri ya da küçük kabuklular (Copepod crustaceans)	1980'lerin ortasında dünya genelinde 20 ülkede tahminen 3,5 milyon olgu rapor edilmiş olup bu rakam 2012'de 542'ye 2013'de 148'e gerilemiştir.	*
Vebe (Kara ölüm)	Pireler	Cezayir'de 1950 yılında tanısı kesinleşmiş 11 olgu meydana gelmiştir ve durum salgın olarak değerlendirilmiştir. Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde ise 2001 yılından bu yana her yıl 1000 şüpheli olgu bildirilmektedir.	*
Onchocerciasis (Nehir Körlüğü)	Kara sinekler	25 milyondan fazla kişinin O. volvulus ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Enfekte olanların 300.000'inin kör ve 800.000'inin çeşitli görme bozukluğu olduğu belirtilmektedir.	Olgu bildiri
Schistosomiasis (bilharzia)	Su Salyangozları	2012 de 42.1 milyon kişi tedavi edilmiş. 600 milyon insan risk altındadır.	Olgu bildiri

* Türkiye'de görülmemektedir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre yıllık ortalama 40 olgu bildirimi olmaktadır (13).

Bu duruma ek olarak dış göçlerin yarattığı bulaşıcı hastalıklara ait risk ülkemize de taşındığını Suriyeli sığınmacılar nedeniyle dikkat çekmektedir.

Özellikle son dönemde Leishmaniasisin endemik olarak görüldüğü Suriye’de iç karışıklığın devam etmesiyle ülkemizdeki Suriyeli sığınmacı sayısı giderek artmaktadır. AFAD’ın son raporuna göre Türkiye’de 1.575.272 Suriyeli sığınmacı bulunmaktadır (29). Bunun yanı sıra Türk Tabipleri Birliği’nin Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporuna göre yalnızca Şanlıurfa’da 2013 yılında 1800 şark çıbanı olgusu görüldüğü ve Gaziantep’te kurulan şark çıbanı polikliniğine ise ayda 35 olgu (%95’i Suriyeli sığınmacı) yönlendirildiği belirtilmiştir (30).

Günümüzde vektör kaynaklı hastalıklar arasında dünya genelinde en hızlı büyüyen Dang hummasının son 50 yıllık dönemde hastalık insidans hızında 30 kat artış saptanmıştır (1). Ayrıca dünya çapında 100’ün üzerinde ülkede 2,5 milyar insanın yalnızca dang hummasına yakalanma riski bulunmaktadır (4). Türkiye’de bulaşa neden olan sivrisineğin (*Aedes spp.*) bulunduğu literatürde gösterilmiş olmasına karşın, ülkemizde yurtdışı kaynaklı olgular bildirilmektedir (31). Dang hummasının vektörü olan *Aedes* türlü sivrisineklerin yıl boyunca hayatta kalması için kuzey ve güney yarım kürede ocak-haziran ayları arasında 10°C’nin üzerinde bulunan coğrafi alanlar risk altındadır. Bu alanlar arasında ülkemizin Ege ve Akdeniz bölgeleri de bulunmaktadır (28).

Chagas hastalığı ve schistosomiasis gibi diğer hastalıklar dünya çapında yüz milyonlarca insanı etkilemektedir. Bu hastalıkların çoğu koruyucu tedbirlerin anlatılması ile önlenbilir (2).

Risk faktörleri ve hazırlayıcı koşullar

Dünya üzerinde coğrafik konum, iklim şartları, kültürel yapı ve sosyoekonomik özelliklerin etkisiyle genellikle “yerel” olarak görülen vektör kaynaklı hastalıklar küreselleşme ile birlikte yeni bir boyut kazanmıştır. Uluslararası gıda ticaret hacminin, uluslararası seyahatlerin, göçlerin ve savaşların artışı ile vektör kaynaklı hastalıkların olması gerektiğinden farklı yerlerde de ortaya çıktığı ve salgınlara yol açtığı görülmektedir. Ülkeler arasında ortaya çıkan bu çoklu etkileşimler

sonucunda bulaş kaynağı olan vektörlerin yayılımını engellemek çok güçtür.

Ülkemiz Ortadoğu, Asya ve Afrika üzerinden savaş, sosyal ve ekonomik dengesizlikler, hızlı nüfus artışı ve diğer nedenlerden dolayı gelen sığınmacılar ve kaçak göçmenler nedeniyle risk altındadır. Ayrıca bu ülkelerle karşılıklı kaldırılan vize işlemleri ve artan uçak seferleri yoluyla olan karşılıklı turistik geziler ve inanç turizminde belirgin artışlar gözlenmektedir. Turistik seyahat öncesinde bireylere ülkelerin olası risklerini anlatacak ve bu konuda bilgi verecek broşürler hazırlanıp verilmelidir.

Küresel ısınma ise dolaylı etki olarak ekosistemi değiştirmekte ve bunun sonucunda vektörlerin yaşam alanında dünya üzerinde genişleme ve değişime yol açmaktadır. Gerçekleşen bu değişim vektör kaynaklı hastalıklarda artışında rol oynamaktadır (32).

Vektör kaynaklı hastalıkların bulaşmasında en önemli organizmalardan biri sivrisineklerdir. Sivrisinekler nisan ayının ortalarında yumurtlamaya başlamaktadır. Özellikle kış mevsiminin soğuk geçmediği dönemlerde hemen hemen tüm yıl boyunca aktivitelerini sürdürdüğü görülmektedir. Bu da sivrisineklerin ulaşımı ve yayılması için iklim, nem ve ışığın önemli faktörler olduğunu göstermektedir.

Kum sineklerinin bulaşta rol oynadığı Leishmaniasis için en önemli küresel risk faktörü altyapısız çarpık kentleşme olup hastalığın özellikle antropotik odaklardaki sürekliliğine olanak sağlamaktadır (33). Kentlerin gecekondu ve kenar mahallelerinde son derece hızlı ve plansız oluşan bu yerleşim yerlerinde su, kanalizasyon gibi alt yapı eksiklikleri yaşanabilir ortamların oluşturulmasına engel olmakta ve vektörlerin yayılmasında kaynaklar oluşturmaktadır.

Arbovirusların (*Togaviridae*, *Flaviviridae*, *Bunyaviridae*, *Reoviridae*, *Arenaviridae*, *Rhabdoviridae*) diğer viruslara oranla, iklimsel değişimler ve çevresel şartlarla etkilenimleri daha fazladır. Arbovirusların vektörlerini ve onların yaşam sahalarını etkileyen ekolojik değişiklikler Bu ajanların konak sistemlerinin ve yayılmalarını da değiştirmektedir. Bu değişimler sayesinde oldukça

uzak bölgelere ve ülkelere iklim koşulları olarak verdiği sürece arboviruslar yayılabilirler (34). Orman alanlarının yok edilmesi, yaşam alanlarının ormanlık alanlara doğru birleştirilmesi, uluslararası hayvan ticareti, savaşlar gibi günümüz modern hayatının olumlu ve olumsuz faktörleri de bu virüslerin doğasını etkilemektedir (35).

İnsanlara genellikle yetişkin kenenin ısırmasıyla geçen Kene kaynaklı ansefalit nadir de olsa keneler tarafından ısırılmış koyun ve keçilerin virüsü barındıran ve viremik faz sırasında virüsü süte aktarabilen pastörize edilmemiş sütlerinin tüketilmesiyle bulaşır (36). İnsanlar hastalığın son konakçısıdır ve virusun doğada sirküle olmasında rol almazlar.

Kene kaynaklı ensefalit ile mücadele amacıyla formalin ile inaktive edilmiş virus aşılı kullanılmaktadır ve hastalığa karşı oldukça yüksek bir bağışıklık kazandırmaktadır. Yılda ortalama 700 olgunun meydana geldiği Avusturya'da popülasyonun neredeyse %90'ı aşılanmıştır ve bu yoğun aşılama programının başlamasıyla olgu sayısında belirgin düşüş gözlemlenmiştir (37).

Korunma Yaklaşımları

Vektörlerle bulaşan hastalıklara karşı oluşturulması gereken temel korunma önerileri halk sağlığı ilkeleri ile paralel olarak birincil, ikincil ve üçüncül korunma yaklaşımlarıdır. Sağlığın geliştirilmesi yöntemleri de son dönemlerde öncelikli olarak yaygınlaştırılmaya çalışılan konulardır.

1.1. Birincil korunma yaklaşımı

Öncelikli olarak insanların yerleşim alanlarına yakın yerlerde bulunan kaynaklara yönelik girişimler oluşturulmalıdır. En önemli girişimlerden biri sivrisineklerin üreme alanları olan durgun su kaynaklarının biran önce kurutulmasıdır. Bunun yanında yerleşim yerleri planlanırken bu noktalar göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bina içi tedbir olarak tüm pencereler ve dışa açılan kapılarda koruyucu çerçevelerin (sineklik) kullanımı sağlanmalıdır.

Bireysel korunma yolu olarak uygulanabilecek en basit yöntem uzun kollu gömlek ve pantolon giyilmesidir. Bununla birlikte riskli bölgelerde geceleri mutlaka cibinlik altında uyunmalıdır. Bina içi ve kişisel tedbirler alındıktan sonra güneşin

batışı ve doğuşu arasında geçen sürede ev içinde kalmak ısırılma riskini azaltabilir.

Sivrisinekler, optik tanımlama yoluyla ve insanların ortama saldıgı karbondioksit (CO₂), oktenol (1-octen-3-ol) ve diğ er organik maddelerinin oluşturduğu kokuyu saptayarak hedefine yönelmektedir (38). Bu yüzden geceleri olabildiğince vücudu kuru ve serin tutarak organik maddelerin ter yoluyla ortaya çıkması engellenmelidir.

Dışarıda DEET (N,N-diethyl-meta-toluamide) içeren böcek kovucular (sprey, krem, sıvı, losyon ve emdirilmiş malzemeler (bileklikler)) kullanılmalıdır. Environmental Protection Agency (EPA)'ya sunulan çalışmalara göre böcek kovucu ürünler DEET iç erme oranlarına bağı olarak, keneleri yaklaşık 3-8 saat boyunca geri püskürttüğ ü saptanmıştır (39). Ayrıca kene ısırıklarına karşı uzun ömürlü permetrin emdirilmiş elbiseler de giyilebilir.

Leishmaniasis enfeksiyonunu önlemek için Kum sinekleri (tatarcık) ile mücadele zorunludur. Bu mücadele de L. tropica için peridomestik ve barınak içi çevreye böcekkıran (insektisit) püskürtmenin, piretroidli böcekkıran emdirilmiş cibinlik ve perdeler kullanmanın iyi sonuç verdiği görülmüştür. Yine L. infantum'a karşı rezervuarları olan köpeklere deltamethrin emdirilmiş tasmalar takılarak etkili bir kontrol sağlanabilmektedir (40). Leishmaniasis hastalığının aşısının olmaması ve tedavisinin çok maliyetli olması, insanlardaki hastalığı kontrol etmenin en etkili yolunun köpekleri tedavi etmekten geçtiğini göstermektedir. Bunun yanında unutulmamalı ki tedavi edilen bireylerde hastalık nöksleri sık görülmektedir. Hastalığın hem köpeklerde hem de insanlarda birlikte bulunduğu odalarda, köpekleri imha ederek ortadan kaldıran Çin dışında hastalığın kontrolüne ilişkin çalışmalar başarısızlıkla sonuçlanmıştır (41).

Günümüzde bağışıklama için kullanılacak sarı humma, Japon ansefaliti ve kene kaynaklı ansefalit için aşıl ar bulunmaktadır. Bunların yanında aday sıtma aşısı olarak gösterilen RTS,S/AS01E için etkinliğini inceleyen çalışmalar devam etmektedir. Ayrıca Dang ateşi için aşı çalışmaları da devam etmektedir (42).

Bir diğ er önemli korunma yolu, etkeni taşıyan vektörler ile etkeni taşıyan insan ya da hayvanların temasının önlenmesidir. Örneğ in insanlardaki olguların tedavisi sağ lanarak sıtmanın yaşam döngüsü engellenmekte ve bu biçimde yeni olgular ortaya çıkmamaktadır. Bununla birlikte Kırım Kongo Kanamalı Ateş i taşıyabileceğ i düşünölen keneler için kene tutmasını engelleyen sprey/diğ er maddeler kullanılarak kenelerin metamorfozu engellenebilmektedir.

Hayvancılıkla uğ raş anlar hayvanlarını kenelere karşı uygun akarisitlerle ilâçlamalıdır. Ayrıca hayvan barınaklarının çatlakları tamir edilmeli, badana yapılmalı ve kenelerin yaşayamayacağı biçimde yeniden düzenlenmelidir.

Halkın vektör kaynaklı hastalıklar hakkında farkındalığı ve bu konudaki bilinç düzeyini artırmak için eğitimler düzenlenmeli ve yaşanan salgınlar hakkında uyarılmalıdır. Diğ er yandan sağ lık personelinin bu eğitimleri verebilmesi için hizmet iç i eğitim uygulanmalıdır. Ayrıca Tarım, Çevre, Milli Eğitim, Enerji, Turizm Bakanlıkları, doğ a avcılık kulüpleri gibi çok sektörlü bir yaklaşıma gereksinim vardır. Veteriner, ziraat, tabip ve diş tabibi odaları gibi sivil toplum örgütlerine de vektör kaynaklı hastalık mücadelesinde önemli görevler düş mektedir.

1.2. İkincil koruma yaklaşımı

Sağ lık Bakanlığı tarafından enfeksiyon hastalıklarının hızlarının tespit edilmesi ve

izlenmesi için aktif sü rveyansın yapıldığı kontrol programlarının uygulanması konusunda merkez ve taş ra düzeyinde yapılan ç alışmaların niteliğ inin artırılması, sağ lık personelinin farkındalığı nın artırılması gerekir. Bu sayede, salgın incelemeleri ve tespitlerinin en kısa sürede yapılabilmesi olasıdır.

Vektör kaynaklı hastalıkların asemptomatik dönemde tespiti için gerekli altyapı ve personel sağ lanmalıdır. Asemptomatik dönemde saptanan olguların tedavisinin yapılabilmesi için sağ lık hizmetleri ulaş ılabilir duruma getirilmeli ve mevcut eşitsizlikler en aza indirilmelidir.

1.3. Üçüncül koruma yaklaşımı

Vektör kaynaklı hastalıklara bağı lı komplikasyonların ve nökslerin önlenmesi üçüncül koruma yaklaşımları arasındadır. Komplikasyon ve nökslerin önlenmesi için hastalığı olan tüm bireylere ilaçların ve tedavinin ücretsiz ve ulaş ılabilir duruma getirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu bireylere aldıkları tedavinin süresi ve önemi hakkında gerekli bilgilendirmeler mutlaka yapılmalıdır. Örneğ in sıtma geçiren kişilere, tedavi baş landığında bir iki gün içinde tüm şikayetler kaybolduğ undan kişilerin büyük çoğ unluğ u tedaviyi yarıda kesmektedir (43). Buda taşıyıcılığ ın ve nöksün önlenmesini sağ layan tedavinin önemini göstermektedir.

Vektör kaynaklı hastalıkların önlenemediğ i ve kalıcı hasarın geliş tiğ i durumlarda bu hasarın

Dünyada Öne Çıkan Başarı Öyküleri

a. Vektörün kendisinde hastalığ a neden olan organizmanın ortadan kaldırılması; örneğ in kemirgenleri ve keneleri spiroketlerden temizlemek için doksisisiklin içeren kemirgen hedefli yemlerin kullanılması gündemdedir. Dolan ve arkadaşlarının yaptığ ı bir ç alışmada kemirgen hedefli yem kullanma yönteminin *Borrelia burgdorferi* için enfeksiyon sıklığı nı azaltmada etkili bir araç olduğ unu göstermektedir. Sonuç olarak bu yöntem ile Lyme hastalığı na karşı koruyuculuk sağ lanabilecektir (44).

b. Afrika ölkelerinde yapılan bir ç alışmada gebelikte sıtmanın yol aç tığı neonatal mortalite ve düşük doğ um ağırlığı sonuçlarını azaltmada aralıklı koruyucu terapi ve cibinliğ in etkili olduğ u saptanmıştır (45).

c. *Aedes türü* sivrisineklerin yol aç tığı chikungunya and dang ateş inin oldukça yüksek yoğunlukta olduğ u Reunion Adası'nda Olivia ve arkadaşları tarafından vektörler ile mücadelede yeni bir yöntem olan sterilizasyon tekniğ i ile vektör topluluğ unun kontrol altına alınması ç alışması yapılmıştır. Iş ınlanmış steril erkek *Aedes türü* sinekler müdahale edilmemiş erkeklere göre dokuzuncu günden sonra anlamlı olarak daha az diş i döllemesine karşı n, günlük çiftleş me başarısı vahş i tip olanlarla aynı özellikleri taş ımaktadır (46).

etkilerini azaltmak için yapılacak fiziksel, sosyal, psikolojik ve maddi önlemlerde üçüncül koruma yaklaşımıdır.

Vektör kaynaklı hastalıklardan korunmayı sağlayabilecek daha fazla girişime gereksinim vardır. Ayrıca Türkiye’de öngörülen tehlike düşünülerek bu konuda çalışmalar yapacak Entmolog sayısının artırılması ile yeni bulgular ortaya konmalıdır. Son olarak DSÖ ve Birleşmiş Milletler öncülüğünde hastalıkların köken aldığı ülkelerle işbirliği yapıp, vektör kaynaklı hastalıkların yayılmasının önlenmesi için tedbirler alınmalıdır.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. WHO World Health Day. About Vector borne diseases. (Internet) <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/vector-borne-diseases/en/>. Erişim: 14.03.2014.
2. WHO World Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. s: 10-12.
3. About vector borne disease. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/vector-borne-diseases/en/>. (Internet) 30.10.2014
4. Vector-borne diseases. Fact sheet N°387 march 2014. (Internet) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/en/> Erişim: 14.03.2014.
5. Konstantinou GN, Papa A, Antoniadis A. Sandfly-fever outbreak in Cyprus: are phleboviruses still a health problem? *Travel Med Infect Dis*. 2007;5(4):239-42.
6. Ellis SB, Appenzeller G, Lee H, Mullen K, et al. Outbreak of sandfly fever in central Iraq, September 2007. *Mil Med*. 2008 Oct;173(10):949-53.
7. CDC. Relapsing Fever. (Internet) <http://www.cdc.gov/relapsing-fever/distribution/> Erişim: 01.05.2014.
8. CDC. Q Fever. (Internet) <http://www.cdc.gov/qfever/stats/index.html> Erişim : 01.05.2014.
9. (Internet) <http://www.tbe-info.com/tbe.aspx> Erişim: 10.04.2014.
10. CDC. Parasites – Onchocerciasis. (Internet) <http://www.cdc.gov/parasites/onchocerciasis/epi.html> Erişim: 01.05.2014.
11. Elaldı N. Ülkemizde Sitmanın Değişen Epidemiyolojisi Ve Tedavisi. EKMUD 2013 BİLİMSEL PLATFORMU. 20-24 Mart 2013, Antalya.
12. Gürel M. S., Yeşilova Y., Ölgen M. K., Özbel Y. Türkiye’de Kutanöz Leishmaniasisin Durumu. *Türkiye Parazitolojisi Dergisi* 2012; 36: 121-9.
13. Ok Uz, Balcıoğlu IC, Taylan Ozkan A, Ozensoy S, Özbel Y: Leishmaniasis in Turkey, *Acta Trop* 2002;84(1):43-8.
14. Gürcan Ş. Francisella Tularensis ve Türkiye’de Tularemi. *Mikrobiyoloji Bul*, 2007; 41: 621-36.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 S27. Ankara 2012
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2012 Faaliyet Raporu S61 . Nisan 2013 Ankara
17. Kalaycıoğlu H, Korukluoğlu G, Ozkul A, Oncul O, Tosun S, Karabay O ve ark. Emergence of West Nile virus infections in humans in Turkey, 2010 to 2011. *Euro Surveill* 2012; 17: 20182.
18. Torun Edis Ç, Yağcı Çağlayık D, Uyar Y, Korukluoğlu G, Ertek M, Kırıkkale İlinde Saptanan Tatarcık Humması Salgını. *Mikrobiyol Bul* 2010; 44: 431-439.
19. Yılmaz GR, Buzgan T, Irmak H, Safran A, Uzun R, Cevik MA ve ark. The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002—2007. *Int J Infect Dis* 2009;13:380-386.
20. Gargili A. Lyme hastalığı, etken ve epidemiyoloji. In: II. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu: Kene Kaynaklı Enfeksiyonlar (27-28 Kasım 2008, Ankara) Bildiri Kitabı. Ankara: Medisan Yayınevi, 2008: 89-92.
21. Berberoğlu U, Gözalan A, Kılıç S, Kurtoğlu D, Esen B. A seroprevalence study of Coxiella burnetii in Antalya, Diyarbakır and Samsun provinces. *Mikrobiyol Bul* 2004; 38(4): 385-91.
22. Gozalan A, Rolain JM, Ertek M, Angelakis E, Coplu N, Basbulut EA ve ark. Seroprevalence of Q fever in a district located in the west Black Sea region of Turkey. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2010; 29(4): 465-9.
23. Eyigor M, Kırkan S, Gultekin B, Yaman S, Tekbıyık S, Aydın N. Q humması için risk gruplarında Coxiella burnetii’ye karşı oluşan antikörlerin ELISA ve IFA testleri ile saptanması. *İnfeksiyon Derg* 2006; 20(1): 31-6.
24. Esen B, Gozalan A, Coplu N, Tapar FS, Uzun R, Aslan T. ve ark. The presence of tick-borne encephalitis in an endemic area for tick-borne diseases, Turkey. *Trop Doct*. 2008;38(1):27-8.
25. Ergunay K, Ozer N, Us D, Ozkul A, Simsek F, Kaynas S, Ustacelebi S. Seroprevalence of West Nile virus and tick-borne encephalitis virus in southeastern Turkey: first evidence for tick-borne encephalitis virus infections. *Vector Borne Zoonotic Dis*. 2007 Summer;7(2):157-61.
26. National Meeting on “Surveillance and Control of Communicable Diseases” Project and Second Annual National Conference on Field Epidemiology (15-17 April 2014))

27. Deaths form vector-borne disease. (Internet) <http://www.who.int/heli/risks/vectors/en/vbdmap.pdf> Erişim tarihi: 25.10.2014
28. A global brief on vector-borne diseases. WHO. (Internet) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111008/1/WHO_DCO_WHD_2014.1_eng.pdf Erişim : 25.10.2014
29. AFAD Suriye İnsani yardım Raporu, 10 Ekim 2014. (Internet) [https://www.afad.gov.tr/UserFiles/File/Suriye%20İnsani%20Yardıma%20Raporu/Suriye%20İnsani%20Yardıma%20Raporu_%2010%20Ekim%20\(yeni\).pdf](https://www.afad.gov.tr/UserFiles/File/Suriye%20İnsani%20Yardıma%20Raporu/Suriye%20İnsani%20Yardıma%20Raporu_%2010%20Ekim%20(yeni).pdf) Erişim Tarihi: 25.10.2014
30. Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara Ocak 2014. syf 55. (Internet) <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf> Erişim Tarihi: 25.10.2014
31. Uyar Y, Aktař E, Yağcı Çağlayık D, Ergönül Ö, Yüce A Yurt Dışı Kaynaklı Bir Dang Ateşi Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Mikrobiyol Bul 2013; 47(1): 173-180.
32. Güler Ç. İklim değişikliği ve sağlık. Hacettepe Tıp Dergisi 2002; 33: 34-39.
33. WHO. Urbanization: an increasing risk factor for leishmaniasis. Wkly Epidemiol Rec 2002; 77: 365-70.
34. Figueiredo L.T.M, (2007). Emergent Arboviruses in Bra-zil. *Medicina Tropical* 40(2):224-229.
35. Gould E.A, Higgs S, Buckley A, Gritsun T.S, (2006) Potential Arbovirus Emergence and Implications For The United Kingdom. *Emerg Infect Dis.*; 12 (4): 549-55.
36. Burke D.S, Monath T.P Flaviviruses. in: Knipe D.M, Howley P.M, (2001) (Eds.), *Fields Virology*, Fourth Ed. Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, pp. 1043–1125.
37. Kunz C. The vaccination and the Austrian experience. *Vaccine* 2003;21 (Suppl. 1), S50–S55.
38. Elissa A. Hallem; Nicole Fox, A.; Zwiebel, Laurence J.; Carlson, John R. (2004). "Olfaction: Mosquito receptor for human-sweat odorant". *Nature* 427 (6971): 212–213.
39. The Insect Repellent DEET. (Internet) <http://www.epa.gov/pesticides/factsheets/chemicals/deet.htm> Erişim Tarihi: 10.04.2014.
40. Leger N, Depaquit J, 2001. Les phlebotomes et leur role dans la transmission des leishmanioses. *Rev Fr Lab*, 338: 41-48.
41. Focheux C, Puech MP, Killick-Kendrick R, Killick-Kendrick M, 2002. Repellent pest control system US Patent Issued on July 2, 2002, Patent No: US 6.413.532 B1 .
42. Javed S1, Khan F, Ramirez-Fort M, Tying SK. Bites and mites: prevention and protection of vector-borne disease. *Curr Opin Pediatr*. 2013 Aug;25(4):488-91.
43. Sıtma. TC Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı. 2001 syf 16.
44. Dolan MC, Schulze TL, Jordan RA, Dietrich G, Schuze CJ, Hojgaard A ve ark. Elimination of *Borrelia burgdorferi* and *Anaplasma phagocytophilum* in rodent reservoirs and *Ixodes scapularis* ticks using a doxycycline hyclate-laden bait. *Am J Trop Med Hygiene* 2011; 85:1114–1120.
45. Eisele TP, Larsen DA, Anglewicz PA, Keating J, Yukich J, Bennett A. Ve ark. Malaria prevention in pregnancy, birthweight, and neonatal mortality: a meta-analysis of 32 national cross-sectional datasets in Africa. *Lancet Infect Dis* 2012; 12:942–949.
46. Oliva CF, Jacquet M, Gilles J, Lemperiere G, Maquart PO, Quilici S ve ark. The sterile insect technique for controlling populations of *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae) on Reunion Island: mating vigour of sterilized males. *PloS One* 2012; 7: e49414.



Meltem Mecdi*, Dr. Nevin Şahin Hotun**

Geliş/Received: 16.12.2014
Kabul/Accepted: 08.03.2015

Öz

Gebeliğin ağız ve diş sağlığını olumsuz etkilediği kabul edilmektedir. Periodontal hastalıklar, kadınların genel sağlığını olumsuz etkilediği gibi fetal sağlığı da olumsuz etkilemektedir. Diş ve diş etlerinde sorunu olan gebeler ağız bakımına gereken özeni göstermezlerse, gebelik sürecindeki hormonal değişime bağlı olarak diş eti sorunları daha da artacaktır. Fakat, gebeler gebelik sürecinde yapılan diş tedavisinin gebeliği olumsuz etkilediğini inandıkları için genellikle tedavilerini ertelemektedirler. Pek çok kadın kötü ağız hijyeninin gebelikteki olumsuz etkilerini bilmemektedir. Bu yüzden, ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi ve korunması prenatal bakımın önemli bir parçasıdır. Hemşireler, gebelerin ağız sağlığı konusunda sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde, eğitici, koordinatör ve danışmanlık gibi önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu nedenle, gebelerin ağız ve diş sağlığını değerlendirmek amacıyla tarama formları oluşturulmalı ve ilk prenatal ziyarette kadının ağız sağlığı değerlendirilmelidir. Bu derlememiz de amaç gebelikte ağız ve diş sağlığının önemi konusundaki sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmaktır.

Anahtar kelimeler: Gebelik; Periodontal hastalıklar; Ağız sağlığı; Diş bakımı; Hemşire

Abstract

It is widely accepted that pregnancy affects oral and dental health negatively. Periodontal diseases have their negative implications both for the overall health status of the woman concerned and the foetus. In case pregnant women with dental and gum problems behave in attentive to their oral and dental care gum problems will be further aggravated due to hormonal changes associated with pregnancy. However, on the belief that any dental care during pregnancy would have negative effects on the course of pregnancy many pregnant women postpone this care. There are many women uninformed that poor oral hygiene has its negative effects on pregnancy. Improvement and protection of oral and dental health is therefore an important part of prenatal care. Nurses have their important roles and responsibilities as educators, coordinators and counsellors in helping pregnant women to adopt and maintain health behaviour and practices including those related to oral health. Thus, screening forms must be developed to assess the status of pregnant women in terms of oral and dental health and this assessment must be made during the first prenatal visit. The objective of this study is to improve the level of awareness of health professionals on the importance of oral and dental health during pregnancy.

Key words: Pregnancy; Periodontal diseases, Oral and dental health, Nurse

* Arş. Gör.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hem. Fak. Kadın Sağlığı ve Hast. Hem. AD, İstanbul

** Doç.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hem. Fak. Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği AD, İstanbul

Giriş

Diş ve diş eti hastalıkları ülkemizde ve dünyada en önemli sağlık sorunları arasındadır. Ancak hayatı doğrudan tehdit etmediği için gereken önem verilmemektedir. Ağız sağlığı kavramı, diş ve çevre dokuların hem korunmasını hem de tedavisini kapsamaktadır (1).

Periodontal hastalık; dişleri çevreleyen destek dokuların bakteriyel enfeksiyonlara karşı verdiği lokalize inflamasyon ile karakterize bir hastalıktır. Periodontal hastalıklar; gingivitis ve periodontitis olarak görülür (2).

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde ağız, diş sağlığına yeterince önem verilmemektedir. Oysa ki ağız hijyeni, bireyin benlik saygısını, konuşmasını, beslenmesini ve genel olarak kendisini iyi hissetmesini doğrudan etkiler (3). Periodontal inflamasyonlar yalnızca kadınların genel sağlığını değil, fetal sağlığında olumsuz etkilemektedir. Ağız, diş sağlığı kişilerin genel sağlık ve refahının bir göstergesidir. Kadınların eğitim seviyeleri ve sosyo-ekonomik düzeyleri azaldıkça periodontal hastalık riski de artmaktadır (1). Ülkemizde gebelikte periodontal hastalıkların görülme sıklığı ile ilgili kaynağa ulaşılamamıştır. Gebelikte gingivitis, diş eti tümörü, diş erozyonu, diş sallanması, diş çürükleri ve periodontitis yaygın görülür (1,4). Gebelikte yaygın görülen ağız sağlığı sorunları Tablo1'de gösterilmiştir.

Kadınlar kötü ağız hijyeninin olumsuz etkilerinin farkında olmayabilirler ve genellikle gebelikte diş tedavilerini ertelemektedirler (5,6,7). George ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları sistematik derleme de gebelerin periodontal hastalıkları öncelikli sorun olarak görmemesi, yanlış inanışlar, sağlık profesyonellerinin eğitim için yeterli zamanın olmaması, diş hekimlerinin fetüse zarar verme korkusu ve hastanın güvenliği ile ilgili endişelerinin olması, olumsuz gebelik sonucunda dava riski, gebede güvenli tedavi ile ilgili bilgisinin sınırlı olması gebelerin bu bakımı almasını engelleyen etmenler olarak belirlenmiştir. Bunlara ek olarak sağlık profesyonellerinin bu konuyla ilgili yeterli fikir birliğinin olmaması, ağız, diş sağlığına daha az odaklanılması ve diş hekimine yeterli yönlendirilmemenin yapılmaması da diğer engelleyici faktörler olarak belirlenmiştir (5). Ülkemizde gebelerde ağız, diş sağlığına ilişkin Kısa ve Zeyneloğlu (2013) doğum sonu servisinde yatan kadınların son gebeliğindeki ağız hijyeni

alışkanlıkları ve diş hekimine gitme durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların %45,6'sı dişlerinin gebelikten etkilendiğini düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %99,4'ünün diş hekimine düzenli gitme alışkanlığının olmadığı, %32,8'inin diş eti rahatsızlığı olduğu, %5,9'unun şu andaki gebeliğinde diş hekimine gittiği ve diş hekimine gidenlerin çoğunluğunun ise diş ağrısı nedeni ile diş hekimine gittiği belirlenmiştir (3). Ancak ülkemizde gebelikte ağız hijyeni ve diş sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar yeterli değildir.

Hemşirelik bakımının amacı gebenin ağız, diş sağlığını geliştirmesi ve sürdürmesine katkı sağlamak olmalıdır. Hemşirelerin ağız, diş sağlığı ile ilgili prenatal bakımdaki uygulaması; maternal ağız ve diş sağlığını değerlendirmek, gebeye eğitim vermek ve sorun saptanan gebeyi diş hekimine sevk etmeyi kapsar (8). Hemşirenin ağız, diş sağlığında bakım verici ve eğitici rolünün yanı sıra danışmanlık ve koordinatörlük rolü de ön plana çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar, planlı ve sistematik eğitim ile gebelikte gingivitis oluşumunun azaldığını vurgulamaktadır. Öztürk ve arkadaşları (2013) çalışmasında yalnızca günlük ağız hijyen bakımı ve iyi beslemeyle de gebelik ve laktasyon döneminde ağız sağlığının geliştirilip, korunmanın olanaklı olduğunu belirlemiştir (4,5,9,10,11,12).

Bu derlememizdeki amacımız; gebelikte ağız ve diş sağlığının önemi konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmaktır. Bu derleme hemşirelerin gebelikte ağız sağlığının geliştirilmesi ve korunmasındaki rol ve sorumluluklarında rehber olacaktır.

Periodontal Hastalıklar ve Gebelik İlişkisi

Periodontal hastalıklar ile gebelik arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinmektedir. Gebeliğin periodontal sağlığı olumsuz etkilediği kabul edilmektedir. Diş ve diş etlerinde sorunu olan kadınlar ağız bakımına gereken özeni göstermezlerse, gebelik sürecindeki hormonal değişime bağlı olarak diş eti sorunları artacaktır. Periodontal hastalıklar gingivitis ile başlar. Bu dönemde diş etleri kanamalı, kırmızı ve hacim olarak büyümüştür. Gebelik gingivitis genellikle, hamileliğin 2. ayında başlayıp, 8. ayında en üst seviyeye çıkar. Tedavi edilmezse hastalık periodontitise ilerleyerek diş eti ve dişleri destekleyen alveol kemiğinde geriye dönüşsüz hasar oluşturabilir. Diş eti hastalığının en önemli nedeni "bakteriyel diş plağı" adı verilen, dişler üzerinde biriken yapışkan ve renksiz film tabakasıdır (4,5,13).

Periodontal inflamasyon kadınların genel sağlığını olumsuz etkilediği gibi fetal sağlığı da olumsuz etkilemektedir. Periodontal hastalıkların gebelerde meydana getirdiği sistematik hastalıklar ve olumsuz gebelik sonuçları son yıllarda yaygın olarak araştırılmaya başlanılmıştır. Özellikle ilk trimesterde sıklıkla yaşanan kusma sonrasında artan aside bağlı dişlerde erozyon oluşabilir. Periodontal hastalıkların erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, çocukluk döneminde erken diş çürüklerine neden olabileceği gibi preeklampsi, erken membran rüptürü, kardiovasküler hastalıklar, diyabet, depresyona da yol açtığı öne sürülmektedir (5,13,14,15).

Teorik olarak, kan kaynaklı gram negatif anaerob bakteriler ya da inflamatuvar araçlar (lipopolisakaritlerin ve sitokinler gibi) plasental dokuların yanı sıra rahim ve serviks de taşınabilir. Özellikle Porfirimonas gingivalis'in plasenta dokularına akın ederek inflamatuvar yanıtları tetiklediği ve efektör moleküllerin salımı ile erken doğumu başlattığı düşünülmektedir. Oral bakteriyel mikroorganizmalar plasenta dokusuna geçerek; amniyotik membran, amniyon sıvısı, plasenta, fetal dolaşım, beyin ve akciğeri de etkileyebilir (4,14,16,17).

Yetersiz ağız hijyeni; sistematik hastalıklara neden olması, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, olumsuz maternal ve fetal sonuçlara neden olmasından dolayı üzerinde durulması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,3). Yurt dışında yapılan çalışmalar da kadınların üçte birinin gebelikte ağız sorunu yaşadıkları, bu

oranın Yunanistan'da %27, Amerika'da %23-49 arasında değiştiği bildirilmektedir (18,19,20). Ülkemizde gebelikte peridontal hastalıkların görülme sıklığı ile ilgili kaynağa ulaşılamamıştır. Çalışmalar genellikle çocuklar, yaşlılar ve kronik rahatsızlığı olan nüfus üzerinde yoğunlaşmaktadır (19,21).

Kadınların ağız, diş sağlığının geliştirilmesi ve korunması için; hemşireler birinci basamak sağlık hizmetlerinde prenatal bakım kapsamında kadınların ağız, diş sağlığını değerlendirilmeli ve danışmanlık vermelidir. Kadınların gebelik öncesi ve gebelik süresi boyunca yeterli bakım ve hizmeti alabilmesi için hekimler, diş hekimleri, hemşireler gebelikte ağız sağlığının önemi konusunda fikir birliği sağlamalıdır.

Gebelikte Diş Tedavisi ve Bakımı

Gebelere kapsamlı ağız sağlığı değerlendirilmesi yaptırılmaları önerilmelidir. Çünkü kötü ağız sağlığı hem kadının genel sağlığını hem de fetal sağlığı olumsuz etkileyebilir (17).

Gebelikte diş tedavisi ve bakımı trimesterlere göre değerlendirilir. Gebelikte dişlerin tedavisi açısından en uygun zaman 14-20 gestasyonel haftalar arasındadır. İlk 3 aylık ve son 3 aylık dönemde acil tedaviler dışında herhangi bir uygulama yapılmamalıdır. Gebelikte periodontal hastalıkların tedavisine yönelik sınırlı bilgi olmasına karşın, yalnızca bakterial ve inflamatuvar durumlar tedavi edilerek de gebede ağız sağlığını geliştirmek olanaklıdır. Literatürde gebelikte yapılan periodontal tedavinin erken doğum riskini önemli ölçüde azalttığı bildirilmektedir. Bu yüzden ağız ve

Tablo 1. Gebelikte yaygın görülen ağız ve diş sağlığı sorunları*

Gebelik Gingivitis	Gebelikte artan inflamatuvar yanıt dental plak oluşumunu artırır. Bu süreçte birçok gebenin diş etleri şişer ve kolaylıkla kanar. Ağız tuzlu suyla (1 bardak ılık suya 1 çay kaşığı tuz) çalkalamak irritasyon sorununa iyi gelebilir. Genellikle gingivitis 3. trimesterde artar. Gebelik öncesi gingivitis sorunu olan kadınlarda gebelik süresince sıkıntıları tekrar alevlenir.
Benign oral diş eti lezyonları	Gebelerin yaklaşık %5'inde genellikle diş etinin önünde vaskülarite artışı, hiperplastik lezyonlar ve sıklıkla 2 cm'den büyük pedüküller lezyonlar görülür. Bu lezyonlar ağızdan patojenlere karşı artan inflamatuvar yanıt sonucu oluşur ve genellikle gebelikten sonra geriler. Eksizyon nadiren yapılır. Eğer ciddi ağrı, kanama ya da çiğnemeyi etkileyen bir durum varsa eksizyon gerekli olabilir.
Diş sallanması	Gebelikte dişi destekleyen ligament ve kemiklerde geçici olarak yumuşama oluşur. Bunun sonucu diş sallanmaları artar. Normalinde bu değişimlere bağlı diş kayıpları oluşmaz. Ancak diğer komplikasyonlarla birlikte oluştuğunda diş kayıplarına neden olabilir.
Diş erozyonu	Gebelikte diş minesinde erozyon yaygın görülür. Bunun nedeni gebeliğin geç döneminde oluşan gastrik reflü, hiperemezis gravidarum ya da sabah bulantı kusmalarına bağlı dişin gastrit aside maruziyetinin artmasıdır. Kusma sonrası ağızdaki asitleri nötralize etmek için gebe ağzını sodyum bikarbonat solüsyonu (bir bardak su içene 1 çay kaşığı sodyum bikarbonat) ile çalkalamalıdır.
Diş çürüğü	Gebelikte ağız içi asit artışına bağlı diş çürükleri oluşabilir. Bu dönemde prenatal ağız bakımı dikkat edilmelidir.
Periodontitis	Tedavi edilmeyen gingivitisler peridontitise ilerler. Plaklar dişte yapışarak, bakteriyel toksin salgılayarak kemik ve diş etinde yıkıcı cepler oluşturur. Buna bağlı diş sallanması, kemik kaybedilmesi ve bakteriyemi oluşumu görülebilir.

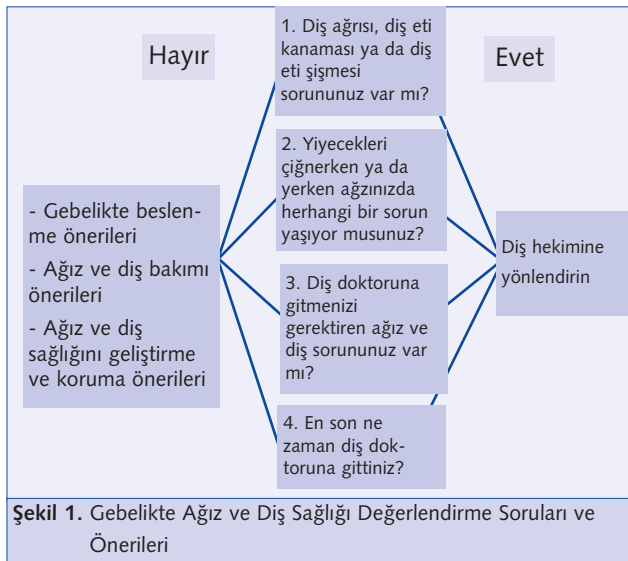
diş sağlığının geliştirilmesi ve korunması prenatal bakımın önemli bir parçasıdır (5,22,23).

Ağız ve Diş Sağlığının Geliştirilmesi

Ağız sağlığı geçmişte hemşirelerin öncelikli olarak değerlendirdikleri alan değilken günümüzde hemşirelerin artan farkındalık, bilgi ve becerileriyle birlikte sağlığın sürdürülmesi için her yaş grubundaki kadın için önemini savunmaktadırlar. Ağız sağlığının gelişip korunması için hemşireler önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler (4,10). Hemşirenin rol ve sorumlulukları tarama, ağız, diş bakımı, beslenme ve doğum sonrası dönemde ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Tarama

Hemşireler gebelerin ağız sağlığı konusunda sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde önemli rol oynar. Bu nedenle ağız diş sağlığını değerlendirmek amacıyla tarama formları oluşturulmalı ve ilk prenatal ziyarette gebenin ağız sağlığı değerlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi'ne göre gebenin ilk izleminden üçüncü izlemine kadar hemşirenin ağız, diş sağlığı konusuna danışmanlık ve bilgilendirme yapmasını önermektedir (24). Fakat, rehberde ağız, diş sağlığı sorunlarının sorgulanması ve değerlendirilmesi üzerinde durulmamaktadır. Toplum sağlığında hemşireler her yaş grubundaki kadınlara kolaylıkla ulaşabilecekleri için gebeliğin erken dönemlerinde ya da gebelik öncesinde oluşturulan kontrol listesiyle birçok kadının taranmasını sağlayabilir. Kontrol listesi; gebenin şu anda var olan diş ve diş eti sorunları, besini çiğneme sorunu ve diş hekimine gitme durumunu içermelidir (4,10,25,26).



Ülkemizde periodontal hastalıkların yaygın olması ve gebelikteki olumsuz etkileri nedeniyle ağız sağlığının değerlendirilmesi ve bakımı prekonsepsiyonel bakım kapsamında olmalıdır (27). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2013) ve National Maternal and Child Oral Health Resource Center (2012), Clemmens and Kerr'in (2008) yayınladıkları makalede hemşirelerin gebelerin ağız, diş sağlığını değerlendirmek amacıyla kullanabilecekleri soru formundan bahsetmişlerdir (4,10,25). Ülkemizde hemşirelerin kliniklerde kullanabilecekleri gebelikte ağız, diş sağlığı formu bulunmamaktadır. Hemşirelerin prenatal değerlendirmede kullanabilecekleri örnek form Şekil 1'de gösterilmiştir. Hemşire prenatal değerlendirmeye gelen gebeye karşılıklı görüşme yöntemiyle formda yer alan sorularla tarama yapmalı ve ağız, diş sağlığını geliştirmesi ve korunması için gebeye önerilerde bulunmalıdır. Gebenin ağız, diş sağlığını geliştirmek için hemşirelik girişimleri; ağız bakımı, beslenme ve doğum sonrası dönemde ağız sağlığını korunmasına ilişkindir. Tarama sonrası sorun yaşayan (soru 1,2,3) gebeler mutlaka diş hekimine yönlendirilmelidir. Son 6 ay içerisinde diş hekimine gitmeyen gebeler de (soru 4) diş hekimine gitmesi konusunda bilgilendirilmelidir.

Ağız ve Diş Bakımı

Hamileliğin ilk aylarında görülen kusma, değişen beslenme alışkanlıkları ve hormonal değişimlerin etkisiyle diş etlerinde hassasiyet ve kanama olabilir. Kanama nedeniyle gebeler diş fırçalamayı bırakmamalıdır. Diş eti iltihabı, dişlerin ve diş etlerinin etkin bakımı ve temizlenmesi ile önlenir. Her gün en az iki kere, gerekli olan durumlarda her yemekten sonra dişler florürlü diş macunu ile fırçalanmalıdır. Diş plakları yalnızca fırçalama ile yeterli temizlenmez. Bu yüzden diş araları günde bir kere diş ipi ile temizlenmelidir. Diş fırçaları 3-4 ayda, eğer fırça kılları yıprandıysa daha sık aralıklarla değiştirilmelidir. Kadınlara 6 ayda bir diş doktoruna gitmeleri konusunda bilgi verilmelidir. Tütün ve tütün ürünleri tüketilmemelidir. Çünkü sigara içenlerde, içmeyenlere göre dört kat daha fazla diş eti hastalıkları olduğu belirtilmektedir. Gebeler diş hekimi önermedikçe özel ağız gargaraları kullanmamalıdır (4,11,25,28).

Gebelikte hiperemeseze bağlı kusmalar; yetersiz beslenmeye ve periodontal hastalıkların artmasına neden olabilir. Gebeler bulantı ve kusmayı

önleyebilmek için gün boyunca küçük besleyici öğünler tüketmelidir. Buna ek olarak, bulantıları azaltmak için zencefil kullanılabilir, yemeklerden sonra şekersiz ya da xylitol içeren sakız çiğneyebilirler. Kusma sonrası ağızdaki asitleri nötralize etmek için bir bardak su içine sodyum bikarbonat koyup çalkalamalıdır (4,25,26,29).

Beslenme

Gebelikte yeterli ve dengeli beslenme annenin olduğu kadar doğacak bebeğin de diş sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Diş gelişimi embriyonel yaşamın altıncı haftasından önce başlar ve gebeliğin üçüncü ayının bitiminde dişler tanınır duruma gelir. Sağlıklı diş gelişimi için kalsiyum, fosfor ve vitamince zengin besinler yeterince alınmalıdır. Gebelik sırasında annenin dişlerinden kalsiyum kaybı olduğu ve diş kaybı yaşayacağı yanlış bir inanıştır. Eğer gıdalarla yeterli kalsiyum alınamazsa fetüsün gelişimi için gerekli olan miktar annenin kemiklerinden karşılanır. Yani dişlerden kalsiyum çözünmesi olmaz. Gebeler yeterli ve dengeli beslenmeye, yalnızca yemek sırasında bir miktar glikoz almaya, tavsiye edilen günlük meyve öğününü tüketmeye dikkat etmelidir. Gebeler hazır meyve suyu yerine su ya da süt tüketmelidir. Eğer diş etlerinde hassasiyet varsa meyveyi sıkarak posasıyla birlikte tüketmelidir (13,25,30).

Doğum sonrası dönem

Kadınların postpartum dönemde periodontal sorunlarının önemli ölçüde azaldığı, doğum öncesine göre daha iyi olduğu bilinmektedir. Fakat, kadınlar doğum sonrasında da ağız ve diş sağlığını geliştirmeli ve korumalıdır. Unutmamalı ki bebekler diş çürüğüne neden olan bakterileri doğar doğmaz edinirler. Bu nedenle bebeğin ağız ve diş sağlığının korunması için ebeveynler rutin ağız bakımı konusunda bilgilendirilmeli ve diş hekimine yönlendirilmelidir. Uzun süre biberon kullanılması, tatlandırılmış sıvılar verilmesi, emzik kullanılması, emziklerin bal, pekmez, reçel gibi maddelere batırılarak verilmesi bebeğin bütün dişlerini etkileyen ve çok hızlı ilerleyen çürüklerin oluşmasına neden olur. Bebeğin diş etleri her sabah ve yatmadan önce temiz bir bez ya da gazlı bezle silinmelidir. Mamayla beslenen bebeklere ise her beslemeden sonra, ağız temizliğini sağlamak ve pamukçuğu önlemek için 1-2 kaşık kaynatılarak bekletilmiş su verilebilir (16,22,31,32).

Sonuç olarak, hemşireler toplum sağlığının iyileştirilmesinde büyük bir sorumluluğa sahiptir. Gebeliğin erken dönemlerinde ya da gebelik öncesinde, oluşturulan kontrol listesiyle kadınlar taranmalı ve yetersiz ağız hijyeninin olumsuz maternal ve fetal sonuçları konusunda bilgilendirmelidir. Unutmamalı ki, kadınların gebelikte ağız sağlığının önemi konusundaki farkındalıkları arttıkça, ağız sağlığını geliştirmeye yönelik danışmanlığı kendileri talep edeceklerdir. Genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ağız ve diş sağlığında da tedaviden çok korunmaya yönelik hizmetlerin ön planda olması, toplumun genel ağız, diş sağlığı düzeyinin iyileştirilmesi ve ortaya çıkan sorunların erken dönemde saptanması açısından önemlidir. Ülkemizde koruyucu diş sağlığı hizmetleri geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır (4;33).

İletişim: Meltem Mecdi

E-posta: meltemecdi@hotmail.com

Kaynaklar

1. Bodur S, Özcan E, Gün İ. Gebeliğin Periodondolojik Hastalığı: Gingivanın Hamilelik Tümörü. Perinatoloji Dergisi 2010;18(2):58-55.
2. Armitage GC. Clinical Evaluation Of Periodontal Diseases. Periodontology 2000; 7(1): 39-53.
3. Kısa S, Zeyneloğlu S. Doğum Sonu Servisinde Yatan Kadınların Gebelikteki Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Diş Hekimine Gitme Durumları. TAF Prev Med Bull 2013; 12(1):65-74.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan. Committee Opinion. ACOG 2013; 569(122): 422 – 417. http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Health_Care_for_Underserved_Women/Oral_Health_Care_During_Pregnancy_and_Through_the_Lifespan.
5. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, E Yeo AE. How Do Dental and Prenatal Care Practitioners Perceive Dental Care During Pregnancy? Current Evidence and Implications. BIRTH 2012;39(3): 247-238.
6. Bamanikar S, Kee KL. Knowledge, Attitude and Practice of Oral and Dental Healthcare in Pregnant Women. Oman Medical Journal 2013;28(4): 291-288.
7. Ceylantekin Y, Alikaya C, Köken GN. Ağız ve Diş Hijyeninin Erken Doğumla İlişkisinin Değerlendirilmesi. J Gynecol Obst 2011;21(3): 184-9.
8. Mills LW, Moses DT. Oral Health During Pregnancy MCN, American Journal of Maternal Child Nursing 2002; 27(5):280-275.

9. Öztürk KL, Akyüz S, Garan A, Yarat A. Salivary and Dental - Oral Hygiene Parameters in 3rd Trimester of Pregnancy and Early Lactation: The Effect of Education. *Marmara Dental Journal* 2013; 1(1):8 – 1. doi: 10.12990/MDJ2013127.
10. Clemmens DA, Kerr AR. Improving Oral Health in Women. *Nurses' Call to Action. MCN*; 2000;33(1):14-10.
11. Ünsal A. Hijyen Uygulamaları. Aştı AT, Karadağ A, editör. *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. 1. Basım. İstanbul: Akademi; 2012. p. 452 – 453.*
12. Ehlers V, Callaway A, Azrak B, Zock C, Willershausen B. Survey of Caries Prevention in Perinatal . *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2014; 39(4), p 253–259.* doi: 10.1097/NMC.0000000000000045.
13. Geisinger ML, Geurs NC, Bain JL, Kaur M, Vassilopoulos PJ, Cliver SP, Hauth JC, Reddy MS. Oral Health Education and Therapy Reduces Gingivitis during Pregnancy. *Procter & Gamble Corporation* 2013. doi:10.1111/jcpe.12188.
14. Koçyiğit İD, Taşkaldıran A, Alp YE, Tekin U, Atıl F, Tüz HH, Sağsöz N. Preterm Eylemle Sonuçlanan Odontojen Kaynaklı Enfeksiyon. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2011; 28(3): 203-7.
15. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral Health During Pregnancy. *American Family Physician* 2008; 77(8): 1139-1144. <http://www.aafp.org/afp/2008/0415/p1139.pdf>
16. Çubukçu EÇ. Prenatal Dönemde ve Bebeklikte Ağız ve Diş Sağlığı. *Güncel Pediatri* 2007;5(1): 81–77.
17. Lachat MF, Solnik AL, Nana AD, Citron TL. Periodontal Disease in Pregnancy: Review of the Evidence and Prevention Strategies. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2011; 25(4): 319-312. doi: 10.1097/JPN.0b013e31821072e4.
18. Hullah E, Turok Y, Nauta M, Yoong W. Self-Reported Oral Hygiene Habits, Dental Attendance and Attitudes to Dentistry During Pregnancy in A Sample Of Immigrant Women In North London. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277(5): 40-405. doi 10.1007/s00404-007-0480-8.
19. Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantelis E, et al. Pregnancy and oral health: Utilisation of dental services during pregnancy in Northern Greece. *Acta Obstet Gynecol* 2007;86(1):938-944.
20. Güçlü S, Uysal M. Kırsal Bölgelerde Yaşayan Kadınlara Verilen Sağlık Eğitimi Programının Yetişkin Eğitimi Açısından Değerlendirilmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2011; 34: 145- 133-145.
21. Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and Dental Health Care Practices in Pregnant Women in Australia: A Postnatal Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008; 8(13): 6-1.
22. Bertness J, Holt K. Oral Health Care During Pregnancy: A Resource Guide 2012. National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University. Accessed September 18, 2014, at <http://www.mchoralhealth.org/PDFs/OralHealthPregnancyResGuide.pdf>
23. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, Sriram SK, Rao P, Bhupathi A, Bodduru RR, Patil NN. Management of Pregnant Patient in Dentistry. *Journal of International Oral Health* 2013; 5(1):97-88.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Accessed December 18, 2014, at http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0%C4%B0M/25_01_2011_15_42_40.pdf
25. National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Washington University. Oral health care during pregnancy: A national consensus statement 2012. Georgetown University. Accessed September 20, 2014, at http://www.mchoralhealth.org/materials/consensus_statement.html
26. National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University. Access to Oral Health Care During the Perinatal Period: A Policy Brief © 2008. Accessed October 18, 2014, at <http://www.mchoralhealth.org/PDFs/PerinatalBrief.pdf>
27. Baysoy NG, Özkan S. Yüksek Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Med J* 2012; 23: 77-90.
28. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. *Hygiene. Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care. 7nd ed. China: Wolters Kluwer Health; 2011. p.869-873.*
29. Mecdi M, Rathfisch G. Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. *F.N. Hem. Derg* 2013; 21(2): 38-129. ISSN 2147-4923
30. Horasan NE. Beslenme. Beslenme. Aştı AT, Karadağ A, editör. *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. 1. Basım. İstanbul: Akademi; 902*
31. Muwazi L, Rwenyonyi MC, Nkamba M, Kutesa A, Kagawa M, Mugenyi G, Kwizera G, Okullo I. Periodontal Conditions, Low Birth Weight and Preterm Birth Among Postpartum Mothers in Two Tertiary Health Facilities in Uganda. *BMC Oral Health* 2014;14(42):8 – 2.
32. Vatandaş NŞ. Bebek bakımında aileye öneriler. *Sted* 2004;13(1): 8-6.
33. International Council of Nurses: ICN. 2014 - Nurses: A Force For Change A Vital Resource For Health International Nurses. Accessed December 18, 2014, at http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_Kit_2014.pdf.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi, becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

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

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

Yazarlar: Yazarların akademik derecesi, çalıştığı kuruluş, iletişim bilgileri, adı soyadı belirtilmelidir. Altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir. Metnin ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta, açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular vesonuçlar bulunmalıdır. Öz 150-175 sözcükten oluşmalıdır. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır. Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcükler, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmelidir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

3. Giriş: Makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

4. Gereç ve Yöntem: Çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını açıklayınız.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

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

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

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayıp. Ana metin, tablolar ve alt

yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır.

"Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

Dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increasead 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>

9. Tablolar: 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: Şekil ve fotoğraf altlarına açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

Sayfa numaraları: Başlık sayfasından başlayarak, numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

Başlıklar: Yazının ana başlığı ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

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.

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

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

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

Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ile belirtilir.

Sözcük sayısı: Sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılması olmalı, çeviri yapılan yazının aslı gönderilmelidir.

Çalışmanın gönderilmesi: Çalışmalar tüm yazarların imzaladığı Yayın Hakkı Devir Formu (erişim www.ttb.org.tr/STED) ile gönderilmelidir.

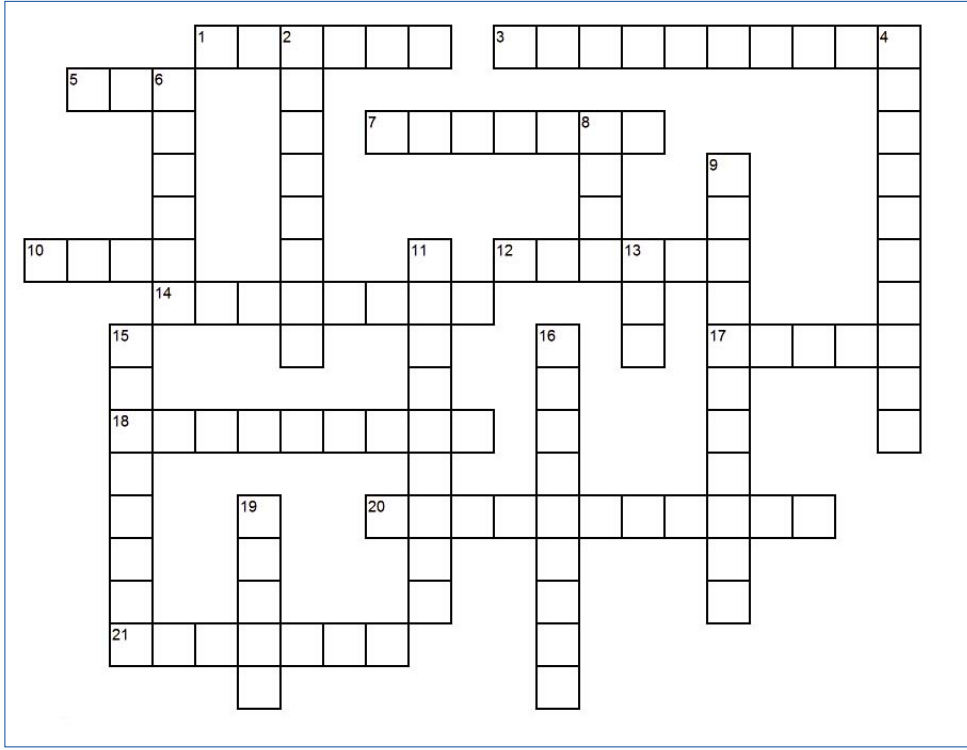
Yazılar: sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır.

Ödüllü Bulmaca

The Award-Winning Puzzle



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **1 TTB - STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi**" kitabını armağan ediyoruz.



1. Gebelikte dişlerin tedavisi açısından en uygun haftaların başlangıcı olan hafta. **2.** Çocuk istismarı türlerinden biri. **3.** Periodontal hastalıkların görülme biçimlerinden biri. **4.** En çok bilinen hastalık vektörü. **5.** Bezoarları oluşturan materyallerden biri. **6.** Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği. **7.** Triko bezoarların en sık görüldüğü grup. **8.** Sivrisineklerin ulaşımı ve yayılmasında önemli faktörlerden biri. **9.** Şiddeti, doğanın kendisinde var olduğu biçimiyle bir çatışma olarak ilk dile getiren düşünürlerden biri. **10.** Dünya Sağlık Örgütü 2002 verilerine göre şiddetin en fazla görüldüğü yer. **11.** Dünya'da insidansı en hızlı artış gösteren vektör kaynaklı hastalık. **12.** İnsanlarda ciddi

hastalıklara neden olan, enfekte bir insan ya da hayvandan diğerlerine patojenleri ve parazitleri aktarabilen organizmalar. **13.** Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği Gençlik Kolu çalışmalarına katılan gruplardan biri. **14.** Avrupa'daki en büyük nüfusa sahip etnik azınlık. **15.** Kum sineği. **16.** Saç yeme. **17.** Dünya Sağlık Örgütü 2002 verilerine göre şiddete en fazla uğrayan grup. **18.** Şiddet türlerinden biri. **19.** Dünya'nın en ölümcül hastalığı. **20.** Dişleri çevreleyen destek dokuların bakteriyel enfeksiyonlara karşı verdiği lokalize inflamasyon ile karakterize hastalık. **21.** Periodontal hastalıklardan gingivite diş etlerinin görünümü.