



---

Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınmaların İncelenmesi	1
Bir Devlet Hastanesinde Tedavi Gören Koroner Kalp Hastalarının Beslenme Durumları, Yağ Tüketimi ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları	8
Gebelerin Pasif İçiciliğın Fetüs ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgileri	16
Özel Araçlarda Tütün Ürünleri Tüketiminin Tümüyle Önlenmesi Neden Önemli? Tütün Kontrolü Açısından Değerlendirmeler	25
Alzheimer Hastalığı'nda Fiil Ehliyeti	30

---



## Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner

Doç. Dr. Aysun B. Odabaşı

## Bilimsel Danışma Kurulu

## Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

## Adli Tıp

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Ümit Biçer

## Aile Hekimliği

Dr. Mehmet Özen

## Çocuk Cerrahisi

Prof. Dr. Onur Özen

## Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrin)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. S. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)

Dr. Adnan Yüce

## Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

## Deri Hastalıkları

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

## Tıp Tarihi ve Etik

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

## Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

## Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

## Genel Pratisyenlik

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

## Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

## İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

## Kadın Hastalıkları ve Doğum

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

## Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

## Nöroloji

Prof. Dr. Özden Şener

## Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

## Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

## Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

## Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

## Tıp Hukuku

Av. Mustafa Güler

## Araştırma/Research

## Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınlıkların İncelenmesi

1

Dr. Zeynep Daşkan, Dr. Aynur Saruhan

## Bir Devlet Hastanesinde Tedavi Gören Koroner Kalp Hastalarının Beslenme Durumları, Yağ Tüketimi ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları

8

Dr. Fulya Sarper, Dr. Mehmet Güllü

## Gebelerin Pasif İçiciliğin Fetüs ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgileri

16

Sevda Atalay, Dr. Şafak Dağhan, Aslı Kalkım

## Derleme/Review Article

## Özel Araçlarda Tütün Ürünleri Tüketiminin Tümüyle Önlenmesi Neden Önemli?

## Tütün Kontrolü Açısından

## Değerlendirmeler

25

Mustafa Seydioğulları Dr. Dilek Aslan, Erdem İlker Mutlu

## Alzheimer Hastalığı'nda Fiil Ehliyeti

30

Dr. Özge Gülmez, Dr. Ali Rıza Tümer, Dr. Emre Karacaoğlu, Dr. Ramazan Akçan, Dr. Aysun Balseven Odabaşı

## TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013 Sonuçları

\*



## Kapak Fotoğraf:

"Merak"

Tıp Öğr. Kübra Canaslan

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat





### Merhaba,

Zeynep Daşkan ve Aynur Saruhan "Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınmaların İncelenmesi" isimli araştırmalarında çalışmaya katılan hemşirelerin %91,5'inin menstrüasyonla ilgili en az bir yakınma yaşadığı, %61,5'nin menstrüel dönemlerde kişiler arası ilişkilerinin bozulduğu belirlenmiştir. Bu araştırmanın sonucunda, çalışan hemşirelerin yüksek düzeyde menstrüel yakınmalar yaşadığı, bu durumun kişisel ve mesleki işlevselliğini etkilediği saptanmıştır. Fulya Sarper ve Mehmet Güllü "Bir Devlet Hastanesinde Tedavi Gören Koroner Kalp Hastalarının Beslenme Durumları, Yağ Tüketimi ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları" isimli araştırmalarında bir devlet hastanesinde yatarak tedavi gören, tanısı yeni konmuş ya da önceden belirlenmiş ve tedavisi sürmekte olan 75 koroner kalp hastasının beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklıkları ile bireylerin fiziksel aktivite durumları incelenmiştir.



Fotoğraf: "Kurdelalar" Dr. Çisem Yeşil, Ankara  
STED Fotoğraf Yarışması 2013 Sergi Ödülü

Sevda Atalay ve arkadaşları "Gebelerin Pasif İçiciliğinin Fetüs ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgileri" isimli araştırmalarında, gebelerin sigara kullanımı ya da maruz kalma durumlarını, pasif içiciliğinin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusundaki bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlamışlar. Çalışmada gebelerin eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı / maruz kalma durumu, evinde sigara içen birey varlığı ve pasif içiciliğinin aktif içicilik kadar etkili olduğunu bilme durumu ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Mustafa Seydioğulları ve arkadaşları "Özel Araçlarda Tütün Ürünleri Tüketiminin Tümüyle Önlenmesi Neden Önemli? Tütün Kontrolü Açısından Değerlendirmeler" isimli çalışmalarında pasif ve üçüncü el sigara dumanı riskleri dikkate alındığında, ülkemizde Haziran 2013 tarihinde yürürlüğe giren düzenlemeyle, "özel araçlarda sürücünün sigara içiminin yasak olması", bu yasağın araç içindeki diğer bireyler için uygulanmaması nedeniyle, ilgili düzenlemenin "eksik" bir yaklaşım olduğunu ileri sürmektedir. Bu makalede sigara dumanından pasif etkilenimle ilgili kamusal güncel düzenlemeler ele alınmış, son dönem düzenlemelere ilişkin değerlendirmelere yer verilmiştir.

Özge Gülmez ve arkadaşları "Alzheimer Hastalığı'nda Fiil Ehliyeti" isimli derlemelerinde Dünya'da ve ülkemizde yaşam süresinin uzaması ile Alzheimer hastalığına yakalanan kişi sayısında artış olduğunu belirtmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte bu hastalar, vasi tayinine ihtiyacı olup olmadığı, fiil ehliyetinin tam olup olmadığı hususlarının değerlendirilmesi amacıyla eskiye oranla daha sık adli tıbbi muayeneye gönderilmektedir. Geç dönem Alzheimer'lı hastaların adli tıbbi muayeneleri fiil ehliyeti açısından genellikle bir sorun oluşturmazken, erken ve orta evre Alzheimer hastalarının adli tıbbi değerlendirmesinde sorunlar yaşanabilmektedir. Yazarlar fiil ehliyeti konusunda karar verilmeye özellikle Alzheimer hastalarında tam ve ayrıntılı bir değerlendirmenin önemini vurgulamaktalar.

**Bilimsel ve dostça ...**

# savim

Türk Tabipleri Birliği Sağlık Veri ve İstatistikleri Merkezi

**Mesleğinde Çalışan Hekimler**

**OECD:**  
Mesleğinde çalışan hekimler, doğrudan hastalara hizmet verirler.

**Kapsam:**

- = Üniversite düzeyinde tip eğitimi tamamlamış (geçerli diploması bulunan) ve hekimlik yapma yetkisi olan kişiler
- = Geçerli diploması bulunan ve mezuniyetleri sonrasında bir sağlık kurumundaki asistanları sırasındaki diğer hekimlerin gözetimi altında hizmet veren asistan ve stajyer hekimler
- = Tamamlanmış hizmet yerine bağlı olmaksızın ücretli ve kendi hesabına hizmet veren hekimler
- = Hekimlik yapma yetkisine sahip ve aktif olarak çalışan yabancı hekimler

**Kapsamaz:**

- = Henüz mezun olmamış tıp öğrencileri
- = Diş hekimleri ve Ağız sağlığı uzmanları/Ağız-dış cerrahları
- = Yönetim, araştırma ve hastalara doğrudan temas bulunmadığı diğer görevlerde çalışan hekimler
- = İşsiz hekimler ve emekli hekimler
- = Yurtdışında çalışan hekimler.

**ECHIM:**  
Bu göstere, 100000 kişi başına toplam hekim sayısı olarak tanımlanır.

Hekimler, I2221 koduyla ISCO 88'de tanımlanmış üzere koruyucu ve tedavi edici önlemleri uygulayan, kavramlar, kuramlar ve uygulama yöntemleri geliştirir, tıp ve sağlık hizmeti alanında araştırma yapar. Hekim, üniversite düzeyinde tip eğitimi tamamlamış kişidir. Hekimlik mesleğini bağımsız olarak uygulama (kuruma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon) konusunda yasaları yetkilendirilmiş olarak, çoğunlukla bir hastanede (6 aydan 1 yıla kadar ya da daha uzun süreli) mezuniyet sonrası ek eğitim almak zorundadır. Kendi işyerini kurabilmek için ek koşulları yerine getirmesi gerekir. Göstere aşağıdaki alt kategorilere ayrılabilir:

1. Mesleğinde çalışan hekimler
2. Meslekte olarak etkin olan hekimler
3. Ekonomik çalışmaya yetkili hekimler
4. Mesleğinde çalışmaya yetkili hekimler

Göstere, belirli bir yılda toplam hekim sayısının söz konusu yıldaki yıl ortası nüfusuna bölünmesiyle hesaplanır, 100000 kişi başına hekim sayısı olarak ifade edilir.

	Veri var	Veri yok	Veri oluşturulmuş	Veri hesaplanmıyor
AF	10	10	10	10
AL	10	10	10	10
AR	10	10	10	10
AU	10	10	10	10
BG	10	10	10	10
BR	10	10	10	10
CA	10	10	10	10
CH	10	10	10	10
CZ	10	10	10	10
DE	10	10	10	10
DK	10	10	10	10
EE	10	10	10	10
ES	10	10	10	10
FI	10	10	10	10
FR	10	10	10	10
GB	10	10	10	10
GR	10	10	10	10
HR	10	10	10	10
HU	10	10	10	10
IE	10	10	10	10
IL	10	10	10	10
IN	10	10	10	10
IS	10	10	10	10
IT	10	10	10	10
JP	10	10	10	10
KE	10	10	10	10
KR	10	10	10	10
LT	10	10	10	10
LU	10	10	10	10
LV	10	10	10	10
ME	10	10	10	10
MT	10	10	10	10
NL	10	10	10	10
NO	10	10	10	10
NZ	10	10	10	10
PE	10	10	10	10
PL	10	10	10	10
PT	10	10	10	10
RO	10	10	10	10
RU	10	10	10	10
SE	10	10	10	10
SI	10	10	10	10
SK	10	10	10	10
TR	10	10	10	10
UK	10	10	10	10
US	10	10	10	10
ZA	10	10	10	10

**practising physicians**

**Dosyalar**

- Mesleğinde çalışan hekimler, 1000 kişilik nüfus başına yoğunluk, 34.1 kB
- OECD+2007
- Mesleğinde çalışan hekimler, çalışan kişi sayısı, 34.1 kB
- OECD+2007
- Mesleğinde çalışan hekimler, toplam sağlık istihdamı içindeki yüzdesi, 29.1 kB
- OECD+2007
- Mesleğinde çalışan kadın hekimler, 1000 kişilik nüfus başına yoğunluk, 31.6 kB
- OECD+2007
- Mesleğinde çalışan kadın hekimler, çalışan kişi sayısı, 31.6 kB
- OECD+2007
- Mesleğinde çalışan kadın hekimler, hekimler içindeki yüzdesi, 31.1 kB
- OECD+2007
- Mesleğinde çalışan kadın hekimler, toplam sağlık istihdamı içindeki yüzdesi, 28.6 kB
- OECD+2007
- Mesleğinde çalışan kadın hekimler, çalışan kişi sayısı, 51.1 kB
- OECD+2007
- Hastanelerde çalışan hekimlerin yüzdesi, 52.1 kB
- WHOFA+2007
- Hekimler, tam zaman eşdeğeri (FTE) 100000 kişi başına, 46.1 kB
- WHOFA+2007
- Hekimler, tam zaman eşdeğeri (FTE), 40.1 kB
- WHOFA+2007
- Hekimlerin sayısı (varı zamanlı), 40.1 kB
- WHOFA+2007
- Hekimlerin sayısı (varı zamanlı), 19.1 kB
- WHOFA+2007
- Mesleğinde çalışan hekimler, 100000 kişi başına, 18.1 kB
- EUROSTAT+2009
- Çalışma yetkisi bulunan hekimler, 100000 kişi başına, 18.1 kB
- EUROSTAT+2009



# Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınmaların İncelenmesi\*

## Determination of Menstrual Complaints Among Nurses

Araştırma



Research

Dr. Zeynep Daşkan\*\*, Dr. Aynur Saruhan\*\*

Geliş tarihi : 31.10.2013  
Kabul tarihi: 20.12.2013

### Öz

**Amaç:** Araştırma, çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve örneklem seçim ölçütlerine uyan 200 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanması için araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu ve Rudolf H. Moos tarafından geliştirilen Menstrüel Distres Şikâyet Listesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, varyans analizi, ileri analizde Scheffe testi, ve t- testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $29,5 \pm 5,8$ 'dir. Hemşirelerin %91,5'inin menstrüasyonla ilgili en az bir yakınma yaşadığı, %61,5'nin menstrüel dönemlerde kişiler arası ilişkilerinin bozulduğu, %32,5'inin menstrüel yakınmalarına karşı önlem aldığı, önlem alanların %63,0'ının ilaç kullandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin âdet öncesi dönemde en fazla gerginlik (%90,0), sırt ve bel ağrısı (%86,5) yaşadıkları saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu araştırmanın sonucunda, çalışan hemşirelerin yüksek düzeyde menstrüel yakınmalar yaşadığı, bu durumun kişisel ve mesleki işlevselliğini etkilediği saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Menstrüel yakınma; Premenstrüel sendrom; Dismenore; Hemşire

### Abstract

**Objective:** This descriptive study was planned to determine the menstrual complaints of nurses and the related factors affecting these complaints.

**Material and Method:** The study has been carried out among 200 nurses working at İzmir Atatürk State Hospital, in compliance with the sample selection criteria. The data were collected via a questionnaire prepared by the researcher using the Menstrual Distress Questionnaire developed by Rudolf H. Moos. Data were analyzed by using the SPSS program and percentage, arithmetic average, Scheffe test, the t-test and variance analysis were carried out.

**Results:** The mean age of the nurses was  $29.5 \pm 5.8$ . Ninety one point five percent of the nurses experienced at least one menstrual complaint, 61.5% of them stated disruption in their interpersonal relationships, 32.5% of them took precaution(s) against menstrual complaints during the menstrual period. Nurses mostly experienced irritability (90.0%) and back pain (86.5%) in the menstrual period.

**Conclusion:** It was found that nurses experienced high rates of menstrual complaints; these complaints affected their interpersonal relationships and occupational productivity.

**Key words:** Menstrual complaints; Dysmenorrhea; Premenstrual syndrome; Nurse

\* Bu çalışma 16-21 Mayıs 2006 tarihlerinde Antalya'da yapılan 5. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. Literatür verileri bu yayın için güncellenmiştir.

\*\*Ege Ü. Hemşirelik Fak., Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD, İzmir

## Giriş

Menstrüel yakınmalar tüm vücut sistemlerine ilişkin pek çok semptomu içermektedir. Üreme çağındaki kadınların %70-90'ının menstrüel yakınmaları deneyimlediği, %20-40'ında bu yakınmaların yaşam kalitelerini etkileyecek düzeyde, %5-10'unda ise çok şiddetli bir biçimde yaşanmakta oldukları kabul edilmektedir (1, 2).

Premenstrüel sendrom (PMS), menstrüasyonun başlamasından 7-10 gün önce ortaya çıkan ve menstrüasyonun başlamasıyla hızla düzelen, çoğu siklusa yineleyen fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomlar topluluğudur. Menstrüasyon süresince tanımlanan ağrıya ise dismenore denilmektedir. Prementruel sendrom ve dismenore kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve yaygın görülen kadın sağlığı sorunlarıdır (1,3). Birçok çalışmada premenstrüel dönemde, sinirlilik-kızgınlık, aşırı duyarlılık, anksiyete, depresyon, nedensiz ağlama, gerginlik, sosyal ilişkilerden kaçınma, iştah artması, menstrüel dönemde ise; karın ağrısı, baş ağrısı, memelerde ağrı-şişlik, kilo alma, yorgunluk, eğitim ve çalışma gücünde azalma gibi yakınmaların yaşandığı saptanmıştır (1- 6).

Menstrüasyon döngüsünde yaşanan yakınmalar yalnızca kişiyi etkilememekte, ayrıca kadınların aile, iş ve arkadaş ilişkilerinde sorun oluşturmaktadır. Belirti yaşayan kadınların hata/kaza, alkol/madde kullanımı ve suça eğilim yüzdelerinde artışlar olduğu bildirilmektedir (4, 7, 8). Menstrüel yakınmaların eğitim ve işgücü kaybına neden olduğu ve bunun sonucu olarak ekonomik kayıplara yol açtığı bilinmektedir (1). Günümüzde çalışan kadın sayısı giderek artmakta olduğundan, ekonomik kaybın da zamanla artacağı düşünülmektedir. Hemşirelik mesleği kadınlar tarafından hizmet verilen bir sağlık disiplini. Hemşirelerin de verimli, kapsamlı bir sağlık bakım hizmeti vermesi ancak onların iyilik durumlarının sağlanması ile olanaklı olacaktır. Bu araştırma hastane ortamında çalışan hemşirelerin yaşadıkları menstrüel yakınmaları ve bunlarla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan, araştırma seçim ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 hemşire üzerinde yapılmıştır.

Araştırma verileri, anket formu ve Rudolf H. Moos tarafından geliştirilen Menstrüel Distres Şikâyet Listesi Ölçeği (MDQ) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

**Araştırma Seçim Ölçütleri:** 18-45 yaş arasında olan, son üç aydır düzenli âdet gören ve menstrüel siklus uzunluğu 23-35 gün arasında olan, jinekolojik bir hastalığı olmayan, son üç aydır oral kontraseptif kullanmayan ve emzirmeyen, son üç aydır psikiyatrik bir hastalığı ve buna bağlı ilaç kullanımı olmayan, kronik bir rahatsızlığı olmayan kadınlardan oluşmuştur (9, 10).

## Menstrüel Distres Şikâyet Listesi Ölçeği

**(MDQ):** Menstrüel Distres Şikâyet Listesi Ölçeği'nde 8 alt grup ve her grupta farklı sayıda bileşen olan 47 semptom bulunmaktadır. Semptomların şiddeti âdet dönemi, âdet öncesi ve âdet sonrası dönem için ayrı ayrı belirtilmek üzere 0'dan 4'e kadar puanlanmaktadır. MDQ ölçeğinin Türkçeye çevrilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1992 yılında Kızılkaya tarafından yapılmış ve her alt gruba ilişkin güvenilirlik katsayıları 0,71 ile 0,97 arasında bulunmuştur (2). Bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik analizi menstrüel dönemler için 0,90 ile 0,96 arasında bulunmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 12.0 paket programı kullanılmış, istatistiksel analizde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, varyans analizi, ileri analizde Scheffe testi ve t- testi kullanılmıştır.

## Etik

Araştırmanın yapılması için İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği'nden izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan MDQ ölçeği kullanım izni Nezihe Kızılkaya'dan alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmayla ilgili bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

## Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $29,5 \pm 5,8$ 'dir. Hemşirelerin %53,5'inin evli, %44,0'ının en az bir kez doğum yaptığı, %56,5'inin sigara içtiği, %52,0'ının çay-kahve-kola türü içecekleri aşırı tükettiği, %90,0'ının düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı olarak %54,5'inin 1-10 yıl, %38,5'inin yoğun bakım-acil servis gibi yoğun birimlerde çalıştığı, %61,5'inin kliniklerde, %55,0'ının servis hemşiresi, %70,0'ının gündüz vardiyası-gece nöbeti biçiminde çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %91,5'inin



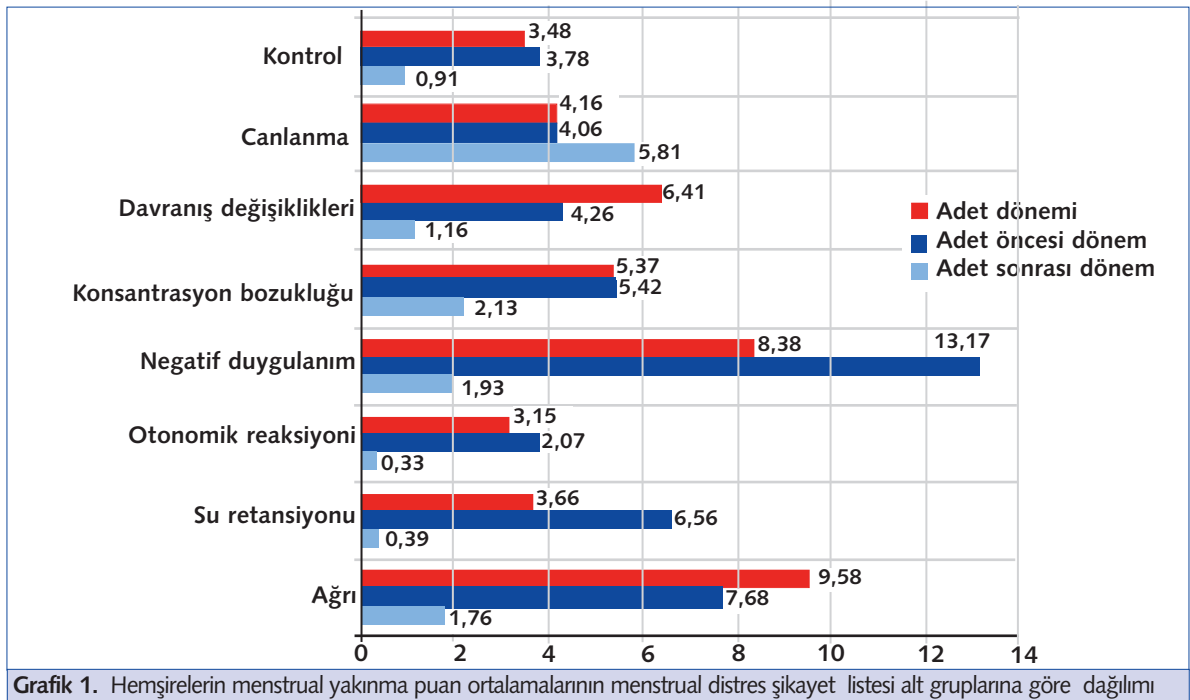
menstrüasyonla ilgili en az bir yakınma yaşadığı, %61,5'inin menstrüel dönemlerde kişiler arası ilişkilerinin bozulduğu, %32,5'inin menstrüel yakınmalarına karşı önlem aldığı, önlem alanların %63,0'ünün ilaç kullandığı saptanmıştır.

Araştırmada kullanılan MDQ ölçeği toplam puanlarına göre, menstrüel yakınmaların en fazla âdet öncesi dönemde ( $48,9 \pm 28,6$ ), âdet döneminde ( $45,3 \pm 29,6$ ) ve az oranda âdet sonrası dönemde ( $14,9 \pm 18,1$ ) yaşandığı saptanmıştır. menstrüel yakınmaların MDQ ölçeği 8 alt grup puan ortalamalarına göre görülme oranları Grafik 1'de gösterilmiştir. Hemşirelerde âdet öncesi dönemde en fazla negatif duygulanım ( $13,2 \pm 7,9$ ), ağrı ( $7,7 \pm 5,0$ ), su retansiyonu ( $6,6 \pm 3,1$ ), âdet döneminde ise en fazla ağrı ( $9,6 \pm 5,3$ ), negatif duygulanım ( $8,3 \pm 7,1$ ), davranış değişiklikleri ( $6,4 \pm 4,3$ ) alt grup semptomları saptanmıştır. Âdet sonrası dönemde ise en fazla canlanma ( $5,8 \pm 3,8$ ) alt grubu pozitif değişiklikleri saptanmıştır.

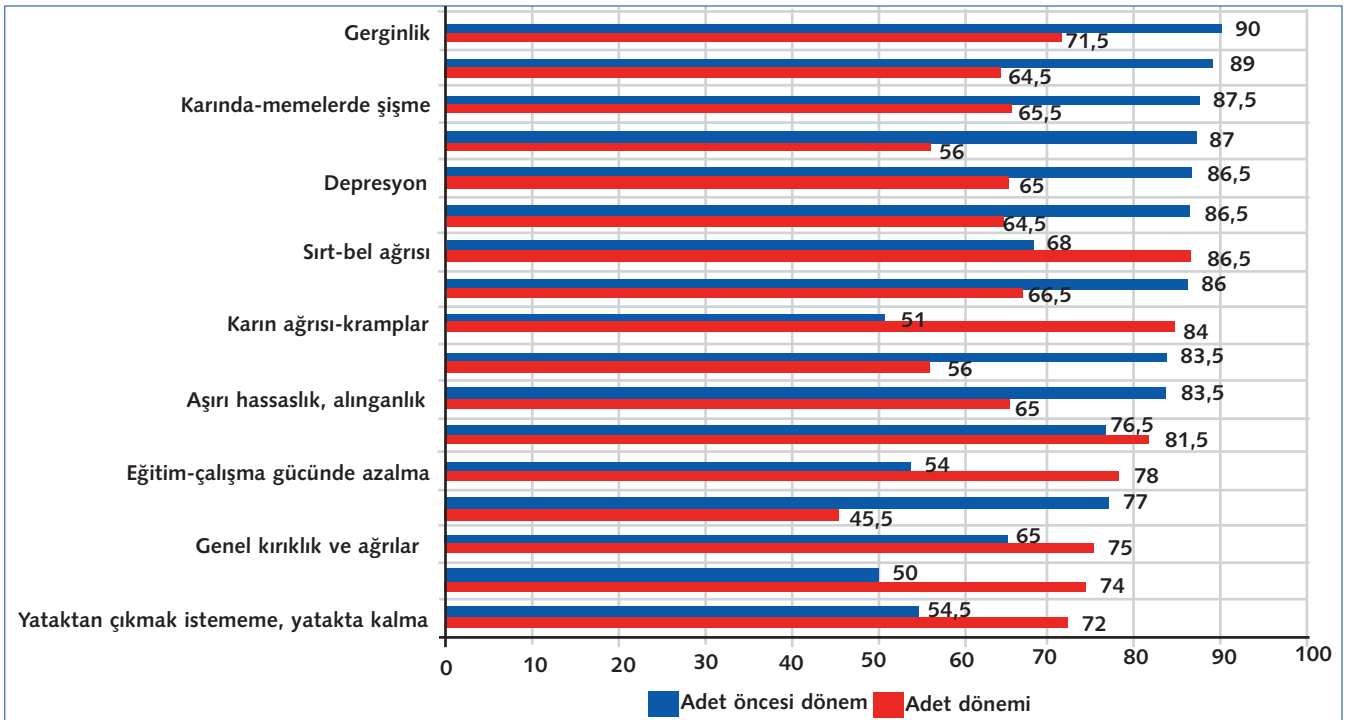
Hemşirelerin MDQ ölçeği semptomlarına göre âdet öncesi ve âdet döneminde en fazla yaşadıkları şikâyetlerin yüzdelik dağılımı Grafik 2'de verilmiştir. Hemşirelerin âdet öncesi dönemde en fazla yaşadıkları yakınmalar sırasıyla; gerginlik (%90,0), memelerde ağrı-hassasiyet (%89,0), karında ve memelerde şişme (%87,5), iştah artması (%87,0), depresyon (%86,5), anksiyete (%86,5). Âdet

döneminde en fazla yaşanan yakınmalar ise; sırt ve bel ağrısı (%86,5), karın ağrısı (%84,0), yorgunluk (%81,5), eğitim ve çalışma gücünde azalma (%78,0), genel kırıklık ve ağrılar (%75,5), verimlilikte azalma (%74,0), yataktan çıkmak istememe-yatakta kalma (%72,0) semptomlarıdır. Araştırmada âdet sonrası dönemde yaşanan menstrüel yakınmalar, çok az olmaları nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır.

**Menstrüel Yakınmaları Etkileyen Faktörler:** Hemşirelerin âdet öncesi dönem MDQ ölçeği toplam yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Yapılan Scheffe testi ile ileri analizde, âdet öncesi dönem yakınmaların 30-45 yaş grubunda yüksek yaşandığı saptanmıştır. Âdet dönemi yakınmaları ile yaş grupları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Araştırmaya katılan hemşirelerin âdet öncesi dönem MDQ toplam yakınma puan ortalamaları çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanlarda yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Âdet dönemi yakınma puan ortalamaları ile çalışma yılları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1). Hemşirelerin âdet öncesi ve âdet dönemi MDQ toplam yakınma puan ortalamaları ile doğum sayısı, sigara kullanımı, aşırı çay-kahve tüketimi, düzenli egzersiz yapma durumu ve çalışma biçimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).



Grafik 1. Hemşirelerin menstrual yakınma puan ortalamalarının menstrual distres şikâyet listesi alt gruplarına göre dağılımı



**Grafik 2.** Hemşirelerin adet öncesi ve adet döneminde en fazla yaşanan yakınmaların yüzdeler dağılımı

Hemşirelerin âdet öncesi dönem ve âdet dönemi MDQ toplam yakınma puan ortalamaları ile çalışılan birimler arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Yoğun bakım- acil birimlerinde çalışan hemşirelerin klinik ve polikliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla menstrüel yakınma yaşadığı saptanmıştır. Hemşirelerin âdet öncesi dönem ( $p < 0,001$ ) ve âdet dönemi yakınma puan ortalamaları ile ( $p < 0,001$ ) kişiler arası ilişkilerde bozulma yaşaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin âdet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları ( $p < 0,05$ ), âdet dönemi yakınma puan ortalamaları ile ( $p < 0,001$ ) yakınmalara karşı önlem alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 1).

### Tartışma

Üreme çağındaki kadınların âdet öncesi dönemde daha çok ruhsal ve davranışsal semptomları yaşadığı, âdet döneminde ise daha çok ağrı grubu belirtiler yaşadığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (1, 3). Ülkemizde yapılan araştırmalarda premenstrüel sendrom görülme sıklığı %17 - %76 arasında, dismenore görülme sıklığı ise %90'a varan değerlerde rapor edilmiştir (1, 3, 6, 11). Çalışan hemşirelerde âdet öncesi semptomlar, âdet dönemi semptomlarından daha fazla yaşanmaktadır. Hemşirelerin âdet öncesi dönemde en fazla negatif duygulanım, ağrı, su

retansiyonu, âdet döneminde ise en fazla ağrı, negatif duygulanım ve davranış değişiklikleri semptom alt gruplarını yaşadığı saptanmıştır. Bayram'ın (2007) yaptığı çalışmada, 16-29 yaş grubu sedanter yaşamı olan kadınlarda, âdet öncesi dönem MDQ toplam puan ortalaması  $35,8 \pm 21,6$ , âdet dönemi MDQ toplam puan ortalaması  $62,1 \pm 27,5$  olarak saptanmıştır. Sporcu ve sedanter kadınlar üzerinde yapılan bu çalışmada, her iki grup için de âdet öncesi dönemde en fazla negatif duygulanım, âdet döneminde ise negatif duygulanım ağrı alt grubu gözlenmiştir (12).

Araştırmada, çalışan hemşirelerde âdet öncesi dönemde görülme sıklığına göre; gerginlik (%90), memelerde ağrı-hassasiyet (%89), karında ve memelerde şişme (%87,5), iştah artması (%87), depresyon (%86,5), anksiyete (%86,5); âdet döneminde ise, sırt ve bel ağrısı (%86,5), karın ağrısı (%84), yorgunluk (%81,5), eğitim ve çalışma gücünde azalma (%78) yakınmaları saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1981'de 14 değişik kültürel grupta 5 binden fazla kadında yaptığı bir çalışmada; premenstrüel semptomların Nijeryalı ve Türk kadınlarda en sık, Japon kadınlarında ise en az bulunduğu sonucu elde edilmiş ve Türk kadınlarında en sık görülen semptomun gerginlik (%88) olduğu belirlenmiştir (13). Bu çalışmada da, hemşirelerde en fazla yaşanan semptom gerginliktir.



**Tablo 1.** Hemşirelerin menstrüel yakınma puan ortalamalarını etkileyen faktörler

	Sayı	Adet öncesi dönem X±Ss	İstatistiksel analiz	Adet dönemi X±Ss	İstatistiksel analiz
<b>Yaş Grupları</b>					
20-24	42	42,19±26,50	F= 4,5602	46,64±26,50	F= 1,3042
25-29	70	43,01±25,55	p= 0,0041	40,78±25,55	p=0,2743
30-34	42	59,88±31,93	p<0,05	52,00±31,93	p > 0,05
35 yaş ve üstü	46	54,15±28,61		44,60±28,61	
<b>Çalışma Yılı</b>					
1-5 yıl	34	37,23±25,07	F= 5,2968	44,44±30,05	F= 0,7138
6-10 yıl	75	44,70±26,40	p=0,0016	42,68±27,67	p= 0,5448
11-15 yıl	49	59,18±30,81	p<0,05	50,46±29,21	p >0,05
16 yıl ve üstü	42	54,04±28,38		44,40±33,07	
<b>Çalışılan Servis</b>					
Yoğun bakım, acil Birimler	77	52,83±30,91	t=1,52	p=0,022	t=2,31
Klinik ve Poliklinikler	123	40,51±2696	50,39±29,78	41,28±31,03	p<0,05
<b>Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma</b>					
Var	123	58,75±28,67	t=7,30	51,20±31,31	t=3,71
Yok	77	33,27±20,57	p=0,000	35,74±23,84	p=0,000
			p<0,001		p<0,001
<b>Yakınmalara Önlem Alma Durumu</b>					
Alan	65	56,81±30,40	t=2,74	55,66±31,72	t=3,55
Almayan	135	45,15±27,05	p=0,007	p=0,000	p<0,05
		p<0,05		40,23± 27,22	

Mortola ve Girton (1990) araştırmasında âdet öncesi dönemde en fazla gerginlik (%92) karında ve memelerde şişme (%89), anksiyete (%88) memelerde ağrı-hassasiyet (%85); Demir ve arkadaşlarının (2006) 19-49 yaş grubu sağlık çalışanlarında yaptıkları araştırmada en fazla bel ağrısı (%72,4), gerginlik-huzursuzluk (%72,4), sinirlilik-öfke (%72,4), karında şişkinlik (%70,9), verimlilikte ve performansta azalma(%70,3), memelerde duyarlılık (%66,9); Adıgüzel ve arkadaşları (2007) çalışmasında sinirli veya huzursuz hissetme (%72) , sıkıntılı hissetme (%67,3), karında dolgunluk, rahatsızlık ya da ağrı hissetme (%66,6); Bloch ve arkadaşları (1997) çalışmasında en fazla çalışma bozuklukları ve sosyal izolasyon semptomları saptanmıştır.

Âdet döneminde en fazla görülen semptomlar; Kızılkaya ve Coşkun'un (1995) 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada en fazla karın ağrısı- kramplar (%74,5), sırt - bel ağrısı, (%63), yorgunluk (%63), eğitim ve çalışma gücünde azalma (%61,8); Oskay ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise âdet döneminde en fazla karında şişkinlik, kalça ve karında ağrı, memelerde şişkinlik ve duyarlılık, kolay öfkelenme, gerginlik olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, bu çalışmanın verileri ile paralellik göstermektedir.

**Menstrüel Yakınmaları Etkileyen Faktörler:**  
Menstrüasyonla ilgili yakınmaların yaş, ailesel

geçiş, doğum sayısı, alkol, sigara, aşırı çay-kahve tüketimi, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, ev dışında çalışma, ağır ve zorunlu çalışma periyodu, nörotik kişilik yapısı, ruhsal hastalığa yatkınlık ve aile sorunları gibi faktörlerle ilişkili olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (1, 3, 4, 12, 15, 16).

Araştırmada, 30-45 yaş çalışan hemşire grubunda âdet öncesi dönem MDQ yakınma puan ortalaması yüksek bulunmuş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05). Hemşirelerin âdet dönemi MDQ yakınma puan ortalamaları yaş gruplarında yüksek çıkmış, fakat arada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 1).

Yapılan araştırmalarda premenstrüel yakınmaların 30'lu yaşlarda ortaya çıktığı, 30-45 yaş arası yaygın olarak görüldüğü ve ergenlerde daha az oranda yaşandığı; primer dismenorenin ise, genel olarak genç kadınlarda daha sık görüldüğü ve yaşla birlikte azaldığı rapor edilmektedir (3, 8, 12). Yapılan bazı çalışmalarda doğum sayısı ile premenstrüel yakınmalar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiş (7, 17), diğer bir çalışmada ise bir ilişki bulunmamıştır (1). Âdet döneminde yaşanan dismenorenin ise, doğum sayısı ile azaldığı ve aralarında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (3, 16). Çalışmamızda doğum sayısı ile menstrüel yakınma puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Literatürde sigara, alkol, aşırı çay-kahve tüketimi gibi bağımlılık yapan maddelerin tüketiminin menstrüel belirtiler üzerinde etkili olduğu, huzursuzluk, gerginlik, uykusuzluk gibi psikolojik semptomların şiddetini ve yaygınlığını artırdığı belirtilmiştir (8, 15). Deneysel yapılan bir çalışmada, kafein içeren içeceklerin aşırı tüketimi ile premenstrüel semptomların yaygınlığı ve şiddeti arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (15). Araştırmamızda sigara içen, aşırı çay-kahve tüketen hemşirelerin âdet ve âdet öncesi dönem MDQ yakınma puan ortalamaları yüksek bulunmuş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların âdet öncesi dönem yakınmaları yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin çalışma yıllarının ve yaşın doğru orantılı artması nedeniyle premenstrüel yakınmalarında buna paralel arttığı düşünülmüştür. Bazı araştırmalarda ise premenstrüel yakınmaların çalışan kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (1, 9, 16). Yapılan bir çalışmada, işi olan ve bunu kendi seçimiyle yapmayan kadınların premenstrüel yakınmalarının en fazla olduğu, ev kadınlığını kendi seçmiş ve çocuklu kadınlarda ise yakınmaların en az düzeyde yaşandığı gözlenmiştir (18). Diğer bir çalışmada ise, yalnız yaşama, işinden memnuniyetsizlik, işe bağlı stres, ev kadını olma ve eğitimsizlik premenstrüel sendromun daha sık görüldüğü durumlar olarak saptanmıştır (16).

Araştırmamızda yoğun bakım, acil ve ameliyathane birimlerde çalışan hemşirelerin âdet öncesi dönem ve âdet dönemi MDQ yakınma puan ortalamaları yüksek saptanmış ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan çalışmalarda stresörlerin ve ağır çalışma koşullarının menstrüel siklus üzerinde etkili olduğu, negatif duygulanım, sıvı retansiyonu, davranış değişiklikleri ve ağrı yakınmalarına neden olduğu, iş verimini ve doyumunu azalttığı belirlenmiştir (1, 16, 19). Sağlık çalışanlarının vardiyalı sistemde ve gece çalışması, onları pek çok fiziksel ve ruhsal sorunla karşı karşıya getirmekte ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır (20). Yapılan bir çalışmada, menstrüel yakınmaların kadınların çalışma gücünü etkileme düzeyi kadınların %39'unda hafif, %54'ünde orta, %6'sında ise ciddi olarak değerlendirilmiştir (17).

İngiltere'de vardiya ve nöbet usulü çalışan hemşirelerde yapılan araştırmada premenstrüel dönemde gerginlik, uykusuzluk; menstrüel dönemde karın ağrısı yakınmalarının arttığı belirlenmiştir (21). Hemşirelerin ağır çalışma koşulları menstrüel yakınmaları artırmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin âdet öncesi ve âdet dönemi MDQ puan ortalamaları yüksek çıkanların kişiler arası ilişkilerinde bozulma yaşadıkları saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Yapılan araştırmalarda menstrüel yakınmaların kişinin aile ve işine birçok olumsuz etkisinin olduğu, uyumsuzluklara, iletişim kopuklarına neden olduğu belirtilmiştir (16, 17, 22). Hammarback ve Bakström'un 80 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada, menstrüel semptomların, kadınların %46'sının sosyal yaşamlarını ve aile ilişkilerini orta, %37'sini hafif, %18'sini ciddi şiddette etkilediği saptanmıştır (17). Tomruk'un çalışmasında menstrüel semptomlu kadınların %25,7'sinin çevre ile sosyal ilişkilerinin bozulduğu, %36,1'inin çevreye olan ilgisinde azalma olduğu saptanmıştır (16). Kadınların semptomlu dönemlerindeki iş ve güç kaybı da ekonomide önemli bir yer tutmaktadır. Kadınların bu dönemlerindeki işe devamsızlık durumları ve iş üretkenliğindeki azalmaları ekonomik kayıp olarak hesaplanmıştır (1, 7, 16).

Çalışmada menstrüel yakınmalara karşı önlem alan hemşirelerin âdet öncesi ( $p<0,05$ ) ve âdet dönemi ( $p<0,001$ ) MDQ yakınma puan ortalaması yüksek saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Menstrüel yakınmalara karşı önlem alan hemşirelerin önlem olarak en çok ilaç kullandığı (%63) belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da menstrüel yakınmalara karşı önlem olarak en fazla ilaç kullanımı (ağrı kesiciler) ve yatak istirahati yöntemleri bildirilmiştir (1, 3, 8). Egzersiz yapma, gevşeme teknikleri, karın- kasık bölgesine sıcak uygulama, sıcak duş ve dinlenme, diyet uygulaması (çay-kahve, tuz, nikotin ve alkol alımını azaltma) stresle baş etme yöntemlerinin menstrüel yakınmaları azaltmada etkili olduğu araştırmalarda saptanmıştır (2, 8, 12, 23). Sonuç olarak; çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmalar yüksek saptanmış ve kişiler arası ilişkilerini ve iş verimini etkilemiştir. Menstrüel yakınmaların tanınması, hedef belirtilerin azaltılması, risk faktörlerinin belirlenmesi, etkili

baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, sosyal ve mesleki işlevselliğin, iş veriminin artmasını, dolayısıyla yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır. Kadın sağlığı hizmetleri içinde menstrüel yakınmalı kadınlara yönelik hizmet birimlerinin açılması ve etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler yapılmalıdır. Şiddetli menstrüel semptom yaşayan çalışan kadınlar için yöneticilerin bilgilendirilmesi, çalışma koşullarının düzenlenmesi, kadınların iş memnuniyetini ve verimini artıracak çalışma koşullarının sağlanması gerekmektedir.

**İletişim:** Dr. Zeynep Daşkan

**E-posta:** zeynep.dasikan@ege.edu.tr

### Kaynaklar

1. Demir B, Algül LY, Güven ESG. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006; 3 (4): 262-70.
2. Kızılkaya N. Perimenstrüel şikâyetlerin hafifletilmesinde hemşirelik girişimlerinin etkinliği. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1994.
3. Aykut M, Günay O, Gün İ, Tuna R, Balcı E, Özdemir M. ve ark. Biyolojik, sosyo-demografik ve nutrisyonel faktörlerin dismenore prevalansına etkisi. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29(5): 393-402.
4. Akdeniz F, Karadağ F. Âdet döngüsünün duyu durum bozuklukları üzerine etkisi var mıdır? Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 296-304.
5. Kebapçılar AG, Taner CE, Başoğul Ö, Okan G. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarındaki premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. F.Ü.Sağ. Bil. Tıp Derg. 2012; 26 (3): 111 – 14.
6. Oskay Ü, Can G, Tafi D, Sezgin Ö. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde görülen perimenstrüel sorunlar (perimenstrual complaints of the nursing students). İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi 2008; 16( 63): 157-64.
7. Bayraktar E. Geç Luteal faz disforik bozukluğu (PMS) tanılı olgularda sosyodemografik ve kişilik özellikleri ve iv klonidin uygulaması. Uzmanlık Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD; 1990.
8. Gökçe G. Bir grup çalışan kadında premenstrüel semptom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Yükek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
9. Kızılkaya N, Çoşkun A. İstanbul ili cinsel olgunluk dönemi kadınların perimenstrüel şikâyetlerinin belirlenmesi. Hemşirelik Bülteni 1995;9(35):35-44.
10. Mortola JF, Girton L. Diagnosis of premenstrüel syndrome by a simple, prospective and reliable instrument: the calendar of premenstrüel experiences. Obstetrics Gynecology 1990; 76(2):302-7.
11. Adıgüzel H, Taşkın E O, Danacı AE. Manisa ilinde premenstrüel belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. Türk psikiyatri Dergisi 2007; 18(3): 215-22.
12. Bayram GÖ. Sporcuların premenstrüel sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. Bakırköy Tıp Dergisi 2007;3: 104-10.
13. Logue CM, Moos RH. Perimenstrüel symptoms: Prevalence and risk factors. Psychosom Med 1986; 48(6):388-414.
14. Bloch M, Schmidt P J, Rubinaw DR. Prementstrual syndrome: Evidence for symptom stability across cycles. Am. J. Psychiatry 1997;154(12):1741-46.
15. Rossignol AM, Bonnlander H. Caffeine-containing beverages, total fluid consumption and premenstrual syndrome. American Journal of Public Health 1990; 80(9): 1106-10.
16. Tomruk N.B. Premenstrüel sendrom (PMS), Uzmanlık tezi. İstanbul: SB Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi I. Psikiyatri Birimi; 1991.
17. Hammarback S, Bakström T. A demographic in subgroups of women seeking help for premenstrual syndrome. Acta Obstet Gynecol Scand 1989; 68: :247-53.
18. York R, Freeman E. Characteristics of premenstrual syndrome. Obstetrics Gynecology 1989; 73 (4): 601-5.
19. Goodale IL, Domar AD. Alleviatron of premenstrual syndrome symptoms with the relaxation response. Obstetric &Gynecology 1990; 75(4): 649-55.
20. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23(4): 1-6.



# Bir Devlet Hastanesinde Tedavi Gören Koroner Kalp Hastalarının Beslenme Durumları, Yağ Tüketimi ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları

Nutritional Status, Oil Consumption and Physical Activity Habits of Coronary Heart Disease Inpatients in a State Hospital

Araştırma



Research

*Dr. Fulya Sarper\*, Dr. Mehmet Güllü\*\**

Geliş tarihi : 17.12.2013

Kabul tarihi: 20.03.2014

## Öz

Bu çalışma; beslenme durumları ve yağ tüketim durumları ile koroner kalp hastalığı (KKH) arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla, bir devlet hastanesinde yatarak tedavi gören, tanısı yeni konmuş ya da önceden belirlenmiş ve tedavisi sürmekte olan 52'si erkek, 23'ü kadın toplam 75 koroner kalp hastası ile yürütülmüştür. Bu kapsamda hastaların beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklıkları ile bireylerin fiziksel aktivite durumları incelenmiştir.

Hastaların %64,0'ının spor yapmadığı, %41,4'ünün günlük orta düzeyde aktivitede bulunduğu, %37,3'ünün KKH tanısı konduğu halde sigara içmeyi sürdürdüğü belirlenmiştir. Yiyeceklere tuz ekleme durumuna bakıldığında; tuz ekleyenlerin %78,9'unun erkek, %60,9'unun kadın olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıca erkek hastaların %74,3'ünün zeytinyağını hiç tüketmediği, buna karşılık tereyağı tüketimlerinin %48,0 olduğu saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Koroner kalp hastalığı, Yağ tüketimi, Fiziksel aktivite, Beslenme alışkanlıkları

## Abstract

This study was carried out with the aim of investigating a possible relationship between the nutritional status, oil consumption and coronary heart disease (CHD) in a total of 75 patients with coronary heart disease, 52 men and 23 women, newly or previously diagnosed in a state hospital being treated as an inpatient. In this context, the nutritional habits, food consumption frequencies and individual physical activity status of the patients were investigated.

It was found that 64.0% of the patients performed no physical activity; 41.4% had medium levels of daily physical activity and that 37.3% continued smoking even though they were diagnosed as CHD. On the other hand, in terms of adding salt to foods, 78.9% of those adding salt were men and 60.9.1% were women ( $p>0.05$ ).

In addition, it was determined that 74.3% of the male patients were non - consumers of olive oil; however, their consumption of butter was 48.0%.

**Key words:** Coronary heart disease, Oil consumption, Physical activity, Nutritional habits.

\*Yrd. Doç.; Gazi Ü. Mesleki Eğitim Fak., Gıda ve Beslenme Eğitimi AD, Ankara

\*\*Arş. Gör.; Gazi Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi AD, Ankara

## Giriş

İnsanların sağlıklı yaşaması, üretken ve başarılı olması yeterli ve dengeli beslenmesiyle ilgilidir. Beslenme günümüzde üzerinde durulan konuların başında gelmektedir. Buna göre beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin vücutta kullanılması olarak tanımlanırken, sosyal çevre, gelenek, kültür, inanç ve bireysel farklılıklara göre doğum sonrasında başlayıp, yaşamın ilerleyen evrelerinde değişik biçimler alan ya da değişen süreci kapsar (1). Her hücre ve organ, sağlıklı beslenme ile canlılığını korur, gelişir ve zinde kalır (2). Bilimsel araştırmalarda, insanın sağlıklı büyümesi ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için 50'ye yakın besin öğesinin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (3). Gelişmekte olan toplumlarda kentleşme hızlandıkça ve gelir durumu yükseldikçe bitkisel besinlerin tüketimi azalmakta; et, süt, yumurta gibi hayvansal besinlerle yağ ve şeker tüketimi artmaktadır. Bu durum, şişmanlıkla birlikte bireyde hipertansiyon, Tip 2 diyabet, koroner kalp hastalıkları oranında artışa neden olmaktadır. Diyet ilişkili hastalıkların başında koroner kalp hastalığı (KKH) gelmektedir (4). Koroner kalp hastalığı (KKH) aynı zamanda "koroner arter hastalığı", "iskemik kalp hastalığı" ve "aterosklerotik kalp hastalığı" olarak da adlandırılmıştır (5, 6).

Yaş, cinsiyet, sigara, alkol, hiperkolesterolemi, aile öyküsü, diyabetes mellitus, obezite ve hipertansiyon gibi faktörlerin her biri koroner arter hastalığı riskini belirgin olarak artırmaktadır. Fakat bu risk faktörleri olguların yalnızca bir kısmını açıklayabilmektedir. Bireylerin koroner kalp hastalığı riskini hesaplayabilmek için konuyla ilişkili başka risk faktörleri de araştırılmaktadır (7).

Risk faktörlerinin sayısında ve her risk faktörünün ortalama düzeylerinde küçük düşmeler ya da küçük değişiklikler bile hastalık insidansını azaltmada etkili olmaktadır (8).

Kalp hastalıkları ölüm nedenleri arasında ciddi bir yere sahiptir. Ölümlerin yaklaşık üçte biri koroner kalp hastalıklarından kaynaklanmakta ve hemen hemen tüm yaşlılarda koroner arter dolanımında aksamalar bulunmaktadır (9). Kalp ve damar hastalıkları, küresel ölçekte

başta gelen ölüm nedeni olup, uzun bir süre daha bir numaralı ölüm nedeni olmayı sürdüreceği tahmin edilmektedir. Günümüz beslenme kültürü dikkate alındığında, fast-food beslenme alışkanlığıyla birlikte şişman birey sayısındaki artış KKH riskini artıran en önemli unsur olmaktadır. Şişmanlıkla birlikte vücuttaki leptin düzeyi değişmektedir. Leptin beyaz adipoz doku tarafından sentezlenen ve salgılanan, obezite geni tarafından kodlanan, 167 aminoasit içeren, 16 kilodalton ağırlığında bir peptid hormondur (10).

Leptinin asıl fonksiyonu, hipotalamustaki reseptörlerine bağlanarak iştahı azaltmak ve vücut ısısını yükseltmek yoluyla vücudun enerji dengesini kontrol etmektir (11). Ancak leptin reseptörleri, koroner arterler ve kardiyovasküler sistem gibi başka periferik dokularda da bulunmuştur. Plazma leptin düzeyleri obezite durumunda artmıştır. Kadınlarda ve erkeklerde, hem zayıf, hem de obez bireylerde vücut yağ kitlesi ile pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (12).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2005 yılında 17,5 milyon insanın kalp ve damar hastalıkları nedeniyle öldüğü ve bu rakamın küresel ölümlerin %30'unu oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin 7,6 milyonu kalp krizlerine, 5,7 milyonu ise inmelere bağlıdır. Ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Eğer uygun önlemler alınmazsa, 2015 yılına kadar her yıl yaklaşık 20 milyon insan daha kalp ve damar hastalıklarından, özellikle de kalp krizleri ve inmelerden yaşamını yitirecektir (13).

Bu çalışma, sonuçlar doğrultusunda koroner kalp hastalığı tanısı konmuş hastaların beslenme alışkanlıkları, yağ tüketimleri ve fiziksel aktivite düzeylerini saptamak amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

## Gereç ve Yöntem

Araştırmanın örneklemini, bu araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanenin kardiyoloji servisinde tedavi gören, koroner kalp hastalığı tanısı konmuş hastalar (n=75) oluşturmuştur. Söz konusu hastaların 52'si erkek, 23'ü kadındır. Kardiyoloji servisinde yatan bu hastaların tümü gönüllü olarak katılmışlardır. Katılımcılara demografik bilgilerinin yanı sıra, fiziksel aktivite durumlarını, tedavi durumunun saptanması ile ilgili bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışlarına ilişkin tutumlarını ve son olarak da besin tüketim sıklıklarını değerlendirmeye yönelik sorular

içeren anket formu uygulanmıştır. Anket formlarından elde edilen veriler SPSS 15.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır (Sonuçlar sayı ve yüzde tablolar biçiminde gösterilmiş ve bazı sorular için de ki-kare testleri uygulanmıştır.) Çıkan sonuçlar tablolar haline getirilmiştir. Çalışmamız; hastalardan istenen bilgilerin toplanmasında, serviste çalışan sağlık personelinin desteğiyle gerçekleştirilmiştir. Bu, çalışmanın sınırlılıkları içindedir.

### Bulgular

Tablo 1'de çalışmaya katılan bireylerin %69,3'ünün erkek, %30,7'sinin kadın olduğu görülmektedir. Bireylerin %45,3'ü 51-60 yaş grubunda; %72'si evli; %24,0'ı ilköğretim, %20,0'ı lise mezunuyken, %22,7'sinin okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin KKH tanısı ile değerlendirilmelerinde; %78,6'sının 1-5 yıl, %2,7'sinin 16 yıl ve daha uzun süre önce tanı konduğu saptanmıştır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi bireylerin %61,4'ünün KKH tanısı konduktan sonra alkol kullanmadığı, %13,3'ünün de kullanmayı sürdürdüğü anlaşılmaktadır. KKH tanısından

Demografik Özellikler	Sayı	(%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	23	30.7
Erkek	52	69.3
<b>Yaş</b>		
31-40 yaş	3	4.0
41-50 yaş	5	6.7
51-60 yaş	34	45.3
61-70 yaş	21	28.0
71-80 yaş	10	13.3
81 yaş ve üzeri	2	2.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	54	72.0
Bekâr	6	8.0
Eşinden Ayrılmış	15	20.0
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar değil	17	22.7
Okuryazar	11	14.7
İlköğretim mezunu	18	24.0
Ortaokul mezunu	10	13.3
Lise mezunu	15	20.0
Yükseköğretim mezunu	4	5.3

KKH tanısı konduktan sonra alkol alma durumu	Sayı	(%)
Kullanan	10	13,3
Bazen kullanan	19	25,3
Kullanmayan	46	61,4
Toplam	75	100.0

KKH tanısı konduktan sonra sigara içme durumu ve miktarları	Sayı	%
Düzenli içen	28	37,3
Bazen içen	17	22,7
İçmeyen	30	40,0
Toplam	75	100
İçmeyen	30	40,0
1 – 5 adet	18	24,0
6 – 10 adet	14	18,7
11 – 15 adet	6	8,0
16 adet ve üzeri	7	9,3
Toplam	75	100

önce alkol kullananlar ise hastaların %55,4'ünü oluşturmaktadır. Tablo 3'te de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan bireylerin %40,0'ünün tanı konduktan sonra sigara içmediği, %37,3'ünün ise düzenli içtiği saptanmıştır. Bireylerin %9,3'ünün günde 16 adetten fazla sigara tükettiği belirlenmiştir. Tanı sonrasında bazen sigara içen ve içmeyen bireylerden %51,0'ünün tanı öncesi sigara içicisi olduğu, bu bireylerin %45,8'inin 21 yıl ve üzeri süredir sigara içtiği anlaşılmıştır.

Tablo 4'te ailede kalp hastalığı bulunma durumuna bakıldığında; %45,7'sinin baba, %22,9'unun kardeşlerinde, %22,8'inin annesinde hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Ailede şişman birey bulunma açısından ise, %57,7'sinin annesinde, %15,5'inin baba ve %13,4'ünün kardeş ve çocuklarında şişmanlık olduğu saptanmıştır.

Tablo 5'te araştırma kapsamındaki bireylerin %64,0'ünün hiç spor yapmadığı, %17,3'ünün hafif, %16,0'sinin orta düzeyde ve %2,7'sinin ağır günlük aktivite içerisinde oldukları saptanmıştır. Spor türü olarak da koşu-yürüyüş tarzında aktivite yapanların %32,0, futbol gibi daha ağır aktivitelere katılanların ise %2,7 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6'da görülebileceği gibi, yiyeceklere yağ ekleyenler, katılımcıların %34,7'sini oluşturmaktadır. Kadınların %70'inin, erkeklerin %63,5'inin yiyeceklere yağ



**Tablo 4.** Katılımcıların, ailelerinde yakınlık derecelerine göre kalp hastalığı ve şişman birey bulunma durumuna göre dağılımı

Kalp Hastası Bulunma Durumu Yakınlık Derecesi	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Kalp hastası bulunmuyor	----	----	40	100.0
Anne	8	22,8	----	----
Baba	16	45,7	----	----
Kardeş	8	22,9	----	----
Çocuklar	2	5,7	----	----
Akraba	1	1,8	----	----
Toplam	35	100.0	40	100.0
Şişman Birey Bulunma Durumu	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Yakınlık Derecesi	----	----	----	----
Şişman Birey Bulunmayan	----	----	30	100.0
Anne	26	57,7	----	----
Baba	7	15,5	----	----
Kardeş	6	13,4	----	----
Çocuklar	6	13,4	----	----
Toplam	45	100,0	30	100.0

**Tablo 5.** Araştırmaya katılanların spor yapma durumlarına göre dağılımı

Süre durumu Türü	Evet		Hayır	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Yapmıyor	----	----	48	64.0
0 – 30 dk	13	17.3	----	----
31 – 60 dk	12	16.0	----	----
61 – 90 dk	2	2.7	----	----
Toplam	27	36.0	48	64.0
Koşu – yürüyüş	24	32.0	----	----
Futbol	2	2.7	----	----
Belirtmeyen	1	1.3	----	----
Toplam	27	36.0	----	----

**Tablo 6.** Araştırmaya katılanların yiyeceklere yağ ekleme durumlarına göre dağılımı

Durum	Evet		Bazen		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Kadın	2	8.7	5	21.7	16	70.0	23	100.0
Erkek	3	6.0	16	30.8	33	63.5	52	100.0
Toplam	5	6.7	21	28.0	49	65.3	75	100.0

$\chi^2 : 0.7$

SD:2

P<0,05

\*Yüzdeler satır yüzdesidir.

**Tablo 7.** Araştırmaya katılanların yiyeceklere tuz ekleme durumlarına göre dağılımı

Durum	Evet		Bazen		Hayır		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Kadın	8	34.8	6	26.1	9	39.1	23	100.0
Erkek	30	57.7	11	21.2	11	21.2	52	100.0
Toplam	38	50.6	17	22.7	20	26.7	75	100.0

$\chi^2: 3,9$

SD: 3

P>0.05

\*Yüzdeler satır yüzdesidir.

eklemedikleri anlaşılmıştır. Çalışmaya katılan erkeklerin (%36,8), kadınlara göre (%30,4) yiyeceklerine daha fazla yağ ekledikleri belirlenmiştir (P<0,05).

Tablo 7'de görüldüğü gibi, yiyeceklere tuz ekleyen bireylere bakıldığında %73.3 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %39.1'inin, erkeklerin %21.2'sinin tuz eklediği anlaşılmaktadır. Çalışmaya katılan erkeklerin (%78.9), kadınlara göre (%60.9) yiyeceklerine daha fazla tuz ekledikleri saptanmıştır (P>0,05).

Tablo 8'de öğün atlama durumuna bakıldığında, erkeklerin %59.7'sinin, kadınların %65.2'sinin öğün atladığı; erkeklerin %40.4'ünün, kadınların ise %34.8'inin atlamadığı saptanmıştır (P<0,05).

Tablo 9'da KKH tanısı konduktan sonra beslenme şeklini değiştirenlerin diyetlerinde; %71,9'u tuzu, %78,9'u kullandığı yağ çeşidini, %61,4'ü kırmızı eti, %35,1'i şeker, %31,6'sı hamur işi, %22,8'i kızartma kullanımını değiştirirken; %73,7'sinin kullandığı ekmek türünü, %68,4'ü hamur işini, %77,2'si kızartmayı, %82,5'i kahveyi, %28,1'i tuzu ve %38,6'sı kırmızı et tüketimini değiştirmedikleri belirlenmiştir.

Tablo 10'da yağ tüketim sıklıkları incelendiğinde, en çok tüketilen yağların erkeklerde %80,0 kahvaltılık margarin, %61,9 tereyağı her gün, %82,4 ayçiçeği yağı gün aşırı; kadınlarda ise %50,0 ayçiçeği yağı, %38,1 tereyağı her gün, %46,2 mısırözü yağı gün aşırı tükettikleri belirlenmiştir. Bireylerin hiç tüketmediği yağlar ise erkeklerde sırasıyla mısırözü, zeytinyağı, kuyruk yağı,

Durum	Evet		Bazen		Hayır		Toplam	
Cinsiyet	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Kadın	8	34.8	7	30.4	8	34.8	23	100.0
Erkek	20	38.5	11	21.2	21	40.4	52	100.0
Toplam	28	37.3	18	24.0	29	38.7	75	100.0

$\chi^2 : 0,7$

SD: 2

P<0,05

\*Yüzdeler satır yüzdesidir.

**Tablo 9.** Araştırmaya katılanların teşhis konduktan sonra besin türlerine göre beslenme şeklini değiştirme durumlarının dağılımı

Besin		Sayı	%	Besin		Sayı	%
Süt ve türevleri	Evet	5	8.8	Kahve	Evet	10	17.5
	Hayır	52	91.2		Hayır	47	82.5
	Toplam	57	100.0		Toplam	57	100.0
Tuz	Evet	41	71.9	Hamur işi	Evet	18	31.6
	Hayır	16	28.1		Hayır	39	68.4
	Toplam	57	100.0		Toplam	57	100.0
Yağ	Evet	45	78.9	Ekmek	Evet	15	26.3
	Hayır	12	21.1		Hayır	42	73.7
	Toplam	57	100.0		Toplam	57	100.0
Şeker	Evet	20	35.1	Kızartma	Evet	13	22.8
	Hayır	37	64.9		Hayır	44	77.2
	Toplam	57	100.0		Toplam	57	100.0
Kola	Evet	9	15.8	Hastane perhizi	Evet	13	22.8
	Hayır	48	84.2		Hayır	44	77.2
	Toplam	57	100.0		Toplam	57	100.0
Kırmızı et	Evet	35	61.4	Baharat	Evet	5	8.8
	Hayır	22	38.6		Hayır	52	91.2
	Toplam	57	100.0		Toplam	57	100.0

soya yağı, fındık yağı, olduğu; kadınlarda ise sırasıyla fındık yağı, soya yağı, kuyruk yağı, zeytinyağı olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadın ve erkekte hiç tüketilmeyen tek yağ çeşidinin kanola yağı olduğu anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların %21,4'ünün et yemeklerinde kuyruk yağı, %34,7'sinin sebze yemeklerinde ayçiçeği yağı, %32,0'sinin çorba yaparken margarin, %49,4'ünün de pilav yaparken tereyağı kullandığı saptanmıştır.

#### Tartışma

Özellikle kalp damar hastalıkları, düşük ve orta gelirli ülkelerde çok belirgin olarak artmaktadır. Bu artışın ana nedeni, risk faktörlerinin, özellikle beslenmenin bozulması ve fizik aktivitenin azalması sonucu olarak obezitenin artışı ve sigara alışkanlığıdır.

TUIK (19) Sağlık araştırması 16080 kişi üzerinde yapılmış, bu çalışmada 15 yaş üstü cinsiyetlere göre KKH; erkeklerde %4,2,

kadınlarda %4,2, toplamda %4,2 olarak belirlenmiştir.

Şimşek'in (2011) yılında İzmir-Balçova'da 2007-2011 yılları arasında 30 yaş üstü 2520 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, KKH erkeklerde %7,5 kadınlarda %4,7 toplamda %5,6 olarak belirlemiştir (21). Bir çalışmaya göre ülkemiz genelinde koroner arter hastalığının yaygınlığı %3,8'dir.

Toplumumuzda koroner kalp hastalığının yaygınlığı yaşla giderek artmakta olup 60 yaş üzerindeki kişilerin %15'ini etkilemektedir (14).

**KKH sıklığı risk faktörlerinin yaygınlığıyla yakından ilişkilidir:** Suher'in çalışmasında aile öyküsü 50 yaşın altındaki hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (15). Ailesinde kalp hastası olanların olmayanlara kıyasla hastalığa yakalanma riskinin biraz daha yüksek olması, kontrol altına alınamayan bir risk faktörü olmasından kaynaklanmaktadır (4).

Tablo 10. Araştırmaya katılanların yağ tüketim durumları

Sıklık	Her gün		Gün aşırı		Haftada 2 kez		15 günde 2 kez		Ayda 2 kez		Yılda 2 kez		Hiç yemem		Toplam		
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Zeytin yağı	Kadın	3	50.0	2	18.2	6	50.0	2	40.0	---	---	1	100.0	9	25.7	23	30.7
	Erkek	3	50.0	9	81.8	6	50.0	3	60.0	5	100.0	---	---	26	74.3	52	69.3
	Toplam	6	100.0	11	100.0	12	100.0	5	100.0	5	100.0	1	100.0	35	100.0	75	100.0
Soya yağı	Kadın	---	---	---	---	1	100.0	1	20.0	---	---	---	---	21	31.3	23	30.7
	Erkek	---	---	---	---	---	---	4	80.0	---	---	2	100.0	46	68.7	52	69.3
	Toplam	---	---	---	---	1	100.0	5	100.0	---	---	2	100.0	67	100.0	75	100.0
Mısır özü yağı	Kadın	5	45.5	6	46.2	1	12.5	---	---	1	25.0	3	75.0	7	21.9	23	30.7
	Erkek	6	54.5	7	53.8	7	87.5	3	100.0	3	75.0	1	25.0	25	78.1	52	69.3
	Toplam	11	100.0	13	100.0	8	100.0	3	100.0	4	100.0	4	100.0	32	100.0	75	100.0
Ayçiçeği yağı	Kadın	10	50.0	3	17.6	2	33.3	1	50.0	---	---	2	33.3	5	22.7	23	30.7
	Erkek	10	50.0	14	82.4	4	66.7	1	50.0	2	100.0	4	66.7	17	77.3	52	69.3
	Toplam	20	100.0	17	100.0	6	100.0	2	100.0	2	100.0	6	100.0	22	100.0	75	100.0
Findık yağı	Kadın	---	---	---	---	3	100.0	---	---	4	44.4	2	22.2	17	34.7	23	30.7
	Erkek	2	100.0	2	100.0	---	---	1	100.0	5	55.6	7	77.8	32	65.3	52	69.3
	Toplam	2	100.0	2	100.0	3	100.0	1	100.0	9	100.0	9	100.0	49	100.0	75	100.0
Kanola yağı	Kadın	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	23	30.7	23	30.7
	Erkek	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	52	69.3	52	69.3
	Toplam	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	75	100.0	75	100.0
Margarin	Kadın	5	31.2	3	25.0	1	16.7	4	44.4	3	50.0	1	25.0	6	27.3	23	30.7
	Erkek	11	68.8	9	75.0	5	83.3	5	55.6	3	50.0	3	75.0	16	72.7	52	69.3
	Toplam	16	100.0	12	100.0	6	100.0	9	100.0	6	100.0	4	100.0	22	100.0	75	100.0
Kahvaltılık margarin	Kadın	2	20.0	4	57.1	6	46.2	2	25.0	1	33.3	---	---	8	25.8	23	30.7
	Erkek	8	80.0	3	42.9	7	53.8	6	75.0	2	66.7	3	100.0	23	74.2	52	69.3
	Toplam	10	100.0	7	100.0	13	100.0	8	100.0	3	100.0	3	100.0	31	100.0	75	100.0
Tereyağı	Kadın	8	38.1	3	30.0	1	20.0	2	40.0	1	25.0	---	---	8	32.0	23	30.7
	Erkek	13	61.9	7	70.0	4	80.0	3	60.0	3	75.0	5	100.0	17	68.0	52	69.3
	Toplam	21	100.0	10	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	25	100.0	75	100.0
Kuyruk yağı	Kadın	---	---	1	100.0	2	50.0	---	---	3	42.9	4	40.0	13	28.9	23	30.7
	Erkek	2	100.0	---	---	2	50.0	6	100.0	4	57.1	6	60.0	32	71.1	52	69.3
	Toplam	2	100.0	1	100.0	4	100.0	6	100.0	7	100.0	10	100.0	45	100.0	75	100.0



Yapılan başka bir çalışmada KKH hastalarının hastalığa yönelik egzersiz yapma düzeyi yalnızca %9,6 olarak saptanmıştır (16). Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı bu konuyla ilgili çalışmalar başlatmıştır.

Fazla yağ alındığında yağlanma ve şişmanlığa neden olmaktadır. Ancak yağ diyetten tümüyle kaldırmak da sağlığı tehdit etmektedir. Bu nedenle az yağlı beslenme en doğru uygulama olarak belirlenmiştir (17). Doymuş yağlardan zengin bir diyetten uzak durulması için önlemler alınmalıdır.

Tuz tüketiminin çok az olduğu bazı ilkel topluluklarda (Güney Amerika, Orta Afrika ve Avustralya'daki ilkel topluluklar) yapılan epidemiyolojik çalışmalar, bu topluluklarda hipertansiyon prevalansının çok düşük olduğunu göstermektedir (18). KKH risk faktörü olan hipertansiyonun önlenmesi için tuz tüketiminin azaltılması gerekmektedir.

Ülkemizde Temmuz 2012'de Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın "Türk Gıda Kodeksi Ekmek ve Ekmek Çeşitleri Tebliği"ne göre tüketime sunulan ekmekek ve ekmekek çeşitleri, diğer ekmekek çeşitleri ve ekşi hamur ekmekeklerinin tekniğine uygun ve hijyenik şekilde üretim, muhafaza, taşıma ve pazarlanmasını sağlamak üzere bu ürünlerin özellikleri belirlendi. Tebliğe göre, ekmekek ve ekmekek çeşitlerinde, azami tuz oranı yüzde 1,75'ten yüzde 1,50'ye indirilerek ekmekek tüketiminin azaltılması, hipertansiyon ve bağıli hastalıkların önüne geçilmesi hedeflenmiştir.

Hipertansiyon önce koroner aterosklerozun gelişimini hızlandırır. Ancak hipertansiyon bulunan kişilerde kardiyovasküler hastalık riskini yalnızca kan basıncı düzeyi belirlemez. Birlikte bulunan diğer kardiyovasküler risk faktörleri, hedef organ ve klinik kardiyovasküler hastalıklar da kişinin riski üzerinde etkilidir (20).

Sulukçu'nun çalışmasında kadınların %54,5'inin, erkeklerin de %46,2'sinin öğün atlama alışkanlığı bulunmadığı belirlenmiştir (22). Aynı çalışmada; araştırmaya katılan bireylerin en az tercih ettiği yağların kanola %88,1, kuyruk yağı %91,2, fındık yağı %90,7 ve soya yağı %89,8 olduğu saptanmıştır. Zeytinyağının %47,7, mısırözü yağının %36,6

ve ayçiçeği yağının da %41,2 her gün tercih edildiği saptanmıştır (22). Bu veriler, çalışmamızla paralellik göstermektedir. Klinik araştırmaların sonuçları, diyetle yapılan değişikliklerle kolesterolün düşürülmesinin, KKH riskini azalttığını göstermektedir. Kolesteroldeki %1 düşüşün hastalık riskini %2 azalttığı hesaplanmıştır (23). KKH yönünden sağlıklı diyet, doymuş ve trans yağ asitleri ve kolesterolü düşük bir diyet olacaktır(24).

### **Sonuç ve Öneriler**

Koroner kalp hastalığı olan bireylerin beslenme alışkanlıkları, yağ tüketimi ve fiziksel aktivite durumlarını saptamak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre; çalışmaya katılanların %37,3'ünün tanı konduktan sonra bile sigara içmeyi sürdürdüğü, %22,7'sinin de ara sıra sigara içtiği saptanmış olup, tanı sonrası sigara kullanmayanların da %51,0'ünün tanı öncesi sigara kullandığı saptanmıştır.

Bireylerin %42,9'unun babasının kalp hastası olması ailevi öykü (kalıtım) bakımından anlamlı bir bulgudur. Araştırmaya katılanların %64,0'ünün ise spor yapmadığı saptanmıştır.

### **Bu çalışmaya göre öneriler şöyle**

**Özetlenebilir:** KKH tanısı konmuş bireylerin tedaviye daha çabuk yanıt vermelerini sağlamak ve daha sağlıklı yaşam sürdürmeleri için bölüm doktorlarının da yönlendirmeleriyle durumu elverişli hastalara belirli zamanlarda beslenme uzmanları tarafından günlük yaşamında kullanacağı bilgilerin verilmesi sağlanmalıdır.

Günümüzde değişen beslenme alışkanlıkları ve iş koşulları insanları dışarıda beslenmeye yöneltmektedir. Dışarıda sağlıksız ortamlarda beslenmenin zamanla sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Bu konuda halkın bilinçlenmesi için kitle iletişim araçları yoluyla eğitici programlar düzenlenmesi, kamu kurumlarınca toplu beslenme kurumlarına yapılan denetimlerin sıklaştırılması ve buralarda beslenme uzmanları çalıştırılmasının zorunluluk durumuna getirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Toplumumuzda kanda kolesterol düzeyini ve erkeklerde kan basıncını artırmada etkili olduğu belirtilen sedanter yaşam tarzının azaltılması ve halkın bilincinin artırılarak daha çok fiziksel aktivite yapılması yönünde eğitim verilmesi gerekmektedir.

Doymamış yağ asitleri ve trans yağları fazlaca içeren margarin, tereyağı, kuyruk yağı gibi katı yağların kullanım oranlarının azaltılması ve özellikle soya yağı, zeytinyağı ve kanola yağı gibi tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerinden zengin bitkisel yağların kullanımının artırılması, yemek yaparken yağın yakılmadan kullanılması için eğitim verilmelidir.

Kan kolesterolü yüksek olanlar ya da değiştirilemez risk faktörlerinin tehdidi altında bulunanların, yağlı et ve ürünlerini tüketmeyip, az yağlı ve az kalori veren besinleri tercih etmeleri için beslenme uzmanları tarafından hastanede, görsel yayın organları tarafından bu hastalıklarla ilgili küçük spotlar halinde beslenme konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

Koroner kalp hastalığı kontrol edilebilir risk faktörlerinin (sigara, alkol kullanımı, vücut ağırlığı dengesi, sedanter yaşam, kötü beslenme alışkanlıkları vb.) toplumda yaygınlığının azaltılması için toplumsal önlemler alınmalı, bireylerin (özellikle ailevi öyküsü bulunanların) bilinçli bir yaşam sürmesi için çalışmaların sürekliliği sağlanmalıdır.

**İletişim:** Dr. Fulya Sarper

**E-posta:** fulya.sarper@gmail.com

#### Kaynaklar

1. Aytekin, F. Üniversite öğrencilerine verilecek beslenme eğitiminin beslenme davranışlarına olan etkisinin incelenmesi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1999. (Yayınlanmamış Doktora Tezi).
2. Saygılı, S. ve ark. Formda kalmak için sağlıklı beslenme. İstanbul: Mozaik Yayınları; 2002.
3. Baysal, A. Beslenme. 14. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 2012.
4. Bulduk S. ve ark. Hastalıklarda Beslenme. İstanbul: Ya-Pa Yayınları; 2003.
5. Cıcala R. Kalp hastalıkları kaynak kitap. (Çev. Tümer G.). Ankara: HYB Yayıncılık; 1999.
6. Kuray, Ş. Koroner kalp hastalığı, 2004. <http://www.hastarehberi.com/kardiyoloji/kalp3/kalphastalıklarındabeslenme.htm>. 04.11.2004.13:16
7. Chu SG, Becker RC, Berger PB et al. Mean platelet volume as a predictor of cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. J Thromb Haemost 2010; 8:148-56.
8. Aparcı M, Kardeşoğlu E, Cebeci B. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; (6):380-8.
9. Solak H. Koroner arter cerrahisi. Konya: Gökçe Ofset; 1995.
10. Beltowski J. Leptin and atherosclerosis. Atherosclerosis 2006; 189: 47-60.
11. Kshatriya S, Liu K, Salah A, Szombathy T, Freeman RH, Reams GP, Spear RM, Daniel Villarreal. Obesity Hypertension: The regulatory role of leptin. International Journal of Hypertension 2011; article ID 270624. 2011.
12. Valean, C., Ichim, G., Tatar, S., Samasca, G., Leucuta, A., Nanulescu, M. Prevalance of metabolic syndrome and serum profile of adipokines in children with overweight and obesity: Endocrine Care 2010, 343-54.
13. Anon. Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı. Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014).
14. Onat A. Türkiye Kalp Vakfı Raporu 2000. Türk Kardiyoloji Derneği. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
15. Suher, M. Atherosklerotik kalp hastalarında risk faktörleri. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1987. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).
16. Özarslan BB. Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara: 2013.
17. Göğüş U. Mutluluğa doğru gıda spor ve sağlık. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2003.
18. Turgay Ç, Altun B. Tuz ve hipertansiyon. II. Milenyumda hipertansiyon ve modern tedavisi. Y. Sağlık Y, ed. Adana: Akgün Matbaası; 1999.
19. TÜİK Sağlık Araştırması. Ankara; 2010.
20. Onat A, ed. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. İçinde: TEKHARF. İstanbul: Orhan Matbaacılık; 2000. s. 16-23.
21. Şimşek H. Sosyal eşitsizliklerin koroner kalp hastalığı risk etmenlerine etkisi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Programı; 2011.
22. Solukçu T. Koroner arter hastalıklarında beslenme alışkanlıkları ve diyetle ilişkin faktörlerin incelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002. (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi).
23. Ridker P M, Rifai N, Rose L, Buring JE, Cook NR. Comparison of C-reactive protein and LDL cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. N Engl J Med 2002; 347: 1557- 65.
24. Sansoy, V. Risk faktörleri ve hiperlipidemi tedavisinde kılavuz kurallar. Koroner ateroskleroz için risk faktörleri. T. Klin Kardiyoloji 2000; 13: 33-40.

# Gebelerin Pasif İçiciliğın Fetüs ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgileri\*

The Knowledge of Pregnant Women About The Effects of Passive Smoking on Fetus and Newborn Health

Araştırma



Research

Sevda Atalay\*\*, Dr. Şafak Dağhan\*\*\*, Aslı Kalkım\*\*\*\*

Geliş tarihi :10.01.2014

Kabul tarihi:17.02.2014

## Öz

Araştırma, gebelerin sigara kullanımı ya da maruz kalma durumlarını ve pasif içiciliğın fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini 130 gebe oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, görüşmeyi kabul eden tüm gebelere ulaşılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan 23 soruluk anket formu ve 15 maddelik gebelik döneminde pasif içiciliğın fetüs ve yenidoğan sağlığına etkisine yönelik bilgi formu ile gebelerden yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler sayı-yüzde dağılımı ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Gebelerin %33,1'i 25-29 yaş arasında, %37,7'si lise mezunu ve %82,3'ünün geliri gidere denk olduğu saptanmıştır. Gebelerin %41,5'inin ikinci gebeliği olduğu ve %47,7'sinin gebeliğinin 3. trimesterında olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %20,8'inin sigara içtiği, sigara kullananların %92,5'inin 1-9 adet sigara içtiği, %49,5'inin sigara içmediği halde sigara dumanına maruz kaldığı ve %59,2'sinin evinde sigara içildiği belirlenmiştir.

Gebelerin çoğu (%86,9) doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında sigara dumanının etkileri konusunda bilgi almıştır. Gebelerin %64,6'sı pasif içicilik kavramını doğru olarak tanımlarken, %56,9'u pasif içiciliğın zararının aktif içicilik kadar etkili olduğunu belirtmiştir. Gebelikte pasif içiciliğın fetüs ve yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması 8,28±3.12 ve gebelerin %62,3'ünün yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı / maruz kalma durumu, evinde sigara içen birey varlığı ve pasif içiciliğın aktif içicilik kadar etkili olduğunu bilme durumu ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında; anne adaylarının sigara kullanımı / maruz kalma durumları yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda gebelerin pasif içiciliğın fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusundaki bilgi düzeylerinin de istendik düzeyde olmadığı görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, Pasif içicilik, Bebek sağlığı, Bilgi düzeyi

## Abstract

The research is a descriptive study conducted in order to determine the smoking / smoke exposure status of pregnant women and their level of knowledge about the effects of passive smoking on fetus and newborn health.

The population of the study consisted of 130 pregnant women. In the study, all pregnant women who accepted to participate were included without sampling.

Data were collected by conducting a face to face interview using a 23 item questionnaire and 15 item knowledge form about the effects of passive smoking on fetus and newborn health developed by the researchers. The data were evaluated by percentage distribution and chi-square tests.

Of the pregnant women, 33.1% were in the 25-29 age group, 37.7% were high school graduates and 82.3% had equal levels of income and expenses. It was determined that 41.5% of the pregnant women had their second pregnancy and 47.7% were in the third trimester of their pregnancy. Among the pregnant women, 20.8% were smokers, %92.5 of the smokers stated smoking 1-9 cigarettes a day, %49.5 were exposed to smoke even though they were non-smokers and smoking was allowed in the households of 59.2% of the pregnant women.

Most of the pregnant women (86.9%) were informed about the effects of cigarette smoking in the prenatal care services. While 64.6% of the pregnant women correctly defined passive smoking, 56.9% stated that the harm of passive smoking is as much as active smoking. It was found that the knowledge score mean about the effect of passive smoking on fetus and newborn health was 8,28±3.12 and 62.3% of the pregnant women had sufficient knowledge level. It was determined that there was a significant difference between education, income level, smoking / exposure status, smokers at home, knowledge about the harm of passive smoking versus active smoking and the knowledge levels of the women (p<0.05).

These results showed that smoking / smoking exposure status of the pregnant women was a common health problem. At the same time, it was observed that knowledge levels about the effects of passive smoking on fetus and newborn health of pregnant women was not at expected levels.

**Key words:** Pregnancy, Passive smoking, Infant health, Knowledge level

\* Bu araştırma, 19-21 Ekim 2011'de Şanlıurfa'da yapılan "Uluslararası Katılımlı 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi"nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*\*Hemşire, Hacettepe Ü. Tıp Fak. Hastanesi, Ankara

\*\*\*Doç.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir

\*\*\*\*Öğr. Gör.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir

## Giriş

Sigara içme, dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sigara kullanımı, günümüzde bir biyopsikososyal zehirlenme durumu olarak tanımlanmaktadır (1). Tüm dünyada 1,1 milyar sigara içicisi bulunurken, ülkemizde 17 milyon aktif sigara içicisi vardır. DSÖ'nün verilerine göre dünyada sigara kullanımı erkeklerde %47, kadınlarda %12 iken, ülkemizde bu oran erkeklerde %58, kadınlarda %13'tür (2). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2008 yılında DSÖ ve Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) ile yapılan proje çerçevesindeki araştırmasına göre ise; Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %31,3'ünün "her gün" ya da "ara sıra" tütün ve tütün mamüllerini kullandığı saptanmıştır. Bu oran erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,2 olarak belirlenmiştir (3).

Pasif sigara içimi, kişinin kendisi sigara içmediği halde başkalarının içtiği sigara dumanını solumaları, diğer bir deyişle çevresel tütün dumanından etkilenmesidir (4, 5). Sigara içimi yalnız içene değil, aynı ortamda bulunanlara da zarar vermesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (6, 7). Pasif sigara içimi, aktif içicilik kadar önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (5, 8). Pasif sigara içiciliği durumunda başta akciğer kanseri olmak üzere sinonazal kanserler, mesane kanseri, servikal kanserler ve meme kanseri, solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalık risklerinde artış olduğu vurgulanmaktadır (7).

Sigara içmediği halde pasif sigara içimine maruz kalan gebeler ve bebekler de sigara içenler gibi sigara dumanından olumsuz etkilenmektedirler (1). Gebelikte aktif olarak sigara kullanmak ya da pasif içicilik; düşük riski, erken membran rüptürü, plasenta previa, dekolman plasenta, prematür doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, büyüme kısıtlılığı, dismatür akciğer gibi komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır (1, 5, 9, 10, 11, 12, 13).

Yenidoğanda ise; intrauterin beslenmede yetersizliğe yol açarak düşük doğum ağırlığına (2500gr ve altı), akciğer hastalıklarının artışına, nörotoksisiteye ve ani bebek ölümü gibi pek çok komplikasyonlara neden olmaktadır (14, 15, 16). Yapılan çalışmalarda doğum öncesi dönemde pasif sigara içiciliği ile karşılaşılan

fetüsün bağışıklık sistemini de etkileyerek, doğum sonrası bebeklik döneminden başlayan solunum yolu enfeksiyonlarının oluşmasını kolaylaştırmakta, hava yolu yangısına ve reaktif hava yolu hastalıklarının gelişimine yol açmaktadır (11, 17). Ayrıca bebeklerde doğum sonrası solunum işlevlerinde bozukluk olduğu ve bunun ileri çocukluk dönemlerinde de sürdüğü gösterilmiştir (11, 18).

Gebelikte sigara kullanımı kadar pasif içicilik de yukarıdaki sayılan komplikasyonlar nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak güncelliğini korumaktadır. Bu nedenle özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler, doğum öncesi dönemde gebelerin sigara kullanımını ya da pasif içici olma durumlarını değerlendirmeli, sigara içen gebeleri ve aileleri belirleyerek sigarayı bırakmanın yararları ve sigara içmenin kendileri ve bebekleri için riskleri konusunda bilinçlendirmeli, sigarayı bırakma konusunda kadınları desteklemeli ve bırakma için istekli olanları ilgili kaynaklara yönlendirmelidir. Ayrıca sigarayı bırakanların doğum sonu dönemde yeniden sigaraya başlamamaları için profesyonel yardım alma konusunda cesaretlendirilmesinin de son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (19, 20).

Bu bilgiler ışığında, araştırmanın amacı gebelerin sigara kullanımı / sigara dumanına maruz kalma durumlarını ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusundaki bilgi düzeylerini belirlemektir.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan araştırma, Haziran-Ağustos 2009 tarihleri arasında Ankara'da bulunan bir "Aile Sağlığı Merkezi" (ASM) ve bir "Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması (AÇS-AP) Merkezi"nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, ASM'ye kayıtlı olan 30 gebe ile AÇS-AP Merkezi'ne kayıtlı olan 100 gebe oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, görüşmeyi kabul eden tüm gebelere ulaşılmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak (1, 10, 13, 14, 21, 22) hazırlanan 23 soruluk anket formu ve 15 maddelik gebelik döneminde pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkisine yönelik bilgi formu ile gebelerden yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.



Anket formu; gebelerin sosyodemografik verilerini sorgulayan 6 soru, obstetrik öykülerini inceleyen 4 soru, sigara kullanımı ve maruz kalma durumlarını sorgulayan 6 soru ve pasif içicilikle ilgili bilgilerini inceleyen 7 sorudan oluşmaktadır.

Gebelerin, gebelik döneminde pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkisine yönelik bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik oluşturulan 15 maddelik bilgi formunda belirtilen her bir ifadeyi "doğru" yanıtlayanlara "1", "yanlış ya da bilmiyorum" diye yanıtlayanlara "0" puan verilmiştir. Buna göre "7 puan ve altı" alanların bilgi düzeyi yetersiz, "8 puan ve üzeri" alanların ise yeterli olarak

değerlendirilmiştir. Formun KR-20 güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur. Veriler SPSS 16.0 for Windows programı kullanılarak, sayı-yüzde dağılımı ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Veri toplama aşamasında gebelerden sözel izin alınarak veriler toplanmıştır.

## Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması  $26,5 \pm 5,2$ , %37,7'si lise mezunu, %83,8'i çekirdek aileye sahiptir. Gebelerin %82,3'ü gelirinin giderine denk olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; %47,7'sinin bir çocuğa sahip olduğu, %41,5'inin ikinci gebeliği olduğu ve %47,7'sinin gebeliğinin 25-38. haftalar arasında (3. trimestir) olduğu ve gebelik süresince %29,2'sinin en az bir sağlık sorunu yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 1.** Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
<b>Yaş grubu</b>		
20 yaş altı	11	8,5
20-24	36	27,7
25-29	43	33,1
30-34	30	23,1
35 ve üzeri	10	7,6
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	1	0,8
Okuryazar	2	1,5
İlkokul mezunu	29	22,3
Ortaokul mezunu	34	26,2
Lise mezunu	49	37,7
Y. Okul/fakülte mezunu	15	11,5
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışan	21	16,2
Çalışmayan	109	83,8
<b>Eş eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	1	0,8
İlkokul mezunu	31	23,8
Ortaokul mezunu	29	22,3
Lise mezunu	46	35,4
Y.Okul/fakülte mezunu	23	17,7
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	109	83,8
Geniş aile	21	16,2
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	20	15,4
Gelir gidere eşit	107	82,3
Gelir giderden fazla	3	2,3
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

**Tablo 2.** Gebelerin sigara kullanımı / dumanına maruz kalma durumlarına göre dağılımı

Sigara kullanım/ maruz kalma durumları	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	27	20,8
Hayır	103	79,2
<b>İçilen sigara sayısı</b>		
1-9 adet	25	92,5
10-20 adet	2	7,5
<b>Sigara dumanına maruz kalma*</b>		
Evet	51	49,5
Hayır	52	50,5
<b>Evinde sigara içilme durumu</b>		
Evet	77	59,2
Hayır	53	40,8
<b>Evide sigara içen kişiler**</b>		
Eş	73	56,1
Anne-baba	9	6,9
Diğer akraba (eşin kardeşleri)	3	2,3
<b>Maruz kalınan sigara sayısı</b>		
1-9 adet		
10-20 adet	32	24,6
20 adetten fazla	16	12,3
	3	2,3
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

\*Yüzdeler sigara kullanmayan kişi sayısı (n=103)

üzerinden alınmıştır. \*\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Gebelerin sigara kullanımı ya da maruz kalma durumları değerlendirildiğinde; %20,8'inin sigara içtiği, sigara içenlerin %92,5'inin günde bir ile dokuz adet arasında sigara içtiği, gebelerin %49,5'inin sigara içmediği halde sigara dumanına maruz kaldığı, %59,2'sinin evinde sigara içildiği ve evde sigara içen kişilerin %56,1'inin gebelerin eşleri olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Gebelerin pasif içicilik ile ilgili bilgi düzeylerine bakıldığında; doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında %86,9'u sigara dumanının etkileri konusunda bilgi almıştır. Gebelerin %64,6'sı "pasif içicilik" kavramını doğru şekilde tanımlamış olup, %56,9'u "pasif içiciliğin" zararının "aktif içicilik" kadar etkili olduğunu, %82,3'ü gebenin bulunduğu ortamda ve %96,9'u bebeğin bulunduğu ortamda sigara içilmesinin sağlık açısından sakıncalı olduğunu

söylemiştir. Gebelerin pasif içiciliğin bebeklere olan olumsuz etkileri konusunda bilgi aldıktan sonra, %29,2'sinin bebeğinin yanında sigara içmediği ve içirmediği yönünde bir davranış değişikliği gerçekleştirdiği öz bildirimlerine dayalı olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Gebelerin gebelikte pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi puan ortalaması  $8,28 \pm 3,12$  (min:0 max:15) olup, gebelerin %62,3'ünün yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Gebelikte pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik en çok bilinen beş konunun, "gebelikte sigara dumanına maruz kalma doğum sonrasında bebeğin çabuk hastalanmasına neden olabilir" (%90,0), "gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin anne karnında büyümesini yavaşlatır" (%85,4), "gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin zayıf doğmasına neden olabilir" (%83,8), "gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin doğum sonrasında astım hastası olma nedeni olabilir" (%82,3) ve "gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin doğum sonrasında normalden daha yavaş büyümesine neden olabilir" (%76,9) olduğu saptanmıştır. En az bilinen beş konu ise "gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebekte yarı damak ve yarı dudak oluşmasına neden olabilir" (%13,8), "gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin ölü doğmasına neden olabilir" (%26,2), "gebelikte sigara dumanına maruz kalma doğum sonrası bebeğin aniden ölmesine neden olmaz" (%30,8), "gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin özürsüz doğmasına neden olmaz" (%35,4) ve "gebelik döneminde sigara dumanına maruz kalma anne karnında sonun (plasentanın) zarar görmesine neden olabilir" (%40,8) olarak bulunmuştur (Tablo 4). Gebelerin gebelikte pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi düzeylerinin bazı değişkenler açısından istatistiksel fark gösterip göstermediği değerlendirildiğinde; eğitim durumu ( $\chi^2=14.053, p=0.001$ ), gelir düzeyi ( $\chi^2=7.506, p=0.023$ ), sigara kullanımı / maruz kalma durumu ( $\chi^2=7.406, p=0.025$ ), evinde sigara içen birey varlığı ( $\chi^2=8.631, p=0.03$ ) ve pasif içiciliğin aktif içicilik kadar etkili olduğunu bilme durumları ( $\chi^2=23.071, p=0.000$ ) ile bilgi düzeyleri arasında farkın anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ), yaş grubu, gebelik sayısı, sağlık sorunu olma durumu, sigara dumanı hakkında bilgi alma durumu ile anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0.05$ ) saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 3. Gebelerin pasif içicilik ile ilgili bilgilerine göre dağılımı		
Pasif içicilik bilgisi	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>Sigara dumanının etkileri konusunda bilgi alma durumu</b>		
Evet	113	86,9
Hayır	17	13,1
<b>Bilgiyi nereden aldığı*</b>		
Hemşire	32	24,6
Ebe	5	3,8
Hekim	21	16,1
Radyo-TV	30	23,1
Kitap-gazete	19	14,6
Çevreden	13	10,0
<b>Pasif içicilik aktif içicilik kadar etkili görme</b>		
Evet	74	56,9
Hayır	5	3,8
Fikrim yok	51	39,2
<b>Gebenin bulunduğu yerde sigara içilmesini sakıncalı bulma</b>		
Evet	107	82,3
Hayır	23	17,7
<b>Bebeğin bulunduğu yerde sigara içilmesini sakıncalı bulma</b>		
Evet	126	96,9
Hayır	4	3,1
<b>Pasif içiciliğe ilişkin bilgilenebilme sonucu oluşan davranış değişimi</b>		
Sigara içmedim / içirmediğim / bıraktım	38	29,2
Sigarayı azalttım	19	14,6
Değişiklik olmadı	49	37,7
Üzıldüm, kaygı duydum	24	18,5
Toplam	130	100

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Tablo 4.** Gebelerin gebelik döneminde pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına

İfadeler	Verilmesi beklenen yanıt Yanlış/Doğru	Doğru yanıtlayanlar (n=130)	
		n	%
<b>Gebelikte pasif içiciliğin fetüs sağlığına etkileri</b>			
1. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma düşüğe neden olabilir.	Doğru	62	47,7
2. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin zayıf doğmasına neden olabilir.	Doğru	109	83,8
3. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin ölü doğmasına neden olabilir.	Doğru	34	26,2
4. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebekte yarık damak ve yarık dudak oluşmasına neden olabilir.	Doğru	18	13,8
5. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma erken doğuma neden olmaz.	Yanlış	56	43,1
6. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin anne karnında büyümesini yavaşlatır.	Doğru	111	85,4
7. Gebelik döneminde sigara dumanına maruz kalma anne karnında sonun (plasentanın) zarar görmesine neden olabilir.	Doğru	53	40,8
8. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin özürülü doğmasına neden olmaz.	Yanlış	46	35,4
<b>Gebelikte Pasif İçiciliğin Yenidoğan Sağlığına Etkileri</b>			
9. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin doğum sonrasında astım hastası olma nedeni olabilir.	Doğru	107	82,3
10. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma doğum sonrası bebekte sigaraya bağımlılık belirtilerinin (sinirlilik, çok ağlama, uyuyamama...) görülmesine neden olabilir.	Doğru	69	53,1
11. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma doğum sonrası bebeğin aniden ölmesine neden olmaz.	Yanlış	40	30,8
12. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin doğum sonrasında tıbbi müdahaleye (oksijen verme, kuvöze konma, ilaç tedavisi...) maruz kalmasına neden olabilir.	Doğru	71	54,6
13. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebekte öğrenme güçlüğüne neden olabilir.	Doğru	84	64,6
14. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma doğum sonrasında bebeğin çabuk hastalanmasına neden olabilir.	Doğru	117	90,0
15. Gebelikte sigara dumanına maruz kalma bebeğin doğum sonrasında normalden daha yavaş büyümesine neden olabilir.	Doğru	100	76,9
<b>Bilgi Puan Ortaması = 8,28±3.12 (min:0 max:15)</b>			

### Tartışma

Gebelikte sigara kullanımı güncel sağlık sorunlardan biri olarak hem ulusal, hem uluslararası literatürde yer almaktadır. Ülkemizdeki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 ve 2008 yılı verilerine göre; gebelikte sigara içme sıklığı sırasıyla %15 ve %10 olarak belirlenmiştir (23, 24). Ülkemizde gebe kadınların sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik bölgesel çalışmalara bakıldığında; bu oranın %3 ile %37 arasında değiştiği görülmektedir (1, 10,

14, 21, 25, 26, 27). Bu çalışmada da benzer olarak gebelerin beşte birinin (%20,8) sigara içtiği belirlenmiştir. Aynı zamanda gebelerin çoğunluğunun (%92,5) günde 1-9 adet arasında sigara içtiği, Aktaş ve Güler (2010)'in çalışmasında ise gebeliği boyunca sigara içenlerin %75'inin günde 1-5 adet sigara içtiği saptanmıştır. Ayrıca Altıparmak ve ark. (2009) çalışmasında bu oran 3,3±2,4 (min:1-max:10); Yeltekin ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise 6,21±5,75 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ülkemizde gebe

**Tablo 5.** Gebelerin gebelik döneminde pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkisine yönelik bilgi düzeylerini etkileyen değişkenlere göre incelenmesi

	Bilgi düzeyi						İstatistiksel analiz
	Yeterli		Yetersiz		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Eğitim düzeyi</b>							
İlkokulu bitirmemiş	3	6,1	0	0,0	3	2,3	* $\chi^2= 14,053$ p= 0,001
İlköğretim mezunu	31	63,3	32	39,5	63	48,5	
Lise mezunu ve üzeri	15	30,6	49	60,5	64	49,2	
<b>Gelir düzeyi</b>							
Gelir giderden az	13	26,5	7	8,6	20	15,4	$\chi^2=7,506$ p=0,023
Gelir gidere denk ve fazla	36	73,4	74	91,4	110	84,6	
<b>Sigara kullanımı/maruz kalma durumu</b>							
Sigara içen	10	20,4	17	21,0	27	20,8	$\chi^2= 7,406$ p= 0,025
Sigara içmeyen ancak dumana maruz kalan	26	53,1	25	30,9	51	39,2	
Sigara içmeyen ayrıca dumana da maruz kalmayan	13	26,5	39	48,1	52	40,0	
<b>Evde sigara içilme durumu</b>							
Evet	37	75,5	40	49,4	77	59,2	$\chi^2= 8,631$ p= 0,03
Hayır	12	24,5	41	50,6	53	40,8	
<b>Pasif içicilik aktif içicilik gibi etkili mi?</b>							
Evet	15	0,6	59	72,8	74	56,9	* $\chi^2= 23,071$ p= 0,000
Hayır	4	8,2	1	1,2	5	3,8	
Fikrim yok	30	61,2	21	25,9	51	39,2	

\*Fisher  $\chi^2$  testi kullanılmıştır.

kadınlar arasında sigara içiminin yaygın bir davranış ve önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermesi açısından son derece önemlidir.

Sigara içme yalnız içene değil, aynı ortamda bulunanlara da zarar vermesi ve bu durumdan en çok gebelerin ve çocukların etkilenmesi bakımından önemli bir halk sağlığı sorunudur (28, 29). Araştırmada önemli bir bulgu olarak gebelerin yarısının (%49,5) sigara içmediği halde sigara dumanına maruz kaldığı görülmüştür. Altıparmak ve arkadaşlarının (2009) aktardığına göre, ülkemizde gebelerin pasif sigara içiciliği ile ilgili gerçekleştirilen sınırlı sayıdaki çalışmalara bakıldığında, bu oranın %26 ile %59,6 arasında değiştiği anlaşılmıştır.

Araştırmada gebelerin yarısından fazlasının (%59,2) evinde sigara içildiği ve sigara içen kişilerin %56,1'inin gebelerin eşleri olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Yeltekin ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, gebelerin %67,5'inin evinde sigara içildiği, sigara içen kişilerin %67,5'inin eşler olduğu; Doğu ve Ergin'in (2008) çalışmasında gebelerin %53,2'sinin evinde sigara içildiği, %53,6'sının eşinin sigara içtiği görülmüştür. Ülkemizde özellikle erkekler arasındaki sigara içme

prevalansının yüksek olmasından dolayı ev ortamında yüksek düzeylerde çevresel sigara dumanına maruz kalma söz konusudur. Ev ortamındaki sigara dumanına maruz kalma gebelik öncesi dönemde başlayıp, emzirme ve bebeklik-çocukluk döneminde de sürmesi açısından son derece önemlidir (30).

Bu çalışmada gebelerin çoğunluğu (%86,9) doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında sigara dumanının etkileri konusunda bilgi alırken, yaklaşık 10 gebeden 2'sinin bilgi almadığı görülmüştür. Ayrıca gebelerin %35,4'ünün pasif içicilik kavramını yanlış olarak bildiği ya da hiç bilmediği saptanmıştır. Gebelerin yaklaşık yarısının (%43) pasif içiciliğin, aktif içicilik kadar zararlı etkileri olduğunu bilmemesine karşın, çoğunluğu (%82,3) gebenin bulunduğu ortamda ve %96,9'u bebeğin bulunduğu ortamda sigara içilmesinin sakıncalı olduğunu belirtmiştir. Sigara içiminin anneye ve bebeğe getirebileceği sorunları bilen kadınların, sigarayı gebelik öncesinde ya da gebelikte bıraktıkları ya da günlük içilen sigara sayısını azalttıkları bilinmektedir (31). Bu bilgi ışığında çalışmaya katılan gebelerin pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına yönelik olumsuz etkisini öğrendikten sonra, gebelerin yaklaşık



üçte birinin (%29,2) sigara içmediği ve bulunduğu ortamda içmediği belirlenmiştir. Gebelikte sigaranın bırakılması, hangi dönemde olursa olsun, gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkileyeceği bilinen bir gerçektir (13). Bu nedenle aktif sigara içen veya çevresel sigara dumanına maruz kalan gebelerin sağlık profesyonelleri tarafından bu konu hakkında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi son derece önemlidir.

Araştırmada üç gebeden birinin (%37,7) gebelikte pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına yönelik yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Aktaş ve Güler'in (2010) çalışmasında da sigara içimine bağlı anne karnındaki bebeğin göreceği zararlar konusu incelendiğinde sigara içen ve içmeyen her iki grubun da yeterince bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Doğu ve Ergin (2008) tarafından gerçekleştirilen diğer bir çalışmada; gebelerin %5,6'sının sigaranın gebeliğe zararlı etkileri olduğunu bilmedikleri ve %2,8'inin hiçbir zararının olmayacağını düşündükleri saptanmıştır. Doğu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, gebelerin %10'u gebelikte sigara içiminin zararlı etkileri olmadığını belirtmişlerdir. Semiz ve ark. (2006) çalışmasında ise gebelerin %1,5'i gebelikte sigaranın hiçbir zararının olmadığını belirtmiştir. Doğu ve ark. (2011) aktardığına göre, Berkiten (2007) çalışmasında sigaranın gebeliğe zararlı etkisine ilişkin gebelerin bilgi düzeyleri incelenmiş; kadınların %2,8'i hiçbir zararı olmadığını düşündüklerini açıklamışlardır.

Anne adayı, gebeliği sırasında sigara içsin ya da içmesin, çevresinde içine çektiği sigara dumanı plasenta aracılığıyla bebeğe geçerek, bebeğin büyüme ve gelişmesini yavaşlatmakta ve perinatal morbidite ve mortalite oranını artırmaktadır (21, 32). Çalışmamızda gebeler tarafından pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına yönelik en çok bilinen etkilerinin sırasıyla; "bebeğin çabuk hastalanması, anne karnında büyümesinin yavaşlaması, zayıf doğması, doğum sonrasında astım hastası olabilmesi, doğum sonrasında normalden daha yavaş büyümesi" olduğu belirtilmiştir. Doğu ve Ergin (2008) çalışmasında, sigaranın gebeler tarafından en çok bilinen zararları; bebekte gelişme geriliği, akciğer sorunları, ölü doğum, erken doğum ve zekâ geriliği olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada, gebelerin sigara içiminin bebekte gelişim geriliğine yol açacağına, bebeğin akciğer gelişimini olumsuz

etkileyeceğine, ölü doğuma ve zekâ geriliğine neden olabileceğine işaret ettikleri saptanmıştır (22). Altıparmak ve ark. (2009) çalışmasında, gebeler sigara içiminin erken doğuma, zekâ geriliğine, gelişme geriliğine, düşüklere, akciğer sorunlarına ve ölü doğuma neden olabileceğini belirtmişlerdir. Semiz ve ark. (2006) çalışmasında gebelerin %73,4'ü sigaranın öğrenme güçlüğüne, %69,3'ü zekâ geriliğine, %60,0'ı erken doğuma, %59,5'i ölü doğuma, %52,2'si bebekte gelişme geriliğine, %51,3'ü de akciğer gelişiminde yetersizliğe neden olabileceğini açıklamıştır. Grange ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada ise gebelerin %91'i sigaranın doğacak çocukta ciddi sağlık sorunlarına, %75'i düşük doğum ağırlığına, %56'sı prematür doğum riskine ve %40'ı düşük riskine neden olabileceğini belirtmiştir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde gebelerin pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusunda kısmen bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

Gebelerin gebelikte pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkilerine yönelik bilgi düzeylerinin bazı değişkenler açısından istatistiksel fark gösterip göstermediği değerlendirildiğinde; eğitim durumu ( $\chi^2=14.053$ ,  $p=0.001$ ), gelir düzeyi ( $\chi^2=7.506$ ,  $p=0.023$ ), sigara kullanımı / maruz kalma durumu ( $\chi^2=7.406$ ,  $p=0.025$ ), evinde sigara içen birey varlığı ( $\chi^2=8.631$ ,  $p=0.03$ ) ve pasif içiciliğin aktif içicilik kadar etkili olduğunu bilme durumları ( $\chi^2=23.071$ ,  $p=0.000$ ) ile bilgi düzeyleri arasında farkın anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ), yaş grubu, gebelik sayısı, sağlık sorunu olma durumu, sigara dumanı hakkında bilgi alma durumu ile anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0.05$ ) saptanmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında; anne adaylarının sigara kullanımı / maruz kalma durumları yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda gebelerin pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusundaki bilgi düzeylerinin de istendik düzeyde olmadığı görülmektedir.

Sonuç olarak, topluma sağlıklı bireyler kazandırmak amacıyla gebelik öncesi ve gebelik sırasında kadınların sigara kullanımı ve maruz kalma durumları kesin olarak değerlendirilmelidir. Sigaranın gebeye, anne karnındaki bebeğe ve yenidoğan üzerine zararlı etkileri konusunda başta gebelere,

yakınlarına ve topluma bilgi verilmelidir. Sigara kullanan gebelere ve yakınlarına bırakmaya yönelik danışmanlık hizmeti verilerek, bireylerin bu durumla ilgili izlemleri yapılmalıdır. Aynı zamanda sağlık çalışanları, sigara kullanmayarak topluma rol model olmalıdır.

#### Kısıtlılıklar

Araştırmadaki veriler gebelerin sözel açıklamalarına dayalı olarak sunulmuştur. Araştırmada kullanılan, gebelerin gebelik döneminde pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkisiyle ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik oluşturulan bilgi formunun yalnızca KR-20 güvenilirlik katsayısı belirlenmiştir. Araştırma tanımlayıcı türde olduğu için araştırma sonuçları tüm popülasyona genellenemez.

**İletişim:** Dr. Aslı Kalkım

**E-posta:** asli.kocer@ege.edu.tr



Fotoğraf: "Mutluluğun Resmi" Cüneyt Karabiber  
STED Fotoğraf Yarışması 2001 Başarı ödülü

#### Kaynaklar

1. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. Tur Toraks Der 2009; 10:20-5.
2. Temel O, Coşkun AŞ, Gök Ş, Çelik P, Yorgancıoğlu A. Sağlık çalışanlarında, aktif ve pasif sigara içicilerde nikotin etkilenim düzeyleri. Tur Toraks Der 2009; 11:107-11.
3. Küresel yetişkin tütün araştırması-2008. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 20 Aralık 2009.
4. Özyurt BC. Manisa'da kırsal bir bölgedeki ilkokul çocuklarında pasif sigara içicilik maruziyetinin değerlendirilmesi. Tur Toraks Der. 2009;10:155-61.
5. Boyacı H, Büyükgöze B, Başyigit İ, Yıldız F, Ilgazlı A, Duman C. Fetustaki sigara dumanı maruziyetinin kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. Tur Toraks Der 2006;7(2):115-9.
6. Uskun E. Pasif içicilik. STED 2000; 9: 420-1.
7. Boztaş G, Aslan D, Bilir N. Çevresel sigara dumanından etkilenim ve çocuklar. STED 2006; 15(5): 75-8.
8. Özyardımcı N. Sigara ve sağlık. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi; 2002.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking during pregnancy United States, 1990-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004; 8: 911-5.
10. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu SS. Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. STED 2006; 15(8):149-52.
11. Keskinöglü P, Aksakoğlu G. Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri. Türk Ped Arş 2007; 42: 136-41.
12. Hofhuis W, Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. Arch Dis Child 2003; 88: 1086-90.
13. Kutlu R. Aktif ve pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetüs üzerine etkileri. Prev Med Bull 2008; 7(5): 445-8.
14. Doğu S, Ergin AB. Gebe Kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1(1):26-39.
15. Bilir N. Sigara ve üreme sağlığı. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi (Kongre Kitabı). Ankara: 20-23 Nisan 2003.
16. Terzioğlu F, Yücel Ç. Sigaranın gebelik ve bebek sağlığına etkileri. Sağlıkla Aylık Sağlık Dergisi 5: 10-5.

17. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children health. *Pediatrics* 2004; 113:1007-15.
18. Peat JK, Keena V, Harakeh Z, Marks G. Parental smoking and respiratory tract infections in children. *Paediatr Respir Rev* 2001; 2:207-13.
19. Kaşıkçı SD, Koç K, Aslan Z, Türker S, İhtiyar N, Yalçın EG. Özel bir sağlık kuruluşuna başvuran sigara kullanan gebe kadınlarda sigara kullanımının anne ve bebek sağlığı üzerine etkileri ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçülmesi. [http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel\\_calisma/sigara%20poster.pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/sigara%20poster.pdf) Erişim tarihi: 11.09.2013.
20. Kesgin MT. Çocukların sigaranın zararlarından korunması: halk sağlığı hemşiresi ve öncelikli sorumluluklar. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2012); 90-6.
21. Aktaş S, Güler H. Gebelik boyunca sigara içiminin perinatal dönemde anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkisi. *STED* 2010; 19(3): 100-7.
22. Doğu S, Koç K, Aslan Z, Türker S, İhtiyar N. Özel bir sağlık kuruluşuna başvuran gebe kadınlarda sigara kullanımı ile ilgili verilen eğitimin anne bebek sağlığı üzerine etkileri ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçülmesi. 2011.. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/54/docs/bilimsel1-54.pdf> Erişim tarihi:11.09.2013.
23. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
24. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması-2008. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
25. Yeltekin SY, Karasimav D, Yalçın SS. Gümüşdere Sağlık Ocağı'nda pasif sigara maruziyetinin doğum ağırlığı üzerine etkisi. *STED* 2005; 14(4): 90-3.
26. Eğri M, Ercan C, Genç M, Güneş G, Ilgar M, Karaoğlu L ve ark. Malatya'da yaşayan gebelerde sigara içme düzeyi ve etkileyen faktörler. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı). 3-6 Kasım 2004. Ankara, s. 242, Bildiri No: 35.
27. Şahin F, Ayrancı U, Özdamar K, Yazıcıoğlu S. Yenidoğan ölçümleri üzerine annenin sigara içmesinin etkileri. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi (Kongre Kitabı). 20-23 Nisan 2005. Ankara, s. 274, Bildiri No:115.
28. Uskun E. Pasif içicilik. *STED* 2000; 9:420-1.
29. Bülbül SH, Ceyhan AG. Pasif sigara içiciliği. *Türk Aile Hek Derg* 2006; 10(3): 123-128.
30. Karatay G. Kars ili 4 nolu sağlık ocağına kayıtlı 0-6 yaş aralığındaki bebek ve çocuklarda pasif sigara dumanı maruziyetinin belirlenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(2):31-8.
31. Demirkaya OB. Gebelikte Sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıpta Uzmanlık Programı Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2004.
32. Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve sigara. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2008.
33. Grange G, Vayssiere C, Borgne A, et al. Description of tobacco addiction in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;120:146-51.

# Özel Araçlarda Tütün Ürünleri Tüketiminin Tümüyle Önlenmesi Neden Önemli?

## Tütün Kontrolü Açısından Değerlendirmeler

Why is it Important to Prohibit Tobacco Consumption/Smoking in Private Cars / Motorcars? Assessment from the Tobacco Control Perspective

Derleme



Review Article

*Mustafa Seydioğulları\**, *Dr. Dilek Aslan\*\**, *Dr. Erdem İlker Mutlu\*\*\**

Geliş tarihi : 16.12.2013

Kabul tarihi: 01.02.2014

### Öz

Sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi tütün kontrolü açısından öncelikli bir çalışma başlığıdır ve bu riskin önlenmesi için kamusal otoritelerin ciddi sorumlulukları bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000'li yıllardan bu yana üzerinde çalışılan ve günümüzde 177 ülkenin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin de bir gereği olarak "tütün dumanı" ülke modellerinde sigara dumanından pasif etkilenim riskinin önlenmesi temel amaçlardan birisi olmalıdır. Pasif etkilenimin önlenmesi için kapalı bütün mekanlarda sigara içiminin önlenmesi uygundur. Bu doğrultudaki düzenlemeler pasif etkilenim ve üçüncü el sigara dumanının sağlık açısından risklerine ilişkin bilimsel kanıtlar üzerinden yapılmalıdır.

Pasif ve üçüncü el sigara dumanı riskleri dikkate alındığında, ülkemizde, Haziran 2013 tarihinde yürürlüğe giren "özel araçlarda şoförün sigara içiminin yasak olması", bu yasağın araç içindeki diğer bireyler için uygulanmaması ilgili düzenlemenin "eksik" bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Bu makalede sigara dumanından pasif etkilenime dair kamusal güncel düzenlemeler ele alınmış, son dönem düzenlemelere ilişkin değerlendirmelere yer verilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Sigara dumanından pasif etkilenim, Üçüncü el sigara dumanı, Motorlu özel araç, Önleme, Yasal düzenleme

### Abstract

Prevention of passive smoking is a prior tobacco control issue and, the responsibility of the public authorities play crucial role in eliminating this risk. As a "must" of Framework Convention on Tobacco Control which the World Health Organization has been working on since 2000s and has 177 partners already, the risk of passive smoking should be prevented within the "tobacco/smoke free country" models. Prevention of smoking in all types of closed areas should be provided. Accordingly, the regulations should be based on the scientific evidence on both passive and third hand smoking risk(s) for health.

When taken the risks of passive and third hand smoke risk(s) into consideration, it is not wrong to highlight the "deficiency/lack" in recent legal ban on "only" the drivers' smoking excluding the other passengers' smoking inside the car which has been put into force in June 2013. In this manuscript, recent legal regulations on prevention of passive smoking have been addressed and discussed.

**Key words:** Passive smoking, Third hand smoking, Motorcar, Prevention, Legal arrangement

\*Uzm.; Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, Ankara

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

\*\*\*Yrd. Doç.; Hacettepe Ü. Hukuk Fak., Ankara



Bilindiği gibi tütün ile mücadele son derece kapsamlı ve sürekli bir mücadeledir. Bu başlıkta ise "sigaraya hiç başlamama, sigara içenlerin bırakması ve sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi" temel konuları yer almaktadır. Her birisi diğerinin bütünleyicisi olan üç yaklaşımın şüphesiz bilimsel gerekçeleri de bulunmaktadır. Örneğin, sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) riskinin önlenmesi denildiğinde aslında, sigara içmemiş/içmeyen ancak başkalarının içtiği sigara dumanından etkilenen bireylerin haklarının savunulması anlaşılmalıdır. Bu kapsamda ise öncelikli grupların çocuklar, yaşlılar, yeti yitimi olanlar ve kadınlar olduğu da unutulmamalıdır. Günümüzde, dünyada her yıl sigara nedeniyle ölen altı milyon kişinin 600 000'i sigara dumanından pasif etkilenim nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (1).

Bu kitlesel etkili ölüm ve hastalık rakamlarının devletlerin kamusal sorumlulukları, konunun o sorumlulukları düzenleyen ulusal ve uluslararası kamu hukuku çerçevesinde irdelenmesini de gerektirmektedir. Bunlar sırasıyla devletin uluslararası yükümlülüklerini düzenleyen hukukun konuya ilişkin hükümleri, ulusal hukukun en üst düzenleyici kamusal gücü olan Anayasanın bu uluslararası yükümlülüklerin yerine getirilmesi amaçlı olarak ulusal hukuk-uluslararası hukuk ilişkisine ilişkin düzenlemesi ve son olarak da iç hukukun yasaların kesinliği ve uygulanırlığı çerçevesinde düzenlemeleridir.

İlk olarak sağlık hakkı bir insan hakkı olarak sanki ikinci kuşak bir hakmış gibi gözüke de aslında hiç sigara içmemiş bireylerin yaşam hakkı bağlamında düşünülecek olursa, uluslararası hukuk kuralları içinde dahi en üst hiyerarşik kural olan bir "emredici kural" barındırmaktadır. Böyle bir kuralı devletin yerine getirme yükümlülüğü, bütün yükümlülüklerinin üstündedir. Bunların sonucu olarak devletin uluslararası hukukta *erga omnes* sorumluluğu denilen ana sorumluluklarını yerine getirme borcu ortaya çıkar ki bundan her hangi bir devletin bu kuralın aksine hükümlerle yapılmış bir uluslararası antlaşma yoluyla dahi kaçınması mümkün değildir.

Diğer yandan böyle bir uluslararası antlaşma, bizim hukukumuz açısından Anayasamızın 90'ıncı maddesinin beşinci fıkrası anlamında "temel hak ve özgürlüklere ilişkin uluslararası

antlaşma" kapsamında değerlendirildiğinde kanunla ayrı hükümler içerse dahi uygulamaya esas alınmalıdır. Zira çerçeve sözleşmesinin içeriği yerine getirilmemiş olsa ve aksine bir düzenleme yapılmış olsa dahi, usulüne uygun olarak yürürlüğe girmiş temel hak ve özgürlüklere ilişkin bir antlaşma olarak Anayasa'daki şartı yerine getirmektedir. Usulüne uygun olarak yürürlüğe girmiş olma şartını yerine getirdiğinde ise kanun eğer bir takım konularda yetersiz kalır, farklı uygulanır veya farklı hüküm içerirse, temel hak ve özgürlüklere dayalı uluslararası antlaşma hükmü uygulanır.

Son olarak SDPE'nin önlenmesi de kamusal bir sorumluluk olarak algılanmalıdır. Dolayısıyla, halen yürürlükte olan ve en temel amaçlarından birisinin "sigara içmeyenlerin haklarını korumayı amaçlayan 4207 sayılı "Tütün Ürünlerinin Kontrolü ve Zararlarının Önlenmesi Kanunu'nun (2) gerekliliklerinin % 100 yapılması da yasanın amaçsal yorumu gereğidir. Bu Kanun'un uygulanmasında şüphesiz Medeni Kanunumuzun birinci maddesinde sözünü ettiği "Kanun sözüyle ve özüyle düzenlediği bütün konularda uygulanır" kuralına dayalı olarak mevcut bütün maddelerinin % 100 uygulanması gerekmektedir.

Yine yasanın uygulanmasında son derece önemli olan tarihsel yorum metodunun da uygulanması için Kanun'a ilişkin kısa tarihçe hatırlanacak olursa;

2004 yılında Türkiye'nin onaylayarak "taraf" olduğu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin (TKÇS) "Tütün dumanından korunma" başlıklı sekizinci maddesi taraflar açısından teamül oluşturabilecek bir yasal karine (*presumptio iuris*) taşır: "Taraflar, bilimsel kanıtların tütün dumanına maruz kalmanın ölüm, hastalık ve sakatlıklara neden olduğunun kuşkuya yer bırakmayacak biçimde kanıtladığını kabul ederler (3)."

2008 yılında TKÇS esas alınarak revize edilen 4207 sayılı Kanunun amacı, "Kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır." şeklinde ifade edilmiştir.

Kanun'a ilişkin son dönemlerde, 11/06/2013 tarihinde birkaç değişiklik yapılmış olup bu değişikliklerden birisi de araçlarda sigara içiminin önlenmesinin yeniden düzenlenmesine ilişkindir (4).

11/06/2013 tarihli ve 28674 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (6487 sayılı) 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Kontrolü ve Zararlarının Önlenmesi Kanununun "Tütün ürünlerinin yasaklanması" başlıklı 2'nci maddesinin birinci fıkrasının c) bendini "Tütün ürünleri, hususi araçların sürücü koltukları ile taksi hizmeti verenler dâhil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında tüketilemez" şeklinde değiştirmiştir.

Yapılan değişiklik, sadece önceki metne "...husussi araçların sürücü koltukları ile" lafzının eklenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Esasen, dünyada tütün kontrolü uygulamalarında önde olan ülkelerde özellikle pasif etkilenimi önlemek amacıyla park, oyun bahçesi, plaj vb. açık alanlar ile özel konut ve araçları kapsayacak düzenlemeler yapılmaktadır (5). Ülkemizde, araçları da kapsayan tütün kontrolü düzenlemelerin temelde doğru olduğu düşünülebilir. Ancak, bu düzenlemelerde eksikliklerin olduğunu da vurgulamak gerekir.

Taksi ve özel araçlar içinde sigara dumanından pasif etkilenim riskine ilişkin kimi araştırma sonuçları aşağıda yer almaktadır:

1. Keskin ve arkadaşları tarafından Ankara'da Eylül-Ekim 2011 tarihlerinde 247 taksi şoförünün katılımıyla yapılan bir çalışmada şoförlerin %58,3'ü sigara içtiğini belirtmiştir (6).

2. "Ankara İlindeki Bazı Taksi Şoförlerinin Taksilerde Sigara Yasağı Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı Bilir ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, şoförlerin %63,9'unun sigara içtiği, sigara içenlerin %61,0'inin ise taksi içinde bu alışkanlıklarını sürdürdüğü ifade edilmektedir. Çalışmaya katılan şoförlerin yarısından fazlası (%55,2) takside sigara içilmesinin yasak olmasını desteklemekte, buna karşılık taksi

şoförlerinin üçte birlik (%33,2) bir bölümü ise bu yasaklamaya kesinlikle karşı olduğunu belirtmektedir. Çalışmanın ortaya koyduğu bir başka sonuç ise, yolcuların sigara içme isteği ile karşılaşan şoförlerin %58,0'inin yolcuların bu isteğine itiraz etmedikleri şeklindedir (7).

3. Yeni Zelanda'da Glover ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalışmada çocukların %30'u evde ve/veya araç içinde sigara dumanından pasif olarak etkilendiklerini belirtmişlerdir (8).

4. Nabi-Burza ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, anne ve babaların %48'i araç içinde pasif etkilenim durumunun varlığına dair beyan vermişlerdir (9).

Özetle, yapılan mevcut çalışmalar araç içinde sigara içiminin varlığına dikkat çekmektedir. Dolayısıyla, durumun önlenmesi halk sağlığı yaklaşımında bir gereklilik olarak dikkat çekmektedir.

11/06/2013 tarihli ve 28674 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (6487 sayılı) ile 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Kontrolü ve Zararlarının Önlenmesi Kanununun "Tütün ürünlerinin yasaklanması" başlıklı 2'nci maddesinin birinci fıkrasının c) bendini "Tütün ürünleri, hususi araçların sürücü koltukları ile taksi hizmeti verenler dâhil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında tüketilemez" şeklinde yapılmış olan değişikliğin aşağıda da yer verilmiş birkaç nedenle sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi açısından kabul edilemez olduğu çok açıktır:

1. Kapalı bir alan olan taksilerin iç mekanlarında sigara içiminin sadece şoförün içmesinin önlenmesi ile sağlanamayacağı açıktır.

2. Araçların içinde sigara içimi önlenmesi tamamen engellenmek isteniyorsa içimin tamamen yasaklanması gerekmektedir.

3. Son dönemlerde gündeme olan ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI da sağlık açısından önemli riskler taşımaktadır. Bu zararların/tehditlerin önlenmesi isteniyorsa araç içlerinde sigara içiminin %100 önlenmesi

gerekmektedir. Üçüncü el sigara dumanı, sigara içilmiş ortamlarda sigara dumanının metabolitlerinin (kalıntılarının) varlığını sürdürdüğü, bu metabolitlerin de sağlık açısından zararlı olduğunu ortaya koymuştur (10,11).

Mevcut yasal düzenleme ve uygulamalar ile pasif etkilenimin şartları değerlendirildiğinde sadece özel araçların sürücü koltuğundaki kişilerin tütün ürünleri tüketmesini yasaklayan hüküm tütün kontrolünün özü, amacı ve esası açısından uygun olmamıştır.

Özel araçlarda sürücünün tütün ürünü tüketmemesine yönelik düzenlemenin 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun "Tedbirsiz ve saygısız araç sürme" başlıklı "Karayolunda araçların kamunun rahat ve huzurunu bozacak veya kişilere zarar verecek şekilde saygısızca sürülmesi, araçlardan bir şey atılması veya dökülmesi, seyir halinde sürücülerin cep ve araç telefonu ile benzer haberleşme cihazlarını kullanması yasaktır..." şeklinde ifade edilen 73'üncü maddesinde yapılması hukuk tekniği açısından daha uygun değerlendirilmektedir.

Keza, Karayolları Trafik Yönetmeliğinin "Tedbirsiz ve saygısız araç sürme" başlıklı 145'inci maddesinde ifade edilen hususlar, 4207 sayılı Kanun'da özel araçlarda sadece sürücü koltuğundaki kişinin tütün ürünü tüketmesini yasaklayan hükmün yerinde olmadığı göstermektedir.

Yakın geçmişte yapılan aşağıda yer alan önerinin de araç içlerinde sigara dumanından pasif etkilenimi önleme açısından değerli olduğu, ancak, yukarıdaki 3'üncü maddede yer alan üçüncü el sigara dumanının önlenmesi açısından yetersiz olduğu da unutulmamalıdır:

Madde gerekçesi "Hususi araç sürücülerinin de sigara içmemesine yönelik düzenleme yapılmaktadır." ifadesiyle açıklanan kanun teklifinin 24/05/2013 tarihinde TBMM'de görüşülmesi sırasında bir grup milletvekilinin "Tütün ürünleri, 18 yaşından küçük çocukların olduğu hususi araçlar ile taksit hizmeti verenler dahil olmak üzere karayolu, demiryolu ve havayolu taşıma araçlarında tüketilemez" şeklinde düzenlenmesini teklif eden önerge kabul edilmemiştir. Hususi araç ifadesi, kamuya ait olmayan araçları ve toplu ulaşımda kullanılmayan araçları ifade etmektedir. Taksit bir ulaşım hizmetidir. Ancak hususi değil,

kamusal bir ulaşım hizmetidir. İdarenin denetleme ve ruhsatlandırma yükümlülüğü olduğu için de yapılan kamu hizmeti sınıfına girmektedir. Yani pasif etkilenimden korunmak istenmeyen grup aslında bir nevi bu tür bir kamu hizmetini kullanmak isteyen gruptur.

Diğer yandan mevcut düzenlemelerde 18 yaşın altındaki bireyleri tütün kontrolü kapsamında korumayı amaçlayan özel bir Madde daha bulunmaktadır. Konuya ilişkin olarak 4207 sayılı Kanun ve bu Kanun hükümlerinin uygulama esaslarını belirleyen 16/07/2009 tarihli ve 27290 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2009/13 sayılı Başbakanlık Genelgesi, istisnai açık ve kapalı alanlarda tütün ürünleri tüketimine izin vermekle beraber bu yerlere 18 yaşından küçüklerin alınmasını kesinlikle yasaklamaktadır.

Bu konuda Kanun'da yer alan bir başka ayrıntı da yaşlı bakım evlerinde, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde, cezaevlerinde toplam alanın %10'unu geçmeyecek şekilde; otelcilik hizmeti verilen işletmelerde aynı kat ve koridorda olmak üzere tütün ürünleri tüketen müşterilerin konaklamasına tahsis edilmiş odalarda; şehirlerarası veya uluslararası güzergâhlarda yolcu taşıyan denizyolu araçlarının güvertelerinde toplam alanın %10'unu geçmeyecek şekilde; açık havada yapılan spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde toplam seyir alanının %50'sini geçmeyecek ve ortamda bulunan diğer kişilerin etkilenmesini önleyecek şekilde tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus istisnai açık ve kapalı alanlar oluşturulabilmektedir.

Şekil 1'de sunulan yasal uyarı yazısının ise bu alanlara asılması beklenmektedir.

Araç içinde bu denli risk yaratan sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi aslında toplumsal düzeyde bir sorumluluk ve duyarlılığı da gerektirmektedir. Özellikle 18 yaşın üzerindeki bireylerden bu noktada beklenti(ler) fazladır. Ancak, sağlığın bir hak olarak kabul gördüğü halk sağlığı yaklaşımında kendi sağlığının sorumluluğunu alamayacak olan grupların sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla kamusal mekanizmalara ihtiyaç açıktır. Araç içinde sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi konusuyla ilişkili olarak bütün araçlarda sigara içiminin



## YASAL UYARI:

**4207 SAYILI KANUN GEREĞİ  
BU ALAN TÜTÜN ÜRÜNLERİ  
TÜKETİMİNE AYRILMIŞTIR.  
18 YAŞINI DOLDURMAYAN  
KİŞİLERİN BU ALANA  
GİRMESİ YASAKTIR.**

Şekil 1. 18 Yaşını doldurmamayan bireylerin tütün ürünleri tüketilen yerlere alınmamasını belirten yasal uyarı yazısı (12)

engellenmesi temelde istenilen ve hukuken de gerekli olan çözümdür. Bu noktada, ikinci ve üçüncü el dumanın etkileri de dikkate alındığında, sadece şoförün içmemesi, sadece 18 yaşın altında yolcu bulunan araçlarda sigara içiminin önlenmesi oldukça kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi ve anayasal-uluslararası yükümlülükler açısından eksik bir yaklaşımdır. Bu konuda her yaş grubunu kapsayacak düzenlemelerin yapılarak, eş güdümlü olarak da farkındalık ve eğitim çalışmalarının da hızla ve süreklilik içerisinde sürdürülmesi genel yaklaşım olarak kabul edilmelidir. Bir sonraki aşama olarak da yapılan bu çalışmaların etkisinin değerlendirildiği bilimsel araştırmaların desteklenmesi gerekmektedir.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

## Kaynaklar

1. Tobacco's toll. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/en/index.html>. Erişim:12.12.2013.
2. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. [Internet] <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/01/20080119.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/01/20080119.htm>. Erişim:16.12.2013.
3. Framework Convention on Tobacco Control. [Internet] <http://www.who.int/fctc/en/>. Erişim:16.12.2013.
4. Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. [Internet] <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130611.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130611.htm> Erişim:16.12.2013.
5. Gaydan A, Gündeş İ, Güner A, Günbulut NÖ. (Aslan D, Koç E, Danişmanlar). Tütün Kontrolü ve Dünya Deneyimleri: Sigarasız Açık Alanlara İlişkin İnceleme. Güneş Kitabevi, Mart 2013 (ISBN:978-605-4512-36-2).
6. Keskin ET, Kütük F, Özmen BB, Özyörük E, Yazır Y, Aslan D. Ankara'da bazı semt duraklarında çalışan taksi şoförlerinin sağlıklı/riskli yaşam davranışları. STED 2012;21(4):222-9.
7. Bilir N, Yardım MS, Alışık M, Arpat O, Atalay Y, Aydoğan B. Ankara ilindeki bazı taksi şoförlerinin taksilerde sigara yasağı konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Toraks Dergisi Aralık 2012;13(4):141-5.
8. Glover M, Hadwen G, Chelimo C, Scragg R, Bullen C, Gentles D, Nosa V, McCool J. Parent versus child reporting of tobacco smoke exposure at home and in the car. N Z Med J 2013 May 31;126(1375):37-47.
9. Nabi-Burza E, Regan S, Drehmer J, Ossip D, Rigotti N, Hipple B, Dempsey J, Hall N, Friebely J, Weiley V, Winickoff JP. Parents smoking in their cars with children present. Pediatrics. 2012 Dec;130(6):e1471-8.
10. Ferrante G, Simoni M, Cibella F, Ferrara F, Liotta G, Malizia V, Corsello G, Viegi G, La Grutta S. Third-hand smoke exposure and health hazards in children. Monaldi Arch Chest Dis 2013 Mar;79(1):38-43.
11. Smoking in cars. [Internet] [http://ash.org.uk/files/documents/ASH\\_714.pdf](http://ash.org.uk/files/documents/ASH_714.pdf). Erişim:12.12.2013.
12. Yasal Uyarı Yazısı. [Internet] <http://www.tapdk.gov.tr/tr/anasayfa/yasal-uyarilar.aspx>. Erişim:12.12.2013.





# Alzheimer Hastalığı'nda Fiil Ehliyeti

Legal Capacity in Alzheimer's Disease

*Dr. Özge Gülmez\*, Dr. Ali Rıza Tümer\*\*, Dr. Emre Karacaoğlu\*,  
Dr. Ramazan Akçan\*\*\*, Dr. Aysun Balseven Odabaşı\*\*\**

Geliş tarihi : 24.12.2012

Kabul tarihi: 07.04.2013

## Öz

Alzheimer hastalığı demansın en sık nedeni olup, mental fonksiyonların bozulması ile karakterize santral sinir sisteminin progresif dejeneratif bir hastalığıdır. Dünyada ve ülkemizde yaşam süresinin uzaması Alzheimer hastalığına yakalanan kişi sayısında artışa ve bu popülasyonun daha fazla hukuki sorunla karşılaşmasına neden olmaktadır. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte bu hastalar, vasi tayinine gereksinim olup olmadığı, fiil ehliyetinin tam olup olmadığı hususlarının değerlendirilmesi amacıyla eskiye oranla daha sık adli tıbbi muayeneye gönderilmektedir. Geç dönem Alzheimer'lı hastaların adli tıbbi muayeneleri fiil ehliyeti açısından genellikle bir sorun oluşturmazken, erken ve orta evre Alzheimer hastalarının adli tıbbi değerlendirmesinde sorunlar yaşanabilmektedir. Bu nedenle, erken ve orta evre Alzheimer hastalarında tam ve ayrıntılı bir değerlendirme ile fiil ehliyeti konusunda karar verilmesi önem taşımaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Alzheimer hastalığı; Fiil ehliyeti; Adli tıp

## Abstract

Alzheimer's disease, a progressive degenerative disease of central nervous system, is the most common cause of dementia, characterized by deterioration of mental functions. Worldwide increase in life expectancy leads to increased number of individuals with Alzheimer's disease, and consequently causes more legal issues regarding this population. With the prolongation of life expectancy, these patients are more frequently referred to forensic medical examination for evaluation of legal capacity or if they need guardian or not. Forensic medical examinations of patients with late stage Alzheimer's disease usually do not create a problem especially in terms of capacity to act but forensic medical assessment of early and mid-stage Alzheimer's disease may create a problem. Therefore, it is important to perform a full and detailed assessment, while deciding on legal capacity of early and mid-stage Alzheimer's patients.

**Key words:** Alzheimer's disease; Legal capacity; Forensic medicine

\*Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

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

\*\*\*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

## Giriş

Alzheimer hastalığı demansın en sık nedeni olup, mental fonksiyonların bozulması ile karakterize santral sinir sisteminin progresif dejeneratif bir hastalığıdır. Alzheimer hastalığı tüm demans olgularının %50-80'ini oluşturmaktadır (1).

Dünyada ve ülkemizde yaşam süresinin uzaması özellikle Alzheimer hastalığına yakalanan kişilerin daha fazla hukuksal sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Özellikle Alzheimer hastaları eskiye oranla fiil ehliyeti konusunda daha sık adli tıbbi muayeneye gönderilmektedir.

Alzheimer hastalığı klinik olarak; erken, orta ve geç evre olmak üzere üç döneme ayrılmakta ve her dönem kendine özgü belirtiler içermektedir (2). Geç dönem Alzheimer'lı hastaların adli tıbbi muayeneleri özellikle fiil ehliyeti açısından bir sorun oluşturmazken, erken ve orta evre Alzheimer hastalarının adli tıbbi değerlendirmesi sorunlu olabilmektedir.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 13'üncü maddesinde "Bir şahsın ahvali bedeniye ve akliyesi hakkında rapor tanzimine münhasıran bu kanunla icrayı sanata salahiyeti olan tabipler mezundur" ifadesi ile tüm hekimlere kişilerin fiil ehliyeti olup olmadığı konusunda rapor düzenleme yetkisi verilmiştir. Bu nedenle yalnızca adli tıp, nörolog ve psikiyatri uzmanları değil, birinci basamakta çalışan pratisyen hekimler de kişilerin fiil ehliyetine sahip olup olmadığı hakkında rapor düzenleyebilmektedir (3).

Bu derleme özellikle erken ve orta evre Alzheimer hastalarında fiil ehliyeti konusunda karşılaşılan güçlüklerle dikkat çekmek amacıyla hazırlanmıştır.

## Alzheimer Hastalığı

Alzheimer hastalığı ilk kez Alman psikiyatristi ve nöropatoloğu Alois Alzheimer tarafından 1906 yılında "Presenil Dementia" olgusu olarak sunulmuş, psikiyatrist Emil Krapelein tarafından "Alzheimer hastalığı" olarak tanımlanmıştır (4).

Avrupa'da ve Amerika'da Alzheimer hastalığı insidansı 65 yaş için %0,5; 85 yaş için %3'tür. Hastalığın sıklığı ise 65 yaşında %10,3 iken, 65-85 yaşları arasında her beş yılda iki kat

artarak 80 yaşın üzerinde %47'ye ulaşmaktadır (5). Emre ve arkadaşları tarafından yapılan İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirilen Türkiye Alzheimer Hastalığı Prevalansı Çalışması'nda 70 yaş üzerindeki kişiler arasında Alzheimer hastalığı sıklığının %11 olduğu saptanmıştır (6).

Alzheimer Hastalığı'nın kesin tanısı, progresif demans bulguları olan olgularda, otopsi sonrası nörofibriler yumaklar, sinaps kaybı, granülovakuoler dejenerasyon, nörotik senil amiloid plaklar, Meynert'in bazal nukleusunda kolinerjik hücre kaybı, Hirano cisimciği, kognofilik anjiopatiler gibi hastalığa özgü patolojik bulguların saptanması ile konulur (4).

## Alzheimer hastalığının DSM IV'te tanımlanan tanı ölçütleri şunlardır:

**A.** Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul kognitif defisit gelişmesi.

**1.** Bellek bozukluğu (yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma).

**2.** Aşağıdaki kognitif bozuklukların birinin ya da daha fazlasının bulunması:

**a.** Afazi (dil bozukluğu),

**b.** Apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor aktiviteleri yerine getirmede bozukluk),

**c.** Agnozi (duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama),

**d.** Yönetmel işlevlerde bozukluk (organize etme, sıraya koyma, tasarlama, soyutlama).

**B.** A1 ve A2 tanı ölçütlerindeki sözü edilen bilişsel bozuklukların her biri toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozukluğa neden olur ve önceki işlevsellik düzeyinde belirgin bir düşme olur.

**C.** Aşama aşama başlar ve sürekli bilişsel bir düşme görülür.

**D.** A1 ve A2 tanı ölçütlerinde sözü edilen bilişsel bozukluklar aşağıdakilerden herhangi birine bağlı değildir:

1. Bellekte ve bilişte ilerleyici bozukluklara neden olan merkezi sinir sistemini ilgilendiren diğer durumlar (Örneğin : serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü),

2. Demansa neden olduğu bilinen sistemik durumlar (Örneğin:hipotiroidizm, vitamin B12 ya da folik asit eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosfiliz, HIV enfeksiyonu),

3. Madde kullanımının yol açtığı durumlar.  
E. Bu bozukluklar yalnızca deliriumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

F. Bu bozukluk başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (7).

Alzheimer hastalığı klinik bulguların şiddetine göre erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç evreye ayrılmaktadır;

Erken evrede; yakın bellek bozukluğu, yeni bir bilginin öğrenilmesinde belirgin güçlük gözlenmektedir. Yeni bir bilgi öğrenme kapasitesi çok sınırlıdır. Akıl yürütme becerileri etkilenmiştir. En belirgin bulgu unutkanlıktır. Hasta sözcük bulma zorluğu çekebilir ve zamanı şaşırabilir. Hobi ve etkinliklere ilgisini yitirmeye başlar. Banka hesabı ve faturaları izlemede güçlük, bazen para hesaplarını karıştırma ve giysi seçiminde hatalar olabilir. Günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenmekle birlikte bağımsızlık korunmuştur.

Orta evrede; hasta giderek daha unutkan olur. Yeni bir bilgi öğrenme yetisi tümüyle kaybolmuştur. Yakın zamanda olmuş olayları anımsayamazlar. Ev dışına tek başına çıktıklarında kaybolurlar. Para hesaplarını yapmada belirgin güçlük yaşarlar. Giyinme soyunma, banyo yapma ve tuvalet gereksinimleri gibi günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda başkalarına ciddi anlamda bağımlı duruma gelirler. Yer ve zaman oriyantasyonu bozulur. Gece ve gündüzü ayırt edemezler. Hayaller, hezeyanlar, inatlaşma, şüphelilik ve ajitasyon gibi psikiyatrik belirtiler ortaya çıkar.

İleri evrede; hastanın yaşamı tümüden başkalarına bağımlı duruma gelir. Zihinsel işlevler ileri derecede gerilemiştir. Hasta daha önce tanıdığı kişileri tanıyamaz. Konuşmaları anlamsız sözcükler ya da sesler çıkarma biçimindedir. Tekrarlayıcı amaçsız motor

davranışlar görülebilir. İdrar ve dışkı tutmada sorunlar vardır. Bu evrenin sonuna doğru hastalar; bakıma tam muhtaç, konuşmayan, anlamayan, genelde sakin, bırakıldığı yerde oturan, yürümesi yavaşlamış ya da yardımsız yürüyemeyen, en sonunda ise tümüyle yatağa bağımlı duruma gelirler. Enfeksiyonlar, akciğer embolisi gibi hastalıklar ölüme yol açabilmektedir (8).

Demansın en sık nedeni olan Alzheimer hastalığında hastaların fiil ehliyetinin olup olmadığı hekimlere sorulmaktadır.

### Fiil Ehliyeti

Fiil ehliyeti bir kimsenin kendi iradi davranışıyla hukuki bir sonuç meydana getirebilmesidir. Kişinin kendi iradesi ile yaptığı bir eylem nedeniyle bir hak kazanabilmesi ya da yükümlü altına girmesi olarak da tanımlanabilir. Kişi yine kendi iradesiyle haklarında ve borçlarında değişiklik yapabilir, bunları devredebilir ve sona erdirebilir (9, 10).

Tam fiil ehliyeti için gerekli koşullar; mümeyyiz olmak (temyiz kudreti), reşit olmak, mahcur (kısıtlı) olmamaktır.

**1-Mümeyyiz olmak (Temyiz kudreti):** Kişinin ayırt etme gücüne sahip olmasıdır. Kişi yapmış olduğu eylemin neden ve sonuçlarını anlamalı ve bu yönde hareket etme yeteneğine sahip olmalıdır. Yaş küçüklüğü, sarhoşluk ve akıl hastalığı ya da zayıflığı durumlarında kişinin ayırt etme gücünün olmadığı kabul edilir.

**2- Reşit (ergin) olmak:** 18 yaşın tamamlanmasıyla kişinin ergin olduğu kabul edilir. Bu durumun iki istisnası vardır; evlenme ve mahkeme kararı.

**Evlenme:** Erkek ve kadın için evlenme yaşı 17'dir. Evlenme ile rüşd kesindir; bu kişiler boşansalar bile reşit olarak kabul edilirler. Mahkeme kararı (Kazai rüşd): Küçüğün talebi, menfaati, velisinin rızası ya da vesayet altında ise vesayet makamının izniyle kişi ergin kılınabilir.

**3-Kısıtlı olmamak:** Ayırt etme gücünü etkileyecek nitelikte akıl hastalığı, akıl zayıflığı, savurganlık, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, kötü yaşam sürme gibi durumlar kişinin mahkeme kararıyla fiil ehliyetinin kısıtlanmasına neden olabilir. Kişinin durumuna göre fiil ehliyeti tümüden ya da kısmen

kısıtlanabilir. Bu kişilere mahkeme tarafından vasi tayini yapılır ya da yasal danışman atanır. Türk Medeni Kanunu'nda "fiil ehliyeti" madde 9-13'te, "fiil ehliyetsizliği" madde 14-16'da ve "vesayeti gerektiren haller" madde 403, 405 ve 409'da ayrıntılı olarak belirtilmiştir (11) (Tablo 1).

### Alzheimer Hastalarında Fiil Ehliyeti

Dünyada ve ülkemizde yaşlı birey sayısı arttıkça ve beklenen yaşam süresi uzadıkça bu durumla doğru orantılı olarak Alzheimer olguları artmıştır (12, 13). Alzheimer hastalarının kısıtlanması gerekip gerekmediğine tarihsel süreç içinde başlangıçta tıbbi görüş istenmeden yalnızca hukuksal olarak karar verilirken, günümüzde tıbbi değerlendirmeye de gerek duyulmaktadır (14). Hukuk hastalığın geç evresinde devreye girmektedir, oysa ilk evreden başlayarak Alzheimer hastalarının fiil ehliyetinin olup olmadığının tartışılması gerekmektedir (15).

Alzheimer hastalığının tanısında ve evrelendirmesinde pek çok test ve ölçek kullanılmaktadır. Hastanın fiil ehliyeti olup olmadığına hastanın kliniği, yardımcı testlerle ve ölçeklerle karar verilmektedir.

Bu testlerden bazıları; kognitif tarama testleri, davranışsal ölçekler, işlevsel ölçekler, motor

ölçekler ve evrelendirme ölçekleri gibi hastalığın kliniğine göre farklı değerlendirme ölçekleridir.

**1-Kognitif Tarama Testleri:** Alzheimer hastalığında kognitif yıkımın ağırlığını saptamak, yıkımın zaman içindeki ilerleme hızını değerlendirmede kullanılan kısa bilişsel muayene araçlarıdır. Bu amaçla kullanılan testler; mini mental durum muayenesi, Blessed oriyantasyon-bellek konsantrasyon testi, kısa mental durum testi, Alzheimer hastalığı değerlendirme ölçeği ve ağır bozulma ölçeğidir.

**2- Davranışsal Ölçekler:** Davranışsal belirtilerin ağırlığını saptamak, bu belirtilerin zaman içindeki seyirlerini izlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan ölçekler şunlardır; Alzheimer hastalığının davranışsal semptomları, nöropsikiyatrik envanter, CERAD (Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease), demansta davranış değerlendirme ölçeği, frontal davranışsal envanter, geriatrik depresyon ölçeği, Cornell demansta depresyon ölçeği, Cohen-Mansfield ajitasyon envanteri ve yaşlılarda saldırgan davranış için değerlendirme ölçeğidir.

**Tablo 1.** Türk Medeni Kanunu'nda fiil ehliyeti ile ilgili maddeler

Madde 9	Fiil ehliyetine sahip olan kimse, kendi fiilleriyle hak edinebilir ve borç altına girebilir.
Madde 10	Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır.
Madde 11	Erginlik 18 yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar.
Madde 12	On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir.
Madde 13	Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir.
Madde 14	Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur.
Madde 15	Kanunda gösterilen ayrık durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukuki sonuç doğurmaz.
Madde 16	Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar, yasal temsilcilerinin rızası olmadıkça, kendi işlemleriyle borç altına giremezler. Karşılıksız kazanmada ve kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanmada bu rıza gerekli değildir. Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar haksız fiillerinden sorumludur.
Madde 403	Vasi vesayet altındaki kısıtlının kişiliği ve malvarlığı ile ilgili bütün çıkarlarını korumak ve hukuki işlemlerde onu temsil etmekle yükümlüdür.
Madde 405	Akil hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır. Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idari makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadır.
Madde 409	Akil hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlanmaya ancak "resmi sağlık kurulu raporu" üzerine karar verilir. Yargıç karar vermeden önce kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir.



**3- İşlevsel Ölçekler:** Kognitif yıkıma bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerindeki bozulmayı saptamayı sağlayan ölçeklerdir. Bu amaçla kullanılan ölçekler şunlardır: günlük yaşam aktiviteleri-enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, Blessed demans derecelendirme ölçeği ve fiziksel kendine bakım ölçeği.

**4- Motor Ölçekler:** Motor bozuklukların da eşlik ettiği Alzheimer hastalarında kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan ölçek; birleşik Parkinson derecelendirme ölçeğinin motor alt bölümüdür.

**5- Evrelendirme Ölçekleri:** Bilişsel bozukluğun şiddetini ve hastalığın evresini derecelendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan ölçekler; klinik demans derecelendirme ölçeği ve global bozulma ölçeğidir (16, 17).

Alzheimer hastalığının tanı ve ayırıcı tanısında, uluslararası tanı ölçütlerinde belirtildiği üzere, nöropsikolojik değerlendirmenin önemli bir yeri vardır. Nöropsikolojik değerlendirmede kullanılacak testlerin, söz konusu kültür için standardizasyon çalışmalarının (uyarlama, normatif veri, geçerlik, güvenilirlik) yapılmış olması gerekir. Aksi halde, elde edilen sonuçların bilimsel güvenilirliği sorgulanır olacaktır. Ülkemizde 50 yaş ve üzerindeki sağlıklı bireyleri Alzheimer hastası olan bireylerden ayırt etmede kullanılan ve standardizasyonu yapılmış bir "Demanslarda Nöropsikolojik Değerlendirme Bataryası" bulunmaktadır. Bu bataryada Standardize Mini Mental Test (SMMT), İşlevsel Faaliyetler Anketi, Saat Çizme Testi, İz Sürme Testi, Artırılmış İpuçlu Hatırlama Testi gibi farklı bilişsel işlevleri değerlendirmeye yönelik test ve ölçekler bulunmaktadır (18, 19, 20, 21, 22, 23).

Türkiye'de Alzheimer hastalığının değerlendirilmesinde kullanılan iki önemli ölçek; mini mental test ve hukuki ehliyeti değerlendirme formudur.

**Mini mental test:** 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen Mini Mental Test klinikte en sık kullanılan testlerden biridir. Alzheimer hastalarının muayenesinde, bilişsel bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Ayrıca demansiyel sendromların seyri ve tedaviye alınan yanıtın izlenmesi amacıyla da uygulanabilir. Yönelim, kayıt hafızası,

hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş parametre 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 25-30 puan arası normal, 20-24 puan arası hafif bilişsel bozukluk, 19 puan ve altı şiddetli bilişsel bozukluk olarak değerlendirilmektedir (24, 25) (Tablo 2).

Güngen ve arkadaşları çalışmalarında; standardize mini mental testin Türk toplumundaki hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmıştır. Çalışmaya, 71 demans hastası ve 141 kontrol grubu olmak üzere toplam 212 kişi alınmıştır. Mini mental testte 23-24 puan alan hafif demanslı hastaların saptanmasında testin duyarlılığının %91, özgüllüğünün %95 olduğu saptanmıştır. Bu bulgular standardize mini mental testin hafif demanslı hastalarda yeterli geçerlilik ve güvenilirliğe sahip bir tarama testi olduğunu göstermektedir (26).

Barton ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada; şizofren, diyabet ve Alzheimer hastalarında fiil ehliyetini araştırmıştır. Bu çalışmada hastaların değerlendirilmesinde "Üç Ölçekli Karar Verme Ölçeği", "MacArthur Klinik Araştırmalar için Fiil Ehliyeti Değerlendirme Testi" ve "Mini Mental Test" kullanılmıştır. Diyabetli hastalar testlerde yüksek, şizofreni hastaları orta, Alzheimer hastaları ise düşük başarı göstermiştir. "Mini Mental Test" in fiil ehliyetinin saptanmasında en güvenilir test olduğu belirtilmiş, ancak fiil ehliyetinin saptanmasında yeni testlerin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (27).

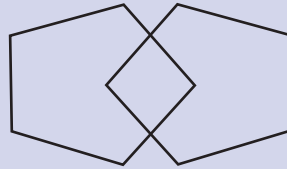
#### **Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu**

**(HEDEF):** Yeşim Can ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Karar verme, sonuçların mantıklılığı, usamlama ve bilme fonksiyonları olmak üzere dört parametre üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Testte 12 puan ve üzerinde olan hastaların fiil ehliyetinin tam olduğu, 11-12 puan alanlarda klinik kaniye göre değerlendirme yapılması gerektiği, 10 puan ve altında olan hastaların ise fiil ehliyetinin olmadığı kabul edilmektedir (28).

Alzheimer hastalarında fiil ehliyetinin değerlendirilmesi amacıyla MacArthur Klinik Araştırmalar için Fiil Ehliyeti Değerlendirme Testi ve Finansal Yeterlilik Klinik görüşme ölçeği gibi daha yeni testler de son zamanlarda kullanılmaktadır.

**Tablo 2. Mini Mental Test**

	Soru	Cevap	Puan
<b>Oryantasyon</b>	Tarih		1
	Gün		1
	Ay		1
	Mevsim		1
	Yıl		1
	Şu anda bulunduğunuz yerin adı		1
	Kaçıncı kattayız		1
<b>Hafıza (kayıt etme)</b>	Şu kelimeleri tekrarlayın; mavi, şahin, lale		3
	Hemen hatırlama (20 saniye)		
	Hasta her üç kelimeyi de öğreninceye kadar tekrarlayın. Kaç tekrarda öğrendi? (Skor yok)		
<b>Dikkat ve hesaplama</b>	100'den başlamak üzere 7 çıkararak say		5
	93-86-79-72-65		
	Veya		
	Dünya kelimesini hecele (Eğitimsiz hesap yetine haftanın günlerini geriye saydır)		
<b>Hatırlama</b>	Daha önce verilen üç kelimeyi hatırla		3
<b>Lisan</b>	Gösterilen cisimlerin adları		1
	Kalem		
	Saat		
	Aşağıdaki cümleyi tekrarlamasını iste "Sen gidersen, ben de giderim"		
<b>Motor fonksiyon ve algılama</b>	Verilen direktifleri izleme		1
	Kâğıdı sağ eline al		
	İkiye katla		
	Masaya koy		
	Alttaki cümleyi okutup söyleneni yapmasını iste (Hasta eğitimsiz ise cümleyi uygulayıcı okur ve hastadan söyleneni yapmasını ister)		
	<b>Gözlerini kapa</b>		
	Alttaki bölüme bir cümle yazmasını iste (Eğitimsiz ise hasta anlamlı bir cümle söyler)		
Alttaki şekli kopya etmesini iste (Hasta eğitimsiz ise, iç içe iki kare şekli çizdirilebilir.)		1	
Toplam puan:		30	



**MacArthur Klinik Araştırmalar için Fiil Ehliyeti Değerlendirme Testi:** Karlawish ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada kendi geliştirdikleri "MacArthur Klinik Araştırmalar için Fiil Ehliyeti Değerlendirme Testi"nin Alzheimer hastalarında fiil ehliyetinin saptanmasında geçerlilik ve güvenilirliğini

araştırmıştır. Bu test anlama, neden sonuç ilişkisi kurabilme ve seçim yapabilme yetilerini ölçen sorulardan oluşmaktadır. Bu çalışmada testten yüksek puan alan hastaların fiil ehliyetine sahip olduğu saptanmış olup, hasta geç evrede olsa bile testten yüksek puan

aldığında fiil ehliyetinin tam olabileceği belirtilmiştir. Testin, klinikte özellikle erken ve orta evre Alzheimer hastalarında fiil ehliyetinin saptanmasında geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu belirlenmiştir (29).

### Finansal Yeterlilik için Klinik Görüşme

**Ölçeği:** Marson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, minör kognitif defisiti olan hastalarda ve Alzheimer hastalarında finansal kapasite incelenmiştir. Minör kognitif defisit normal yaşlanma sürecinde gözlenen bilişsel bozulma ile Alzheimer hastalığına geçiş sürecinde gözlenen klinik bir tanıdır. Minör kognitif defisit tanısı alan hastaların sağlıklı yaşlı popülasyona göre Alzheimer hastalığı geliştirme oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu çalışma 75 sağlıklı kontrol, 58 minör kognitif defisit tanısı alan hasta, 97 erken evre Alzheimer hastası ve 31 orta evre Alzheimer hastasının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kendi geliştirdikleri "Finansal Yeterlilik için Klinik Görüşme Ölçeği" kullanılmıştır. Hastalar bu teste göre yeterli, kısmi yeterli ve yetersiz olarak sınıflandırılmıştır. Kontrol grubunun %95, minör kognitif defisiti olan hastaların %82, erken evre Alzheimer hastalarının %26 ve orta evre Alzheimer hastalarının %4 düzeyinde finansal olarak yeterli olduğu saptanmıştır. Alzheimer hastalarının, evre ilerledikçe finansal yeterliliklerini yitirdikleri gözlenmektedir. Minör kognitif defisit tanısı alan hastalarda hesap ödeme ve banka hesaplarının yönetimi gibi basit finansal konularda ılımlı düzeyde bozulma olduğu gözlenirken, erken evre Alzheimer hastalarında hem basit, hem de karmaşık finansal hesaplar yapmada belirgin bozulma saptanmaktadır. Alzheimer hastalarındaki bu bozulma bir yıl içinde ilerlemektedir. Hasta yakınları bu bozulmayı fark ettiklerinde kaygılanmakta, yasal ve tıbbi yardım aramaktadırlar. Bu durum da hastanın kısıtlanıp kısıtlanmayacağı

sorusunu gündeme getirmektedir (30,31) (Tablo 3).

Ruggieri ve arkadaşları, 100 Alzheimer hastasını inceledikleri bir çalışmada; hastalara vasi ve yasal danışman atanma oranlarını araştırmıştır. Orta evredeki hastaların %11,5'ine vasi, %11,5 'ine yasal danışman atandığı ve %77'sinde ise hasta ve hasta yakınlarının bu konuda istemde bulunmadıkları saptanmıştır. Bu çalışmada, İtalya'da hukuk sistemi tarafından hastalara vasi tayin edilmesi önerilmesine karşın, hasta yakınlarının bu konudaki farkındalık düzeyinin düşük olduğu, ancak yasal sorun oluştuğunda vasi talebinde buldukları belirtilmiştir (32).

**Kane çalışmasında;** Alzheimer hastalığının erken evresinde bilişsel bozukluklar olmakla birlikte, bu durumun hastaların fiil ehliyetini etkilemediğini; hasta bilişsel olarak yetersiz, fakat kendine zarar verici davranışlarda bulunmuyorsa, vasi tayininin gerekli olmadığını; hastanın kendine ve çevresine zarar verici davranışlarının olmadığını tıbbi olarak kanıtlanması gerektiğini ve zarar verici davranışları olanların ise tümüyle değil, kısmen kısıtlanması gerektiğini belirtmiştir.

Alzheimer hastalığı ilerleyici, henüz kesin bir tedavisi olmayan, hastayı başkalarına bağımlı duruma getiren kronik bir hastalıktır. Hastalığın evresi ilerledikçe hasta kendi hakkında kararlar verememekte, yanlış finansal seçimler yapmakta ve fiil ehliyetini kaybetmektedir. Fiil ehliyetinin tümüyle yitilmesi zaman almakta, evreye göre değişmektedir. Erken evrede hastalar henüz tüm yetilerini, kendi iradelerini yönlendirme yeteneğini tam olarak yitirmemektedir. Ancak orta ve ileri evrede hasta yanlış kararlar vermekte, kendini ve yakınlarını maddi ve manevi olarak zarara uğratabilmektedir (33).

**Tablo 3.** Finansal yeterlilik klinik görüşme ölçeği

<b>Genel Sorular</b>	-Paranızı kim yönetiyor? -Banka hesaplarınızın kontrolünde size yardım eden biri var mı? -Bu durum ne kadar süredir böyle? -Bu konuda problem yaşıyor musunuz?
<b>Özel Sorular</b>	-Hesaplama yaparken yeni sorunlarla karşılaşılıyor musunuz? -En son ne zaman bir faturanızı ödemekte geciktiniz? -En son ne zaman karşılıksız bir çek verdiniz? -Bankanızdan hesabınızla ilgili mektup aldınız mı? Telefonla arandınız mı? -Birisini paranızı çaldı mı ya da sizi dolandırdı mı?

Bilişsel işlevlerde ilerleyici kayıplarla ve sinsice seyreden bu hastalığın ileri evresinde hasta tümüyle başkalarına bağımlı duruma gelebilmektedir. Erken evrelerde hastalar, tam ya da kısmi olarak fiil ehliyetine sahip olmakta, ancak ileri evrede fiil ehliyetlerinin olmadığı kabul edilmektedir. Gene de bu durum tıp ve hukuk çevrelerinde oldukça tartışmalı bir konu olup, mahkemeler bilirkişilere hastanın fiil ehliyetinin olup olmadığı konusunda görüş sormaktadırlar. Yasalara göre fiil ehliyeti ya tam olarak kabul edilmekte ya da hastanın fiil ehliyetinin olmadığı varsayılmaktadır (34). Amerikan hukuk sisteminde Alzheimer hastalarının fiil ehliyetinin tam ya da hiç olmadığı görüşü benimsenmektedir. Oysa erken evrede hastalar karmaşık finansal hesaplar yapamasa da günlük basit finansal hesapları yapabilmektedir. Bu hastaların fiil ehliyetinin olmadığı görüşü tıp çevreleri tarafından doğru bulunmamaktadır (28).

Literatürde hastanın tanısı konulduğu andan başlayarak hukuksal konular tartışmalı olup, tanı konulduğu anda vasi tayini edilmesi gerektiğini savunanlar olduğu gibi, hastanın evresine ve klinik durumuna göre daha geç dönemlerde vasi tayini edilmesi gerektiğini savunanların da bulunduğu görülmektedir (27, 29, 30, 32, 33).

Marson ve arkadaşları Alzheimer hastalarında hukuksal işlemlerde fiil ehliyetinin her işlem için ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğini, hastaların bir durum için yeterli iken başka bir durum karşısında yetersiz olabileceğini, hatta Alzheimer hastalarının fiil ehliyeti yokken zamanla tedaviyle düzelebileceğini, fiil ehliyetini kısmen geri kazanabileceğini ve bu yüzden yeterlilik durumunun, hastaya vasi tayini konusunun yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini belirtmektedir (34).

Yaşlı istismarının önlemesini savunan yazarlar ise, hasta eğer kendine ve çevresine zarar verici davranışlar sergilemiyorsa, vasi tayini yapılmasına gerek olmadığını belirtmektedir. Ayrıca erken evrede vasi tayini yapılan hastalar, otonomilerini kaybederek özgüvenlerini yitirmekte, bağımsız davranışları kısıtlandığından dolayı olumsuz yönde etkilenmektedirler (33).

## Sonuç

Alzheimer hastalarının fiil ehliyetine sahip olup olmadığı ve vasi tayini gerekip gerekmediği sorusuyla, birinci basamakta çalışan pratisyen hekimler de içinde olmak üzere, adli tıp

uzmanları, nörologlar ve psikiyatristler sıklıkla karşılaşılabilmektedir. Değerlendirme yapılırken ilgili konsültasyonlar istenmeli, hastalık tanısında kullanılan testler ve ölçekler uygulanmalı, hastanın fiil ehliyetinin olup olmadığı hususuna ayrıntılı bir değerlendirme sonrasında karar verilmelidir.

**İletişim:** Dr. Özge Gülmez

**E-posta:** ozgegulmez840@gmail.com

## Kaynaklar

1. Perkins P, Annegers JF, Doody RS, Cooke N, Aday L, Vernon SW. Incidence and prevalence of dementia in a multiethnic cohort of municipal retirees. *Neurology* 1997; 49(1): 44-50.
2. Barlas GÜ, Onan N. Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(4):105-11.
3. Soysal H. Adli psikiyatri. 2'inci basım; 2012. s.33.
4. Selekler K. Alois Alzheimer ve Alzheimer hastalığı. *Geriatric Dergisi* 2012;13(3): 9-14.
5. Koçer B. Demans epidemiyolojisi. *Demans Dizisi* 1999;1:41-4.
6. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgiç B, Hanagasi H, Sahin H et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J of Alzheimer's Dis Dement* 2008; 23(1): 67-76.
7. Aydemir Ç, Kısa C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde demans. *Klinik Psikiyatri* 2001; 4: 203-11.
8. Şahin HA, Yazıcı TG. Alzheimer hastalığı. *Klinik Gelişim*. 2010; 1: 28-52.
9. Uygur N. Yeni Türk Medeni Kanunu ve demanslı hastalar. *Demans Dergisi* 2002; 2: 21-6.
10. Erkan U, Yücer İ. Ayırt etme gücü. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2011; 60(3): 485-522.
11. Resmi Gazete. 2001; 24607.
12. Kurt G, Beyaztaş F, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi* 2010; 24(2): 32-9.
13. Cankurtaran E, Özalp E, Soygür H. Dahiliye kliniklerinde unutkanlık şikâyeti olan hastalara yaklaşım. *İç Hastalıkları Dergisi* 2006;13(1): 20-6.
14. Ruggieri RM, Piccoli F. Legal and assistance aspects of Alzheimer's disease analysis of 100 cases. *Neurol Sci* 2003; 24:125-9.
15. Marson DC, Martin RC, Wadley W, Griffith RH, Snyder S, Goode PS et all. Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *J Am of Geriatr Soc* 2009; 57(5): 806-14.
16. Güngeç C, Turan E, Eker E, Yaşar Y, Engin F. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(4): 273-81.



17. Gürvit H, Baran B. Demanslar ve kognitif bozukluklarda ölçekler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2007; 44: 58-65.
18. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34(7): 939-44.
19. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med* 2004; 256:183-94.
20. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. Trail making test: normative data for Turkish elderlys by age, sex and education. *J Neurol Sci* 2009; 283(1-2): 73-8.
21. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. Saat çizme testinin 50 yaş üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemi üzerindeki norm belirleme ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları. *Türk Geriatri Dergisi* 2006; 9(3):136-42.
22. Selekler K, Cangöz B, Karakoç E. İşlevsel faaliyetler anketinin 50 yaş ve üzeri grupta Türk kültürü için uyarlama ve norm belirleme çalışması. *Türk Nöroloji Dergisi* 2004; 10(2); 102-7.
23. Saka E, Mihci E, Topçuoğlu MA, Balkan S. Enhanced cued recall has a high utility as a screening test in the diagnosis of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Turkish people. *Arch Clin Neuropsych* 2006; 21(7): 745-51.
24. Dick JRP, Guiloff RJ, Stewart A, Blackstock J, Bielewska C, Paul EA et al. Mini-mental state examination in neurological patients. *J Neurol, Neurosurg and Psychiatry* 1984; 47: 496-9.
25. Kalem AŞ, Öktem Ö, Emre M. Determination of the descriptive statistics for short Blessed orientation –memory concentration test and standardized mini mental state examination test in an normal adult Turkish sample. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002; 392-3 (4): 95-102.
26. Güngen C, Turan E, Eker E, Yaşar Y, Engin F. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(4): 273-81.
27. Barton W, Laura B, Paul S, Mudaliar S, Thal L, Henry R et al. Assesment of capacity to consent to research among older persons with schizophrenia , Alzheimer's disease, or diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 726-33.
28. Can Y, Sercan M, Saatçioğlu Ö, Soysal H, Uygur N. Hukuki ehliyeti değerlendirme formu (HEDEF) geçerlilik, güvenilirlik ve duyarlılığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2006; 9(1): 5-6.
29. Karlawish JHT, Casarett DJ, James BD. Alzheimer's disease patients' and caregivers' capacity, competency, and reasons to enroll in an early-phase Alzheimer's disease clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 2019-24.
30. Widera E, Steenpass V, Marson D, Sudore R. Finances in the older patient with cognitive impairment. *J Am Med Assoc* 2011; 305(7): 698-706.
31. Marson DC, Martin RC, Wadley W, Griffith RH, Snyder S, Goode PS et al. Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *J Am of Geriatr Soc* 2009; 57(5): 806-14.
32. Ruggieri RM, Piccoli F. Legal and assistance aspects of Alzheimer's disease analysis of 100 cases. *Neurol Sci* 2003; 24:125-9.
33. Kane NM. Legal guardianship and other alternatives in the care of elders with Alzheimer's disease. *Am J of Alzheimer's Dis Demen* 2001;16(2): 89-96.
34. Marson DC. Loss of Competency in Alzheimer's disease: conceptual and psychometric approaches. *Int J Law and Psychiat* 2001; 24:267-83.

## TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013 Sonuçları



Türk Tabipleri Birliği - Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce 2013 yılında düzenlenen fotoğraf yarışması sonuçlandı. Fotoğraf Sanatçısı İbrahim Demirel, Dr. Mehmet Beyazova, Dr. Ufuk Beyazova, Dr. Orhan Odabaşı'ndan oluşan Seçici Kurul, 6 Mart 2013'te yarışmaya başvuran 20 adayın gönderdiği 73 adet fotoğrafı değerlendirdi. Kırk fotoğraf sergilemeye değer bulundu. Bunların arasında yapılan seçmede, ödüle değer görülen ve STED'in kapak fotoğrafı olacak yapıtlar belirlendi. Buna göre:

**Büyük Ödül:** Tıp Öğrencisi Kübra Canaslan'ın "Merak" adlı fotoğrafı.

**Başarı Ödülleri:** Aymet Aybaş'ın "İstanbul'da Tarım", Gülay Çeliker'in "Yağmurda İstiklak" ve Hasan Yaşar'ın "Nine ve Torunlar" adlı fotoğrafları.

**Jüri Özel Ödülü:** Hasan Yaşar'ın "Uludağ'ın Eteğinde Yaşam" adlı fotoğrafı.

**Galeri Sanatçılık Ödülü:** Kemal Göl'ün "Toprak ve Yol" adlı fotoğrafı.

Bu fotoğraflar ödül alanlardan başlanarak, 2014 yılında yayımlanacak olan STED'in kapağında ve dergimizde yayımlanacaktır.

Ankara Tabip Odası'nın 14 Mart Tıp Etkinlikleri töreninde, yarışmada dereceye giren yapıtların sahiplerine ödülleri verildi. Fotoğraflar daha sonra düzenlenecek olan çeşitli etkinliklerde de sergilenecek; yarışmaya gönderilen fotoğraflar, TTB yayınlarında, sağlıkla ilgili, eğitim ve sanat etkinliklerinde ad belirtilerek yayımlanacaktır.

Yarışmada dereceye girenleri kutlar, katılan tüm okurlarımıza teşekkür ederiz.

2014 yılında düzenlenecek olan yarışmaya, fotoğrafa meraklı tüm STED okurlarının katılımını bekliyoruz.

**Bilimsel ve dostça ...**



"Merak", Kübra Canaslan





"İstanbul'da Tarım", Ahmet Aybaş



"Yağmurda İstiklal", Gülay Çeliker





"Nine ve Torunlar", Hasan Yaşar



"Toprak ve Yol", Kemal Göl



"Uludağ'ın Eteğinde Yaşam", Hasan Yaşar





Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. 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 işleme 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](http://www.ulakbim.gov.tr)). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirilmeye alınamayacaktır.
  - Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:
- 1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:
    - **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
    - **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.
    - Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve

diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

#### **2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:**

İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

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

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

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

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

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

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

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla **yirmi beş (25)** kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

**Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

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

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

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

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

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

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

**7. Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ya da "yüzde" sözcüğü ile belirtilebilir.

**8. Yazı tipi:** Dergiye gönderilen yazılar bilgisayarda yazılmalı sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

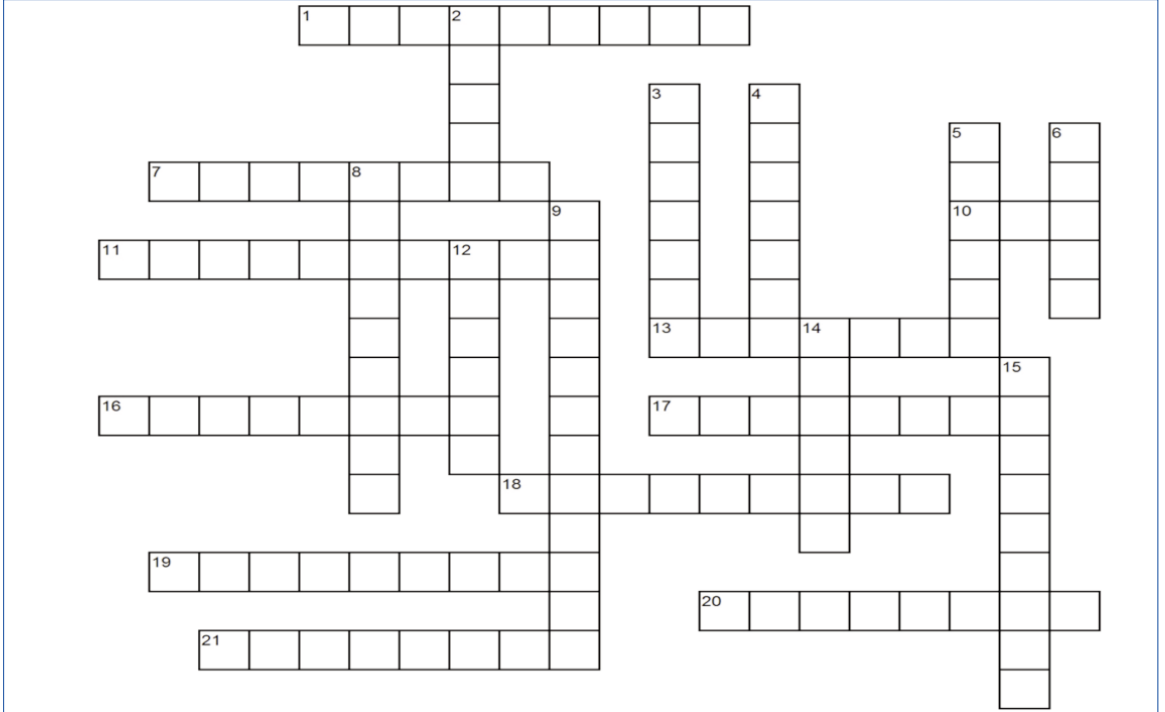
**9. Çeviri:** Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. ([www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED) adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu**'na erişebilirsiniz.) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; [sted@ttb.org.tr](mailto: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.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongre**" kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mart - Nisan 2014** sayımızda yayımlayacağız.



1. Uluslararası hukukta devletin ana sorumlulukları yerine getirme borcu.
2. Dil bozukluğu. 3. Gelişmekte olan toplumlarda kentleşme hızlandıkça ve gelir durumu yükseldikçe bitkisel besinlerin tüketimi azalırken; tüketimi artan hayvansal besinlerden biri. 4. Diyet ilişkili hastalıkların başında gelen kalp hastalığı.
5. Erkek ve kadın için evlenme yaşı.
6. Ergin. 7. Kişinin ayırt etme gücüne sahip olması. 8. Premenstrüel dönemde görülebilen yakınmalardan biri. 9. Bir kimsenin kendi iradi davranışıyla hukuki bir sonuç meydana getirebilmesi. 10. Koroner arter hastalığı riskini artıran faktörlerden biri.
11. Gebelikte aktif olarak sigara kullanmak ya da pasif içicilikle karşılaşılacak bir durum.
12. Kullanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından, günümüzde bir biyopsikosozyal zehirlenme durumu olarak tanımlanmakta.
13. Motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor aktiviteleri yerine getirmede bozukluk. 14. Duyu işlevlerinde bozukluk

15. Demansın en sık nedeni olup, mental işlevlerin bozulması ile karakterize santral sinir sisteminin progresif dejeneratif bir hastalığı. 16. Sigara dumanından pasif etkilenim riskinin önlenmesi denildiğinde aslında, sigara içmemiş / içmeyen ancak başkalarının içtiği sigara dumanından etkilenen bireylerin haklarının savunulması anlaşılmalıdır. Bu kapsamda öncelikli gruplardan biri. 17. Sigara içilmiş ortamlarda sigara dumanının metabolitlerinin varlığını sürdürmesi, bu metabolitlerin de sağlık açısından zarar vermesi. 18. Pasif sigara içiciliği durumunda başta akciğer kanseri olmak üzere görülen kanserlerden biri.
19. Menstrüasyon süresince tanımlanan ağrı.
20. Büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin vücutta kullanılması. 21. Kişilerin fiil ehliyetine sahip olup olmadığı hususunda rapor düzenleyebilen uzmanlık alanlarından biri.