



Köy ve Kasaba İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Durumları 207

Bir Endokrinoloji Polikliniğinde İzlenen Tip 2 Diyabet Hastalarında
Tıbbi ve Davranışsal Tedavi Yaklaşımlarının Etkileri 220

Ev Ziyaretleriyle Ev Kazası Risk Faktörlerinin Saptanması ve
Belirlenen Kazaların Özellikleri 226

Antalya İl Merkezinde Bir Grup Yaşlıda Geriatrik Sendrom
Bulgularına Birinci Basamak Yaklaşımının Değerlendirilmesi 234

Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci 239



Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner
Dr. Berkan KaplanDoç. Dr. Aysun B. Odabaşı
Dr. Yılmaz Yıldız

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)

Dr. Tolga İnce (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)

Prof. Dr. Esra Önal (Neonatoloji)

Prof. Dr. İmran Özalp (Metabolizma)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Prof. Dr. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deontoloji ve Tıp Tarihi

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. Alper Büyükkakuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Şamih Demli

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Mehmet Özen

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Dr. Sibel Kiran

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

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent Ertuğrul İnan

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

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nesrin Erbörü

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Nevruz Gürçeğiz

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Araştırma/Research

Köy ve Kasaba İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Durumları 207
Funda Özpulat, Birsen Bilgen Sivri

Bir Endokrinoloji Polikliniğinde İzlenen Tip 2 Diyabet Hastalarında Tıbbi ve Davranışsal Tedavi Yaklaşımlarının Etkileri 220
Simge Yılmaz, Dr. Abdurrahman Çömlekçi, Dr. Belgin Ünal

Ev Ziyaretleriyle Ev Kazası Risk Faktörlerinin Saptanması ve Belirlenen Kazaların Özellikleri 226
Dr. Kamer Gür, Dr. Saime Erol, Ayşe Sezer, Fatma Nevin Şişman

Antalya İl Merkezinde Bir Grup Yaşlıda Geriatrik Sendrom Bulgularına Birinci Basamak Yaklaşımının Değerlendirilmesi 234
Dr. Zeynep Aşık

Derleme/Review Article

Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci 239
Dilek Köse, Dr. Nursan Çınar, Dr. Sevin Altınkaynak

Yayın Yönetmeni'ne Mektup *

Dizin 2013 (Cilt 22)



Kapak Fotoğraf:
"Yorgancı"

Dr. Murat Seyit

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012
Galeri Sanat Yapım Ödülü

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Meka
Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234
Ticaret Sicil No: 131/133



Merhaba,

Funda Özpulat ve Birsen Bilgen Sivri "Köy ve Kasaba İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Durumları" isimli çalışmalarında köy ve kasabalarda öğrenim gören 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenme durumlarını saptamayı ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanabilir öneriler geliştirmeyi amaçlamışlar.

Çalışmada öğle yemeği ve kahvaltıyı atlama durumunun yanı sıra, öğrencilerin açıkta satılan besinleri tüketim yüzdelerinin yüksek olduğu, besinlerin tüketimi bakımından cinsiyetler arasında farklılıklar bulunduğu, özellikle erkek öğrenciler arasında sağlıksız olarak değerlendirilen besinlerin tüketiminin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Simge Yılmaz ve arkadaşları "Bir Endokrinoloji Polikliniğinde İzlenen Tip 2 Diyabet Hastalarında Tıbbi ve Davranışsal Tedavi Yaklaşımlarının Etkileri" isimli çalışmalarında endokrinoloji polikliniğine tıbbi beslenme tedavisi almak için başvuran tip 2 diyabet hastalarının özelliklerini ve almakta oldukları tedavilerin uygulanma düzeyini saptamayı amaçlamışlar.



Fotoğraf: "Damlalar" Dr. Hasan Cenk Mirza
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012- Sergil Ödülü

Çalışmada diyabetlilerde eşlik eden hastalıklar dikkate alındığında, lipid düşürücü ve aspirin kullanımının düşük olduğu saptanmıştır.

Dr. Kamer Gür ve arkadaşları "Ev Ziyaretleriyle Ev Kazası Risk Faktörlerinin Saptanması ve Belirlenen Kazaların Özellikleri" isimli çalışmalarında ev kazalarının özelliklerini ve ev içi kaza risk faktörlerini belirlemeyi amaçlamışlar.

Çalışmada ev kazası riski açısından evlerin güvenlik durumlarının yetersiz olduğu saptanmış. Ziyaret yapılan evlerin yarısından fazlasında son bir yıl içinde ev kazası yaşandığı rapor edilmiş.

Dr. Zeynep Aşık "Antalya İl Merkezi'nde Bir Grup Yaşlıda Geriatrik Sendrom Bulgularına Birinci Basamak Yaklaşımının Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında birinci basamak hekimlerinin kapsamlı bir yaşlı değerlendirmesi ile 65 yaş ve üstü yaşlılarda geriatrik sendrom bulgularını ne ölçüde ortaya çıkarabileceklerinin belirlenmesini amaçlamış.

Çalışmada, yaşlıların daha önceden gereken önem verilmemiş kimi bulguları belirlenmiş. Bu sonuca göre, birinci basamakta yaşlı hastaları incelerken, yaşlı değerlendirme aracı kullanmanın gerekliliği vurgulanmış. Kullanım kolaylığı açısından, birinci basamak hekimlerinin sağlık kayıtları için kullandıkları paket programlara, bir yaşlı değerlendirme aracının eklenmesi önerilmiş.

Dilek Köse ve arkadaşları "Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci" isimli çalışmalarında bağlanmanın, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen karşılıklı bir ilişki olduğu, yaşamın erken döneminde gelişen bu ilişkinin, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini derin bir biçimde etkileyerek, yaşam boyunca etkinliğini sürdürdüğü vurgulanmış.

Aile-bebek etkileşiminin yoğun olarak kazanılması gereken yenidoğan döneminde, sağlıklı bağlanmanın gerçekleşebilmesi için sağlık personeline önemli görevler düştüğü belirtilerek bu derlemede bağlanma sürecini etkileyen faktörler ve bağlanmayı kolaylaştıran uygulamalar tartışılmış.

Bilimsel ve dostça ...



Funda Özpulat*, Birsen Bilgen Sivri*

Geliş tarihi : 31.10.2013

Kabul tarihi: 20.12.2013

Öz

Amaç: Bu araştırma, köy ve kasabalarda öğrenim gören 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenme durumlarını saptamak ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanabilir öneriler geliştirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Yöntem: Çalışma, Konya ili Akşehir ilçesine bağlı köy ve kasabalarda bulunan 5 ilköğretim okulunda yapılmıştır. Araştırmanın verileri 1 Ekim-28 Kasım 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Köy ve kasabalarda öğrenim gören 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenme durumunu saptamaya yönelik oluşturulan anket, iki bölümden ve 27 sorudan oluşmaktadır. Cinsiyete göre öğrencilerin beslenme özelliklerinin incelenmesinde Ki-kare önemlilik testli kullanılmış, veriler $p < 0,05$ anlamlılık derecesinde, SPSS-17 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaşları 9 ile 12 arasında değişmektedir. Kardeş sayıları ortalaması $2,78 \pm 1,02$ olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %73,0'ı üç öğün yemek yediğini belirtirken, bu değer erkeklerde %68,9 olduğu görülmüştür. Kız öğrencilerin %46,9'u okul kantininden sıklıkla ayran ve süt, %26,6'sı hazır meyve suları aldığını belirtirken, erkek öğrencilerin %38,5'i okul kantininden ayran ve süt, %20,3'ü tost, sandviç ve simit almaktadır. Kız öğrencilerin %39,5'i nadiren şeker-çikolata türü besinleri tüketirken, erkek öğrencilerin %12,6'sı her gün çikolata türü besinleri tüketmekte ve şeker-çikolata türü besinleri tüketme durumu ile cinsiyet arasında ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$).

Sonuç: Öğle yemeği ve kahvaltıyı atlama durumunun yanı sıra, öğrencilerin açıkta satılan besinleri tüketim yüzdelerinin yüksek olduğu, besinlerin tüketimi bakımından cinsiyetler arasında farklılıklar bulunduğu, özellikle erkek öğrenciler arasında sağlıklı olarak değerlendirilen besinlerin tüketiminin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: İlköğretim öğrencileri, Okul sağlığı, Beslenme durumu, Birinci basamak sağlık hizmetleri

Abstract

Objective: This descriptive study was performed to determine the nutritional status of third and fourth grade students of elementary schools in villages and towns in regard to adequate and balanced diets and to develop practical suggestions in accordance with the results.

Methods: The study was carried out in 5 elementary schools in the villages and towns of Akşehir district in Konya province. Data were collected between October 1st and November 28 in 2010. The questionnaire constructed to determine the nutritional status in regard to adequate and well-balanced diet of third and fourth grade elementary school students in villages and towns consisted of two parts and 27 questions. Chi-square test was used to analyse the nutritional status of students according to gender; significance level was taken as 0.05 and SPSS 17 statistical software package was used for analyses.

Results: The students were between 9 and 12 years of age. The average number of siblings was found as 2.78 ± 1.02 . Of the students, 73.0% stated eating 3 meals a day, whereas the same value for male students was 68.9%. While 46.9% of the female students expressed often buying buttermilk and milk, and 26.6% of them buying fruit juice; 38.5% of the male students bought buttermilk and milk and 20.3% of them toast, sandwiches and bagel from the school canteen. While 39.5% of the female students rarely consumed foods like candy and chocolate, 12.6% of the male students consumed these foods daily, and there was a significant relationship between the consumption of foods like candy and chocolate and gender ($p < 0.05$).

Conclusion: It was concluded that in addition to skipping lunch and breakfast, the percentage of consuming fast food type foods is high among the students and there are differences between the genders in terms of eating habits. The consumption of foods regarded as unhealthy was found to be high especially among male students.

Key words: Elementary school students, School health, Nutritional status, Primary health care

*Öğr. Gör.; Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık YO., Konya

Giriş

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre sağlık; insanın fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olmasıdır. İnsanın, dolayısıyla toplumun sağlığını etkileyen başlıca etmenler kalıtım ve çevre koşullarıdır. Beslenme, bireyin sağlığını etkileyen en önemli çevresel etmenlerden biridir (1). Beslenme, insanın temel gereksinimlerinden birini oluşturduğu gibi, sağlığını da etkileyen önemli etmenlerin başında gelmektedir (1, 2).

Yeterli ve dengeli beslenme insanların büyümesi, gelişmesi, varlıklarını sürdürebilmesi ve faaliyetlerini en iyi şekilde yapabilmeleri için gerekli besinlerin vücuda alınması ve kullanılması olarak tanımlanır (2). Çocuğun bedensel, duygusal gelişmesini ve sosyal davranışlarını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biri yaşına, cinsine ve aktivitesine uygun olarak yeterli ve dengeli beslenmesidir (3). Büyüme süreci önemli miktarda enerji ve yeni dokuların yapımı için yeterli miktarda protein, mineralleri ve vitaminleri gerektirir. Tüm enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli karşılanabilmesi için 6-11 yaş grubu çocukların tükettikleri besinlerin iyi kaliteli ve yeterli miktarlarda olması önem taşır (1, 4).

Günümüzde sağlıklı beslenmenin önemli rol oynadığı kronik hastalıklar, gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkelerin de sorunudur. Yetişkin çağda kötü beslenme alışkanlığını değiştirmek çok daha zor olduğundan erken yaşlarda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması kritik bir öneme sahiptir (5). Yaşamın her döneminde sağlıklı ve nitelikli yaşam için yeterli ve dengeli beslenmek temel koşul iken, büyüme ve gelişmenin hızlandığı, öğrenme ve kavrama işlevlerinin önem kazandığı okul çağında beslenmenin işlevi daha da artmaktadır (6). Büyüme gereksinimleri ve fiziksel aktivite, genetik özellikler, vücut yapısı okul çocuğunun besinsel gereksinimlerini belirler. Bu yaş grubunda çocukların gereksinim duyduğu besinlerin kalitatif özellikleri erişkinlerle aynı olmakla birlikte, gereksinim duyulan miktarlar önemli farklılıklar gösterir (7). Çocuğun ne miktarda ve hangi tür besinlere gereksinimi olduğunu bilmemesi, düzensiz besin alımı, yanlış besin seçimi, besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve saklanması hatalı uygulamalar, okullarda verilen ve yenilen besinlerin uygun olmayışı beslenme sorunlarına neden olmaktadır (8).

Beslenme bilgisinden yoksunluk ya da yanlış beslenme bilgisi çocukların büyüme ve gelişmesini doğrudan etkilemekte, gelişme geriliği yaratmaktadır. Bu durum dolaylı olarak toplum yapısında, ekonomik gücünde büyük hasarlar oluşturmakta, çoğu kez dönüşü olmayan olumsuz durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu noktadan hareketle çocukluk dönemindeki sağlık yalnız belli bir çocuğun sağlık sorunu olmayıp, geleceğin temelini oluşturan toplumsal bir olgudur (9).

Okul çağı, çocuğun toplum yaşamına ilk kez bilinçli olarak girdiği bir dönemdir. Okul öncesi çağda çocuğun beslenme alışkanlıklarını aile etkilerken, okul çağında arkadaşlar, reklamlar vb etkenler ön plana çıkar. Okulda beslenme konusunda kontrolsüzlük ve özellikle annenin çalıştığı durumlarda, okuldan eve gelince, kendi kendine yiyecek hazırlama sonucu çocuk yanlış beslenme alışkanlıklarına sahip olabilir. Bu nedenle çocuğun yeterli ve dengeli beslenebilmesi için çocuğun kendisinin, ailenin, okul yönetimindeki kişilerin ve öğretmenlerin beslenme konusunda eğitilmeleri önemlidir (10).

Beslenme eğitimi ilköğretim çağındaki çocuklar için çok önemlidir. Çocuklar büyüme ve gelişmeleri için gereksinimi olan besinlerin neler olduğunu öğrenmelidirler (11). Çocuklara sağlıklı bir gelecek sağlamak için okul temelli beslenme eğitimi programlarına ulusal düzeyde öncelik verilmelidir. Okul beslenme programlarının, hükümetler, toplum liderleri, doktor, diyetisyen, hemşire, öğretmen ve ailelerin katılımıyla, uygulanması ve sürekliliği sağlanmalıdır (12).

Bu çalışma, köy ve kasabalarda öğrenim gören 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin beslenme durumlarını saptamak ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanabilir öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma, Konya ili Akşehir ilçesine bağlı köy ve kasabalarda bulunan 5 ilköğretim okulunda yapılmıştır. Akşehir ilçesine bağlı köy ve kasabalar incelenmiş ve basit rastgele yöntem kullanarak araştırmanın yapılacağı yerler seçilmiştir. Çalışma 4. ve 5.sınıf öğrencileri ile yapılmış, Çakıllar Hürriyet ilköğretim

okulundan 60 öğrencinin 51'i, Engilli ilköğretim okulundan 62 öğrencinin 55'i, Tipi ilköğretim okulundan 30 öğrencinin 20'si, Ilicak ilköğretim okulundan 35 öğrenciden 30'u, Çakıllar Vali Karataş ilköğretim okulundaki 50 öğrencinin 44'ü araştırma kapsamına alınmıştır. Planlanan araştırmanın uygulanacağı okullarda öğrenci sayılarının az olması nedeniyle örneklem seçilmemiş, devamsızlık hakkını kullanan ve raporlu olan öğrenciler dışında tüm öğrenciler araştırmaya alınarak, araştırmanın verileri 1 Ekim-28 Kasım 2010 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin Toplanması

Köy ve kasabalarda öğrenim gören 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenme durumunu saptamaya yönelik oluşturulan anket soruları, araştırmacı tarafından geniş bir literatür taraması yapılarak oluşturulmuş, konu ile ilgili yayımlanmış yerli, yabancı makale ve tezler incelenerek anket soruları oluşturulmuştur. Anket "Öğrenci Tanıma Formu" ve "Beslenme Alışkanlıkları Bilgi Formu" olmak üzere iki bölümden ve 27 sorudan oluşmaktadır.

I. Öğrenci Tanıma Formu: Öğrencilerin cinsiyet, sınıf, doğum tarihi, anne ve babanın öğrenim durumu ve mesleği gibi kişisel bilgilerini içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

II. Beslenme Alışkanlıkları Bilgi Formu: Öğrencilerin öğün sayısı, öğün atlama durumları, çikolata, gofret, kek, pasta vb. şekerli besinleri tüketme sıklıkları, açıkta satılan yiyecekleri tüketme sıklıkları, kahvaltıda genellikle tükettikleri besinler, gün içinde sıklıkla tükettikleri besinler gibi öğrencilerin beslenme durumlarını sorgulamaya yönelik 18 sorudan oluşmaktadır. Anketin ön uygulaması, ilçe sınırları içinde yer alan Adsız kasabası ilköğretim okulunda öğrenimini sürdüren 4. ve 5. sınıflarının 20 öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Anket üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra asıl uygulamasına geçilmiş, ön uygulamanın yapıldığı okul öğrencileri araştırma kapsamına alınmamıştır. Öğrencilerin beslenme durumlarının saptanması sırasında, yanıtlar için öğrencilere yeterli süre verilerek

ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırma verilerin toplanması sağlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin analizinde SPSS-17 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde verilerin frekans dağılımları yanı sıra, cinsiyete göre öğrencilerin beslenme özelliklerinin incelenmesinde Ki-Kare önemlilik testli kullanılmıştır. Veriler $p < 0,05$ anlamlılık derecesi ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Etik Yaklaşım

Çalışmaya il Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan izin sonrasında başlanmış, araştırmaya başlamadan önce araştırmanın kapsamı, amacı, araştırma sırasında ve sonrasında dikkat edilecek etik hususlar, toplanan verilerin paylaşım durumu gibi konularda açıklama yapılarak, çalışmanın yapılacağı ilköğretim okulları müdürlüklerinden ve sınıf öğretmenlerinden sözel izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sonuçları yalnızca yapıldığı ilçedeki köy ve kasabalarda bulunan 5 ilköğretim okulu ile sınırlı kalmıştır. Araştırmanın çevre il ve ilçelere bağlı bulunan köy ve kasaba ilköğretim okullarını kapsamaması ve karşılaştırma yapmaya olanak sağlayacak şekilde tasarımının yapılmaması araştırmanın sınırlılığı olarak belirtilebilir.

Bulgular

Tablo 1'de görüldüğü gibi öğrencilerin yaşları 9 ile 12 arasında değişmektedir. Kardeş sayılar ortalaması $2,78 \pm 1,02$, ailelerinde yaşayan kişilerin ortalaması ise $5,81 \pm 1,82$ olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %27,5'i Engilli ilköğretim Okulu, %25,5'i Çakıllar Hürriyet ilköğretim Okulu öğrencisidir. %59,5'lik bölümünü erkekler oluşturmakta, %55,0'lik kısmının 5.sınıf öğrencisi olduğu görülmektedir. Annelerin %87,0'ı, babaların %73,5'i ilköğretim mezunudur. Annelerin tamamına yakını (%98,0) çalışmamaktadır. Babaların ise %46,0'lık bölümünün işçi olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin yaş, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı ve BKİ değerlerine ilişkin özellikleri

Özellik	N	Minimum	Maksimum	Mean	Std. Sapma
Yaş	184	9,00	12,00	9,940	0,831
Kardeş sayısı	192	1,00	6,00	2,78	1,02
Aile kişi	194	3,00	13,00	5,81	1,82

Tablo 2. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri		
Özellik	N	%
Okul		
Çakıllar Hürriyet	51	25,5
Engilli	55	27,5
Tipi	20	10,0
Ilıcak	30	15,0
Çakıllar Vali Karataş	44	22,0
Sınıf		
4. Sınıf	90	45,0
5. Sınıf	110	55,0
Cinsiyet		
Kız	81	40,5
Erkek	119	59,5
Anne Öğrenim Durumu		
İlkokul	174	87,0
Ortaokul	22	11,0
Lise	4	2,0
Üniversite	-	-
Baba Öğrenim Durumu		
İlkokul	147	73,5
Ortaokul	26	13,0
Lise	22	11,0
Üniversite	5	2,5
Anne Mesleği		
Ev kadını	196	98,0
Memur	1	0,5
İşçi	2	1,0
Serbest meslek	1	0,5
Baba Mesleği		
Çiftçi	38	19,0
Memur	7	3,5
İşçi	92	46,0
Serbest meslek	56	28,0
Çalışmıyor	7	3,5
Toplam	200	100,0

Tablo 3'te görüldüğü gibi "Yemek saatleriniz düzenli midir?" sorusuna öğrencilerin %69,5'i evet yanıtı vermiş, kız öğrencilerin %84,0'ı, erkek öğrencilerin %59,7'si yemek saatlerinin düzenli olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %73,0'ı üç öğün yemek yemektedir. Kız öğrencilerin %79,0'ı üç öğün yemek yediğini belirtirken, bu oranın erkeklerde %68,9 olduğu görülmüştür. 154 öğrencinin %42,2'si öğle yemeğini, yakın bir yüzde ile %39,0'ı

kahvaltı yapmayı atlamaktadır. Kız öğrencilerin %40,0'ı öğle yemeğini yemediğini belirtirken, erkek öğrencilerin %43,6'lık yüzdeler ile kahvaltı ve öğle yemeği yanıtlarını verdikleri belirlenmiştir. Öğün atlama nedenlerine öğrencilerin %87,7'si "canım istemiyor" yanıtı vermiş, erkek öğrencilerden 5 kişinin hazırlayan kişi olmadığı için öğün atladığı belirlenmiştir.

Kız öğrenciler çikolata, gofret, kek, pasta vb. sekerli besinleri haftada 1-2 kez tüketirken, erkek öğrencilerin %38,5'lik bölümü bu tür besinleri haftada 1-2 kez, %26,5'i nadiren tüketmektedir. Kız öğrencilerin %46,9'u okul kantininden sıklıkla ayran ve süt, %26,6'sı hazır meyve suları aldığını belirtirken, erkek öğrencilerin %38,5'inin okul kantininden ayran ve süt, %20,3'ünün tost, sandviç ve simit aldığı anlaşılmıştır.

Tablo 4'te görüldüğü gibi "Öğün aralarında herhangi bir besin tüketiyor musunuz?" sorusuna öğrencilerin tamamına yakını (%98,5) evet yanıtı vermiş, %37,7'si öğün aralarında süt, yoğurt tükettiğini belirtirken, %26,2'sinin meyve, %10,8'lik bölümünün ise kuruyemiş tükettiği saptanmıştır.

Öğrencilerin TV, radyo ve gazetelerdeki yiyecek içecek reklamlarından etkilenmeleri incelendiğinde; %16,6'lık yüzde ile ilk sırada puding reklamlarının yer aldığı, ikinci sırada %15,9 ile çikolata, gofret reklamlarının, üçüncü sırada ise %13,0 ile süt reklamlarının bulunduğu görülmüştür.

Tablo 5'te görüldüğü gibi, öğrencilerin %38,5'i açıkta satılan besinleri tüketmediğini belirtirken, %32,0'ı açıkta satılan yiyecekleri tükettiğini, %29,5'lik bölümü bazen tükettiğini belirtmiştir. Açıkta satılan besinleri tükettiğini belirten öğrencilerin %65,0'ı canı istediği için bu besinleri tüketirken, bu soruya hayır yanıtı veren öğrencilerin %67,1'lik bölümünün temizliğine güvenmediği için bu besinleri tüketmediği belirlenmiştir.

Cinsiyetlerine göre öğrencilerin kahvaltıda tükettiği besinler incelendiğinde; kız öğrencilerin %16,0'lık bölümünün çay tüketmediği, erkek öğrencilerin ise %69,7'sinin her gün çay içtiği görülmüştür. Kız öğrencilerin %27,2'si çorba tüketmemektedir. Erkek öğrencilerin ise %26,9'unun nadiren çorba içtiği anlaşılmıştır.

Tablo 3. Cinsiyete göre öğrencilerin beslenme özellikleri

Özellik	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yemek saatleriniz düzenli midir?						
Evet	68	84,0	71	59,7	139	69,5
Hayır	13	16,0	48	40,3	61	30,5
Toplam	81	100,0	119	100,0	200	100,0
$X^2=13,411$, $sd=1$, $p=0,000^*$						
Günde kaç öğün yemek yersiniz?						
2 Öğün	10	12,3	12	10,1	22	11,0
3 Öğün	64	79,0	82	68,9	146	73,0
4 Öğün	7	8,7	25	21,0	32	16,0
Toplam	81	100,0	119	100,0	200	100,0
$X^2=5,505$, $sd=2$, $p=0,064$						
Öğün atlıyorsanız hangi öğünleri atlıyorsunuz?						
Kahvaltı	19	31,7	41	43,6	60	39,0
Öğle 24	40,0	41	43,6	65	42,2	
Akşam	17	28,3	12	12,8	29	18,8
Toplam	60	100,0	94	100,0	154	100,0
$X^2=6,169$, $sd=2$, $p=0,046$						
Öğün atlıyorsanız nedeni nedir?						
Hazırlayan yok	-	-	5	5,4	5	3,3
Canım istemiyor	56	91,8	79	84,9	135	87,7
Zamanım yok	4	6,6	9	9,7	13	8,4
Harçlığım yetersiz	-	-	1	1,6	1	0,6
Toplam	60	100,0	94	100,0	154	100,0
$X^2=5,427$, $sd=3$, $p=0,143$						
Öğün aralarında herhangi bir besin tüketiyor musunuz?						
Evet 80	98,8	117	98,3	197	98,5	
Hayır 1	1,2	2	1,7	3	1,5	
Toplam	81	100,0	119	100,0	200	100,0
$X^2=0,065$, $sd=1$, $p=0,641^*$						
Çikolata, gofret, kek, pasta vb. sekerli besinleri ne sıklıkla tüketiyorsunuz?						
Tüketmiyorum	12	14,8	22	18,5	34	17,0
Nadiren	19	23,5	34	28,6	53	26,5
Haftada 1- 2	42	51,9	35	29,4	77	38,5
Haftada 3- 5	5	6,2	25	21,0	30	15,0
Her gün	3	3,6	3	2,5	6	3,0
Toplam	81	100,0	119	100,0	200	100,0
$X^2=14,458$, $sd=4$, $p=0,006$						
Okul kantininden en çok hangi besinleri satın alıyorsunuz?						
Ayran, süt	30	46,9	27	32,1	57	38,5
Tost, sandviç, simit	10	15,6	20	23,8	30	20,3
Kolalı içecekler	1	1,5	8	9,6	9	6,1
Hazır meyve suları	17	26,6	11	13,1	28	18,9
Gofret, çikolata, cips	6	9,4	18	21,4	24	16,2
Toplam	81	100,0	119	100,0	200	100,0
$X^2=13,770$, $sd=4$, $p=0,008$						

*Fisher's Exact Test uygulanmıştır.

Tablo 4. Cinsiyetlerine göre öğrencilerin öğün aralarında,tükettiği besinler ve en fazla etkilendiği reklamlar

Özellikler	Kız		Erkek		Toplam	
	N*	%	N*	%	N*	%
Öğün aralarında bir besin tüketiyorsanız						
Süt, yoğurt	15	30,6	59	30,7	74	30,7
Kola ve içecekler	2	4,1	19	9,9	21	8,7
Kuru yemişler	6	12,2	20	10,4	26	10,8
Hazır meyve suları	7	14,3	15	7,8	22	9,1
Şalgam suyu	-	-	6	3,2	6	2,5
Sandviç, simit	3	6,1	11	5,7	14	5,8
Gofret, çikolata	4	8,2	11	5,7	15	6,2
Meyve	12	24,5	51	26,6	63	26,2
Toplam	49	100,0	192	100,0	241	100,0
TV, radyo ve gazetelerdeki yiyecek içecek reklamlarından en fazla etkilendiği 3 reklam						
Çikolata, gofret	42	14,2	42	17,9	84	15,9
Şekerleme	5	1,7	5	2,2	10	1,9
Bisküvi, kraker	25	8,5	20	8,6	45	8,5
Cips	30	10,1	19	8,1	49	9,3
Meyve suları	31	10,5	28	11,9	59	11,1
Süt	43	14,5	26	11,1	69	13,0
Dondurma	34	11,5	30	12,8	64	12,1
Puding	50	16,9	38	16,2	88	16,6
Sakız	21	7,1	17	7,3	38	7,2
Kolalı içecek	15	5,0	9	3,9	24	4,4
Toplam	296	100,0	234	100,0	530	100,0

*Birden fazla cevap verilebilmiştir.

Kız öğrencilerin %33,3'ü her gün bal, reçel, pekmez türü tatlılar yediğini söylemiş; kız öğrencilerin %43,2'si her gün süt içtiğini belirtirken, her gün süt içme düzeyinin erkeklerde %26,1'de kaldığı görülmüştür. Genel olarak öğrencilerin %18,5'i peynir-çökelek türü besinleri tüketmezken, her gün bu besinleri yediğini belirtenler öğrencilerin %31,0'lik bölümünü oluşturmaktadır. Kız öğrencilerin yarıya yakını (%45,7) sucuk, salam, sosis türü besinleri tüketmediğini belirtirken, bu değer erkek öğrencilerde %30,3'te kaldığı görülmüştür. Genel olarak öğrencilerin %37,5'lik bölümünün her gün, %19,0'luk kısmının ise haftada 3-5 kez yumurta tükettiği, kız öğrencilerin %28,5'inin meyve suyu içmediği, erkek öğrencilerin 31,9'unun nadiren meyve suyu içtiği, mısır, buğday gevreği türü besinleri benzer yüzdeler ile kızların %39,6'sının, erkek öğrencilerin 40,3'ünün tüketmediği saptanmıştır.

Tablo 7'deki cinsiyete göre öğrencilerin günlük olarak bazı besinleri tüketim sıklıkları incelendiğinde; kız öğrencilerin %84,0'lık bölümü, yakın bir yüzde ile erkek öğrencilerin %89,9'u her gün ekmek tüketmekte, kız öğrencilerin %42,0'lik bölümü, erkek öğrencilerin %39,5'i nadiren bisküvi tüketmektedir.

Kız öğrencilerin %23,5'i pirinç tüketmediğini, %39,5'i ise nadiren tükettiğini belirtmiş, pirinç tüketimi ile öğrencilerin cinsiyeti arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Kız öğrencilerin %37,0'lik bölümü nadiren kuru baklagiller tüketmekte, erkek öğrencilerin %20,2'sinin her gün kuru baklagiller grubuna giren besinleri tükettiği görülmektedir. Genel olarak bakıldığında öğrencilerin yarısından fazlası (%51,0) sakatat türü besinleri tüketmemekte, %36,5'i nadiren tavuk, yine aynı yüzde ile %36,5'i nadiren balık tüketmektedir.

Tablo 5. Cinsiyetlerine göre öğrencilerin açıkta satılan besinleri tüketim durumları						
Özellikler	Kız		Erkek		Toplam	
Açıkta satılan yiyecekleri satın alırsınız mı?	N*	%	N*	%	N*	%
Evet	25	30,9	39	32,8	64	32,0
Hayır	36	44,4	41	34,4	77	38,5
Bazen	20	24,7	39	32,8	59	29,5
Toplam	81	100,0	119	100,0	200	100,0
$X^2=2,371, sd=2, p=0,306$						
Yanıtınız "Evet –Bazen " ise, açıkta satılan yiyecekleri neden satın alırsınız?						
Canım istediği için	26	57,8	54	69,2	80	65,0
Arkadaşlarım aldığı için	5	11,0	1	1,3	6	4,9
Ucuz olduğu için	6	13,2	13	16,7	19	15,4
Merak ettiğim için	8	18,0	10	12,8	18	14,7
Toplam	45	100,0	78	100,0	123	100,0
$X^2=6,912, sd=3, p=0,075$						
Yanıtınız "Hayır" ise açıkta satılan yiyecekleri neden satın almıyorsunuz?						
Param olmadığı için	1	2,8	2	5,0	3	3,9
Temizliğine güvenmediğim için	24	66,7	27	67,5	51	67,1
Öğretmenlerim uyardığı için	5	13,9	8	20,0	13	17,1
Ailem yasakladığı için	6	16,7	3	7,5	9	11,8
Toplam	36	100,0	40	100,0	76	100,0
$X^2=0,006, sd=1, p=0,938^*$						

*Fisher's Exact Test uygulanmıştır.

Kız öğrencilerin %45,7'si sucuk tüketmediğini belirtirken, bu oran erkek öğrencilerde %27,7 olarak bulunmuş, erkek öğrencilerin %12,6'sının her gün, %17,7'sinin haftada 3-5 kez, %12,6'sının haftada 1-2 kez sucuk tükettiği ve sucuk tüketiminin cinsiyete göre değiştiği ($p < 0,05$) saptanmıştır. Kız öğrencilerin %61,7'si her gün meyve, %54,3'ü her gün sebze tüketmektedir. Kız öğrencilerin %38,3'ü hiç tereyağı tüketmediğini belirtirken, erkek öğrencilerin %55,5'i fast food türü besinler tüketmemektedir.

Tartışma

Okullar, çocuk ve adolesanların beslenme durumlarını değerlendirmek ve beslenme eğitimi vermek için en ideal yerlerdir. Bu yaş grubu, zamanlarının büyük kısmını okulda geçirdikleri ve en az bir öğünlerini okulda tükettikleri için, okulda pratik beslenme alışkanlıkları kazanabilirler (12). Okul çağında günün en önemli ve en çok ihmal edilen öğünü kahvaltıdır. Akşam yemeği ile kahvaltı arasındaki sürenin uzun olması nedeniyle, kahvaltı zamanında birey açlık düzeyinde, beyne enerji sağlayan kan şekeri de en alt

düzyededir. Bu nedenle öğrencilerin kahvaltı yapmaması, sorun çözme becerilerini azaltmakta; düzenli kahvaltı ise, okul başarısını ve akademik puanı yükseltmekte, öğrenme ve anımsamayı içine alan birçok beyin ve davranış işlevlerini olumlu yönde etkilemektedir (13).

Çalışmamızda, "Yemek saatleriniz düzenli midir?" sorusuna öğrencilerin %69,5'i evet yanıtı vermiş, kız öğrencilerin %84,0'ı, erkek öğrencilerin %59,7'si yemek saatlerinin düzenli olduğunu belirtmiş ve cinsiyete göre düzenli yemek yeme durumunun değiştiği ($p < 0,05$) saptanmıştır (Tablo 3). Kız öğrencilerin %40,0'ı öğle yemeğini yemediğini belirtirken, erkek öğrencilerin %43,6'lık yüzdeler ile kahvaltı ve öğle yemeği yanıtlarını verdikleri, öğün atlama nedenleri olarak öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%87,7) "canım istemiyor" yanıtı verdiği görülmüştür. "Öğün aralarında herhangi bir besin tüketiyor musunuz?" sorusuna öğrencilerin tamamına yakını (%98,5) evet yanıtı vermiş (Tablo 3), %37,7'si öğün aralarında süt, yoğurt tükettiğini belirtirken, %26,2'sinin meyve, %10,8'lik bölümünün kuruyemiş tükettiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 6. Cinsiyetlerine göre öğrencilerin kahvaltıda tükettiği besinler

	Tüketmiyor			Nadiren			Haftada 1-2 gün			Haftada 3-5 gün			Her gün			Toplam			P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Çay	K	13	16,0	22	27,2	11	13,6	5	6,2	30	37,0	81	100,0	Çay sd=4, p=0,000					
	E	9	7,6	3	2,5	14	11,8	10	8,4	83	69,7	119	100,0						
	T	22	11,0	25	12,5	25	12,5	15	7,5	113	56,5	200	100,0						
Çorba	K	22	27,2	17	21,0	20	24,7	9	11,1	13	16,0	81	100,0	X ² =5,592, sd=4, p=0,232					
	E	18	15,1	32	26,9	28	23,5	21	17,6	20	16,9	119	100,0						
	T	40	20,0	49	24,5	48	24,0	30	15,0	33	16,5	200	100,0						
Bal, reçel pekmez	K	17	21,0	22	27,2	8	9,9	7	8,6	27	33,3	81	100,0	X ² =3,997, sd=4, p=0,406					
	E	16	13,5	32	26,9	21	17,6	13	10,9	37	31,1	119	100,0						
	T	33	16,5	54	27,0	29	14,5	20	10,0	64	32,0	200	100,0						
Süt	K	13	16,0	10	12,4	12	14,8	11	13,6	35	43,2	81	100,0	X ² =9,358, sd=4, p=0,053					
	E	14	11,8	23	19,3	30	25,2	21	17,6	31	26,1	119	100,0						
	T	27	13,5	33	16,5	42	21,0	32	16,0	66	33,0	200	100,0						
Peynir, çökelek	K	16	19,8	20	24,7	14	17,3	7	8,6	24	29,6	81	100,0	X ² =2,915, sd=4, p=0,572					
	E	21	17,6	24	20,2	17	14,3	19	16,0	38	31,9	119	100,0						
	T	37	18,5	44	22,0	31	15,5	26	13,0	62	31,0	200	100,0						
Sucuk, salam, sosis	K	37	45,7	23	28,4	12	14,8	2	2,5	7	8,6	81	100,0	X ² =12,68, sd=4, p=0,013					
	E	36	30,3	31	26,1	18	15,1	20	16,8	14	11,7	119	100,0						
	T	73	36,5	54	27,0	30	15,0	22	11,0	21	10,5	200	100,0						
Yumurta	K	7	8,6	12	14,9	18	22,2	13	16,0	31	38,3	81	100,0	X ² =5,620, sd=4, p=0,229					
	E	6	5,0	28	23,5	16	13,4	25	21,0	44	37,0	119	100,0						
	T	13	6,5	40	20,0	34	17,0	38	19,0	75	37,5	200	100,0						
Zeytin	K	13	16,0	13	16,0	9	11,2	11	13,6	35	43,2	81	100,0	X ² =0,652, sd=4, p=0,957					
	E	16	13,4	18	15,1	12	10,2	15	12,6	58	48,7	119	100,0						
	T	29	14,5	31	15,5	21	10,5	26	13,0	93	46,5	200	100,0						
Meyve suyu	K	23	28,4	21	25,9	15	18,5	12	14,8	10	12,4	81	100,0	X ² =9,038, sd=4, p=0,060					
	E	14	11,8	38	31,9	28	23,5	19	16,0	20	16,8	119	100,0						
	T	37	18,5	59	29,5	43	21,5	31	15,5	30	15,0	200	100,0						
Mısır- buğday gevreği	K	32	39,6	21	25,9	13	16,0	8	9,9	7	8,6	81	100,0	X ² =1,197, sd=4, p=0,879					
	E	48	40,3	24	20,2	22	18,5	15	12,6	10	8,4	119	100,0						
	T	80	40,0	45	22,5	35	17,5	23	11,5	17	8,5	200	100,0						

Tablo 7. Cinsiyetlerine göre öğrencilerin kahvaltıda tükettiği besinler

	Tüketmiyor			Nadiren			Haftada 1-2 gün			Haftada 3-5 gün			Her gün			Toplam			P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ekmek	K	3	3,7	7	8,6	-	-	3	3,7	68	84,0	81	100,0	X ² =1,568, sd=1, p=0,151*					
	E	4	3,4	3	2,5	4	3,4	1	0,8	107	89,9	119	100,0						
	T	7	3,5	10	5,0	4	2,0	4	2,0	175	87,5	200	100,0						
Bisküvi	K	11	13,6	34	42,0	20	24,7	10	12,3	6	7,4	81	100,0	X ² =4,827, sd=4, p=0,305					
	E	13	10,9	47	39,5	24	20,2	29	24,4	6	5,0	119	100,0						
	T	24	12,0	81	40,5	44	22,0	39	19,5	12	6,0	200	100,0						
Pirinç	K	19	23,5	32	39,5	21	25,9	5	6,2	4	4,9	81	100,0	X ² =12,282 sd=4, p=0,015					
	E	13	10,9	35	29,4	41	34,5	18	15,1	12	10,1	119	100,0						
	T	32	16,0	67	33,5	62	31,0	23	11,5	16	8,0	200	100,0						
Bulgur	K	18	22,2	26	32,1	20	24,7	11	13,6	6	7,4	81	100,0	X ² =5,327, sd=4, p=0,255					
	E	14	11,8	43	36,1	41	34,5	14	11,8	7	5,8	119	100,0						
	T	32	16,0	69	34,5	61	30,5	25	12,5	13	6,5	200	100,0						
Kuru baklagiller	K	26	32,1	30	37,0	12	14,8	4	4,9	9	11,2	81	100,0	X ² =5,227, sd=4, p=0,265					
	E	33	27,7	33	27,7	18	15,1	11	9,3	24	20,2	119	100,0						
	T	59	29,5	63	31,5	30	15,0	15	7,5	33	16,5	200	100,0						
Sakadat	K	45	55,6	19	23,5	8	9,9	4	4,8	5	6,2	81	100,0	X ² =1,882, sd=4, p=0,757					
	E	57	47,9	33	27,7	13	10,9	10	8,4	6	5,1	119	100,0						
	T	102	51,0	52	26,0	21	10,5	14	7,0	11	5,5	200	100,0						
Tavuk	K	15	18,5	29	35,8	19	23,5	12	14,8	6	7,4	81	100,0	X ² =0,224, sd=4, p=0,994					
	E	19	16,0	44	37,0	29	24,4	18	15,1	9	7,5	119	100,0						
	T	34	17,0	73	36,5	48	24,0	30	15,0	15	7,5	200	100,0						
Balık	K	19	23,5	28	34,6	19	23,5	8	9,8	7	8,6	81	100,0	X ² =2,798, sd=4, p=0,592					
	E	24	20,2	45	37,8	25	21,0	19	16,0	6	5,0	119	100,0						
	T	43	21,5	73	36,5	44	22,0	27	13,5	13	6,5	200	100,0						
Sucuk	K	37	45,7	20	24,7	13	16,0	4	4,9	7	8,6	81	100,0	X ² =12,150 sd=4, p=0,016					
	E	33	27,7	35	29,4	15	12,6	21	17,7	15	12,6	119	100,0						
	T	70	35,0	55	27,5	28	14,0	25	12,5	22	11,0	200	100,0						
Taze meyve	K	6	7,5	9	11,1	9	11,1	7	8,6	50	61,7	81	100,0	X ² =1,548, sd=4, p=0,818					
	E	11	9,2	13	10,9	17	14,3	14	11,8	64	53,8	119	100,0						
	T	17	8,5	22	11,0	26	13,0	21	10,5	114	57,0	200	100,0						

Tablo 7. Cinsiyetlerine göre öğrencilerin kahvaltıda tükettiği besinler (devamı)

	Tüketmiyor		Nadiren		Haftada 1-2 gün		Haftada 3-5 gün		Her gün		Toplam		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Taze sebze	K	7	8,6	11	13,6	11	13,6	8	9,9	44	54,3	81	X ² =3,144, sd=4, p=0,534
	E	11	9,2	20	16,9	23	19,3	15	12,6	50	42,0	119	
	T	18	9,0	31	15,5	34	17,0	23	11,5	94	47,0	200	
Şeker çikolata	K	21	25,9	32	39,5	12	14,8	11	13,6	5	6,2	81	X ² =9,667, sd=4, p=0,046
	E	28	23,5	31	26,1	34	28,6	11	9,2	15	12,6	119	
	T	49	24,5	63	31,5	46	23,0	22	11,0	20	10,0	200	
Tereyağ	K	31	38,3	16	19,8	10	12,3	4	4,9	20	24,7	81	X ² =3,644, sd=4, p=0,456
	E	31	26,1	26	21,8	21	17,6	7	5,9	34	28,6	119	
	T	62	31,0	42	21,0	31	15,5	11	5,5	54	27,0	200	
Faas food	K	44	54,3	20	24,7	6	7,4	10	12,3	1	1,3	81	X ² =8,693, sd=4, p=0,069
	E	66	55,5	23	19,3	16	13,4	6	5,1	8	6,7	119	
	T	110	55,0	43	21,5	22	11,0	16	8,0	9	4,5	200	

Akar'ın (2002) yaptığı çalışmada ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinin ön testte %40,0'lık bölümünün sürekli kahvaltı yaptığı, 5.sınıf öğrencilerinin %53,3'ünün kahvaltı yapmadığı belirlenmiş; son testte ise kahvaltı yapmadığını belirten öğrencinin olmadığı saptanmıştır (14). Avan'ın (2006) çalışmasında kız öğrencilerin %65,5'inin, erkek öğrencilerin ise %69,1'inin günde en az üç öğün besin tükettiği, öğrencilerin tamamına yakınının (%99,4) öğün atladığı, öğrencilerin %61,3'ünün öğle yemeklerini atladığı, %49,7'sinin canları istemediği için öğün atladıkları belirlenmiştir (15). Özdemir'in (2006) çalışmasında; 1124 öğrenciden 957' sinin (%85,1) kahvaltı yapma alışkanlığının olduğu, 24 ünün (%2,1) kahvaltı yapmadığı, 143 ünün (%12,7) haftada birkaç kez kahvaltı yaptığı saptanmıştır (4). Türk ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında; öğrencilerin %81,0'inin öğün atladığı, öğün atlama açısından kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı fark olduğu, kızların daha fazla oranda öğün atladığı (p=0,014) belirlenmiştir (5). Keskin'in (2009) öğrencilere verilen beslenme eğitiminin besin tüketimine etkisini değerlendirdiği çalışmasında; deney grubunda ön testte kahvaltı öğününü atlama sıklığındaki en yüksek dağılım %38,50 ile iki haftada bir olarak saptanmışken, son testte bu dağılımın %25,00 oranına gerilediği görülmüştür (16).

Tolluoğlu'nun (2009) ailelerin beslenme durumlarını sorguladığı çalışmasında; tek ana öğün tüketen aile gözlenmemiştir. Gün içinde iki ana öğün tüketen aileler %6,8, üç ana öğün tüketenler %86,4 olarak saptanmış, en sık atlanan öğünün %68,8 sıklığı ile öğle öğünü olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada ailelerin %79,7'si düzenli kahvaltı yaptıklarını belirtirken; düzenli kahvaltı yapmayan ailelerin sıklığı %18,6'dır (17).

Sabbağ ve Sürücüoğlu'nun (2011) yaptığı bir eğitim programı geliştirme çalışmasında; ön testte öğrencilerin %43,7'si, son testte %56,1'i, izleme testinde %53,8'i kahvaltı yaptığını belirtmiştir. Öğrencilerin her gün düzenli olarak kahvaltı yapmaları açısından, ön test ve son testte gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (P<0,01) (11). Aksoydan ve Çakır'ın (2011) çalışmasında ise, öğrencilerin %83,7'sinin düzenli olarak kahvaltı yaptığı, öğretim kademesi büyüdükçe kahvaltı yapma sıklığının azaldığı saptanmıştır.

İlköğretimde erkeklerin %87,5'i, kızların %88,0'i her gün kahvaltı yaparken, ortaöğretimde bu sıklıklar sırası ile %82,5 ve %76,5'dir. Aynı araştırmada erkek öğrencilerde sınıf ile kahvaltı ve öğle yemeği yeme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (18). Çalışmada öğün atlama yüzdesi bakımından elde edilen sonuçlar, Avan'ın, Türk ve arkadaşlarının, Tolluoğlu'nun yaptığı çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre düşük bulunmasına karşın, araştırmamızın köy ve kasabalarda yaşayan öğrenciler üzerinde yapıldığı ve büyük çoğunluğunun annesinin çalışmadığı dikkate alındığında, elde edilen sonuçların yüksek olduğu söylenebilir.

Okul kantinleri ve okul çevresinde, yiyecek ve içecek satışı yapan yerlerin denetlenmesi çocuk ve adölesan grubunun sağlıklı beslenmesinde önemlidir. Bu tür yerlerde, öncelikle yeterli ve dengeli beslenmeye katkısı olabilecek yiyecek ve içeceklerin satılması sağlanmalıdır (18). Okul yönetimlerinin organize edeceği çalışmalarla, obeziteye neden olan yiyecek ve içecekler hakkında öğrenciler bilgilendirilmeli; süt, ayran, yoğurt, meyve, doğal meyve suyu tüketimi özendirilmelidir (11).

Çalışmamızda; kız öğrencilerin %46,9'u okul kantininden sıklıkla ayran ve süt, %26,6'sı hazır meyve suları aldığını belirtirken, erkek öğrencilerin %38,5'inin okul kantininden ayran ve süt, %20,3'ünün tost, sandviç ve simit aldığı görülmüştür (Tablo 3).

Sabbağ ve Sürücüoğlunun (2011) çalışmasında, öğrencilerin okul kantininden en çok tercih ettikleri yiyeceklerin aldığı ortalama puanlar incelenmiş; ön testte en çok simit, çikolata, gofret vb., ekmek arası köfte, döner, tavuk; son testte tost, simit, poğaçaya olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada öğrencilerin en çok tercih ettikleri içecekler ise; ön testte en yüksek tercih puanı alan içecekler sırasıyla kola, ayran, hazır meyve suyu, son testte ayran, kola, süt, geldiği görülmüştür (11).

Aksoydan ve Çakır'ın (2011) çalışmasında, kız öğrencilerin erkeklerden daha sıklıkla kantinden yiyecek ve içecek tükettiği belirlenmiştir. Kantinden en sık alınan yiyecekler sırası ile çikolata ve şekerleme (%23,4), gazlı içecekler (%13,3), bisküvi (%12,0), poğaçaya, tost (%12,0), hamburger (%10,0), cips (%9,0) ve meyve sularıdır (%8,0) (18). Elde edilen sonuçlar diğer

araştırma sonuçları ile karşılaştırıldığında araştırmamızdaki öğrencilerin daha sağlıklı besinler aldıkları sonucuna varılabilir. Ancak, araştırmamızın yapıldığı yerin köy ve kasabalar olduğu dikkate alındığında, okul kantinleri ve okul çevresinde bulunan bakkallarda besin çeşidi olmaması nedeniyle besin tüketiminde çeşitlilik gözlemlenmemiş olabilir.

Okul çocuğuna düzenli ana yemek ve ara öğün saatlerinde sağlıklı besin seçenekleri sunulması, bu yaş grubun da doğru beslenmenin temelini oluşturur (7). Çalışmamızda, kız öğrencilerin %16,0'lık bölümünün kahvaltıda çay tüketmediği, erkek öğrencilerin ise %69,7'sinin her gün çay içtiği görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda cinsiyete göre çay tüketiminin değiştiği saptanmıştır ($p<0,05$). Kız öğrencilerin yarıya yakını (%45,7) sucuk, salam, sosis türü besinleri tüketmediğini belirtirken, bu oran erkek öğrencilerde %30,3 oranında kalmaktadır ve sucuk, salam, sosis türü besinlerin tüketimi cinsiyete göre ($p<0,05$) farklılık göstermektedir (Tablo 6). Kız öğrencilerin %61,7'si her gün meyve, %54,3'ü her gün sebze tüketmekte, kız öğrencilerin %39,5'i nadiren şeker-çikolata türü besinleri tüketirken, erkek öğrencilerin %28,6'sı haftada 1-2 kez, %12,6'sı her gün çikolata türü besinleri tüketmekte ve şeker-çikolata türü besinleri tüketme durumu ile cinsiyet arasında ($p<0,05$) anlamlı ilişki bulunmaktadır (Tablo 7).

Covey ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları çalışmada 1000 ailede en çok tüketilen sebze ve meyvelerin mısır, havuç ve patates olduğu saptanmış, çocukların yaklaşık yarısının günlük 3-5 öğün sebze tüketmeleri gerektiğinin bilincinde olduğu belirlenmiştir (19). Öztunç ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise, süt/süt ürünleri %53,5, hayvansal gıdalar %22,8, kuru baklagiller %7,7, sebze-meyve %66,0, tahıl ürünleri %62,2, çerez %15,9 oranında her gün ya da aralıklı tüketildiği belirlenmiştir (20).

Türk ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında; öğrencilerin sık tükettikleri gıdalar sırasıyla ekmek (%97,0), mevsim meyveleri (%91,7), süt/yoğurt (%91,2), domates (%90,7), salata malzemeleri (%88,9), çay (%74,4), çikolata (%70,0), hazır kek/bisküvi (%68,5), ayran (%66,6), patates (%64,8), yumurta (%64,1), bal/reçel (%60,6), en sık tüketilen süt ürünleri; peynir, süt/yoğurt olarak saptanmıştır (5).

Yapılan çalışma sonucunda tüketilen besinlerin genel olarak diğer araştırma sonuçlarına yakın olduğu ve özellikle sağlıksız besin olarak değerlendirilebilecek bazı besinlerin (çay, sucuk, salam, sosis, şeker-çikolata gibi) tüketiminin erkek öğrencilerde daha yüksek görüldüğü sonucuna varılmıştır

Sonuç ve Öneriler

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları, okul sağlığının geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimi, doğru sağlık bilgilerinin aktarılması, sağlıklı yaşam konusunda olumlu tutum ve davranışların kazandırılarak sağlıklarının geliştirilmesi, sağlıklı okul ortamının oluşturulması amacıyla okul sağlığının geliştirilmesi için yürütülen programları uygular. Çalışmalar, yürütülen programlara göre planlanır ve alan çalışması, eğitim, sektörler arası işbirliği gibi farklı yöntemler kullanılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetleri arasında, sağlıklı beslenmeye yönelik eğitim, beslenme ve diyet bölümlerinin oluşturulması, Akdeniz tipi diyetin desteklenmesi, okul kantinlerinin sağlıklı beslenme açısından denetlenmesi gibi faaliyet alanları yer almaktadır (21).

Tüm bu çalışmaların etkin bir biçimde yürütülebilmesi için birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Birini basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim, hemşire ve okul sağlığı hemşirelerinin iletişim ve koordinasyonu, hizmetlerin başarılı bir biçimde planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesinde etkili olacaktır. Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında; öğle yemeği ve kahvaltıyı atlama durumu yanı sıra, öğrencilerin açıkta satılan besinleri tüketim yüzdelerinin yüksek olduğu, besinlerin tüketimi bakımından cinsiyetler arasında farklılıklar bulunabildiği, özellikle erkek öğrenciler arasında sağlıksız beslenme olarak değerlendirilen besinlerin tüketiminin daha fazla olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışma sonuçları dikkate alınarak okul sağlığı hizmetleri kapsamında, öncelikle bölgesel olarak;

- Öğrencilerin vücut ağırlığı ve boy uzunluklarının düzenli olarak ölçülüp kayıt edilmeli, büyüme ve gelişmeleri

değerlendirilmelidir.

- Okul sütü programlarının, kahvaltı ve öğle yemeği programlarının, özellikle sosyoekonomik durumu düşük olan okullarda ve köy-kasaba okullarında uygulaması yaygınlaştırılabilir.

- Sağlıklı besin hazırlama, sağlıklı beslenme, okullarda büyüme ve gelişmenin izlenmesinin çocuk gelişimindeki önemi gibi konularda öğrencileri, öğretmenleri, aileleri ve okul personelinin bilgilendirici, beslenme hakkında farkındalık düzeylerini artırıcı sağlık eğitimi programlarına öncelik verilebilir.

- Okul kantinlerinin ve köy, kasaba bakkallarının herkesin rahatlıkla görebileceği yerlerde bulunmasına, okul idaresi ve birinci basamak sağlık çalışanları tarafından belirli aralıklarla bu alanların denetlenmesinin sağlanmasına dikkat edilmelidir.

Okul kantinlerine ve köy, kasaba bakkallarına, öğrencilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması ile ilgili mesajları içeren, çocukların ilgisini çekecek biçimde hazırlanmış posterler asılabilir.

İletişim: Funda Özpulat

E-posta: funda-ozpulat@hotmail.com

Kaynaklar

1. Milli Eğitim Bakanlığı. MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi). Çocuk gelişimi ve eğitimi. Beslenme. Erişim 10.08.2013, <http://megep.meb.gov.tr/?page=moduller>
2. Şimşek H. Ortaokul öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları üzerine bir araştırma. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans tezi. Ankara 1991.
3. Ünüsan, N. Okul öncesi çocukların yeme problemlerinin incelenmesi. Çocuk Forumu 2001; 4(1): 10-2.
4. Özdemir Ö. Diyarbakır merkez ilköğretim okulları öğrencilerinin beslenme davranışlarının incelenmesi. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Diyarbakır 2006.
5. Türk M, Gürsoy T.Ş, Ergin I. Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. GenelTıpDerg2007;17(2):81-7.
6. Köksal O. Kronik ve dejeneratif hastalıklarda beslenme. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler). Ankara:1995.

7. Süoğlu Durmaz Ö. Çocukluk çağında beslenme: Okul çocuğunun beslenmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi No: 41. Kasım 2004.
8. Durmaz H, Sağun E, Tarakçı Z. Yüksekokul öğrencilerinin içme sütü tüketim alışkanlıkları. YYÜ. Vet. Fak. Derg. 2002, 13(1-2): 69-73.
9. Şanlıer, N, Güler A. İlköğretim ikinci kademesinde eğitim gören öğrencilere verilen beslenme eğitiminin öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi ve alışkanlıklarına etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi 2005; 32(2): 31-8.
10. Milli Eğitim Bakanlığı. MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi) Çocuk gelişimi ve eğitimi. Süt, oyun, okul ve ergenlik döneminde beslenme. Ankara 2009. Erişim 10.08.2013, <http://megep.meb.gov.tr/?page=moduller>
11. Sabbağ Ç, Sürücüoğlu S. M. İlköğretim öğrencilerine verilen beslenme eğitiminin beslenme tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi 2011; 6(3): 1-13.
12. Yabancı N. Okul sağlığı ve beslenme programları. TAF Prev Med Bull 2011; 10(3): 361-8.
13. Baysal A. Kahvaltı ve okul başarısı. Beslenme ve Diyet Dergisi 1999; 28(1): 1-3.
14. Akar, S. Ş. Çocuktan çocuğa eğitim yöntemi esas alınarak ilköğretim okullarında beslenme eğitimi yapılması üzerine bir araştırma. Gazi Üniversitesi Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı Doktora tezi. Ankara 2002.
15. Avan M. Mardin ili Kızıltepe ilçesindeki merkez ilköğretim okullarında okuyan 6. 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Konya 2006.
16. Keskin M. Yatılı ilköğretim bölge okullarında öğrencilere verilen beslenme eğitiminin besin tüketimlerine etkisinin araştırılması. Gazi Üniversitesi Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2009.
17. Tolloğlu, H. Başkent Üniversitesi Kolej Ayşe Ablak okullarında ilköğretim üçüncü sınıf öğrencilerine verilen beslenme eğitiminin etkinliğinin saptanması çalışması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2009.
18. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Derg 2011; 53: 264-70.
19. Covey L, Lamb M., Schiefelbein R., Albrecht J. Vegetable knowledge and preferences of youth ages 12-15. Journal of the American Dietetic Association 1998; 98(9): 67-9.
20. Öztunç G, Aytaç N, Öztürk EÇÜ. Adana Sağlık Yüksekokulu 1. sınıf öğrencileri ile Adana Laboratuvar Sağlık Meslek Lisesi 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının ve hemoglobulin düzeylerinin saptanması ve bunların beden kitle indeksleri ile ilişkileri. Diyarbakır 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Basımevi; 2002. s. 726-32.
21. T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi. Erişim 10.08.2013, http://www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/hsbs_rehber_son.pdf.

Bir Endokrinoloji Polikliniğinde İzlenen Tip 2 Diyabet Hastalarında Tıbbi ve Davranışsal Tedavi Yaklaşımlarının Etkileri

The Impact of Medical and Behavioral Treatment Approaches in Patients with Type 2 Diabetes Followed up by an Endocrinology Policlinic

Araştırma



Research

Simge Yılmaz*, Dr. Abdurrahman Çömlekçi**, Dr. Belgin Ünal***

Geliş tarihi : 31.07.2013

Kabul tarihi: 01.09.2013

Öz

Amaç: Diyabette komplikasyonların önlenmesi açısından tıbbi ve davranışsal tedavilerin önemi büyüktür. Bu çalışmada, endokrinoloji polikliniğine tıbbi beslenme tedavisi almak için başvuran Tip 2 diyabet hastalarının özellikleri ve almakta oldukları tedavilerin uygulanma düzeyini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tipteki çalışmada araştırma grubunu 15 Mart–15 Nisan 2010 tarihleri arasında DEÜTF Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri tip 2 diyabetli 103 kişi oluşturmuştur. Veri analizinde kadın ve erkeklerde yüzdeler sunulmuş, Ki-kare testi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $59,1 \pm 9,1$ ve %47'si erkektir. Erkeklerin %57,4'ü, kadınların ise %62,3'ü lipid düşürücü ilaç kullanmaktadır ($p=0,62$). Metformin kullanımı erkeklerde %61,7, kadınlarda %72,6 ($p=0,62$) iken, aspirin kullanımı düşüktür (erkeklerde %10,5, kadınlarda %7,5, $p=0,70$). ACE inhibitörü kullanımı erkeklerde ve kadınlarda aynıdır (%40,4, $p=0,63$).

Sonuç: Diyabetlilerde eşlik eden hastalıklar dikkate alındığında, lipid düşürücü ve aspirin kullanımının düşük olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Tip 2 diyabet, Tıbbi tedavi, Davranışsal tedavi

Abstract

Aim: Medical and behavioral treatments have a significant role in the prevention of diabetes complications. The objective of this study was to determine the compliance to medical therapies of type 2 diabetic patients, applying to an endocrinology clinic for dietetic treatment.

Material and Method: In this cross-sectional study, the investigation group consisted of 103 type 2 diabetes patients 18 years and older, who were consulted by the university endocrinology clinic between 15 March and 15 April 2010. The percentages of treatment uptake in males and females were presented and data were analysed using chi-square test.

Results: In the study, the mean age of participants was $59,1 \pm 9,1$ and 47% of participants were males. 57.4% of men and 62.3% of women used lipid lowering drugs ($p=0.62$). The use of metformin was 61.7% in men and 72.6% in women ($p=0.62$). Aspirin use was low (males=10.5%, women=7.5%, $p=0.70$). The use of ACE inhibitors was similar in males and females (40.4%, $p=0.63$).

Conclusion: In diabetic patients, use of lipid-lowering drugs and aspirin was relatively low, considering the diseases associated with diabetes.

Key words: Type 2 diabetes mellitus, Medical therapy, Behavioral therapy

*Uzm. Dyt.; Dokuz Eylül Ü. Uygulama ve Arş. Hast. Beslenme ve Diyet Birimi, Endokrin ve Metabolizma BD, İzmir

**Prof.; Dokuz Eylül Ü. Uygulama ve Arş. Hast. Endokrin ve Metabolizma BD, İzmir

***Prof.; Dokuz Eylül Ü Tıp Fak., Halk Sağlığı AD, İzmir

Giriş

Diyabet, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başlıca morbidite ve mortalite nedenlerinden birini oluşturması ve tedavi giderlerinin yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Diyabet tedavi ve izleminin başlıca hedefleri kan şekerinin normale getirilmesi, kan basıncı kontrolü, dislipidemi ve obezitenin tedavisidir. Diyabette etkin tedavi, diyabet eğitimi, tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite ve gerekli hallerde medikal tedavinin düzenlenmesini içerir (1, 2, 3). Özellikle de hastalığın seyrinde bireyin kendi kendine hastalık yönetimi yani öz bakım, kişi merkezli tedavi açısından önemli bulunmaktadır (4).

Kendi kendine diyabet yönetimi, diyabete bağlı önemli sorunların görülmesini ve ağrıyı hissetmesini azaltmakta ve yaşam kontrolünü daha iyi sağlamaktadır (5). Diyabetli bireyin yaşam kalitesini artırması, öz bakımın yanı sıra sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin sürekli duruma getirilmesi ve özellikle de sigara içilmemesi, lipid panelinin optimal düzeyde tutulması, kan glukozu ve kan basıncının regüle olması ile olanaklıdır. Tip 2 diyabetli bireylerde uygun tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite ve metforminin (oral antidiyabetik-OAD türevi) yetersiz kaldığı durumda ikinci basamak tedavilerin (metformin dışı diğer OAD) başlanması önerilmektedir (6, 7, 8, 9, 10). İkinci basamak tedavinin yetersiz kaldığı durumda, üçüncü basamak olarak yoğun insulin tedavisi verilmelidir (8, 10).

Tip 2 diyabetin önlenmesi için öncelikle risk faktörlerinin iyi anlaşılması gerekmektedir. Diyabet, başta kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar olmak üzere çok sayıda vasküler komplikasyona neden olmaktadır. Diyabetik olguların önemli bir kısmına ateroskleroz ve hipertansiyon eşlik etmektedir. Bütün bu hastalıklara genel olarak bakıldığında, bazı kardiyometabolik risk

faktörlerinin bunların tümünün etiyolojisinde ortak rol aldığı görülmektedir (11, 12).

Diyabetin risk faktörleri incelendiğinde; değiştirilemez faktörler arasında genetik yatkınlık, yaş ve cinsiyet gelmektedir. Değiştirilebilir etmenler ise, obezite, obezitenin süresi, yağ dağılımı, hareketsizlik, beslenme şekli, hiperinsulinemi ve insulin direnci ve bozulmuş glukoz toleransıdır. Risk altında olan ya da diyabetli bireylerde uygun tedavi şekilleri belirlenerek diyabetin önlenmesi, geciktirilmesi ya da komplikasyon gelişiminin engellenmesi sağlanabilir.

Ülkemiz için diyabet sıklığı ve önleme yaklaşımını belirlemek amacıyla çok sayıda çalışma yürütülmektedir. Ancak, diyabetli bireylere uygulanan tedavilerin düzeyine ilişkin veriler kısıtlıdır (6, 9, 10, 13).

Amaç

Bu çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen ve tıbbi beslenme tedavisi almak için başvuran tip 2 diyabet hastalarının özellikleri ve almakta oldukları tedavilerin uygulanma düzeyini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel, tanımlayıcı çalışmada araştırma grubunu 15 Mart–15 Nisan 2010 tarihleri arasında DEÜTF Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran tüm 18 yaş ve üzeri tip 2 diyabetli 103 kişi oluşturmuştur. İncelenen 3 kişinin boy, kilo ve yaş bilgisine ulaşılamamıştır. Çalışmada incelenen değişkenler, yaş, cinsiyet, boy, ağırlık, ailede diyabet öyküsü, diyabet tanı süresi, eşlik eden hastalıklar, kullanmakta olduğu ilaçlar, tıbbi diyet tedavisi, insulin kullanımı, HbA1c düzeyi ve sigara kullanımınıdır. Veri analizinde kadın ve erkeklerde yüzdeler sunulmuş ve kadın ve erkeklerdeki tedavi kullanım düzeyleri Ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 1. Cinsiyete göre hastalık öyküsü dağılımı

Hastalık öykü	Sayı(%)	Sayı (%)	p
Diyabete eşlik eden hastalık*	38(% 80,9)	48 (% 90,6)	0,16
Obezite	19 (% 40,4)	28(% 52,8)	0,34
Hipertansiyon	28 (% 59,6)	31 (% 58,5)	0,91
Hiperlipidemi	33 (% 70,2)	42 (% 79,2)	0,3

*Diyabete eşlik eden hastalık: Hiperlipidemi, Kardiyovasküler hastalık ya da Hipertansiyon (14).

Tablo 2. Cinsiyete göre ilaç kullanım, HbA1c değeri ve sigara kullanım durumu					
	Erkek		Kadın		p
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Lipid düşürücü ilaçlar	27	(%57,4)	33	(%62,3)	0,62
Metformin	29	(%61,7)	39	(%73,6)	0,62
Aspirin	5	(%10,5)	4	(%7,5)	0,7
ACE inhibitörü	19	(%40,4)	21	(%40,4)	0,63
Regüle kan basıncı	46	(%97,9)	47	(%88,7)	0,16
İnsulin kullanımı	13	(%27,7)	8	(%15,1)	0,12
HbA1c \geq 6.5	17	(%65,4)	24	(%58,5)	0,58
Şu anda sigara içme	11	(%23,4)	3	(%5,7)	0,03

Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $59,1 \pm 9,1$ ve %47'si erkektir. Tablo 1'de cinsiyete göre hastalık öyküsü dağılımı görülmektedir. Çalışmada, diyabetik kadınlar ve erkeklerin yarısından fazlasının obez olduğu, hipertansiyon ve hiperlipideminin her iki cinsiyette çok sık olduğu dikkat çekicidir. Diyabetli hastalarda eşlik eden bir hastalık varlığı %80'in üzerindedir.

Tablo 2'de cinsiyete göre ilaç kullanımı, HbA1c değeri ve sigara kullanım durumuna göre dağılım görülmektedir. Erkeklerin %57,4'ü, kadınların ise %62,3'ü statin kullanmaktadır ($p=0,62$). Metformin kullanımı erkeklerde %61,7, kadınlarda %72,6 ($p=0,62$) iken Aspirin kullanımı düşüktür (Erkeklerde%10,5, kadınlarda %7,5 ($p=0,70$)). ACE inhibitörü kullanımı erkeklerde ve kadınlarda aynıdır (%40,4, $p=0,63$). Erkeklerin %97,9'unun, kadınların ise %88,7'sinin kan basınçları regüledir ($p=0,16$). İnsulin kullanımı erkeklerde %27,7, kadınlarda ise %15,1'dir ($p=0,12$). HbA1c değeri erkeklerin %65,4'ünde, kadınların ise %58,5'inde 6,5 ve üzerindedir. ($p=0,58$). Şu anda sigara içme sıklığı erkeklerde (%23) kadınlara göre (%5,7) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p=0,03$) (Tablo 1).

Tartışma

Diyabette komplikasyon oluşumunun engellenmesi ya da erken tanınması hastalığın ilerlemesini geciktirir ve yaşam kalitesini iyileştirerek yaşam süresini uzatır. Tip 2 diyabetlilerin yaklaşık %80-90'ı fazla kilolu ya da obezdir. Çalışmamızda obezitenin her iki cinsiyette de yaygın olduğu

saptanmıştır. Obez bireylerde ılımlı ağırlık kaybı ile diyabete bağlı mortalite yaklaşık %30-40 oranında azalmaktadır (15). "The United Kingdom Prospective Diabetes Study" (UKPDS) sonuçlarına göre, %5-10'luk kilo kaybı uzun dönemli kan glukozu kontrolünü sağlamaktadır, ayrıca %20'lik kilo kaybı ise normal kan glukoz düzeyinin sürekliliğini sağlamaktadır (16).

Genel olarak çalışmalarda diyabetli bireylerin %70'inden fazlasında LDL düzeyi yüksek saptanmıştır. LDL düzeyindeki azalma ile diyabetlilerde kardiyovasküler hastalık riski yaklaşık %20-30 oranında azaltılabilir. Kolesterol düşürücü ilaçlar ile diyabetlilerde kardiyovasküler olay ve mortalite görülmesi önlenir (17). Çalışmamıza katılan diyabetli erkek ve kadın hastalarda en sık görülen ek hastalık hiperlipidemi olarak saptanmıştır; ancak lipid düşürücü ilaç kullanımının görece düşük olduğu dikkati çekmektedir (erkeklerde %57,4, kadınlarda %62,3).

Çalışmamızda, erkek ve kadın diyabetli bireylerde hipertansiyon sıklığı benzer görülmektedir (erkeklerde %59,6, kadınlarda %58,5). Diyabetlilerde kan basıncının regüle olmasıyla herhangi bir komplikasyon gelişim riski %76, diyabete bağlı mortalite ise %68 oranında azalmaktadır. Bir meta analizin sonuçlarına göre, diyabetlilerde sistolik kan basıncında 5-10 mm/Hg'lık azalmanın kardiyovasküler riskte %20-30 oranında bir azalmayı sağladığı görülmüştür (19). Çalışmamızda, hastaneye başvuran diyabetlilerde hekim tarafından ölçülen kan basıncı sonuçlarına göre regülasyonun sağlanmış olduğu görülmektedir.

Çalışmada, beklendiği gibi insulin kullanımının metformin kullanımına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Aspirinin miyokard enfarktüsü (MI) ya da iskemik inme geçirmiş yüksek riskli hastalarda morbidite ve mortaliteyi azaltmak bakımından etkili olduğunu gösteren çalışmaların yanında, aksi görüşte olanlar da vardır (18). Çalışmamızda, aspirin kullanımının diyabetli bireylerde düşük olduğu görülmüştür.

Kan glukoz kontrolü sağlanmış diyabetli bireyde, kardiyovasküler hastalık riski gelişimi azalmaktadır. Kalp krizi riski olan diyabetli bireylerde yoğun insulin tedavisi ile ölüm riski %30 oranında düşmektedir (20). Diyabetlilerde sigara içmek, kardiyovasküler hastalık ve mikrovasküler komplikasyon gelişim riskini artırmaktadır. "National Service Framework for Coronary Heart Disease" e göre (20), kardiyovasküler hastalık yönetimi tedavi protokolünde düşük doz aspirin, β -bloker ve lipid düşürücü ajanlar yer almaktadır. ACE

inhibitorü ile mikroalbüminüri tedavisi diyabetik nöropati riskini azaltmaktadır(20). ACE inhibitörü kullanımının klasik antihipertansif ilaçların kullanımına göre proteinüri gelişiminde daha önleyici rol oynadığı saptanmıştır. Mikroalbüminüri olan diyabetlilerde ACE inhibitörü kullanımı ile kardiyovasküler olay gelişim ve mortalite riskinin azaldığı görülmüştür (21).

Çalışmamızda aspirin kullanımı, ACE inhibitörü ve insulin kullanım oranlarının düşük olduğu görülmektedir.

2010 yılında ikincisi yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP II) çalışmasında diyabetlilerde glisemik kontrol HbA1c düzeyi ile değerlendirilmiş, bilinen diyabetli bireylerin %65,4'ünde glisemik kontrolün yetersiz olduğu belirlenmiştir (22). Çalışmamızda, HbA1c değerinin erkeklerin %34,6'sında, kadınların ise %41,5'inde 6,5'in altında olduğu saptanmıştır.



Erişim adresi: <http://www.zilehd.gov.tr/>

Toplum düzeyinde yapılan TURDEP II çalışmasında diyabetli ve bilinen hipertansif bireylerin yaklaşık %44,0'ında sistolik kan basıncının 140 mm/Hg'nın, %59,0'ında diyastolik kan basıncının 90 mm/Hg'nın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda ise; diyabetli bireylerde, erkeklerin %97,9'unun, kadınların ise %88,7'sinin kan basınçlarının regüle olduğu saptanmıştır. Görece yüksek olan bu kan basıncı kontrol düzeyleri, çalışmanın hastane polikliniğinde izlenen hastaları kapsamı ile açıklanabilir. TURDEP I-II çalışmaları toplumdaki seçilen bir örnekteki diyabetli bireyleri yansıtmaktadır, ancak tedavi kullanımını konusunda bilgi vermemektedir.

Satman ve arkadaşlarının yaptığı ADMIRE çalışmasında, hekimlerin diyabet tanı ve tedavi kılavuzlarına uyumunun, Tip 2 diyabet hastalarının glisemik kontrolü üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışma bulgularına göre, hekimlerin tedavi kılavuzlarına bağlılıkları suboptimal bulunmuştur. Çalışmanın amacına tam olarak ulaşamamıştır, hekimlerin bağlılıklarını artıracak yeni tedavi standardizasyonları geliştirilmesi önerilmiştir. Çalışmaya katılan 1790 diyabetli hastanın %95,8'inde diyabete bağlı ilaç kullanımı söz konusudur. Hastaların %61'i oral antidiyabetik ilaç (OAD), %15'i insülin ve %20'si ise OAD ve insülin kullanmaktadır. Geçen bir yıllık süreçte hastaların %89,5'inde kronik komplikasyon bulunmuştur. En sık görülen komplikasyonlar sırasıyla %40.0 nöropati ve %29.3 kardiyovasküler komplikasyonlardır (23). Çok uluslu ileriye yönelik bir çalışma olan IDMPs'de (International Diabetes Management Practices Study) toplumdaki diyabetik hastaların günlük bakım ve yaşam alışkanlıklarını yansıtan bilgileri toplamak amaçlanmıştır. Tip 2 diyabetlilerde yalnızca insülin kullananlar %13,4 ve yalnızca OAD tedavisi alanlar ise %63,7 olarak belirlenmiştir. OAD ve insülin tedavisi alanlar %20,4 ve hiç tedavi almayanlar %25 olarak saptanmıştır(13). Çalışmamızda metformin kullanımı erkeklerde %61,7 kadınlarda %72,6 olarak bulunmuştur. İnsülin kullanımı ise erkeklerde %27,7, kadınlarda %15,1 olarak saptanmıştır. IDMPs'ye göre diyabetli bireylerin yalnızca %20-30'unun hedef HbA1c değerinin sağlandığı görülmüştür (hedef HbA1c %7). ADMIRE çalışmasında ise, diyabetlilerin %15,6'sında HbA1c hedef

değerlerinin sağlandığı görülmüştür (hedef HbA1c≤6.5) (13, 23) Çalışmamızda hedef HbA1c≤6.5 olarak alınmıştır ve HbA1c değeri erkeklerin %65,4'ünde, kadınların ise %58,5'inde 6,5 ve üzerinde saptanmıştır. Diyabette hedeflenen değerlere ulaşılmasında ve medikal tedavinin planlanması aşamasında bireye önerilen yaşam tarzı değişikliği ile birlikte verilen diyabet eğitime uyumun da oldukça önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışma kentsel alanda, üçüncü basamak bir sağlık kurumuna başvuran kişileri kapsamaktadır. Araştırma grubunun çoğunluğu yeni tanı almış ve diyet tedavisi için başvuran diyabet hastalarından oluştuğundan elde edilen sonuçlar tüm diyabet hastalarına genellenmemelidir.

Sonuç

Diyabetlilerde, eşlik eden hastalıklar dikkate alındığında lipid düşürücü ve aspirin kullanımının düşük olduğu saptanmıştır. Tip 2 diyabetlilere yönelik hizmet planlaması konusunda tedavi kullanımı ve risk faktörlerinin önlenmesine yönelik hastane ve toplum tabanlı çalışmalara gereksinim vardır.

İletişim: Dyt. Simge Yılmaz

E-posta: yilmazsimge@yahoo.com

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO) Global Health Risks http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, Erişim tarihi: 10.03.2013
2. WHO diabetes programme <http://www.who.int/diabetes/commoncondition/en/> Erişim tarihi: 11.03.2013
3. Simmons RK, Unwin N, Griffin SJ; International Diabetes Federation: An update of the evidence concerning the prevention of type 2 diabetes; Diabetes Research and Clinical Practice 2010; 87:143-149 http://www.idf.org/sites/default/files/Prevention_of_Type_2.pdf Erişim tarihi: 08.03.2013
4. <http://www.auditcommission.gov.uk/publications/pdf/nrdiaabet.pdf> <http://www.ombudsman.org.uk/hsc/document/hc13/hc13.htm>. Erişim tarihi: 19.04.2013
5. Department of Health. The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management in the 21st Century. London: Department of Health; 2001.

6. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem planı(2011-2014), TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: 2011.
7. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care* 2002; 25 (Suppl 1).
8. ADA Clinical Practice Recommendations. Standards of medical care. *Diabetes Care* 2013;36 (Suppl1).
9. TEMD Diabetes Mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu 2013.
10. Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu, Diyabet tanı ve tedavi rehberi 2011; 5. <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/high-blood-pressure-hypertension.html>, Erişim tarihi:22.02.2013
12. http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/file/Reducing%20Cardiometabolic%20Risk_%20Patient%20Education%20Toolkit/English/ADA%20CMR%20Toolkit_6Cholesterol.pdfErişim tarihi 22.02.2013
13. İlkova H, Damcı T, Karşıdağ K ve IDMPS Türkiye Çalışma grubu; Türkiye'de Uluslararası Diyabet Tedavi Pratiği Gözlem Çalışması. Türkiye verileri, 2006
14. ADA Position Statement- Nutrition recommendations and interventions for diabetes. *Diabetes Care* 2013; 36 (Suppl1).
15. Jung RT. Obesity as a disease. *British Medical Bulletin* 1997; 53(2): 307-321.
16. Kanders BS, Blackburn GL. Reducing primary risk factors by therapeutic weight loss. In: Wadden TA, Van Itallie TB (Eds.) *Treatment of the seriously obese patient*. New York; 1992. p. 213-30.
17. Downs JR, Clearfield M, Weis S et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. *Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study*. *JAMA* 1998; 279: 1615-20.
18. Pignone M, Alberts A, Colwell J, Cushman M et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33.
19. Fuller J, Stevens LK, Chaturvedi N, Holloway JF. Antihypertensive therapy for preventing cardiovascular complications in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000; (2) CD002188. Review.).
20. (http://www.diabetes.org.uk/Documents/Reports/Five_years_on_-_are_we_half_way_there2008.pdf). Erişim tarihi: 20.04.2013
21. Kshirsagar AV, Joy MS, Hogan SL, et al. Effect of ACE inhibitors in diabetic and non-diabetic chronic renal disease: a systematic overview of randomized placebo-controlled trials. *Am J Kidney Dis* 2000; 35: 695-707.
22. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf, Erişim tarihi: 22.02.2013
23. Satman ve ark. A patient-based study on the adherence of physicians to guidelines for the management of type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2012; 98: 75-82.

Ev Ziyaretleriyle Ev Kazası Risk Faktörlerinin Saptanması ve Belirlenen Kazaların Özellikleri

Determining the Risk Factors and the Features of Home Accidents Through Home Visits

Araştırma



Research

Dr. Kamer Gür, Dr. Saime Erol*, Ayşe Sezer**,
Fatma Nevin Şişman***

Geliş tarihi : 18.12.2013

Kabul tarihi: 03.01.2014

Öz

Amaç: Bu çalışma, ev kazalarının özelliklerini ve ev içi kaza risk faktörlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Gereç ve yöntem: Çalışmanın evrenini Şubat-Mayıs 2011 tarihleri arasında, İstanbul Anadolu yakasında bir mahallede yer alan aile sağlığı merkezine bağlı 183 hane oluşturdu. Örneklem seçimi yapılmayarak tüm evrene ulaşmak hedeflendi (N=181). Ailelere halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında yapılan ev ziyaretleri ile ulaşıldı. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan 15 soruluk ev güvenliği anketi ve 26 soruluk ev güvenliği kontrol listesi kullanıldı. Formlar, araştırmacılar tarafından ziyaretler sırasında gözlem ve görüşme tekniği ile dolduruldu. Veriler, sayı, yüzde testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Yapılan çalışmaya göre, katılımcıların %84'ü gecekondulu tipte apartman dairesinde oturmaktadır, evlerin %43,6'sı üç odalıdır. Katılımcıların son bir yıl içinde ev kazası geçirme değeri %56,9 olarak bulundu. Bu kazalara en çok bir yere sıkışma / sıkıştırmanın (%56,3) neden olduğu, kazaların %12,2'sinin şişme, %17,5'inin kırık, %16,5'inin kanama ile sonuçlandığı anlaşıldı.

Çalışma sonunda evlerin %95'inde gaz detektörü olmadığı, %96,1'inde duman detektörü olmadığı, %56,1'inde boru ve baca temizliğinin yıllık olarak yapılmadığı, %92,8'inin yangın söndürme aleti olmadığı, evlerin %21'inde kaymaya ya da takılmaya yol açabilecek malzemelerin ortalıkta bırakıldığı, %79,6'sında küvet, duş, tuvalet kenarlarında tutunmayı sağlayacak düzeneklerin olmadığı, %45,9'unda acil telefon numaralarının kolay erişilebilecek yerde bulunmadığı belirlendi.

Sonuç: Araştırma sonucunda, ev kazası riski açısından evlerin güvenlik durumlarının yetersiz olduğu saptandı. Ziyaret yapılan evlerin yarısından fazlasında son bir yıl içinde ev kazası yaşandığı rapor edildi.

Anahtar sözcükler: Ev güvenliği, Kaza, Risk, Ev ziyareti

Abstract

Aim: This study was planned as a descriptive study to determine the features of home accidents and the risk factors in the houses leading to the home accidents.

Material and Method: The population of the study consisted of 183 households, who were contacted through home visits by public health nurses practicing around a family health center in a district on the Anatolian side of Istanbul between February and May 2011. Accessing all the universe was aimed with an end result of 181 households as the sample. As for data collection tools, an interview form about home safety with 15 questions and home safety check-list with 26 questions prepared by researchers in line with the literature were used. Forms were filled out using observation and interview techniques by the researchers during the home visits. Number and percentile tests were used for data analysis.

Results: The study showed that 84% of the houses were apartment flats; 43.6% of the houses were three-roomed. The rate for home accidents in the recent year was determined to be 56.9%. It was found out that compression / being compressed was the most common cause of these accidents (56.3%) and they ended up with swelling (12.2%), fractures (17.5%), bleeding (16.5%).

The results of the study revealed that 95% of homes did not possess gas detectors, 96.1% of homes did not have smoke detectors, 56.1% of the homes did not have pipe and chimney cleansing and controls annually, 92.8% of homes did not possess fire extinguishers, 21% of homes had material leading to slipping, left lying around, 79.6% of homes had no mechanisms to hold onto in bathtubs, shower and toilets and in 45.9% of the homes, the emergency phone numbers were not easily accessible.

Conclusion: According to the results, security status of the homes was found to be insufficient in terms of the risk for home accidents. More than half of the home accidents reported were found to belong to the previous year.

Key words: Home safety, Accident, Risk, Home visits

*Yrd. Doç.; Marmara Ü., Sağlık Bilimleri Fak., Halk Sağlığı Hemşireliği AD. İstanbul

**Aş Gör.; (Msc) Marmara U., Sağlık Bilimleri Fak., Halk Sağlığı Hemşireliği AD. İstanbul

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, bir toplumda en önemli sağlık sorunu "en sık görülen", "en çok öldüren" ve "en sık sakat bırakan" hastalıklardır (1). Bu tanıma göre kazalar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ tanımına göre ev kazaları; evde ya da evin bölümlerinde meydana gelen ve trafik kazaları kadar sık görülen kazalardır (2). Kazalar çok çeşitli ortamlarda gerçekleşse de, büyük bir bölümünün evlerde olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalara göre, kazaların %41,4'ü evlerde, %19,5'i yol ve benzeri yerlerde, %15,2'si işyerlerinde meydana gelmektedir. Kazalar ölümlere, yaralanmalara neden olmanın yanı sıra, ciddi mali yük ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır (3). Her ev kazası, kazazedeye, aileye ve topluma değişen ölçülerde yük getirmektedir. Örneğin, kişinin işitme yeteneğini kaybetmesi gibi kalıcı sakatlık ile sonuçlanan bir kazada, birey normal yaşamını sınırlı düzeyde sürdürebilir ya da yaşama zevkini yitirebilir (4).

Her yıl İngiltere'de 5000 'den fazla kişinin ev kazalarından öldüğü ve 2.7 milyon kişinin tedavi almak amacıyla acil servislere başvurduğu belirtilmektedir (3). Farchi ve arkadaşları, ev kazalarından ölüm oranını belirlemek üzere yaptıkları prospektif çalışmada ev kazası ile ilgili ölümlerin, tüm ölümlerin %29,1'ini oluşturduğu saptamışlardır. Başka bir çalışmada, bir yıl içinde acil servise başvuran 145101 kişiden %8,1'inin hastaneye yattığı, 1042 kişinin öldüğü ve bu başvuruların yüz binde 31.1'inin ev kazaları ile ilgili olduğu belirlenmiştir (5, 6).

Türkiye'de ev kazaları ile ilgili yeterli bir sörveyans sistemi olmamasına karşın, bazı araştırmacıların yerel çapta ve kısa süreli izlemine dayanan araştırma sonuçları vardır. Tezcan ve arkadaşları Ankara'da bir sağlık ocağı bölgesinde 1093 kişi ile yaptıkları çalışmada; son bir yıl içinde geçirilen kazaların %40'ının, son 15 gün içinde geçirilen kazaların ise %86,6'sının ev kazaları olduğunu saptanmıştır (7). Kılıç ve arkadaşları çalışmalarında, son altı ay içinde evde yaralanma prevalansını %10,9, Erkal ve arkadaşları %25,3, Alptekin ise ev kazaları sıklığını %10,8 olarak belirlemişlerdir (8, 9, 10). Ülkemizde acil servise yapılan başvuruların %0,9'unun ev kazalarına bağlı olduğu, bir diğer çalışmada ise bir ay içinde

yapılan 22.206 başvurunun 292'sinin (%1,3) ev kazası nedeniyle olduğu saptanmıştır (11, 12).

Ev kazaları genellikle kapalı kapılar ardında kaldığı için kamu ve medyanın ilgisini nadiren çekmektedir. Bu nedenle de bildirilen sayıların buzdağının yalnızca görünen kısmını oluşturduğu söylenmektedir (3). Ev ziyaretleri bu sorunun görünmeyen boyutlarını ortaya koymak için önemli bir fırsattır. Literatürde, ev ziyareti ile ev kazaları görülme sıklığının %26 oranında azaltıldığı bildirilmektedir (13). Ülkemizde (27910 sayılı ve 19 Nisan 2011 tarihli) Hemşirelik Yönetmeliği'nde aile sağlığı çalışanlarının ev ziyaretleri ile ilgili yetki ve sorumlulukları şöyle belirtilmektedir. "Aile sağlığı çalışanları, ev ziyaretleri sırasında genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra, ev ortamını bireylerin gereksinimlerine uygunluğu yönünden değerlendirmelidir. Sağlık personeli ev ziyaretleri sırasında basit gözlemlerle ısı, ışık, havalandırma, gürültü, elektrik, zemin, duvarlar ve risklerini belirleyerek kolay girişimler ile bu riskleri azaltma konusunda yardımcı olmalıdır" (14).

Ev kazalarının özellikle kırsal bölgelerde, gecekondu bölgelerinde ve geliştirmekte olan ülkelerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (4). Bu bağlamda özellikle kırsal bölgelerde yürütülen bu tip araştırmaların ev kazalarına dikkat çekebileceği ve aile sağlığı çalışanlarının ziyaretleri esnasında ev içi kaza risk faktörlerini belirleme ve önleminde anahtar rol üstlenebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, İstanbul kırsalındaki bir bölgede yapılan ev ziyaretleri ile ev kazalarının özelliklerini ve ev içi kaza risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Retrospektif tanımlayıcı türde planlanan çalışmanın evrenini Şubat-Mayıs 2011 tarihleri arasında, İstanbul Anadolu yakasında bir mahallede yer alan aile sağlığı merkezine bağlı 183 hane oluşturdu. Örneklem seçimi yapılmayarak ulaşılabilen tüm evlere ulaşmak hedeflendi (N=181). Ailelere halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında yapılan ev ziyaretleri ile ulaşıldı. Özellikle Karadeniz ve Doğu Anadolu bölgelerinden göç alan bir mahallede yaşayan ailelerin çoğunluğunun sosyoekonomik durumu düşüktü.

Tablo 1. Eve ve ev halkına ilişkin demografik özellikler (N=181)

Eve İlişkin Özellikler	N	%
Konut Tipi		
Müstakil	29	16,0
Gecekondu tipinde apartman dairesi	152	84,0
Evin Oda sayısı		
Bir odalı	11	6,10
İki odalı	29	16,0
Üç odalı	79	43,6
Dört odalı	62	34,3
Evin Kaza Sigortası Olma Durumu		
Var	9	5,0
Yok	172	95,0
Evde İlkyardım Malzemesi Olma Durumu		
Var	48	26,5
Yok	133	73,5
Baba Eğitim Düzeyi		
Okur- yazar değil	29	16,0
İlkokul	89	49,2
Ortaokul	33	18,2
Lise	20	11,0
Yüksekokul	10	5,5
Anne Eğitim Düzeyi		
Okur- yazar değil	44	24,3
İlkokul	91	50,3
Ortaokul	20	11,0
Lise	19	10,5
Yüksekokul	7	3,9
Gelir Düzeyi		
Çok iyi	18	9,9
İyi	41	22,7
Orta	75	41,4
Evde Sigara İçen Birey Olma Durumu		
Var	105	58,0
Yok	76	42,0
Zehir Danışma Hattının Telefonu		
Biliyor	21	11,6
Bilmiyor	160	88,4
Acil Telefonları Bilme Durumu		
110 Biliyor	115	63,5
Bilmiyor	66	36,5
112 Biliyor	145	80,1
Bilmiyor	36	19,9
115 Biliyor	152	84,0
Bilmiyor	29	16,0

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan 15 soruluk ev güvenliği anketi ve 26 soruluk ev güvenliği kontrol listesi kullanıldı (15, 16). Ev güvenliği anketinde, ev ve hane halkına ilişkin tanımlayıcı bilgilerin yanı sıra, son bir yıl içinde o evde herhangi bir ev kazası olup olmadığı ve bu kazaya ilişkin bilgilere yer verildi. Evin içinde ya da evin yakın çevresinde (kapı girişi, dış merdivenler vb.) yaşanan kazalar ev kazası olarak kabul edildi.

Ev halkından izin alındıktan ve çalışmanın amacı açıklandıktan sonra 45 dakikalık ev ziyareti yapıldı. Evde bulunan bir yetişkin ile evin tamamı gözlemlendi ve veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Ziyaret sırasında evin girişinden başlayarak tüm odalar, balkonlar, mutfak, banyo ve tuvaletler ev güvenliği kontrol listesine göre gözlemlendi. Gözlemler ve yapılan görüşmeler veri toplama formlarına kaydedildi. Veriler sayı ve yüzde testi ile değerlendirildi.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hanelerin %84'ünü gecekondu tipinde apartman daireleri oluşturmaktaydı. Evlerin %5'inin kazaya karşı sigortası vardı, %6,1'i tek odalı ve %43,6'sının üç odalı evlerdi, %73,5'inin ilkyardım dolabı yoktu. Evlerin %58'inde sigara içen en az bir kişinin yaşadığı ve %41,4'ünde hane halkının gelir düzeyinin orta olduğu, %50,3'ünde evde yaşayan annenin eğitim düzeyinin ilkokul, %49,2'sinde babanın eğitim düzeyinin ilkokul olduğu belirlendi. Hanelerin %63,5'inde evde yaşayanların 110 telefon hattını, %80,1'inin 112 telefon hattını, %84'ünün 115 telefon hattını bildiği, %88,4'ünün zehir danışma hattını bilmediği belirlendi (Tablo 1). Örneklemeye alınan evlerin %56,9'unda son 1 yıl içerisinde ev kazası yaşandığı tespit edildi. Bu kazalara en çok bir yere sıkışma / sıkıştırma (%56,3) ve sırasıyla cisme çarpma (%19,4), evcil hayvan ısırığı (%19,4), düşmenin (%8,7) neden olduğu, kazaların %17,5'inin kırık, %16,5'inin kanama, %12,2'sinin şişme, %12,6'sının yanık, %9,7'sinin sıyrık ile sonuçlandığı bulundu. Kaza sonrası yapılan uygulamalarda ise, olguların %45,6'sının hastaneye gittiği, %24,3'ünün evde ilkyardım girişimi yaptığı, %15,5'inin sağlık ocağına gittiği ve %11,7'sinin herhangi bir uygulamaya gerek duymadığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Ev kazalarının tanımlayıcı özellikleri (N= 181)		
Son bir yıl içerisinde ev içinde kaza olma durumu	n	%
Kaza olan	103	56,9
Kaza olmayan	78	43,1
Kaza Nedenleri		
Sıkıştırma	58	56,3
Cisme Çarpma	20	19,4
Evcil Hayvan Isırığı	21	19,4
Düşme	9	8,7
Ateş/Sıcak Madde	7	6,8
Birisiyle çarpışma	7	6,8
Vurma	6	5,8
Burkma	2	1,9
Kaza Sonrası Yaralanma Çeşit ve Belirtileri		
Şişme	22	21,4
Kırık	18	17,5
Kanama	17	16,5
Yanık	13	12,6
Sıyrık	10	9,7
Burkulma	10	9,7
Kesik	6	5,8
Hassasiyet	3	2,9
Çıkık	2	1,9
Morluk	1	1,0
Zehirlenme	1	1,0
Kaza Sonrası Yapılan Uygulamalar		
Hastaneye gitti	47	45,6
Evde ilk yardım	25	24,3
Sağlık ocağına gitti	16	15,5
Hiçbir Uygulama yapılmadı	12	11,7
Özel bir kuruma gitti	2	1,9
112 arandı	1	1,0

Ev güvenliği kontrol listesine göre evlerin %95'inde gaz detektörü olmadığı, %96,1'inde duman detektörü olmadığı, %56,1'inde soba zehirlenmelerine karşı boru ve baca temizliğinin yıllık olarak yapmadığı, %92,8'inin yangın söndürme aleti olmadığı, katılımcıların %83,4'ünün yangın söndürme aleti kullanmayı bilmediği belirlendi. Evlerin %90,6'sında tehlike anında evde farklı bir çıkış olmadığı, %27,1'inin merdivenlerinde tırabzan olmadığı, evlerin %21'inde kaymaya ya da takılmaya yol açabilecek malzemelerin ortalıkta bırakıldığı, %26'sında ıslak zeminlerin kaygan olduğu, %43,1'inde zeminde kayabilecek halı, kilim vb. yaygı serili olduğu, %19,9'unda yaygıların kenarlarının kıvrık ya da kalkık olduğu, %84'ünde yaygıların altında

kaydırmaz olmadığı, %79,6'sında küvet, duş, tuvalet kenarlarında tutunmayı sağlayacak düzeneklerin olmadığı, %35,9'unda banyoların kaymaları, çarpmaları önleyecek biçimde dizayn edilmediği, %12,7'sinde kabloların ayak altından geçtiği, %6,1'inde elektrik kablolarında aşınma, zedelenme olduğu, %26,5'inde mutfakta kullanılan elektrikli araçların lavabo ya da ocağa yakın olduğu belirlendi. Evlerin %25,4'ünde ocak, lavabo ya da tezgah gibi alanların aydınlatmasının yeterli olmadığı, %12,7'sinin sık kullanılan eşyaların kolayca ulaşılabilir raflarda olmadığı, %18,2'sinde potansiyel yangın kaynaklarının (sigara, çakmak, kül tablası, mum, sıcak tencere, ütü gibi) mobilya, yatak, yatak takımları, perde gibi kolay tutuşabilecek malzemelerden uzak tutulmadığı, %17,7'sinin ev içi, %19,3'ünün de ev dışı aydınlatmasının yeterli olmadığı belirlendi. Evlerin %45,9'unda acil telefon numaralarının kolay erişilebilir yerde bulunmadığı, %17,7'sinde telefona erişimin kolay olmadığı belirlendi (Tablo 3).

Tartışma

Ev kazaları ile ilgili ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik toplum temelli çalışmalar koruyucu önlemlerin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu araştırmanın sonuçları, bir kırsal bölgede ev ziyareti yapılarak değerlendirilen evlerdeki kaza risklerini ve kazaların özelliklerini göstermektedir. Çalışmada, ev ortamı ev güvenliği kontrol listesine göre değerlendirilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı bölge, sosyoekonomik düzeyi düşük ve son yıllarda özellikle Karadeniz bölgesinden göçle gelen bireylerin oturduğu bir bölgedir. Araştırmada bireyler gelir düzeylerini orta ya da iyi olarak belirtmişlerdir. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu ilkökul mezunudur. Evlerin büyük çoğunluğunun kaza sigortası yoktur. Literatüre göre, ev kazalarının özellikle kırsal bölgelerde, gecekondu bölgelerinde, sosyoekonomik düzeyi düşük hanelerde ve gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (4, 8, 17).

Bu çalışmada evlerde son bir yıl içinde ev kazası geçirme sıklığı %56,9 olarak bulundu. Benzer çalışmalarda ise; ev kazaları görülme sıklığı %28 ile %40 arasında değişmektedir. (18, 19, 20, 21). Şahiner, ev ziyaretleri ile veri topladığı çalışmada kaza geçirme oranını %72,8 olarak bulmuştur. (17).

Tablo 3. Ev güvenliği kontrol listesine göre kaza riskleri (N=181)

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Evde Gaz Detektörü Olması	9	5	172	95,0
Evde Duman Detektörü Olması	7	3,9	174	96,1
Soba zehirlenmelerine karşı boru ve baca temizliğinin yıllık olarak yapılması(n=148)	65	43,9	83	56,1
Yangın söndürme aleti olması	13	7,2	168	92,8
Yangın söndürme aletini kullanmayı bilmesi	30	16,6	151	83,4
Tehlike anında farklı bir çıkış olması	17	9,4	164	90,6
Merdivenlerde tırabzan olma durumu	132	72,9	49	27,1
Kaymaya ya da takılmaya yol açabilecek malzemelerin ortalıkta bırakılması	38	21,0	143	79,0
Islak zeminlerin kaygan olması	47	26,0	134	74,0
Zemine kayabilecek halı, kilim vb. yaygı serilmesi	78	43,1	103	56,9
Bu yaygıların kenarları kıvrık ya da kalkık olması	36	19,9	145	80,1
Bu yaygıların altında kaydırmaz olması	29	16,0	152	84,0
Küvet, duş, tuvalet kenarlarında tutunmayı sağlayacak düzeneklerin olması	37	20,4	144	79,6
Banyonun kaymaları, çarpmaları önleyecek biçimde dizayn edilmesi	116	64,1	65	35,9
Kabloların ayak altından geçmesi	23	12,7	158	87,3
Elektrik kablolarının aşınma, zedelenmesi	11	6,1	170	93,9
Mutfakta kullanılan elektrikli araçların lavabo ya da ocağa yakın olması	48	26,5	133	73,5
Ocak, lavabo ya da tezgah gibi alanların aydınlanmasının yeterli olması	135	74,6	46	25,4
Sık kullanılan eşyaların kolayca ulaşılabilir raflarda olma durumu	158	87,3	23	12,7
Potansiyel yangın kaynaklarının (sigara, çakmak, kül tablası gibi) mobilya, yatak, perde gibi kolay tutuşabilecek malzemelerden uzak tutulması	148	81,8	33	18,2
Ev içi aydınlatmanın yeterli olması	149	82,3	32	17,7
Ev dışı aydınlatmanın yeterli olması	146	80,7	35	19,3
Acil telefon numaralarının kolay erişilebilecek yerde bulunması	98	54,1	83	45,9
Telefonun kolay erişilebilir olması	149	82,3	32	17,7

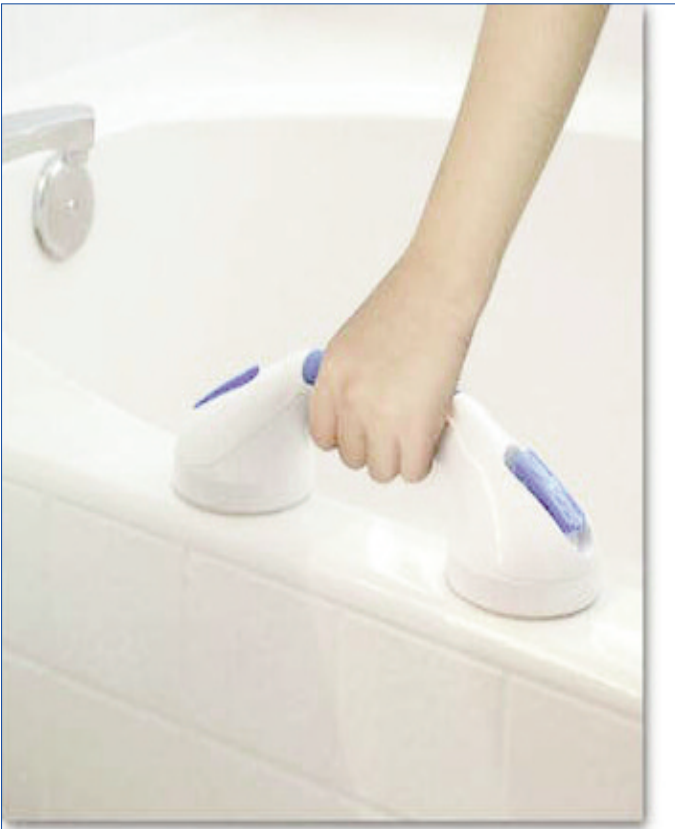
Diğer araştırma bulgularının aksine Şahiner'in sonucu bizim çalışma sonucumuza benzer olarak yüksek bulunmuştur. Benzerliğin, her iki çalışmanın verilerinin ev ziyareti ile toplanmasından, katılımcıların ciddi olan ya da olmayan tüm kazaların bildirmelerinden ya da araştırmanın kırsal bölgede yapılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Son bir yılda meydana gelen ev kazalarının oluş nedenleri arasında %56 sıkıştırma, %19 cisme çarpma, %19 hayvan ısırığı ve %9 düşme olduğu belirlendi. Literatürde hastane kayıtlarından elde edilen verilerle yapılan

çalışmalarda, Keskinöğlü ve ark. (2004) kazaların 2/3'ünün kayma ve düşme sonucu, Ortabağ ve ark. (2011) %77'sinin düşme, %23'ünün ise çarpma nedeniyle olduğunu belirtmiştir. Atman ve ark. (2007) çalışmasında ise kazaların %49'unun düşme, %22'sinin ise kesici aletle yaralanma sonucu olduğu bildirilmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalarda en sık kaza nedeni olarak düşme ve çarpma belirtilmiştir (4, 8, 18, 20, 22, 23). Ural ve ark. (2008) çalışmasında, ev kazalarının sıralamasında ilk sırada (%34,3) düşmeler, ikinci sırada zehirlenmeler (%37,1), üçüncü sırada ise yanıklar (%9,2) olduğu bildirilmiştir (21).

Konu ile ilgili çalışmaların büyük çoğunluğunda düşmeye bağlı yaralanmaların, bizim bulgularımızdan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise birinci sırada sıkıştırmaya bağlı yaralanmalar yer almaktadır. Bunun nedeni, hastaneye başvuruyu gerektirmeyecek yaralanmaların da ev kazası olarak raporlandırılması olabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre kazaların en fazla %21,4'sinin şişme, %17,5 kırık, %16,5 kanama, %12,6 yanık, %9,7 sıyrık, %9,7 burkulma, %5,8 kesik ile sonuçlandığı bulundu. Şahiner (2009) yüzeysel yaralanmaların %31,4'ünün şişme sonucunda olduğunu, derin yaralanmaların %59,1'inin yanık nedeni ile olduğunu açıklamıştır. Evlerde meydana gelen kazalar sonucu görülen şişmeler, genellikle çok ciddi olmayan bir semptom olarak düşünülmektedir. Diğer araştırma sonuçlarında ise ev kazalarında görülen kırık, yanık, kanama gibi semptomlar ilk sıralarda yer almaktadır (8, 10, 17). Şişme, ev kazalarında sık görülen bir semptom olmasına karşın, bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurmaması nedeniyle diğer araştırma sonuçlarında birinci sırada yer almamıştır. Ancak ev ziyaretimiz sırasında bireyler kaza sonrasında sıkça bu semptom ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir.



Kaza sonrası yapılan tedavi uygulamaları incelendiğinde, %11,7'sinin hiçbir şey yapmadığı, %24,3'ünün evde ilk yardım uygulamaları yaptığı, %15,5'inin aile hekimine gittiği, %45,6'sının hastaneye gittiği, %1,9'unun özel bir kuruma gittiği ve 51'inin 112'yi aradığı saptanmıştır. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda bireylerin %50-59'unun kaza sonrasında hiçbir şey yapmadığı, %19-34'ünün kendisi ilk yardım müdahalesi yaptığı, %14-21'inin sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir (8, 18, 19).

Dünya Sağlık Örgütü, evde sigara içilmesini, yanığa bağlı yaralanmaların oluşumu için önemli bir risk faktörü olarak göstermektedir (24). Bu çalışmada da katılımcıların %58'inin evinde sigara içen bir birey bulunmaktadır. Bu sonuç, ziyaret edilen evlerin yangın ve yanık riski açısından güvenli olmadığını göstermektedir.

Ev güvenliği kontrol listesine göre evlerin %95'inde gaz detektörü ve %96,1'inde duman detektörü olmadığı, %90,6'sında tehlike anı farklı çıkışı olmadığı, %92,8'inde yangın söndürme aleti olmadığı belirlendi. Gershon ve ark. (2012) çalışmasında evlerin %13'ünde duman detektörü, %47'sinde yangın söndürme aleti olmadığı, Ehrich ve ark. (2008) çalışmasında ise evlerin %37'sinde duman detektörü, %82'sinde yangın söndürme cihazı olmadığı anlaşılmıştır (25, 26).

Katılımcıların %21'inin evinde kaymaya, takılmaya yol açacak eşyaların ortalıkta bırakıldığı, %26'sının evinde ıslak zeminlerin kaygan olduğu, %43,1'inin evinde zemine kaymaya yol açabilecek halı, kilim serildiği ve bunların %19,9'unun kenarlarının kıvrık ya da kalkık olduğu, yere serilen halı ya da kilimlerin %84'ünün altında kaymayı engelleyici malzeme olmadığı belirlendi. Mehreban ve ark. (2011) çalışmasında evlerin %78'inde takılmaya yol açabilecek malzemelerin ortada bırakıldığı, %78'inde ise kaygan zemin olduğu bildirilmiştir (27). Konu ile ilgili başka bir çalışmada ev içinde eşyaların düzensiz yerleşiminin kaza varlığını arttırdığı saptanmıştır (18). Bir diğer çalışmada ise kaza geçirenlerin %20'si kaza nedeni olarak evin fiziksel koşullarını (merdivenler, mobilya ve eşyalar, kaygan zemin vb.) belirtmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda evlerin yapımında, eşya seçiminde ve eşyaların yerleştirilmesinde kaza olasılığı dikkate alınmalıdır (8).

Katılımcıların %12,7'sinin evinde sık kullanılan eşyaların bulunduğu rafların zor ulaşılabilirliği belirlendi. Ortabağ ve ark. (2011) çalışmasında %97'sinin sık kullandığı eşyaları ulaşabileceği yerlere yerleştirdiği belirlenmiştir (28).

Evlerin %35,9'unun banyolarının kaymayı, düşmeyi önleyecek şekilde düzenlenmediği, %79,6'sının küvet, duş, tuvalette tutunmayı sağlayacak düzenek olmadığı ve bu sebeple tutunma yerleri kullanılmadığı belirlendi. Ortabağ ve ark. (2011) çalışmasında katılımcıların ev kazalarına yönelik güvenli davranışları incelendiğinde %42,7'sinin "küvet, duş, tuvalet ve gereken yerlerdeki tutunma yerlerini kullanmadığı belirlenmiştir (28). Gershon ve ark (2012) çalışmasında ise evlerin %25'inde banyo ve tuvalette tutunma barları olmadığı, %32,8'inde banyoda kaydırmaz paspas olmadığı belirtilmiştir (25). Çalışmaya katılan bireylerin %17,7'sinin ev içi aydınlatmasının yeterli olmadığı, evlerin %26,5'inin mutfakta kullanılan elektrikli araçların lavabo ya da ocağa yakın olduğu, evlerin %12,7'sinde kabloların ayak altında olduğu, %6,1'inde elektrik kablolarının aşınma ve zedelenmeye uğradığı belirlendi. Mehreban ve ark. (2011) çalışmasında da evlerin %21'inde aydınlatmanın yetersiz olduğu belirtilmiştir (27).

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucuna göre, ev kazası riski açısından ziyaret yapılan evlerin güvenlik durumlarının yetersiz olduğu saptandı. Ziyaret yapılan evlerin yarısından fazlasında son bir yıl içerisinde ev kazası yaşandığı rapor edildi. Son bir yılda meydana gelen ev kazalarının oluş nedenlerinin sırasıyla en sık bir uzvunu sıkıştırma, bir cisme çarpma, evcil hayvan ısırtığı ve düşme olduğu belirlendi. Kazazedelerin yaklaşık yarısının kaza sonrasında bir hastaneye gitmiş olduğu görüldü. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve çeşitli nedenlerle ev ziyareti yapan ebe ve hemşirelerin ev ziyaretleri sırasında kaza konusunda duyarlı olmaları ve konuyu ziyaret planlarına almaları önerilmektedir. Ulusal sağlık hizmetlerinin planlanmasında ev kazalarına yönelik olarak, ev bildirimine dayalı ayrı bir kayıt ve kodlama sisteminin geliştirilmesi düşünülmelidir.

İletişim: Dr. Kamer Gür

E-posta: kamergur@gmail.com

Kaynaklar

1. Bertan M, Çakır B. Halk sağlığı yönünden kazalar. İçinde: Bertan M, Güler Ç, çev. ed. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ankara: 1995. 462-72.
2. Kıran S, Şemin S, Ergör A. Kazalar ve toplum sağlığı yönünden önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001; 10 (2): 50-1.
3. Department of Health, Social Services and Public Safety (DHSSPS) (2004). Home accident prevention. Strategy Action Plan 2004-2009. Northern Ireland Government Departments. Investing for Health. <http://www.dhsspsni.gov.uk/eqia-haps04.pdf>.
4. Bhandari DJ, Choudhary SA. Study of occurrence of domestic accidents in esmi-urban community. Indian J Community Med 2008; 33(2): 104-6.
5. Farchi S, Camilloni L, Rossi PG, Chini F, Borgia P, Guasticchi G. Home injuries mortality: Sensitivity and specificity analysis of different data sources and operative definitions. Accident Analysis & Prevention 2007; 39(4): 716-20.
6. Farchi S, Rossi PG, Chini F, Camilloni L, Giorgio M, Guasticchi G, Borgia P. Unintentional home injuries reported by an emergency-based surveillance system: Incidence, hospitalisation rate and mortality. Accident Analysis & Prevention 2006; 38 (5): 843-53.
7. Tezcan S, Aslan D, Yardım N, Demiröz AS, Coşkun E, Cengiz G ve ark. Ankara ili Altındağ Merkez 1 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde kaza sıklığının saptanması ve kazaların bazı faktörlerle ilişkisinin belirlenmesi. Ege Tıp Dergisi 2001; 40 (3): 165-75.
8. Kılıç B, Demiral Y, Özdemir Ç, Özdemir S, Djemalaj F, İlim O ve ark. İzmir'de bir gecekondu bölgesinde evde yaralanma insidansı. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(3): 27-32.
9. Erkal S. Ev kazalarına neden olan konut faktörlerinin incelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ev İdaresi ve Aile Ekonomisi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi; 1992.
10. Alptekin F. Aksaray il merkezinde ev kazaları epidemiyolojisi, korumaya yönelik tutum ve davranışlar, ev kazalarına yönelik ilkyardım bilgi düzeyi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2004.
11. Nazlıcan E, Demirhindi H, Karaömerlioğlu Ö, Akbaba M, Gökel Y. Evaluation of home accidents among people applying to the adult emergency department of the faculty of medicine. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(2): 137-40.

12. Sütölk Z, Savař N, Demirhindi H, Özdener N, Akbaba M. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi büyük acil servisine ev kazaları nedeniyle başvuranların etiolojik ve demografik özellikleri. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(2): 29-34.
13. Department of Health, Social Services and Public Safety (DHSSPS) (2011). Report on the review of the home accident prevention strategy & action plan 2004-2009. http://www.dhsspsni.gov.uk/review_of_the_home_accident_prevention_strategy_2011.pdf.
14. 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, sayı: 27910. Erişim 18 Eylül 2012, <http://www.resmigazete.gov.tr>.
15. Güner P, Güler Ç. Yalıların ev güvenliği ve denetim listesi. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5(4): 150-4.
16. www.mass.gov/.../tips-e-home-safety-checklist. Accessed November 15, 2013.
17. Şahiner P. Sosyoekonomik düzeyi düşük hanelerde ev kazası insidansı ve nedenleri, İzmit: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
18. Keskinöğlü P, Giray H, Pıçakçiefte M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü sağlık ocağı bölgesindeki yaşlılarda ev içi kazalar, Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2): 89-94.
19. Atman CÜ, Dinç G, Oruçoğlu A, Oğurlu H, Ecebay A.. Manisa Muradiye sağlık ocağı bölgesinde yaşlılarda kaza sıklığı ve kaza ile ilişkili faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2007; 10(2): 83-7.
20. Erkal S. Kırıkkale ovacık mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin ev kazaları ile karşılaşma durumlarının ve kaza nedenlerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8(1): 17-21.
21. Ural G, Gün İ. Dr. Nazif Körfez sincan devlet hastanesi ve özel Bayındır hastanesi acil servisine kaza nedeniyle başvuranların epidemiyolojik yönden incelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 17(1): 31-39.
22. Acımış NM, Mas N, Yazıcı AC, Göçmen L, Işık T, Mas MR. Accidents of the elderly living in Kocaeli region (Turkey). Archives of Gerontology and Geriatrics 2009; 49(2): 220-3.
23. Evcı ED, Ergin F, Beşer E. Home accidents in the elderly in Turkey. Tohoku Journal of Experimental Medicine 2006; 209(4): 291-301.
24. Mock C, Peck M, Peden M, et al. A WHO plan for burn prevention and care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
25. Gershon RRM, Dailey M, Magda LA, Riley HEM, Conolly J, Silver A. Safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. Journal of Patient Safety 2012; 8(2): 51-9.
26. Ehrlich AR, Bak RY, Wald-Cagan P, Greenberg DF. Risk factors for fires and burns in homebound urban elderly. Journal of Burn Care & Research 2008; 29(6): 985-7.
27. Mehraban AH, Mackenzie LA, Byles JE. A self-report home environment screening tool identified older women at risk of falls. Journal of Clinical Epidemiology 2011; 64(2): 191-9.
28. Ortabağ T, Özdemir Ö, Kılıç S. Özel bakım merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin ev kazalarına yönelik riskli davranışlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Derg 2011; 53(3): 189-94.

Antalya İl Merkezinde Bir Grup Yaşlıda Geriatrik Sendrom Bulgularına Birinci Basamak Yaklaşımının Değerlendirilmesi

The Assessment of Primary Health Care Approach for Geriatric Syndrome Symptoms in a Group of Elderly in Antalya City Center

Araştırma



Research

Dr. Zeynep Aşık*

Geliş tarihi : 18.12.2013

Kabul tarihi: 03.01.2014

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, birinci basamak hekimlerinin kapsamlı bir yaşlı değerlendirme ile 65 yaş ve üstü yaşlılarda geriatrik sendrom bulgularını ne ölçüde ortaya çıkarabileceklerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Antalya il merkezinde rastgele 10 ASM seçilmiş ve toplam 400 yaşlıya ulaşılmıştır. Yaşlıların önceden bilinen, hekim tanımlı sağlık sorunları sorulmuş ve kaydedilmiştir; ardından "Easy Care 2010 Anketi" uygulanmış ve sağlık sorunları yeniden belirlenerek kaydedilmiştir; son olarak iki aşama arasındaki farkların anlamlılık düzeyi incelenmiştir.

Bulgular: Araştırılan tüm geriatrik sendrom bulguları, ikinci incelemede ilkinden yüksek saptanmıştır. Farklar, immobilizasyon, enkontinans, düşme, işitme, unutkanlık, depresyon, ağrı, uykusuzluk, ihmal konularında istatistiksel olarak anlamlı; bası yaraları ve görme bozukluklarında istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Sonuç: Yapılan çalışmada, yaşlıların daha önceden gereken önem verilmemiş kimi bulguları belirlenmiştir. Bu sonuca göre, birinci basamakta yaşlı hastaları incelerken, yaşlı değerlendirme aracı kullanmak gereklidir. Kullanım kolaylığı açısından, birinci basamak hekimlerinin sağlık kayıtları için kullandıkları paket programlara, bir yaşlı değerlendirme aracının eklenmesi yararlı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, Geriatrik sendromlar, Birinci basamak sağlık hizmeti

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the extent of the capacity of primary care physicians to diagnose the geriatric syndrome symptoms of elderly people 65 years of age and older with a comprehensive geriatric assessment instrumentage.

Method: 10 family health centers were determined randomly in Antalya city center and a total of 400 elderly were interviewed. Primarily, all known health problems of the elderly were identified after which the Easy Care 2010 Survey was completed and then health problems were once again determined and recorded. Finally the level of significance of the differences between the two stages were tested.

Results: The second review revealed all geriatric syndrom findings higher to be than the first investigation. Immobilization, incontinence, falls, hearing, forgetfulness, depression, pain, insomnia and neglect presented statistically significant differences; whereas pressure ulcers and vision disorders were statistically insignificant.

Conclusion: In the study, some findings of the elderly were identified which were previously neglected. According to these results, the geriatric assessment tool is essential for evaluating older patients in primary health care. For convenience, the geriatric assessment instrument may be added to the computer programs which the primary care physicians use for the health records.

Key words: Ageing, Geriatric syndromes, Primary health care

*Uzm.; Kepez Toplum Sağlığı Merkezi, Antalya

Giriş

Doğumdan beklenen yaşam süresinin artmasıyla yaşlı bireylerin tüm nüfus içindeki oranı da artmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler pek çok yayınlı nüfustaki bu yaşlanmaya dikkat çekmişlerdir (2-4). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelere yaşlıların daha bağımsız yaşayabilmeleri için sağlık hizmetlerinin yaşlıların erişimlerini kolaylaştıracak biçimde yapılandırılmasını önermiştir (3).

Ülkemizde Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yaşlı nüfusa bakım veren kurumların artırılması ve standartlarının yükseltilmesinin gereği ortaya konmuş, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin desteklenmesinin gereğinden söz edilmiştir (5, 6). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre, ülkemizde halen aktif çalışan bir geriatri merkezi, 14 geriatri polikliniği, 25 toplum sağlığı merkezi geriatri birimi bulunmaktadır (7).

Geriatride özelleşmiş merkezlerin azlığı ve ulaşımlarındaki zorluk birinci basamakta çalışan hekimleri yaşlı hasta bakımı konusunda önemli bir konuma getirmektedir (8). Birinci basamak hekimleri yaşlıların sağlık ve işlevsellik durumlarını belirleyecekleri kapsamlı geriatrik değerlendirmeyle var olan sağlık sorunlarını tanımlayabilir, risk grubundaki yaşlılara sunacakları koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklarını koruyabilir ve toplum içinde bağımsız bireyler olarak yaşayabilmelerine katkı sunabilirler (9).

Bu çalışmada katılımcıların önceden belirlenmiş geriatrik sendrom bulguları ile "Easy Care Geriatrik Değerlendirme Anketi" (10) yardımıyla ortaya çıkarılan geriatrik sendrom bulguları karşılaştırılmıştır. Buradaki amaç birinci basamakta kapsamlı bir geriatrik değerlendirme anketi ile 65 yaş ve üstü kişilerin geriatrik sendrom bulgularının ne ölçüde ortaya çıkarılabildiğinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından Mayıs 2011'de kabul edilmiş, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma için gereken izinler alınmıştır. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Antalya il merkezinde yaşayan, 65 yaş

ve üstünde bulunan gönüllüler oluşturmaktadır.

Veriler Antalya il merkezinde alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, %5 rölatif kesinlik ile değerlendirilmiş; örneklem grubu 384 kişi olarak hesaplanmış; 65 yaş ve üstü 400 kişi ile çalışılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Antalya il merkezinde bulunan nüfusa orantılı olarak rastgele olarak seçilen 5 kentsel, 4 kırsal ve 1 köy aile sağlığı merkezine (ASM'ye) başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler hedef nüfusu oluşturmuştur. Belirlenen her ASM'ye yapılan ziyarette ASM'ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 40 yaşlıya EASY-Care 2010 Anketi uygulanarak toplam 400 kişiye ulaşılmıştır. Çalışma sırasında önce hastaların kendilerinin bildirdiği ve/ya da hekim tanımlı sağlık sorunları kaydedilmiş; ardından anket yardımı ile yeni bulunan sorunlar kaydedilmiş; son olarak aradaki farkın istatistiksel olarak önemi ortaya konmuştur.

Katılımcıların ilk sağlık sorunlarının onların beyanları doğrultusunda belirlenmiş olması çalışmanın sınırlılığıdır. Ancak daha önce yapılan bir geriatrik sendrom değerlendirmesinin olmaması nedeniyle böyle çalışılmak zorunda kalmıştır.

EASY-Care 2010 Anketi; uygulaması Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile başlatılan, yürütücülüğünü Sheffield Üniversitesi'nin yaptığı, yaşlıların özellikle birinci basamakta multidisipliner olarak değerlendirilmesine yönelik olan bir projedir (11). Anketin kişisel bilgiler, yaşlıların öncelik ve gereksinimleri, özet değerlendirmeler olarak 3 ana bölümü bulunmaktadır. Yaşlıların öncelik ve gereksinimleri bölümü görme, duyma ve iletişim; kendini yönetebilme; bağımsız hareket edebilme; güvenlik; yaşanan yer ve finans; sağlıklı kalabilme; ruh sağlığı; bakım veren kişinin yorumları; onam şeklinde 8 alt bölüm içermektedir. Bu anketin Türkçe standartizasyon ve validasyon çalışması Rukiye Pınar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12). EASY-Care anketi hem birinci basamakta, hem rehabilitasyon ünitelerinde, hem de toplum taramalarında kullanım için uygundur. Ancak sınırlı olduğu yan, geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili kanıtların henüz eksik olmasıdır. Polonya'da, İngiltere'de ve Yeni Zelanda'da EASY-Care anketi kullanılarak geriatrik değerlendirme çalışmaları yapılmıştır (13-15).

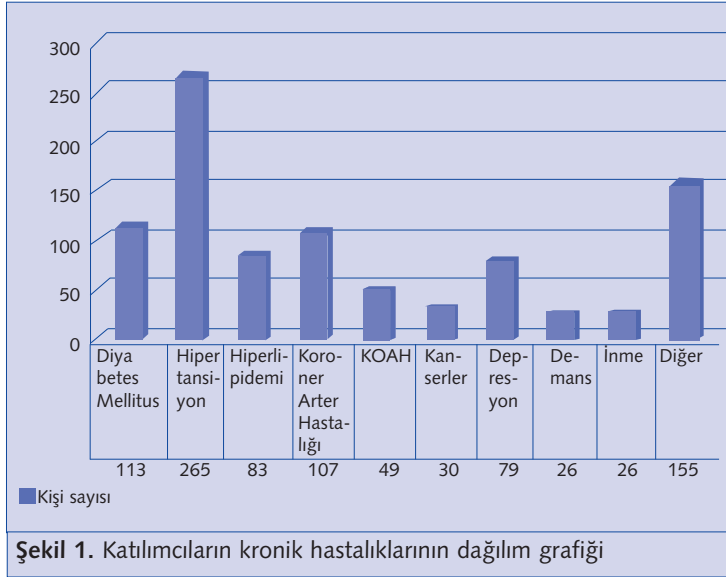
Elde edilen veriler SPSS 19.0 istatistik programı ile değerlendirilmiş, örnekleme tanımlamak için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Yaşlıların geriatrik değerlendirme anketi uygulanmadan önce saptanmış olan geriatrik sendrom bulguları ve anket ile ortaya çıkarılan geriatrik sendrom bulguları bağımlı gruplarda McNemar testi ile karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar

Çalışmaya katılan 65 yaş ve üzerindeki 400 kişinin 227' si kadın ve 173' ü erkektir. 353 kişi kentte; 47 kişi kırsal bölgede ikamet etmektedir. Katılımcıların tüm demografik bilgileri Tablo 1' de özetlenmiştir.

Katılımcıların kronik hastalıkları araştırıldığında, kronik hastalık öyküsü olan 302 (%75,5) kişi, kronik hastalık öyküsü olmayan 98 (%24,5) kişi bulunmuştur. En fazla görülen hastalık hipertansiyondur, bunu diabetes mellitus ve koroner arter hastalıkları izlemektedir. Katılımcıların kronik hastalık dağılımları Şekil 1' de verilmiştir.

Yapılan çalışmada 400 yaşlıda EASY-Care 2010 Anketi'ni kullanarak yaşlıların sağlıkları ile ilgili geriatrik değerlendirme yapılmadan önceki ve sonraki durumlarını karşılaştırdık. Bu değerlendirmeye göre, hastalarda incelenen tüm geriatrik sendrom bulguları ikinci incelemede daha yüksek bulunmuştur (Şekil 2). En fazla artan geriatrik sendrom bulgusu ise ağrıdır. İmmobilizasyon, enkontinans, düşme, işitme, unutkanlık, depresyon, ağrı, uykusuzluk, ihmal konularında istatistiksel



Şekil 1. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılım grafiği

Tablo 1. Çalışmaya katılan yaşlıların demografik bilgileri

Değerlendirilen Parametre	Frekans	Yüzdesi	Geçerli yüzdesi	Kümülatif yüzdesi	
Cinsiyet	Erkek	173	43,3	43,3	43,3
	Kadın	227	56,8	56,8	100,0
Yerleşim yeri	Kırsal	47	11,8	11,8	11,8
	Kentsel	353	88,3	88,3	100,0
Medeni durum	Bekar	4	1,0	1,0	1,0
	Evli	209	52,3	52,3	53,3
	Boşanmış	6	1,5	1,5	54,8
	Eşi ölmüş	180	45,0	45,0	99,8
	Kayıp veri	1	,3	,3	100,0
Yaşama durumu	Yalnız	52	13,0	13,0	13,0
	Karı-koca	173	43,3	43,3	56,3
	Geniş aile	166	41,5	41,5	97,8
	Bakım evi	2	,5	,5	98,3
	Diğer	7	1,8	1,8	100,0
Gelir durumu	Yeterli değil	36	9,0	9,0	9,0
	Orta	339	84,8	84,8	93,8
	Yeterli	25	6,3	6,3	100,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	2	,5	,5	,5
	Part-time	3	,8	,8	1,3
	Çalışmıyor	3	,8	,8	2,0
	Ev hanımı	187	46,8	46,8	48,8
	Yaşlılık maaşı	16	4,0	4,0	52,8
Sosyal güvence	Emekli	189	47,3	47,3	100,0
	Var	384	96,0	96,0	96,0
	Yok	16	4,0	4,0	100,0
Toplam		400	100,0	100,0	

olarak anlamlı fark bulunmuşken; bası yaraları ve görme bozuklukları konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Geriatrik sendrom bulguları ve p değerleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tartışma

Ülkemizde doğumla beklenen yaşam süresi ortalama 73,7 yıldır, bu süre kadınlar için 76,1 ve erkekler için 71,5'tir (16). Bizim çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 72,19 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan yaşlıların kronik hastalıkları değerlendirildiğinde en fazla hipertansiyon, sonra diabetes mellitus, koroner arter hastalıkları, hiperlipidemi, depresyon, KOAH, kanser türleri, demans ve inmenin bulunduğu görülmüştür. Amerika'da yapılan geriatrik değerlendirme çalışmasında da en fazla bulunan kronik hastalık hipertansiyondur. Bunu demans, kalp hastalıkları, görme bozuklukları, anemi ve depresyon izlemektedir (17). Aile hekimliğinde komorbidite araştıran bir başka çalışmada da, birinci basamakta en fazla rastlanılan hastalık hipertansiyonken, bunu diabetes mellitus ve solunum yolu hastalıklarının izlediği anlaşılmıştır (18).

Bu çalışmaya alınan yaşlıların yüzde 75,5'inde bir kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Bu sonuç komorbidite araştırılan başka çalışmalarla benzer niteliktedir (17-19). Kronik hastalıklar kadınlarda ve yaş ortalaması yüksek olan grupta fazla bulunmuştur. Ancak fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p=0,279). Polonya'da yapılan EASY-Care çalışmasında da komorbid yaşlıların büyük kısmını kadınların oluşturduğu görülmüştür (13). Almanya'da 65

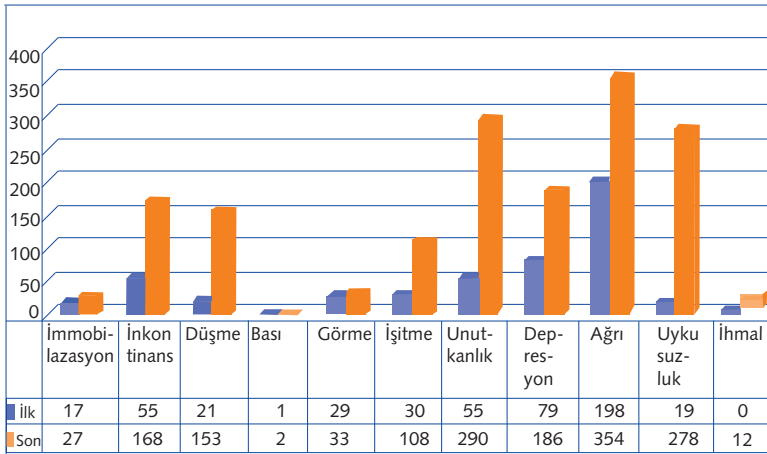
Tablo 2. Ev kazalarının tanımlayıcı özellikleri (N= 181)

Geriatrik Sendrom Bulguları	p değeri
İmmobilizasyon	0,021
İnkontinans	0,000
Düşme	0,000
Bası yarası	1,000
Görme bozukluğu	0,219
İşitme bozukluğu	0,000
Unutkanlık	0,000
Depresyon	0,000
Ağrı	0,000
Uykusuzluk	0,000
İhmal	0,000

yaş ve üzerindeki kişilerle yapılan komorbidite çalışmasında kardiyovasküler hastalıklar ile birlikte metabolik hastalıklar en fazla rastlanan kronik hastalık grubuyken, bunu somatofom hastalıklar ve nörolojik hastalıklar birlikteliği izlemektedir (20).

Geriatrik sendrom bulgularının araştırmadan önceki ve sonraki sonuçlarını karşılaştırdığımızda, yalnızca görme bozuklukları ve bası yarası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ağrı, depresyon, unutkanlık, uykusuzluk, enkontinans, düşme, duyma bozukluğu, immobilizasyon ve ihmal bulgularında değerlendirme anketi yapıldıktan sonra, ilk tespitlere göre istatistiksel olarak anlamlı yükselmeler olmuştur. Almanya'da yapılan bir yaşlı değerlendirme çalışmasında hastalarda en fazla bulunan sağlık sorunları, ilk sıralamada sırasıyla hipertansiyon, eksik aşılama, hiperlipidemi, ağrı, hatalı ilaç kullanımı, ayaklarla ilgili patolojiler, yetersiz egzersiz, yaş dönemi, uyku bozuklukları, anormal saat çizme, duyma ile ilgili sorunlar ve üriner enkontinans şeklindedir. Yeni ortaya çıkarılan sağlık sorunlarının sıralaması ise alkol kötüye kullanımı, düşmeler, bozuk saat çizme testi, eksik aşılama, son 4 ay içindeki ağrılar, ağız-diş-çene sorunları, ev ile ilgili sorunlar, immobilizasyon, fekal enkontinans, konstipasyon ve finansal sorunlardır (21).

Aile hekimlerinin STOPP Anketi'ni kullanarak yaptıkları çalışmada, önceden bilinen geriatrik sendrom bulguları ve anket sonunda bulunan geriatrik sendrom bulguları incelenmiştir. Sıklık sırasına göre finansal sorunlar, kilo kaybı, düşme, enkontinans, uyku bozuklukları, konstipasyon, unutkanlık, depresyon, alkol kötüye kullanımı, görme sorunları ve ayak



Şekil 2. Çalışmaya katılan yaşlıların geriatrik sendrom bulgularının dağılımı

ağrısı en fazla yeni saptanan geriatrik sendrom bulguları olarak belirlenmiştir (22).

Kısacası yaptığımız geriatrik değerlendirme çalışması ile önceden gözden kaçmış ya da bir biçimde araştırılmamış bulgular ortaya çıkarılmış, hastalar bu konuda bilgilendirilerek sağlıkları ile ilgili farkındalıkları artırılmıştır. Bu sonuç, birinci basamakta yaşlı hastaları değerlendirirken bütüncül bir yaklaşım sunmak ve yapılabilecek eksiklikleri en aza indirebilmek için geriatrik değerlendirme aracı kullanmanın gerekliliğini tekrar ortaya koymaktadır. Örneğin, aile hekimlerinin poliklinik kayıtları için kullandıkları paket programlara bir yaşlı değerlendirme aracı eklenmesiyle bu gereksinim karşılanabilir.

İletişim: Dr. Zeynep Aşık

E-posta: zynpask@gmail.com

Kaynaklar

1. CDC. Public health and aging: Trends in aging: United States and worldwide. MMWR Weekly 2003; 52(06): 101-6.
2. Towards age-friendly primary health care. Active ageing: Towards age-friendly primary health care. WHO Library Cataloguing-in Publication Data. Geneva: World Health Organization. 2004. Erişim 30 Mayıs 2011, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>
3. Kinsella K, Wan H. U.S. Census Bureau, international population reports, P95/09-1, An Aging World 2008. Washington DC: U.S. Government Printing Office; 2009.
4. Breyer F, Costa-Font J, Felder S. Ageing, health, and health care. Oxf Rev Econ Policy 2010; 26(4): 674-90.
5. Sekizinci Kalkınma Planı. Erişim 5 Aralık 2013, ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf
6. Dokuzuncu Kalkınma Planı. Erişim:5 Aralık 2013, ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf
7. Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013. Erişim: 10 Aralık 2013, www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/hsbs_rehber_son.pdf.
8. Yaman H. Yaşlı sağlığı: Bütüncül geriyatrik değerlendirme. STED 2008; 17(11): 8-11.
9. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric screening and preventive care. Am Fam Physician 2008; 78 (2): 206-15.
10. EASY-Care Geriatrik Değerlendirme Anketi. Erişim 21 Şubat 2011, http://www.vasa.org.uk/files/EASYCare_Standard_2010_December_Version.pdf.
11. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam kavramı: Önümüzdeki demografik değişime yönelik bir çözüm önerisi. GeroFam 2010; 1(1): 1-14.
12. Wojszel ZB, Bien B, Politynska B. The assessment of the functional state of elderly people by family physician with the help of EASY-Care questionnaire. Pol Merkur Lekarski 1999; 6(33): 167-70.
13. Bien B, Wojszel ZB, Wilmanska J. Care of the frail elderly in population studies. Pol Merkur Lekarski 2000; 9(53): 775-8.
14. Wham C, Carr R, Heller F. Country of origin predicts nutrition risk among community living older people. J Nutr Health Aging 2011; 15(4): 253-8.
15. Sharon K. Inouye, Stephanie Studenski, Mary E. Tinetti and George A. Kuchel, Geriatric syndromes: Clinical research and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc 2007; 55(5): 780-91.
16. TC Türkiye İstatistik Kurumu. Demografik Nüfus Bilgileri. Erişim 3 Şubat 2012, http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&tb_id=37&ust_id=11
17. Marengoni A. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 225-30.
18. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice: is it commonly researched? Can Fam Physician 2005; 51: 244-5.
19. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34(2): 119-26.
20. Schäfer I, von Leitner EC, Schön G, Koller D, Hansen H, Kolonko T et al. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. PLoS One 2010; 29; 5(12): e15941.
21. Mueller CA, Mielke RK, Penner E, Walker UJ, Pradier EH, Theile G. Disclosure of new health problems and intervention planning using a geriatric assessment in a primary care setting. Croat Med J 2010; 51: 493-500.
22. Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz HH. Geriatric assessment in general practice using a screening instrument: is it worth the effort? Results of a South Tyrol study. Age and Ageing 2008; 37: 647-52.



Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci

Bonding Process of the Newborn and the Parents

Dilek Köse, Dr. Nursan Çınar**, Dr. Sevin Altıncaynak****

Geliş tarihi : 31.07.2013

Kabul tarihi: 01.09.2013

Öz

Bağlanma, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen karşılıklı bir ilişkidir. Yaşamın erken döneminde gelişen bu ilişki, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini derin bir biçimde etkileyerek, yaşam boyunca etkinliğini sürdürür. Aile-bebek bağlanma süreci, gebelik, doğum ve doğum sonrası olmak üzere üç dönemde gelişir. Bebeğin gelişiminin sağlıklı olabilmesinde anahtar rolü ise anne-baba oynamaktadır.

Aile-bebek etkileşiminin yoğun olarak kazanılması gereken yenidoğan döneminde, sağlıklı bağlanmanın gerçekleşebilmesi için sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Bu derlemede bağlanma sürecini etkileyen faktörler ve bağlanmayı kolaylaştıran uygulamalar tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Yenidoğan, Bağlanma, Anne-bebek bağlanma, Baba- bebek bağlanma, Aile-bebek bağlanma

Abstract

Bonding is a mutual relationship especially with emotional aspects as expected. This relationship develops during the early stage of life and influences the physical, psychological and intellectual developments of the child, continuing as a lifelong process. The family-infant bonding process develops in three stages. These stages are pregnancy, childbirth and postpartum periods. The major role for the healthy development of the child belongs to the parents.

Because of the fact that family-infant interaction should be acquired intensively during the neonatal period, health professionals have a crucial role in the development of healthy bonding at this stage. Factors affecting the bonding process and practices facilitating bonding are discussed in this article.

Key words: Newborn, Bonding, Maternal-infant bonding, Paternal-infant bonding, Family-infant bonding

*Arş. Gör.; Sakarya Ü. SYO, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, Sakarya

**Doç.; Sakarya Ü. SYO, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, Sakarya

***Prof.; Sakarya Ü. SYO, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, Sakarya

Bağlanma

Bağlanma, insanın gelişim süreci içinde önemli yeri olan bir kavramdır (1). Bağ sözcüğünün anlamı, bir göreve bağlılık ya da bir görevi yerine getirmedir. Bowlby "bağlanma" terimini iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır (2). Bağlanma kuramı ise, insanların kendileri için önemli olan başkalarıyla güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini açıklayan bir yaklaşımdır (3). Bebeğin gereksinimleri için sinyal göndermesi ile bakım veren erişkinin yanıtı sonucu güvenli bebek ebeveyn bağlanmasının oluşması esasına dayanır (4, 5).

Bağlanma kuramı "John Bowlby ve Mary Ainsworth"un çalışmaları sonucu geliştirilmiş, Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden etkilenilmiştir (2). Tanım olarak bakıldığında bağlanma biçimi, yaşamın erken döneminde belirlendiği ve süreklilik gösterdiği düşünülen, bireyin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsüdür (6, 7).

Anne (Maternal)- Baba (Paternal) ile Fetüs Bağlanması

Aile- bebek bağlanma süreci aşamalar halinde gelişmektedir. Bu aşamalar gebelik, doğum ve

postpartum dönemleridir. Bağlanmanın gebelik sürecinde başladığı kabul edilmektedir (8). Cranley, maternal- fetüs bağlanmasını doğmamış bebeği ile davranışlarıyla yakın ilişki kuran ve iletişimi ile meşgul kadın olarak tanımlar. Muller ise, maternal-fetal bağlanmayı anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen tek ilişki olarak tanımlamıştır (9). "Anne Rolü Edinme" kuramını yaptığı çalışmalar sonucunda 2004 yılında revize eden Ramono T. Mercer, annelik kimliğinin kazanılmasında ilk aşamanın bağlılık ve hazırlık dönemi olan gebelik süreci olduğunu belirtmiştir. Anne fetüs bağlanmasının, anne adayları ve doğmamış bebeğin sağlığı üzerinde önemli rol oynadığını bildirmiştir (10). Anne gibi baba da, gebelik süresince bağlanma davranışları geliştirir. Eşyle birlikte gebelik sürecini izleyen baba adayı, doğumdan sonra bebeğine bakarak sevme duygusunu kazanıp, babalık rolünü kabullenmeye başlar (3, 11). Üstünöz ve arkadaşlarının (2009) 144 gebe ve eşleri ile yaptıkları çalışmada baba adaylarının, anne adaylarından daha düşük bağlanmaya sahip olduğu belirlenmiştir (12).

Bebeğin sağlığı ve gelişimi üzerine etkilerinden dolayı, anne-fetüs bağlanması ve baba – fetüs bağlanmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir (12). Yapılan çalışmalarda, anne yaşının (12,13,14) ve doğum sayısının (12,14) prenatal bağlanmayı olumsuz etkilediği belirtilirken, diğer yandan anne eğitiminin (12,13,14) ve baba eğitiminin (12) artmasının prenatal bağlanmayı olumlu etkilediği bildirilmektedir. Bebeğin psikososyal gelişimi için gebelik izlemi boyunca sağlık çalışanlarının aile –fetüs bağlanmasını etkileyen faktörleri değerlendirmesi önem taşımaktadır (12).

Anne (Maternal) –Bebek Bağlanması

Maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini sağlayan önemli öğelerden biri olup, zaman içinde gelişen özel ve eşsiz bir ilişkidir (1, 2, 3). Anne bebek arasında gelişen bu ilişki, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini derinden etkileyerek, yaşam boyunca etkinliğini sürdürür (1, 3).

Yenidoğan döneminde, becerilerinin yeterli derecede gelişmemiş olmasına bağlı olarak, yenidoğan kendisine bakım veren kişiye bağımlıdır. Bu bağımlılık sürecinde bakım verenle kurduğu birebir ilişki ise, onun zihinsel ve duygusal gelişimi için son derece önemlidir (15).



Muller (1994) ilişkiyi, "maternal sevgiyle bağlanma, anne ve bebeği arasında gelişen ve zaman içinde süreklilik gösteren eşsiz bir sevgi ilişkisidir, sevgiyle bağlanma maternal rol adaptasyonunun önemli bir elementidir" diye tanımlamıştır (9). Maternal bağlanma, anneliğe olumlu uyum ve annelik rolü kazanma açısından önemli bir bileşendir (10). Postpartum sürecinde bağlanma, anne-bebek etkileşimi ile desteklenir. Sevgiyle bağlanma maternal rol uyumunun bir parçasıdır ve bunun sonucunda bebekte güven duygusu gelişir (3). Doğumdan hemen sonraki dakikalar hem anne, hem de bebek için yeni duruma uyumları ve aralarındaki özel bağın oluşması açısından önemlidir. Doğumu izleyen ilk 60-90 dakikalık dönemin genelde en duyarlı süre olduğu kabul edilip, duyarlı dönem boyunca anne ve bebeğin ayrı kalmalarının, bebeğin gelişmesini ve annenin davranışını olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir (16).

Bağlanma, her iki tarafın birbirlerinin gereksinimlerini karşılmasına bağlı olarak gelişen bir süreç olduğu için iki yanlı bir ilişkidir. Yenidoğan bebeğin yaşamını sürdürebilmek için temel gereksinimlerini karşılayacak bir yetiştirmeye gereksinimi vardır. Bebeğe bakan kişi, bu gereksinimleri yalnızca bir görev olarak algılamakla kalmaz, bu eylemlerden mutluluk ve doyum da sağlar. Bu

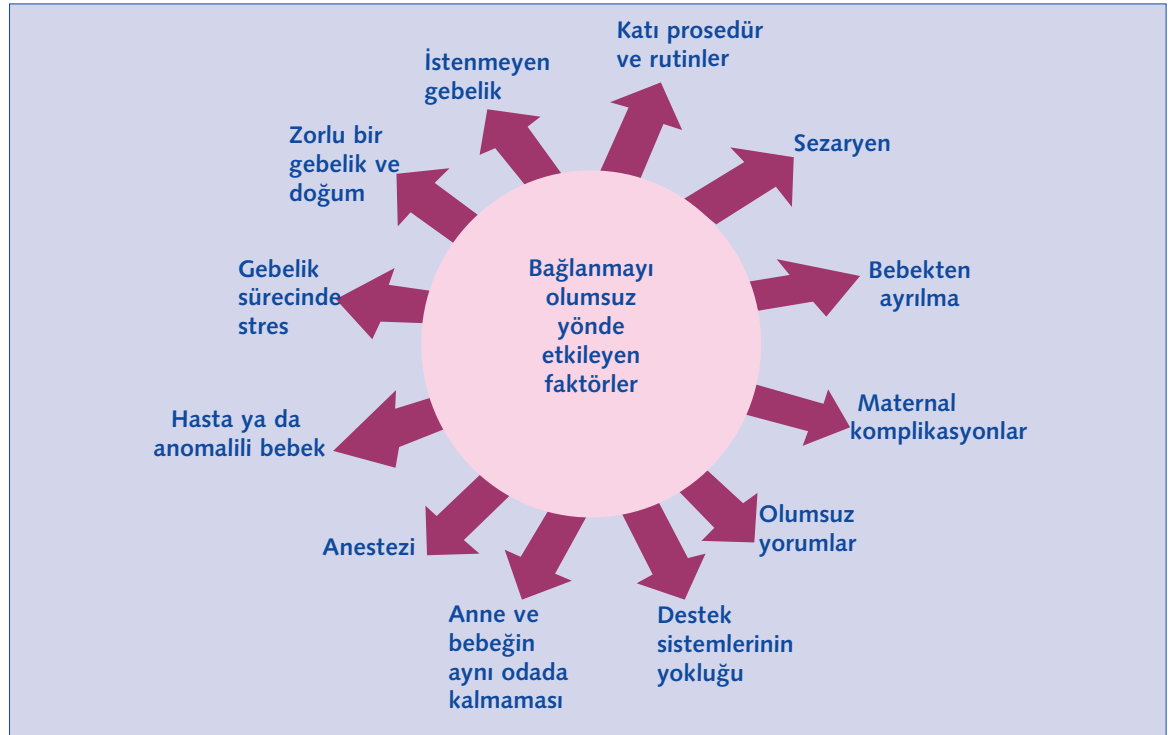
etkileşim de anne-baba ve bebek arasındaki bağı giderek güçlendirir (15). Bebeğin ağlaması, gülmesi, emmesi ve teması bebeğin gösterdiği bağlanma davranışlarıdır. Bu davranışların sürekli olarak yinelenmesi sevgi, güven ve memnuniyet duygularını geliştirir (3).

Baba (Paternal)- Bebek Bağlanması

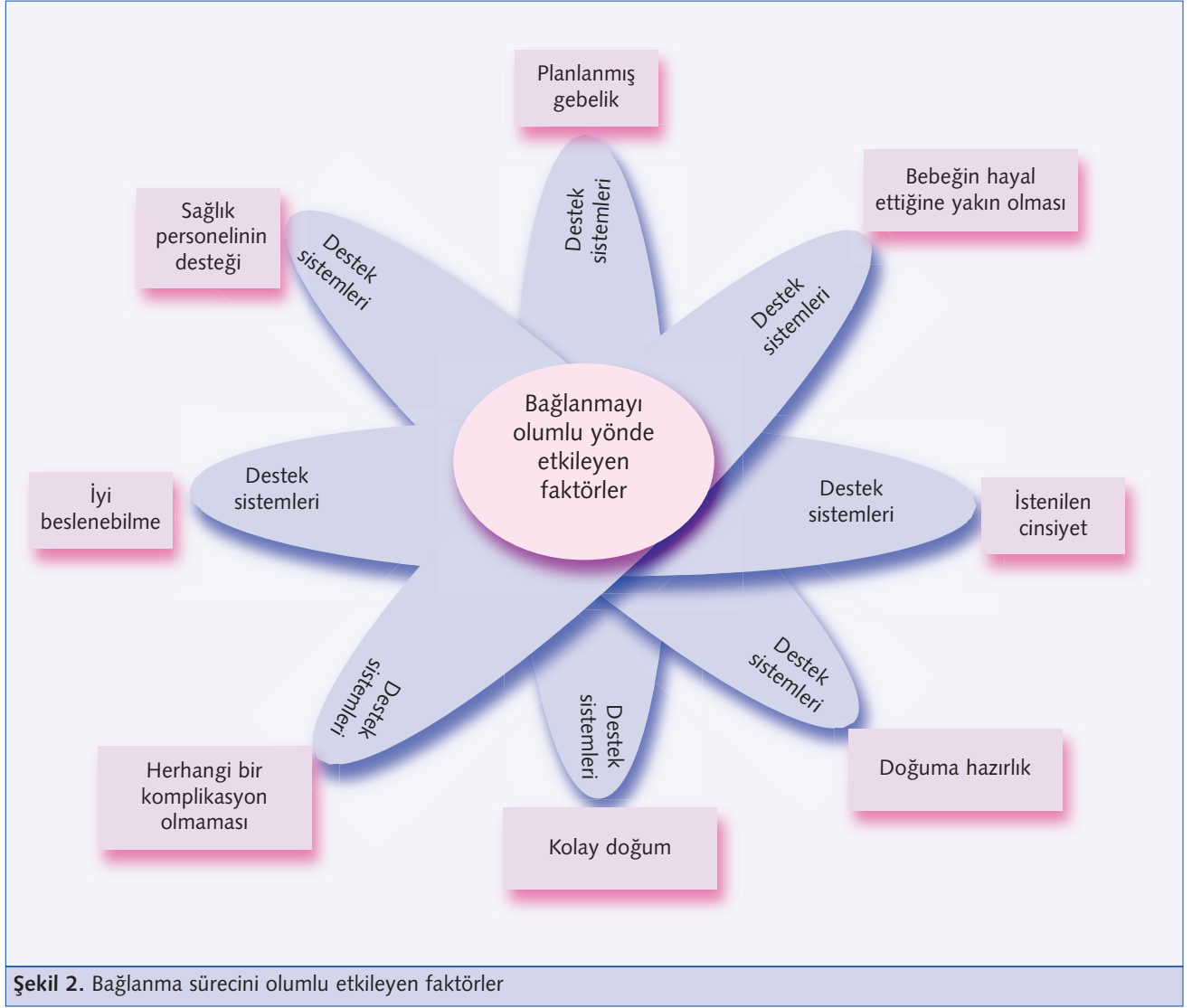
Babalar bebeğine bakma ve sevmeye duygusunu daha çok doğumdan sonra geliştirebilirler. Doğumdan sonra babanın bebeğiyle duygusal ilişki kurabilmesi için fiziksel temasta bulunması gerekir. Anne ve bebek hastanede yattığı sürece babalar belirli saatlerde bebeklerini görebildikleri için bebekleri ile geçirdikleri zaman yeterli olmamaktadır. Doğum eylemi ile ilgili koşullar da babanın bebeğine bağlanmasını engelleyebilir, çünkü babalar bu dönemde daha çok, verdikleri destek ve bebeğin iyi olması ile meşguldürler (3, 11).

Bağlanma Sürecini Etkileyen Faktörler

Bağlanma sürecini olumlu etkileyen en önemli faktörlerden birinin, emzirme ve emzirme niyeti olduğu belirtilmektedir (17, 18). Gebeliğin istenen zamanda olması, gebe kalmaya hazır olma, gebeliğin sağlıklı bir biçimde ilerlemesi ve bağlanma için önemlidir (14, 16).



Tablo 1. Bağlanma sürecini olumsuz etkileyen faktörler



Şekil 2. Bağlanma sürecini olumlu etkileyen faktörler

Yapılan çalışmalarda, gebeliği planlı olan kadınların maternal- fetüs bağlanmasının gebeliği planlı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (12, 14). Gebeliği isteme ile maternal bağlanma arasında olumlu ilişkinin olduğu da yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (19, 20).

Doğum ve doğum sonuna hazırlanmış, gebelik süresince bilgilendirilen anne adaylarının bebeklerine daha yakın ve olumlu davranış içinde oldukları belirtilmiştir (16). Yapılan çalışmalarda prenatal eğitimin prenatal bağlanmayı olumlu etkilediği bildirilmiştir (21, 22, 23). Aynı zamanda gebeliklerinde düzenli olarak kontrole giden annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (19).

Bağlanmayı etkileyen faktörlerden bir diğeri ise doğum sürecidir. Yapılan bir çalışmada

doğumda sorun yaşamayan annelerin maternal bağlanma puanlarının, doğumda sorun yaşayan annelerden daha yüksek olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (19).

Doğumdan hemen sonra annenin bebeğinden ayrı olması erken temas kurmayı engellediği için maternal bağlanma üzerine negatif bir etkiye sahiptir (3). Öztürk ve Saruhan'ın (2010) yaptığı çalışmada bebeklerini ilk gün gören annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının, ilk günden sonraki gün ve daha sonraki günlerde gören annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada bebeklerini ilk gün kucağına alan annelerde bağlanmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir (19).

Bebekleri ile ilgili aldıkları bilgileri yeterli bulmayan annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının, diğer gruplarda olan annelerin puanlarından daha düşük olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (19). Doğum sonrası dönem, kadınların duygusal olarak en duyarlı oldukları ve çeşitli duygudurum bozuklukları riskinin arttığı bir dönem olarak değerlendirilir (24). Annelerde ilk günlerde yaşanan stresin anne-bebek ilişkisini etkilediği bildirilmektedir (3).

Annelik rolünü üstlenme, anneyi bebeğe bağlayan, zaman içinde meydana gelen etkileşimsel ve gelişimsel bir süreçtir. Bu süreçte aileden ve çevreden sağlanan destek, annenin rolüne uyumunu kolaylaştırır (25). Çınar ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada maternal bağlanma ile emzirme öz yeterliliği arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki olduğunu ve aile tarafından verilen sosyal desteğin maternal bağlanmayı artırdığı belirtilmiştir (26).

Anne- babalar ile çocuk arasındaki ilişkiyi tehdit edebilecek faktörlerden birisinin de ağlama olduğu belirtilmektedir (15). Ancak Yalçın ve Esenay'ın (2010) yaptığı çalışmada, sağlıklı ve kolikli bebeklerde maternal bağlanma ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Çalışma sonucunda fark bulunmaması, bağlanma olgusunun olumsuz koşullarda bile uzun süre varlığını sürdürebildiğini düşündürmektedir (27).

Damato'nun (2004) ikiz gebeliklerde prenatal bağlanma ile postpartum anne- bebek bağlanmasını karşılaştırmak amacıyla yapmış olduğu çalışmada, postnatal bağlanma puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, sezaryen doğum ve yoğun bakım ünitesinde kalma ile ilişkilendirilmiştir (28).

Ahn ve Kim'in (2005) ilk bir hafta boyunca yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin anneleri (n=40) ile yaptıkları çalışmada; erken bağlanma eksikliğinin maternal bağlanma, benlik saygısı ve annenin doğum sonu emosyonel durumunun iyileşmesinde negatif etkileri olduğu belirlenmiştir (29). Ahn ve Lee'nin (2004) yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan 26 yüksek riskli bebeğe sahip anneye verilen eğitimin, maternal bağlanma, maternal benlik saygısı ve postpartum depresyon

üzerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada erken eğitimin önemi belirtilmiştir (30). Çalışmalarda prematüreliliğin maternal bağlanmayı olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır (19, 31).

Talipoğlu ve Esenay'ın (2012) aile merkezli bakım ile maternal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan merkezdeki annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının, aile merkezli bakım uygulanmayan merkezdeki annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarından yüksek olduğu bulunmuştur (32). Maternal bağlanmada başarısızlıkların yaşandığı durumlarda bebek, ihmal ve istismar açısından da risk altındadır (3).

Bağlanmayı Kolaylaştıran Uygulamalar

Sağlık personeli, ebeveynlerin eğitimi ve pozitif destekler yoluyla bebek ile başarılı bağ kurmalarına ve bu bağı güçlendirmelerine yardımcı olabilirler. Ebeveyn bebek bağlanma sürecinin değerlendirilmesi iyi bir gözlem ve beceri gerektirir.

Aile-bebek bağının gelişmesinde önemli rol oynayan sağlık profesyonelleri, gebelik sırasında ve doğumdan sonraki dönemde bağlanma sürecinin değerlendirilmesinde ebeveynleri gözlemlemeli ve bu konu ile ilgili notlarını kaydetmelidir (24). Doğum sonrasında anne-baba ve yenidoğana ait bağlanma belirtilerini değerlendirmelidir. Bağın kurulabilmesi için, sağlık personeli doğum sonrasında annelerin kaygılarını gidermeli ve annelik davranışını destekleyerek bebeğini algılamasına yardımcı olmalıdır (27).

Aile merkezli bir bakım felsefesi erken bağlılığın gelişimini kolaylaştırır (32). Sağlık personeli, aile-bebek etkileşimini ve kalitesini artırmaya yönelik aileyi desteklemeli ve yüreklendirmelidir (24).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde anne-bebek bağlanmasının gerçekleşmesi için; annenin bebeği ile konuşması, mümkünse bebeğine dokunması, ten tene temasın (kanguru bakım yöntemi ile) sağlanması, olanak olduğunca uzun süre bebekleri ile birlikte olmaları konusunda sağlık personelinin anneyi cesaretlendirmesi, bebeği için yapabileceklerinin neler olduğunun paylaşılması ve bakıma katılımlarının artırılması sağlanmalıdır (19).

Erken ten tene temas, Kanguru bakımı

Erken ten tene temas bebeğin çıplak olarak doğumda ya da hemen sonrasında pron pozisyonda annenin çıplak göğsüne yerleştirilmesidir (16, 24). Doğumdan sonra anne ve bebek arasındaki ten tene temas; ağlamayı azaltması, anne-bebek etkileşimini artırması, bebeğin vücut sıcaklığını koruması ve başarılı emzirme için önemlidir (33). Yakın beden teması yoluyla anne -babalar kendi mutluluğu için gereken fizyolojik iklimi sağlarken, yenidoğan da gereksinim duyduğu duygusal deneyimi yaşar (34). Ahn ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, kanguru bakımı yapılan annelerin maternal bağlanma puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (35). Bağlanmanın sağlanmasında, anne ve babaların bebeği ile ten teması (kanguru bakımı) desteklenmelidir.

Dokunma

Dokunmanın ve kokunun, bağlılığın kimyası anne ve baba arasında karşılıklı olarak büyüyen güçlü duygusal bağ üzerinde özellikle etkisi vardır (34). Doğum sonrası bebeklerini kucaklayan ailelerin rutin davranışlar olarak; önce parmak uçlarına hafifçe dokunduğu, sonra yavaş yavaş sırt ve göğüslerini ovmaya başladıkları belirtilmiştir. Erken dönemde bebeği kucağa almanın aile-bebek ilişkisi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (24).

Emzirmenin desteklenmesi ve aile ile bebeğin aynı odada kalması

Anne ile bebeğin aynı oda paylaşımının emzirme sıklığını artırdığı yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (36, 37, 38). Amerikan Pediatri Akademisi emzirmeyi kolaylaştırmak için ebeveynin bebek ile aynı odada, fakat ayrı yatakta uyumasını önermektedir (39). Bu anlamda birlikte uyuma hem bebek, hem de ebeveyn için çeşitli yararlar sağlar. Anne ve bebek için aynı odada kalmanın en büyük avantajı emzirmeyi özendirmesidir (16, 36). Aynı zamanda emzirme, anne ile bebeğin yakın beden temasında olmasını ve anne-bebek etkileşimini artırmaktadır (24).

Her anne, baba ve bebek birbirlerine bağlanır. Bebek bu bağ içinde hem fiziksel, hem de psikolojik olarak kendisini geliştirir. Güvenli bağlanmanın, bebeğin kendine güvenen bir çocuk olarak büyümesine katkısı olacaktır. Doğum öncesi dönemde bağlanmanın başlatılması ve güvenli bir şekilde

sürdürülmesinde sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir.

İletişim: Dr. Nursan Çınar

E-posta: ndede@sakarya.edu.tr

Kaynaklar

1. Güleç D, Kavlak O. Baba-bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences* 2013;10 (2):170-81.
2. Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6 (1):189-202.
3. Kavlak O, Şirin A. Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007; 23 (2): 183-94.
4. Bowlby J. *Child care and the growth of Lowe*. New York: Penguin Books; 1965.
5. Erdoğan A. Çocuğun psikososyal gelişiminde babanın rolü. *Yeni Symposium* 2004; 42 (4): 147-53.
6. Sabuncuoğlu O, Berken M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17 (4): 252-8.
7. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3 (2):321-42.
8. Soysal AŞ, Bodur Ş İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 88-99.
9. Muller ME. A questionnaire to measure mother-to- infant attachment. *J Nurs Meas* 1994; 2 (2):129-41.
10. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3): 226-32.
11. Bell, L, St-Cyr Tribble D, Paul D, Long A. A concept analysis of parent- infant attachment. *J Adv Nurs* 1998; 28(5): 1071-81.
12. Üstünöz A, Güvenç G, Akyüz A, Ofraz F. Comparison of maternal- and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery* 2010; 26:1-9.
13. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health* 2001; 24: 203-17.
14. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg.* 2010; 20(3): 99-108
15. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2006; 19: 24-39

16. Can G. Anne- yenidoğan bağının önemi. Ekşi A. Ed. Ben hasta değilim- Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. s. 1-5.
17. Scharfe E, Maternal attachment representations and initiation and duration of breast feeding, *Journal of Human Lactation* 2012; 28 (2): 218-25.
18. Himani BK, Kumar P. Effect of initiation of breast-feeding within one hour of the delivery on "maternal- infant bonding. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2011 July; 7(3).
19. Öztürk R, Saruhan A. Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir: 2010.
20. Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behav Dev* 2011; 34(2): 339-50.
21. Bellieni CV, Ceccarelli D, Rossi F, Buonocore G, Maffei M, Perrone S, Petraglia F. Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses? *Minerva Ginecol.* 2007 Apr; 59 (2): 125-9.
22. Chang SB, Kim KY, Kim ES. Changes of maternal-fetal attachment and self efficacy for delivery after the Taekyo-perspective prenatal class. *Korean Acad Womens Health Nurs* 2001 Mar; 7(1): 7-17
23. Abası E, Tafazzoli M, Esmaily H, Hasanabadi H. The effect of maternal-fetal attachment education on maternal mental health. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2013; 43: 815-20.
24. Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013; 12 (2):177-82.
25. Potur DC. Anne rolü yeteneği-Anne olmak, hemşirelikte kavram, kuram ve model örnekleri. Editörler Ocakçı AF, Alpar E. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi. s. 67-85.
26. Çınar N, Köse D, Altınkaynak S. Emzirme yeterliliğinin maternal bağlanma ve sosyal destek ile ilişkisi. 34. Pediatri Günleri ve 13. Pediatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı, İstanbul, 3-6 Nisan 2012.
27. Yalçın JY, Esenay FI. Anne bebek arasındaki bağlanma olgusunun infantil kolik ile ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, 2010.
28. Damato EG. Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Advances in Neonatal Care* 2004(October); 4, (5): 274-91.
29. Ahn YM, Kim MR. The relationship between early neo-maternal exposure, and maternal attachment, maternal self-esteem and postpartum depression in the mothers of NICU infants. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005 Aug; 35(5): 798-809.
30. Ahn YM, Lee SM. The effects of the integrated NICU hospitalization education on maternal attachment, maternal self-esteem, and postpartum depression in the mothers of high-risk infants. *Korean J Child Health Nurs* 2004 Jul; 10(3): 340-49.
31. Wolke D, Madzwamusel SE, Gutbrod T. Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics, *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed doi:10.1136/archdischild-2013-303788
32. Talipoğlu Y, Esenay FI. Aile merkezli bakımla maternal bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Mersin, 2010. (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi)
33. World Health Organization, Skin to skin care, Accessed November 1, 2013, at <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/en/>.
34. Meeks M, Hallsworth M. Yeo H. Yenidoğan Hemşireliği. Yurdakök M (ed):, 2. Baskı. Ankara: Rota Tıp Kitabevi; 2012.
35. Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *J Trop Pediatr* 2010; 56(5): 342-4.
36. Çınar N, Sözeri C, Dede C, Cevahir R. Anne ve bebeğin aynı odada uyumasının emzirmeye etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010. Sempozyum Özel Sayısı.
37. Tanır F. Bebekleri 0-2 yaş arasında olan bir grup annenin emzirmeye ilişkin inanç ve tutumları. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2006.
38. Blair PS, Ball HL The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Archives of Disease in Childhood* 2004; 89: 1106-10.
39. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk (electronic version). *Pediatrics* 2005; 115:496-506.



Sayın STED Yayın Yönetmeni,

Dergimizin Türk Tıp Dizini içinde yer almasından dolayı sizi ve yayın kurulunuzu kutlarım.

Derginiz elime ulaştıkça ilgiyle okumaktayım. 2013 Şubat sayısında yayınlanan makaleleri okudum. "Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı" makalesi hakkında "editöre mektup" yazmak istedim.

Sayın Editör,
Akademi dışında sahada çalışan meslektaşlarımızın bilimsel bir çalışma yapması her türlü övgünün üzerinde takdiri hak etmektedir. Bu anlamda Sayın Elmas, Baştürk ve Çatak'a "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" gibi önemli bir konuda bilimsel bir çalışma yaptıkları için teşekkür ederim. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet her geçen gün artmakta ve bu şiddet karşısında sağlık çalışanları fiziksel ve ruhsal sorun yaşamakta ve hatta yaşamını kaybetmektedir. Yaşanan bu şiddeti görsel hale getiren bilimsel çalışmaların artması kamuoyunda farkındalığı artırırken, sorunun çözümü konusunda yetkililere de görevlerini hatırlatıcı baskı oluşturmaktadır. "Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı" başlıklı makalede Bursa Yıldırım ilçesinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının son üç ay içinde hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma durumu değerlendirilmiştir. Çalışmaya 76'sı (% 24,4) erkek, 236'sı (% 75,6) kadın olmak üzere toplam 312 kişi katılmış. Çalışmanın temel sonucu olarak çalışmaya katılanların %49,0'ünün sözel ve %8,3'ünün de fiziksel şiddete maruz kaldığı rapor edilmektedir. Yapılan önemlilik testleri sonrasında hem sözel, hem de fiziksel şiddete maruz kalma ile sosyodemografik ve mesleki özellikler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı bildirilmektedir. Elde edilen bulgular yönünden her iki kişiden birinin sözel şiddete, yaklaşık her on kişiden birinin de

fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Çalışmanın tartışma bölümünde kaynaklardan atıf yapılarak elde edilen bulgular tartışılmış. Tartışmada özellikle kadın sağlık çalışanlarının şiddete daha fazla maruz kaldığı vurgulanmaktadır. Aynı şekilde aile sağlığı elemanlarının da hekimlere kıyasla daha fazla şiddete maruz kaldığı rapor edilmektedir.

Sayın Editör,

Çalışma bulguları değerlendirildiğinde, bulgular bölümünde de belirtilmesine karşın, şiddete maruz kalma ile cinsiyet ve mesleki özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada böyle bir ilişki bulunmamışken, tartışma ve sonuç bölümünde kadınların erkeklere kıyasla, aile sağlığı elemanlarının da hekimlere kıyasla daha fazla şiddete maruz kalmasının vurgulanması ve bunun çalışmanın temel bir sonucu olarak öne çıkarılmasının gerçeği yansıtmadığını düşünüyorum. Atıf yapılan kaynaklarda sağlık çalışanları içinde kadınların daha fazla şiddete maruz kalması yer alabilir; ancak, bu araştırmadan elde edilen bulgulardan böyle bir sonuca varılamaz. Bu araştırmada her iki kişiden birinin sözel şiddete maruz kaldığı ve her on kişiden birinin de fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucu çalışmanın temel sonucu olup, şiddet ile sosyodemografik ve mesleki özellikler arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir. Buradan çalışma bölgesinde şiddetin yaygın bir sorun olduğu ve bütün sağlık çalışanlarının aynı boyutta etkilendiği sonucuna varılabilir. Bu nedenlerle makalenin tartışma ve sonuç bölümü ile bulgular bölümü birbiriyle uyusmamaktadır.

Her halükârda araştırmacıları, böyle önemli bir konu üzerinde bilimsel bir çalışma yaparak bu sorunu ortaya koymalarından dolayı kutlarım. Saygılarımla ...

Prof. Dr. C. Tayyar Şaşmaz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Araştırma/Derleme/Olgu Sunumu	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Bir Üniversite Hastanesinin Acil Servisine Zehirlenme Nedeniyle Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi	Dr. Fatih Öz, Dr. Arif Alper Çevik, Dr. Mehmet Enes Gökler, Dr. Alaettin Ünsal	1	1
RİA Uygulaması Öncesinde Kadınların Kaygı Düzeyi	Dr. Bahtişen Kartal, Dr. Aynur Kızılırmak, Hülya Işıkcı, Leyla Akçay, Kismet Ay	1	8
Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı	Dr. Şirin Elmas, Dr. Sevgi Baştürk, Dr. Binali Çatak	1	14
Gazlı İçecekler: Sağlık Açısından Değerlendirmeler	Dr. Elif Benderlioğlu, Dr. Dilek Aslan	1	20
Adım Adım Kronik Hastalık Risk Faktörlerinin Sürveyansı, Niçin Sürveyans?	Dr. Celalettin Çevik, Dr. Belgin Ünal	1	28
Bulaşıcı Hastalıklar Açısından Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	Dr. Dilek Aslan	1	33
Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Hudson & Ricketts Tutum Ölçeğine Göre Cinsel Yönelimlere Bakışı	Dr. Nurhan Meydan Acımış, Dr. Mustafa Ağah Tekindal	2	38
Dershaneye Giden Lise Öğrencilerinin Dershane Sürecinde Beslenme Tercihleri	Dr. Mahmut Onur Kültüroğlu, Dr. Dilek Menteşoğlu, Dr. Gökçen Memiş, Dr. Taha Yusuf Kuzan, Dr. Cavit Işık Yavuz, Dr. Songül Acar Vaizoğlu	2	46
Televizyonun Çocukların Günlük Yaşam Etkinlikleri Üzerine Etkisi	Dr. Esmâ Sülü Uğurlu, F. Nevin Şişman, Dr. Gül Ertem, Nilay Durmaz Şevik	2	54
İleri Yaş Gebeliklerde Biyopsikososyal Sorunlar ve Yaklaşımlar	Büşra Cesur, Şükran Ertekin Pınar, Dr. Özlem Duran	2	60
Sağlıklı Okul Beslenme Programları İçin Adımlar	Dr. Suzan Gündüz, Dr. Metin Canbal, Hatice Mutlu Albayrak	2	66
Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Halk Sağlığı Etiği Servikal Kanserde Risk Faktörleri, Erken Tanı Yöntemleri, Korunma ve Hemşirenin Rolü	Dr. Dilek Aslan Dr. Özlem Karabulutlu	2 2	70 74
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Funda Özpulat, Birsen Bilgen Sivri	3	80
"PUBMED" Veri Tabanında Dumansız Hava Sahası Düzenlemesi Olan İki Ülkede Tütün Kontrolü Konulu Makalelerin Değerlendirilmesi: Avustralya ve Türkiye Örnekleri	Dr. Gülnaz Ulusoy, Dr. Dilek Aslan	3	90
Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler	Dr. Arda Karagöl, Dr. Deniz Çalışkan, Dr. Murat Beyazyüz Dyt. Simge Yılmaz, Ayla Açıkgöz, Celalettin Çevik, Kevser Tari Selçuk, Dr. Reyhan Uçku	3 3	96 105
Bilinci Kapalı Çocuğa Acil Yaklaşım	Dr. Halise Akça, Dr. Nilden Tuygun, Dr. Can Demir Karacan	3	115

Araştırma/Derleme/Olgu Sunumu	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Beş Aylık Bir Bebekte Koledokolitiazisin Medikal Tedavisi	Dr. Serdar Moraloğlu, Dr. Oktav Bosnalı, Dr. Kamber Göksu, Dr. Neslihan Gülçin, Dr. Ayşenur Cerrah Celayir	3	102
Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri	Dr. Celalettin Çevik, Bülent Kılıç	4	122
Trabzon'da Hekimlerin Tüberküloz Kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları	Havva Karadeniz Mumcu	4	131
Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi	Gülseren Dağlar, Handan Güler, Gülbahtiyar Demirel, Z. Burcu Yurtsal	4	138
Türkiye'de Sosyalleştirme'den "Sağlıkta Dönüşüm" e Sağlık Harcamaları	Dr. Emine Baran, Dr. Ahmet Saltık	4	143
Laktasyon Döneminde Görülen Hastalıklarda İlaç Kullanımında Emzirme Güvenliği	Özge Eren, Dr. Nursan Çınar, Dr. Sevin Altinkaynak	4	149
Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı	Dr. Gülbahtiyar Demirel, Dilek Bilgiç Çelik	4	157
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunu Geliştirmeye Yönelik Görme Keskinliği Muayenesi, Kulak Muayenesi ve İşitmenin Değerlendirilmesi Konulu Eğitim Programının Değerlendirilmesi	Dr. S. Ayhan Çalışkan, Dr. Seyfi Durmaz, Dr.Sait Eğrilmez, Dr.Raşit Midilli, Dr. Tuna Çalışkan	5	164
Bir Okul Sağlık Taramasına Göre İlköğretim Öğrencilerinde Antropometrik Özellikler ve Sağlık Sorunları	Dr. Cantürk Çapık, Dr. Ataman Karaçöp, Dr. Ümit Yaşar Elyıldırım	5	172
Sivrihisar'da İlköğretim Öğrencileri Arasında Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi	Dr. Tuğçe Koyuncu, Dr. Didem Arslantaş, Dr. Alaettin Ünsal	5	181
Hasta İle Hekimin Ötekileştirilmesi	Dr. Cumhuri İzgi	5	186
Yaşama Erken Başlayanlar: Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu	Dr. Nergis Başer, Dr. Muzaffer Eskiocak	5	192
Birinci Basamakta Tıbbi Düşük Yönteminin Uygulanabilirliği	Dr. Filiz Ak	5	197
Köy ve Kasaba İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Durumları	Funda Özpulat, Birsan Bilgen Sivri	6	207
Bir Endokrinoloji Polikliniğinde İzlenen Tip 2 Diyabet Hastalarında Tıbbi ve Davranışsal Tedavi Yaklaşımlarının Etkileri	Simge Yılmaz, Dr. Abdurrahman Çömlekçi, Dr. Belgin Ünal	6	220
Ev Ziyaretleriyle Ev Kazası Risk Faktörlerinin Saptanması ve Belirlenen Kazaların Özellikleri	Dr. Kamer Gür, Dr. Saime Erol, Ayşe Sezer, Fatma Nevin Şişman	6	226
Antalya İl Merkezinde Bir Grup Yaşlıda Geriatrik Sendrom Bulgularına Birinci Basamak Yaklaşımının Değerlendirilmesi	Dr. Zeynep Aşık	6	234
Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci	Dilek Köse, Dr. Nursan Çınar, Dr. Sevin Altinkaynak	6	239



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.

Dergide yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:
 - 1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:
 - **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), 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 özetinde 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.

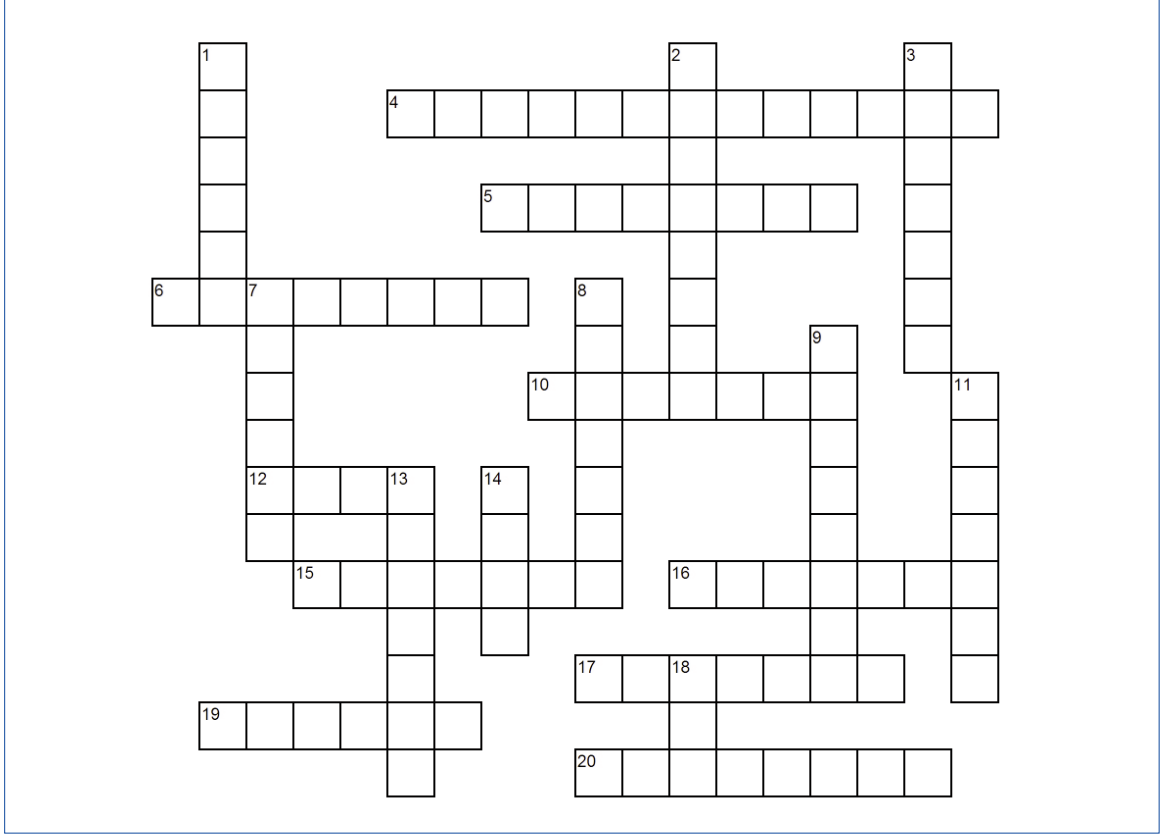
9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED 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 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 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 "**Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Ocak - Şubat 2014** sayımızda yayımlayacağız.



1. Enerji ve yeni dokuların yapımı için yeterli miktarda protein, mineralleri ve vitaminleri gerektiren süreç. **2.** Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile başlatılan, yürütücülüğünü Sheffield Üniversitesi'nin yaptığı, yaşlıların özellikle birinci basamakta multidisipliner olarak değerlendirilmesine yönelik olan bir proje. **3.** Bağlılığın kimyasını oluşturur. **4.** Diyabetik olguların önemli bir kısmına eşlik eden hastalık. **5.** Prenatal bağlanmayı olumsuz etkileyen etmenlerden biri. **6.** Bireyin sağlığını etkileyen en önemli çevresel etmenlerden biri. **7.** DSÖ'ye göre insanın fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olması. **8.** Diyabetin değiştirilebilir etmenlerinden biri. **9.** Çocuğun toplum yaşamına ilk kez bilinçli olarak girdiği dönem. **10.** Aile- bebek bağlanma süreci aşamalarından biri. **11.** Diyabetin

değiştirilemez faktörlerin biri. **12.** Sağlık personelinin ev ziyaretleri sırasında basit gözlemlerle risklerini belirleyerek kolay girişimler ile bu riskleri azaltma konusunda yardımcı olabileceği alanlardan biri. **13.** Dünya'da önemli bir halk sağlığı sorunu. **14.** En fazla artan geriatrik sendrom bulgusu. **15.** Bağlanma sürecini olumlu etkileyen en önemli faktörlerden biri. **16.** Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başlıca morbidite ve mortalite nedenlerinden biri. **17.** Hastalığın seyrinde bireyin kendi kendine hastalık yönetimi. **18.** Bir göreve bağlılık ya da bir görevi yerine getirme **19.** Okul çağında çocuğun beslenme alışkanlıklarını belirleyen etkenlerden biri. **20.** İnsanların kendileri için önemli olan başkalarıyla güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini açıklayan bir yaklaşım.