



Bir Üniversite Hastanesinin Acil Servisine Zehirlenme Nedeniyle Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi	1
RİA Uygulaması Öncesinde Kadınların Kaygı Düzeyi	8
Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı	14
Gazlı İçecekler: Sağlık Açısından Değerlendirmeler	20
Adım Adım Kronik Hastalık Risk Faktörlerinin Sürveyansı, Niçin Sürveyans?	28
Bulaşıcı Hastalıklar Açısından Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	33

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. Şükürü 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. Fiğen 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 SağdıçDr. Mustafa Sülkü
Dr. Fiğen 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 Eskiocak
Prof. Dr. Sibel Kalaça
Dr. Sibel Kıran
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 ErbörüDr. Sultan Gemalmaz
Dr. Nevruz Gürçeğiz
Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır. Yıllık abone ücreti 9 TL.

Araştırma/Research

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

RİA Uygulaması Öncesinde

Kadınların Kaygı Düzeyi

Dr. Bahtışen Kartal, Dr. Aynur Kızılırmak,

Hülya Işıklı, Leyla Akçay, Kısmet Ay

8

Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı

Dr. Şirin Elmas, Dr. Sevgi Baştürk,

Dr. Binali Çatak

14

Derleme/Review Article

Gazlı İçecekler: Sağlık Açısından

Değerlendirmeler

Dr. Elif Benderlioğlu, Dr. Dilek Aslan

20

Adım Adım Kronik Hastalık Risk Faktörlerinin Sürveyansı, Niçin Sürveyans?

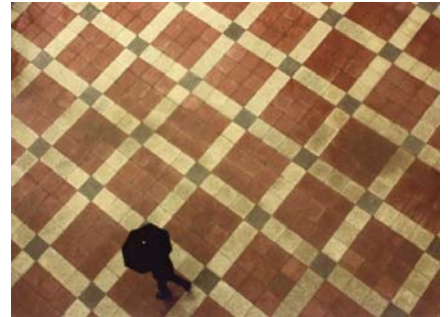
Dr. Celalettin Çevik, Dr. Belgin Ünal

28

Bulaşıcı Hastalıklar Açısından Sağlık Çalışanlarının Sağlığı

Dr. Dilek Aslan

33

Kapak Fotoğrafı
"Yalnızlık Paylaşılmaz"

Ceyhan İrgil

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012

Büyük Ödül



Merhaba,

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi yayın ekibi olarak, yeni bir yılda daha birinci basamak hekimleri ve sağlık ekibine, tıptaki birinci basamak hizmetine katkıda bulunabilecek yeni bilgi ve gelişmeleri sunmayı sürdürüyoruz. Yeni yılın siz hekim ve sağlık çalışanlarına, şiddetten uzak, huzur dolu günler getirmesini umuyoruz.

Tıptaki büyük ilerlemenin sonucunda, yatay bir uzmanlık alanı olan pratisyen hekimlik / aile hekimliği ya da birinci basamak hekimliğinin kapsamının da giderek genişlediğine daha önce dikkat çekmiştik. Bu nedenle, alanın meslek ya da sürekli eğitiminin önemi giderek artıyor. Yapılan binlerce araştırmanın sonuçlarını ayıklamak, değerlendirmek, çelişiklere anlam yüklemek kolay değil kuşkusuz. Ayrıca sanayi ve teknolojideki gelişimin tıp alanındaki yansımalarında uluslararası tekellerin etkisi de yadsınamaz. Zaman zaman araştırma sonuçlarında ticari çıkarların gözetildiği kaygısı, günümüzün koşullarında haklı kuşku uyandırabiliyor. Dolayısıyla bilgileri aklın ve bilimin süzgecinden geçirmek, her zaman sağlıkçıların bilincinde ve gündeminde olmalıdır.

İşte birinci basamak sağlık hizmetine yönelik bir yayının işlevleri arasında bulunan, tıptaki değişimi alanın insangücüne yansıtma başat bir görev olarak önümüzdedir. Bu bağlamda, sonuçları açıklanan yeni araştırma, birikim ve olguları güncel biçimde değerlendirerek, hizmete katkısı olabilecek güvenilir bilgileri özet olarak siz okurlarımıza sunmaya çalışıyoruz.

Yeni bir araştırma, 50-79 yaş arası kadınlarda mamografi sonuçlarını değerlendirdi (1). Avrupa'nın 18 ülkesindeki 12 milyon kadının mamografilerinin çözümlemesine dayanan çalışmada, mamografinin yarar ve zararı ortaya konmaya çalışıldı. Çünkü mamografinin verdiği yalancı pozitif sonuçlar, gereksiz meme girişimlerine yol açmaktadır. Bu nedenle, uzun yıllar süren mamografinin yarar-zararı değerlendirmeleri, araştırmacılar arasında tartışma konusuydu.

Araştırmacıların hesaplarına göre, rutin mamografinin yarar ve zararını içeren denge listeleri oluşturuldu. Buna göre, 50 yaşında mamografi yaptırmaya başlayıp 79 yaşına dek iki yılda bir testi yineleyen 1000 kadında;

- 800'ünün negatif mamografisi olacağı,
- 200'ünün ileri incelemeye gereksinimi olacağı, bunlardan 170'inin invaziv olmayan bir teste (mamografi tekrarı, ultrasonografi ve/ya da MRI), 30'unun ise biyopsi ya da cerrahiye gönderileceği,
- 7 ile 9'unun erken meme kanseri tanı ve tedavisi ile yaşamının kurtarılacağı,
- 4'ünün gereksiz girişime maruz kalacağı (overdiagnoz) hesaplanmıştır.

Araştırma, rutin mamografinin kişiye zarar vermeden meme kanserinden ölümü önlediği görüşünü desteklemektedir. İlgili tıp kuruluşları da genelde, 40-50 yaşta başlayıp 1-2 yılda bir mamografi yapılmasını önermektedir. Ancak riski yüksek olanların 40 yaştan önce başlayıp iki yıldan daha kısa sürede testi yinelemesi gereğine de dikkat çekilmektedir.

Öte yandan, Amerika Kemik ve Mineral Araştırmaları Topluluğu 2012 Genel Kurulu'nda, araştırmacılar angiotensin II konverting enzim (ACE) inhibitörleri ve B blokerler başta olmak üzere yeni başlayan antihipertansif tedavinin yaşlılarda düşme ve ekstremitte kırıkları açısından risk artışı yaratabileceğini raporladılar. Kanada Toronto Üniversitesi'nden araştırmacılar 1,6 milyon yaşlının veritabanını analiz ederek yeni başlanan antihipertansif tedavi ve kırık arasındaki riski değerlendirdiler (2). Araştırmada, 301.591 hastanın 1.463'ünde antihipertansif tedavi başlanmasından sonraki ilk 45 gün içinde ekstremitte fraktürü saptandı. Bulgular, kontrollere göre %43 daha fazla kalça fraktürü olduğunu ortaya koydu. Risk artışı, incelenen 5 ilaç grubunda da (tiazyd diüretikleri, angiotensin II reseptör blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri ve beta adrenerjik blokerler) olmakla birlikte,

yalnızca ACE inhibitörleri ve beta adrenerjik blokerler için istatistiksel anlamlılık belirlendi.

Daha önce de hipertansiyon tedavisi ile kırık riski artışı değerlendirilmiş, ancak bu ilişkinin uzun dönemli etkisi belirlenmişti. Bu araştırma, antihipertansif tedavinin yaşlılarda kalça kırığı üzerinde kısa süreli akut riskini gösteren ilk büyük topluma dayalı çalışmadır.

Bu sonuçlara göre, antihipertansif tedavinin kardiyovasküler olayları azalttığı, ancak kırık riskini artırabileceği açıklandı. Hipertansiyonun yaygınlığı ve yeni olguların yaklaşık %70'ine tedavi başlandığı dikkate alınır, bu sonuç çok sayıda yaşlı insanın etkilenebileceğini ortaya koymaktadır. Kırıkların yaşlı nüfustaki ciddi prognozu, tedavi başlarken dikkatli ve uyarıcı olmanın önemine dikkat çekmektedir.

Araştırmacılar, yaşlı nüfusun üçte birinden yarısına kadarının yılda bir kez düştüğünü ve bunların %1'inin kalça kırığıyla sonuçlandığını belirtmişlerdir. Ancak hipertansiyonda tedavinin önemi açık olduğundan, kırık riskinin değerlendirilmesi için daha fazla araştırma gerektiği de vurgulanmaktadır. Çünkü

antihipertansiv tedavi ile ilişkili mutlak kırık riskini belirlemek zordur ve bu nedenle de araştırmanın klinik sonuçları kesin değildir .

Tıp alanında son zamanlarda tartışılmakta olan başka bir konu, yüksek kalsiyum alımıyla, özellikle de ilaç olarak kullanımıyla artan kardiyovasküler ölüm riskidir. Çok sayıda insanın yer aldığı büyük araştırmalar, bu ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bu konuyu, sonraki sayımızda ele alacağız. O zamana dek, hoşça kalın.

Bilimsel ve dostça ...

Kaynaklar

1. LeWine H. Study backs mammograms for women 50 to 69. Posted September 17, 2012. Internet Publishing, Harvard Health Publications. <http://www.health.harvard.edu/blog/mammograms-backed-for-women-50-to-79-201209175315> utm_source=twitter&utm_medium=socialmedia&utm_campaign=091712-pjs1_tw
2. Butt D, Solomon D. American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR) 2012 Annual Meeting. Abstract 1055. Presented October 13, 2012. <http://www.medscape.com/viewarticle/772773?src=mpnews2012>



Dr. Halil Akyürek "Kar Parıldaması"
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012

Bir Üniversite Hastanesinin Acil Servisine Zehirlenme Nedeniyle Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi

The Evaluation of Acute Poisoning Cases Admitted to a University Hospital Emergency Department

Araştırma



Research

Dr. Fatih Öz, Dr. Arif Alper Çevik**, Dr. Mehmet Enes Gökler*, Dr. Alaettin Ünsal****

Geliş tarihi : 31.01.2013

Kabul tarihi: 12.02.2013

Öz

Amaç: Bu çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma, 01 Ocak - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların geriye dönük olarak değerlendirildiği bir kayıt taramasıdır. 2011 yılı içinde hastane acil servisine yapılan 55989 başvurudan 355'ini (%0,6) zehirlenme olguları oluşturmuştur.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların 224'ü (%63,1) kadın, 131'i (%36,9) erkek olup, yaş ortalaması $22,87 \pm 17,86$ yıl (min: 1; max: 91) idi. Acil servise yapılan başvurular arasında en çok zehirlenme nedeninin ilaçlar ile zehirlenme (%52,4) olduğu ve ilaçları karbon monoksit zehirlenmelerinin (%34,6) izlediği saptanmıştır. En fazla zehirlenme olgusu kış aylarında (%30,7) ve akşam saatlerinde (%37,8) görülmüştür.

Sonuç: Acil servise zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların büyük bir çoğunluğunu ilaç zehirlenmeleri ve karbon monoksit zehirlenmeleri oluşturmaktadır. İlaç zehirlenmelerinin ve karbon monoksit zehirlenmelerinin azaltılması için, halkın doğru ilaç kullanımı ve soba yakma konusunda bilgilendirilmesi ve uyarı yapılması yararlı olabilir.

Anahtar sözcükler: Adli olgu, Zehirlenme, Acil servis

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the acute poisoning cases who were admitted to a university hospital in Eskişehir, Turkey.

Material and Method: All cases admitted to the emergency department of the hospital between January 1, 2011 and December 31, 2011 were evaluated retrospectively. This study was performed on 355 (0.6%) poisoning admissions out of the total 55989 cases admitted to the university hospital in 2011, by data collection from the medical records of patients.

Results: Of the poisoning cases, 63.1% were female and 36.9% were male patients. The mean age of patients was 22.87 ± 17.86 years. Medical drugs were the major cause (52.4%) of the cases, followed by carbon monoxide (34.6%). Most poisoning cases occurred during the winter months (30.7%) and evening hours (37.8%).

Conclusion: Medical drugs and carbon monoxide are the two most common poisoning agents. It may be useful to inform and warn citizens about igniting the stove and rational drug use to avoid poisoning cases due to these agents.

Key words: Forensic cases, Poisoning, Emergency department

*Arş. Gör.; Eskişehir Osmangazi Ü. Halk Sağlığı AD, Eskişehir

**Doç.; Eskişehir Osmangazi Ü. Acil Tıp AD, Eskişehir

*Prof.; Eskişehir Osmangazi Ü. Halk Sağlığı AD, Eskişehir

Giriş

Zehirlenme, toksik etki gösteren maddelerin gastrointestinal sistemden absorpsiyonu, akciğerlerden inhalasyonu ya da deri ve mukozalardan temas sonucu yeterli miktarda vücuda alınmasıyla gerçekleşen hastalık ya da ölümle sonuçlanan durum olarak tanımlanmaktadır. Bazı zehirler çok az miktarlarda bile yaralanmalara ve hastalığa yol açabilir. Toksik maddeye maruz kaldıktan hemen sonra da belirtiler ortaya çıkabilir, uzun süre maruz kalmayla yıllar içinde de gelişebilir (1).

Zehirlerle ilgili bilinen en eski yazılı metin olan Ebers Papirüsü'nde (MÖ 1500) baldıran, bildircin otu, afyon ve kurşun, bakır, antimon gibi metalleri de içermek üzere, birçok zehrin ve zehirli okların kullanıldığı yer almaktadır. Hipokrat (MÖ 400) ise, zehirlenmelerde tedavi yaklaşımı ve ilaç kullanılırken doz aşılacağına yapılması gerekenlerden söz etmiştir. Günümüzde bilindiği anlamda zehirlenme ile mücadele, 1850'nin sonlarında anestetik ve dezenfektan maddelerin anlaşılmasıyla başlamıştır (2).

Belirtiler toksik maddeye maruz kaldıktan hemen sonra da ortaya çıkabilir, uzun süre maruz kalmayla yıllar içinde de gelişebilir. Zehirlenme belirtileri, alınan maddenin cinsine, miktarına, maruz kalma süresine ve kişinin duyarlılığına göre değişiklik gösterebilir. Örneğin karbon monoksit ile zehirlenme kanın oksijen taşıma yeteneğini azaltarak baş ağrısı ve uyku hali oluşturur, daha ağır olgularda ise ölüme kadar gidebilir. Genel olarak zehirlenme belirtileri halsizlik, ishal, ateş, yutma güçlüğü, deri döküntüsü, çift ya da bulanık görme, bilinç kaybı ve ölüme kadar varan geniş bir aralıkta görülebilir (3).

Amerikan Zehir Kontrol Merkezi'nin 2010 yılındaki raporuna göre, 2.384.825 zehirlenme olgusu rapor edilmiş ve zehirlenme nedenleri arasında ilk 5 sırada ağrı kesici ilaçlar, kozmetikler, ev temizliğinde kullanılan ürünler ve sedatif/hipnotik/antipsikotik ilaçların yer aldığı bildirilmiştir (4). Gelişmiş ülkelerde en sık görülen zehirlenme nedeni ilaçlar iken, gelişmekte olan ülkelerde pestisitlerdir (5, 6). Türkiye'de de, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi zehirlenmeler arasında ilaçlarla meydana gelen zehirlenmeler ön sıralarda bulunmaktadır (7-9).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2009 yılında zehirlenmeye bağlı 41.592 ölümden 31.758'inin (%76,0) kasıtsız olarak gerçekleştiği, 3.349'unun (%8,0) ise nedeninin bilinmediği bildirilmiştir. Ayrıca 2004-2005 yılları arasında yaklaşık 71.000 çocuğun zehirlenme nedeniyle acil servislere başvurduğu rapor edilmiştir (10). Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise acil servislere yapılan başvurulardan %0,7-5,0'ünün zehirlenmeler nedeniyle olduğu bildirilmektedir (7, 8, 9, 11).

Toksine maruziyet; çevresel olarak, kazayla, tedavi sırasında ya da kasıtlı olarak gerçekleşebilir. Toksik maddelerin vücuda alınma yolu, toksik maddenin cinsi ve ortaya çıkan belirtiler erişkinlerde ve çocuklarda farklılık gösterebilmektedir. Çocukluk çağında zehirlenmeler genellikle ev temizlik ürünleri ve ilaçlar ile kaza sonucu meydana gelirken, erişkinlerde zehirlenmeler daha çok bazı ilaçlarla kasıtlı olarak gerçekleşmektedir (12).

Kasıtlı olsun – olmasın, zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvurular acil servisler için önemli bir sorundur. Acil servislerde yapılacak olan erken ve doğru tanı ile birlikte uygun tedavi zehirlenmelerde yaşam kurtarıcı olabilir. Bu yüzden, zehirlenmelerle ilgili bazı epidemiyolojik özelliklerin bilinmesi, erken tanı ve tedavi yönetiminde yardımcı olabilir ki bu da morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemlidir. Ayrıca, bu bilgiler zehirlenmelerle ilgili koruyucu önlemlerin alınmasında da yol gösterici olabilir (12, 13).

Bu çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 01 Ocak - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların geriye dönük olarak değerlendirildiği bir kayıt taramasıdır.

Hastane acil servisine 2011 yılı içinde yapılan toplam 55.989 başvurudan 1050'si (%1,87) adli olay olarak değerlendirilmiştir. Adli olgulardan 355'ini (%33,8) zehirlenmeler oluşturmaktadır. Zehirlenme nedeniyle başvuranların yaşı, cinsiyeti, başvuru saati,

günü, ayı, mevsimi ve aldıkları tanılar değerlendirilmeye tabi tutulmuştur. Acil servis kayıtlarında yer alan zehirlenmelerin sınıflandırılmasında Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (ICD-10) kullanıldı.

Bu çalışmada 01 Aralık - 28 Şubat tarihleri arası kış, 1 Mart - 31 Mayıs tarihleri arası ilkbahar, 01 Haziran - 31 Ağustos tarihleri arası yaz, 01 Eylül - 31 Kasım tarihleri arası ise sonbahar mevsimi olarak kabul edildi.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 15.0) İstatistik Paket Programı'nda değerlendirilmiştir. Analizler için Runs testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma grubunu oluşturanların 224'ü (%63,1) kadın, 131'i (%36,9) erkek olup, yaş ortalaması $22,87 \pm 17,86$ yıl (min: 1; max: 91) idi. Haftanın günleri açısından bakıldığında zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların en çok (%18,6) Pazar, en az ise (%11,5) Perşembe ve Cuma günleri olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Başvuruların en çok (%37,8; $n=134$) 1600-2359 saatleri arasında yapıldığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Başvuru

Tablo 1. Zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların başvuru zamanına göre dağılımı

Günler	n (%)	Test değeri Runs; p
Pazartesi	46 (13,0)	4.000; 0.013
Salı	55 (15,5)	
Çarşamba	56 (15,8)	
Perşembe	41 (11,5)	
Cuma	41 (11,5)	
Cumartesi	52 (14,6)	
Pazar	64 (18,0)	
Saatler		
2400-0759	109 (30,7)	2.000; 0.000
0800-1559	112 (31,5)	
1600-2359	134 (37,8)	
Mevsimler		
Kış	109 (30,7)	2.000; 0.000
İlkbahar	98 (27,6)	
Yaz	82 (23,1)	
Sonbahar	66 (18,6)	
Toplam	355 (100,0)	

sayıları en fazla ($n=66$; %30,7) kış aylarında iken, en az ($n=66$; %18,6) sonbahar aylarındadır ($p < 0,05$). Zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların günlere, saatlere ve mevsimlere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmamızda zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvurulardan en çoğunun (%52,4; $n=186$) ilaçlarla zehirlenmeler olduğu saptanmıştır. Acil servise yapılan başvuruların en fazla 0-17 yaş grubunda olduğu ve bu yaş grubundaki zehirlenmelerin en fazla ilaçlarla olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Başvuru sayıları ve zehirlenme tipleri açısından erkekler ile kadınlar arasında bir fark yoktur ($p > 0,05$). İlaç zehirlenmeleri en fazla hafta içi günlerde görülmekte, karbon monoksit zehirlenmeleri ise en fazla hafta sonu günlerinde görülmektedir ($p < 0,05$). Karbon monoksit zehirlenmesi nedeniyle yapılan başvurular en fazla 2400-759 saatleri arasında olmakta, ilaç zehirlenmeleri ise daha çok 1600-2359 saatleri arasında gerçekleşmektedir ($p < 0,05$). Kış aylarında en fazla karbon monoksit zehirlenmeleri görülürken, yaz aylarında ilaç zehirlenmeleri daha fazla görülmektedir ($p < 0,05$). Zehirlenme tiplerinin olguların yaşı, cinsiyeti, gün, saat ve mevsimlere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma

Zehirlenmeler, acil servislere yapılan başvuruların önemli bir kısmını oluşturan, ciddi yaklaşım gerektiren ve tedaviye iyi yanıt veren önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bu çalışmada zehirlenme olgularının yarısından çoğu kadındı ($p < 0,05$). Kadınlarda zehirlenme olgularının daha çok görülmesinin nedenleri arasında, toplumdaki bazı sosyokültürel faktörlerin kadınlar üzerinde baskı oluşturarak ilaçla intihar girişimine yol açması ve kadınların ev temizliğinde kullanılan kimyasal maddelere daha çok maruz kalması sayılabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (14, 15, 16, 17). Singh ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise, zehirlenme olgularının daha çok erkekler arasında gerçekleştiği belirlenmiştir (18). Bu sonuç, araştırmanın yapıldığı tarım işlerinin yoğun olduğu bölgelerde, çalışanların pestisitlere maruziyetine bağlı olabilir.

Çalışmamızda kış mevsiminde zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların daha fazla olduğu, sonbahar mevsiminde

yapılan başvuruların ise diğer mevsimlere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). Oysa bazı çalışmalarda zehirlenmeler nedeniyle acil servislere yapılan başvuruların daha çok ilkbahar ve yaz mevsimlerinde olduğu rapor edilmektedir (15, 16, 19). Eskişehir’de kış mevsiminde zehirlenmeler nedeniyle yapılan başvuruların fazla olmasının nedenlerinden biri, bu mevsimde soba kullanımının artması sonucu oluşan karbon monoksit zehirlenmelerinin fazla olması olabilir.

Çalışma süresince zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvurular en fazla pazar günleri, en az ise perşembe ve cuma günleri olmaktadır ($p<0,05$). Türkçüer ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise, zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların cumartesi ve salı günleri olduğu bildirilmiştir (20).

Bu çalışmada gece saatlerinde yapılan başvuruların gündüz saatlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bilge ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da gece saatlerinde acil servise zehirlenme nedeniyle yapılan başvuruların daha fazla olduğu rapor edilmiştir (21). Akşam saatlerinde bireylerin genellikle evlerinde bulunmaları ve evde bulunan ilaçlara ulaşmanın kolay olması, ayrıca karbon monoksit zehirlenmelerinin de genellikle insanların uyku saatlerinde gerçekleşmesi bu durumun nedenleri arasında sayılabilir.

Zehirlenmeler nedeniyle acil servislere yapılan başvuruların en sık nedeninin ilaç zehirlenmeleri olduğu bilinmektedir (14, 15, 16, 22). Çalışmamızda da acil servise yapılan en sık başvuru nedeni ilaç zehirlenmeleri idi ($p<0,05$). Günümüzde birçok ilacın eczanelerden alınabilmesi için reçete gerekmemesi, analjezik benzeri ilaçların çok sık reçete edilmesi ve ilaçlara kolay erişilmesi bu sonucun nedenleri arasında olabilir.

İlaç zehirlenmelerinin genellikle kadınlarda daha sık görülmesi, kadınların intihar girişimlerinde ilaç kullanımına bağlı bir

Tablo 2. Zehirlenme tiplerinin olguların bazı özelliklerine göre dağılımı

	Zehirlenme Tipleri					Test Değeri χ^2 ; p
	Gazlar ve Kimyasallar n (%)	İlaçlarla n (%)	Karbon Monoksit n (%)	Diğerleri n (%)	Toplam** n (%)	
Yaş grubu						
17 ve altı	21 (12,2)	95 (55,2)	48 (27,9)	8 (4,7)	172 (48,5)	32.165; 0.000
18-34	9 (8,2)	67 (60,9)	30 (27,3)	4 (3,6)	110 (31,0)	
35 ve üzeri	2 (2,7)	24 (32,9)	45 (61,3)	2 (2,7)	73 (20,5)	
Cinsiyet						
Erkek	12 (9,2)	61 (46,6)	52 (39,7)	6 (4,5)	131 (36,9)	3.091; 0.378
Kız	20 (8,9)	125 (55,8)	71 (31,7)	8 (3,6)	224 (63,1)	
Günler						
Hafta içi	24 (10,0)	137 (57,3)	72 (30,1)	6 (2,5)	239 (67,3)	12.374; 0.006
Hafta sonu	8 (6,9)	49 (42,2)	51 (44,0)	8 (6,9)	116 (32,7)	
Saatler						
24 ⁰⁰ -7 ⁵⁹	9 (8,3)	45 (41,3)	53 (48,6)	2 (1,8)	109 (30,7)	39.596; 0.000
8 ⁰⁰ -15 ⁵⁹	6 (5,4)	55 (49,1)	49 (43,7)	2 (1,8)	112 (31,5)	
16 ⁰⁰ -23 ⁵⁹	17 (12,6)	86 (64,2)	21 (15,7)	10 (7,5)	134 (37,8)	
Mevsimler						
Kış	6 (5,5)	39 (35,8)	64 (58,7)	0 (0,0)	109 (30,7)	71.493; 0.000
İlkbahar	5 (5,1)	52 (53,1)	37 (37,7)	4 (4,1)	98 (27,6)	
Yaz	14 (17,1)	56 (68,2)	4 (4,9)	8 (9,8)	82 (23,1)	
Sonbahar	7 (10,6)	39 (59,1)	18 (27,3)	2 (3,0)	66 (18,6)	

durumdur. Çalışmamızda ise erkekler ile kadınlar arasında zehirlenme tipleri açısından bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda intihar girişimi sayısının az olması bu durumun nedeni olabilir. Oysa yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlar arasında ilaç zehirlenmelerinin daha sık görüldüğü rapor edilmektedir (21, 23, 24).

Bu çalışmada zehirlenme olgularının en fazla 0-17 yaş grubunda meydana geldiği saptanmıştır. Bu yaş grubunda en fazla görülen zehirlenme olguları ilaç zehirlenmeleri idi. Aynı şekilde, 18-34 yaş grubunda da en çok görülen zehirlenme türü ilaçlarla meydana gelen zehirlenmelerdir. Oysa 35 yaş ve üzeri grupta en fazla görülen zehirlenme türü karbon monoksit zehirlenmeleridir (her biri için; $p<0,05$). Deniz ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da zehirlenme olgularının çocuklarda ve gençlerde daha fazla olduğu rapor edilmiştir (25).

Özellikle kış aylarında ısınma amacıyla soba kullanımının artması ve hafta sonları evlerde geçirilen sürenin fazla olmasına paralel olarak karbon monoksit maruziyet olasılığı da artar. Bunun sonucu olarak, karbon monoksit zehirlenmeleri hafta sonlarında daha fazla görülmektedir. Bu çalışmada da karbon monoksit zehirlenmeleri ve "diğer" grubunda yer alan zehirlenmeler, hafta sonlarında daha fazla bulunmuştur. Kocakaya ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da karbon monoksit zehirlenmelerinin hafta sonlarında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (26). Kimyasal maddeler ve diğer tanımlanmamış maddeler ile zehirlenmeler ile ilaç zehirlenmeleri ise hafta içinde daha fazladır (her biri için; $p<0,05$).

Zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvurular arasında, kimyasal maddeler ve diğer tanımlanmamış maddeler ile zehirlenme olgularının en fazla yaz aylarında olduğu, ilaçlarla zehirlenmelerin yarısından fazlasının ilkbahar ve yaz aylarında görüldüğü, karbon



monoksit zehirlenmelerinin ise en çok kış aylarında olduğu saptanmıştır (her biri için; $p < 0,05$). Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (15, 16, 19, 27).

Adölesanların, dikkat çekebilmek için daha çok ailelerinin evlerinde bulunduğu özellikle akşam saatlerinde ilaçlarla intihar girişiminde buldukları, karbon monoksit zehirlenmelerinin ise daha geç zamanda, özellikle insanların uydukları saatlerde gerçekleştiği bilinmektedir. Çalışmamızda da kimyasal maddeler ile diğer tanımlanmamış maddeler ve ilaçlarla zehirlenmelerin en fazla 1600-2359 saatleri arasında, karbon monoksit zehirlenmelerinin ise en çok 2400-0759 arasında gerçekleştiği görülmüştür (her biri için; $p < 0,05$). Deniz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer sonuç rapor edilmiştir (25).

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sınırlılıkları arasında, araştırmanın bir kayıt taraması olması ve tek bir üniversite hastanesi acil servisi kayıtlarından yararlanılmış olması belirtilebilir.

Sonuç ve öneriler

Bu çalışmada zehirlenmeler nedeniyle acil servise yapılan başvuruların kadınlarda, 0-17 yaş grubunda olanlarda, kış aylarında, pazar günleri ve akşam saatlerinde daha fazla olduğu bulunmuştur. Başvuruların büyük bir çoğunluğunu ilaç zehirlenmeleri ve karbon monoksit zehirlenmeleri oluşturmaktadır. Gerek ilaç zehirlenmelerinin, gerekse karbon monoksit zehirlenmelerinin azaltılması için halka doğru ilaç kullanımı ve soba yakılması konusunda bilgi verilmesi ve uyarı yapılması yararlı olabilir. Acil servise zehirlenme nedeniyle yapılan başvurulara daha etkin bir müdahale yapabilmesi için, yetkin personel ve ekipmanla destek sağlanması morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

İletişim: Dr. Fatih Öz

E-posta: foz@ogu.edu.tr

Kaynaklar

1-Zehirlenme tanımı. World Health Organization. Erişim 15 Kasım 2012, http://www.who.int/environmental_health_emergencies/poisoning/en/

2-Gallo MA. History and scope of toxicology. In:Klaassen CD, ed. Casarett and Doull's Toxicology, The Basic Science of Poisons. Fifth ed. McGraw Hill; 1995.

3-Zehirlenme belirtileri. National Health Service UK. Erişim 16 Kasım 2012, <http://www.nhs.uk/Conditions/Poisoning/Pages/Symptoms.aspx>.

4-Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR et al. 2010 Annual report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 28th Annual Report. Clin Toxicol (Phila), 2011; 49(10): 910-941. doi: 10.3109/15563650.2011.635149

5- Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, et al. Pesticide poisoning in the developing-world-a minimum pesticide list. Lancet 2002; 360: 1163-7.

6-Fernando R. National poisons information centre in a developing Asian country – the first year's experience. Hum Exp Toxicol 1990; 9(3): 161-3.

7-Goksu S, Yıldırım C, Kocoglu H, Tutak A, Oner U. Characteristics of acute adult poisoning in Gaziantep, Turkey. J Toxicol Clin Toxicol 2002; 40 (7): 833-7.

8-Kekec Z, Guney N, Sozuer EM, Guven M Sungur M. An analysis of 682 adult poisonings in Central Anatolia of Turkey. Vet Hum Toxicol 2004; 46(6): 335-6.

9-Satar S, Seydaoglu G. Analysis of acute adult poisoning in a 6-year period and factors affecting the hospital stay. Adv Ther 2005; 22(2): 137-47.

10-Zehirlenme sayıları. Centers for Disease Control. Erişim, 20 Kasım 2012, <http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/poisoning/poisoningfactsheet.htm>

11-Karakaya A, Vural N. Acute poisoning admissions in one of the hospitals in Ankara. Hum Toxicol 1985; 4: 323-6.

12-Ellenhorn MJ. The clinical approach in Ellerhorn's medical toxicology. 2nd ed. Williams & Wilkins USA; 1997. s. 1-46.

13-Dökmeci İ. Toksikoloji. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001.

14-Avşaroğulları L, Senol V, Akdur O, et al. Characteristics of acute adult poisonings in a university hospital emergency department in central Turkey: a three-year analysis. J Pak Med Assoc, 2012; 62(2): 129-33.

15-Islambulchilar M, Islambulchilar Z, Kargar-Maher, MH. Acute adult poisoning cases admitted to a university hospital in Tabriz, Iran. Hum Exp Toxicol 2009; 28(4): 185-90. doi: 10.1177/0960327108099679

- 16-Tufekci IB, Curgunlu A, Sirin, F. Characteristics of acute adult poisoning cases admitted to a university hospital in Istanbul. *Hum Exp Toxicol* 2004; 23(7); 347-51.
- 17- Tunwashe OL, Odukoya OO, Atiba JO. Acute poisoning in the emergency room in Lagos University Teaching Hospital. *Trop Doct*, 1985; 15(4): 164-6.
- 18- Singh B, Unnikrishnan BA. Profile of acute poisoning at Mangalore (South India). *J Clin Forensic Med* 2006; 13(3): 112-6.
- 19-Kıyan S, Özsağ M, Ersel M, et al. Akut zehirlenme hastalarının iki yıllık değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2009; 9(1): 24-30.
- 20-Türkçüer İ, Gözlükaya A, Serinken M, Ozen M, Aydın B. Adli olguların acil servise başvuru zamanları. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2010; 2: 89-92
- 21-Bilge S, Aslan Ş, Katırcı Y, et al. Acil serviste travma dışı adli olguların geriye dönük analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5(3): 133-7
- 22- Hanssens Y, Deleu D, Taqi A. Etiologic and demographic characteristics of poisoning: a prospective hospital-based study in Oman. *J Toxicol Clin Toxicol* 2001; 39(4): 371-80.
- 23-Ozkose Z, Ayoglu F. Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Ankara, Turkey. *Hum Exp Toxicol* 1999; 18(10): 614-8.
- 24-Marahatta SB, Singh J, Shrestha R, Koju R. Poisoning cases attending emergency department in Dhulikhel Hospital- Kathmandu University Teaching Hospital. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2009; 7(26): 152-6.
- 25-Deniz T, Kandış H, Saygun M, et al. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran zehirlenme olgularının analizi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 11(2): 15-20.
- 26-Kocakaya M, Aydın B, Turla A, Özkanlı Ç. OMÜ Tıp fakültesi sağlık uygulama ve araştırma merkezine gelen karbon monoksit zehirlenmesi olguları – 2004. *Solunum* 2007; 9(1): 11-6.
- 27-Duenas-Laita A, Ruiz-Mambrilla M, Gandia F et al. Epidemiology of acute carbon monoxide poisoning in a Spanish region. *J Toxicol Clin Toxicol* 2001; 39 (1); 53-7.



RİA Uygulaması Öncesinde Kadınların Kaygı Düzeyi

The Anxiety Levels of Women Prior to the Application of Intrauterine Devices

*Dr. Bahtışen Kartal**, *Dr. Aynur Kızılırmak**, *Hülya Işıkçı***,
*Leyla Akçay****, *Kismet Ay*****

Geliş tarihi : 18.02.2013

Kabul tarihi: 01.03.2013

Öz

Bu çalışma; rahim içi araç uygulaması için başvuran kadınların uygulama öncesi kaygı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmaya, Nevşehir Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'ne rahim içi araç uygulamaları için 01.04.2009-31.12.2009 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 kadın alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket ve "Durumluk Kaygı Envanteri" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzde, ortalama, standart sapma, One-way Anova, Student t testi kullanılmıştır. Kadınların %26,0'ünün 20-24 yaş arası, %51,3'ünün ilkökul mezunu olduğu, %94,0'ünün çalışmadığı, %92,0'inin sosyal güvencesi olduğu, %73,3'ünün 19 yaşından önce evlendiği, %54,0'ünün gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Kadınların; %43,3'ünün uzun süre koruyuculuğu nedeniyle rahim içi araç uygulamasını seçtiği belirlenmiştir. Rahimiçi araç uygulama öncesi kadınların durumluk kaygı puan ortalamalarının $46,72 \pm 10,70$ olduğu ve %13,3'ünün yüksek düzeyde kaygı yaşadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, kadınların rahim içi araç uygulaması öncesinde orta düzeyde kaygılarının olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Rahimiçi araç, Kadın, Kaygı

Abstract

The objective of this descriptive study was to determine the anxiety levels of women applying for intra-uterine devices prior to the implementation and the related factors. 150 women who applied to the Nevşehir Maternal and Child Health Center for intrauterine device application between 01.04.2009 and 31.12.2009 and accepted to participate in the research were included in the study. The data were collected by using a questionnaire prepared by the researchers and Trait Anxiety Inventory. Frequency, percentage, standard deviation, arithmetic mean, one-way ANOVA, Student's t test were used to analyze the data. It was determined that 26.0% of the women were between the ages of 20-24, 51.3 % had graduated from primary school, 94.0 % had no work, 92.0 % had social insurance, 73.3% had married before the age of 19 and 54.0% had equal incomes and expenditures. Of the participants, 43.3% preferred the intrauterine device application because of the long period contraceptive effect. It was determined that the average trait anxiety scores of the women were 46.72 ± 10.70 and 13.3% of the participants had high levels of anxiety. The results of the study revealed that women had moderate levels of anxiety prior to the application of intrauterine devices.

Key words: Intrauterine device, Women, Anxiety

* Nevşehir Ü. Semra ve Vefa Küçük Sağlık YO, Nevşehir

**Hemşire, Beyhekim Devlet Hastanesi, Konya

***Hemşire, Hacettepe Ü. Onkoloji Hastanesi, Ankara

**** Hemşire, İ. Şevki Atasagun Devlet Hastanesi, Nevşehir

Giriş

Aile planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara erişebilmeleri olarak tanımlanmaktadır (1,2). Aile planlamasında etkili ve kısmi etkili olan çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. TNSA 2008 sonuçlarına göre evli kadınların %46'sı etkili yöntem kullanmakta olup bunlar arasında en fazla kullanılan yöntem ise %16,9 ile rahimiçi araçtır (RİA) (3).

RİA, litotomi pozisyonunda uygulanır ve jinekolojik muayene gerektirir (1, 4). Jinekolojik muayene kadınlarda kaygı yaratan önemli uygulamalardandır. Yaşanan bu kaygı, kadınların olanaklı olan en iyi bakımı almasını engelleyebilir (5). Jinekolojik hastalarda yapılan klinik gözlemler hastaların jinekolojik muayeneyi sevmediklerini göstermektedir (6). Yapılan araştırmalarda, sağlık personelinin olumsuz tutumu, muayene eden sağlık personelinin karşı cinsten olması, muayene pozisyonu, kullanılan aletler, önceki olumsuz muayene deneyimleri, mahremiyete dikkat edilmemesi, ağrı korkusu, patolojik tanı alma kaygısı, kişisel temizlik hakkında kuşku, genital bölgenin çıplak olması nedeniyle utanma, cinselliğin olumsuz algılanması, genç yaşta olma, muayene deneyiminin olmaması gibi nedenler jinekolojik muayenede yaşanan kaygının nedenleri arasında sayılmaktadır (5, 6, 7).

Kaygı, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu durumu tehdit edici ve tehlike yaratıcı olarak algılaması nedeniyle yaşanır. Tehlikeli koşulların yarattığı bu durum, genellikle her bireyin yaşadığı geçici ve normal bir kaygı olarak kabul edilir (7).

RİA uygulaması jinekolojik bir girişim olduğu için, jinekolojik girişimlerde korku yaşanmasına neden olan faktörler RİA uygulamasında da kaygı nedeni olabilir. Bu çalışma, RİA uygulaması öncesinde kadınların kaygı düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, RİA uygulaması öncesinde kadınların kaygı düzeyini ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma, Nevşehir Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'ne (AÇS) RİA uygulamaları için 31.12. 2009-01.04.2010 tarihleri arasında başvuran 208 kadın arasından araştırmaya katılmayı kabul eden 150 kadınla RİA uygulaması öncesi yapılmıştır. Kadınların çalışmaya katılma oranı %72.1'dir. Nevşehir il sağlık müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen, kadınların sosyodemografik özelliklerini, RİA uygulamaları ve jinekolojik muayene hakkındaki düşüncelerini içeren bir anket formu ve Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeği, Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirmiş, likert tipinde, "Hiç" ile "Tamamen" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner tarafından 1977 yılında yapılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeğinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Anksiyete Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2, 5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır (8). Spielberger ve arkadaşları, ölçekten elde edilen 0-19 puanın "anksiyete olmadığı", 20-39 puanın "hafif", 40- 59 puanın "orta", 60-79 puanın ise "ağır anksiyete" anlamına geldiğini, puanı 60 ve üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğunu belirtmektedirler.

Tablo 1. Kadınların korunma yöntemi olarak RİA'yı seçme nedenlerine göre dağılımı

RİA'yı yeğleme nedeni*	Sayı	Yüzde
Etkin bir yöntem olması	57	38
Uzun süre koruyucu olması	65	43,3
Yan etkisinin az olması	25	16,7
Doktor önerisi	9	6,0
Çevrenin önermesi	26	17,3
Eşinin korunmak istememesi	55	36,6

Tablo 2. Kadınların RİA'dan önce başka bir korunma yöntemi kullanma durumu ve kullanılan yöntemlere göre dağılımı

Daha önce herhangi bir AP yöntemi (n=150)	Sayı	Yüzde
Kullanan	99	66.0
Kullanmayan	51	34.0
Kullanılan yöntem*(n=99)		
Kondom	51	51,5
Oral kontraseptif	31	31,3
Enjeksiyon	3	3,03
Geri çekme	26	26,3

*Bu tablodaki seçeneklere birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 3. Kadınların jinekolojik muayene deneyimi, muayene sayısı ve ilk jinekolojik muayene yaşına göre dağılımı

Jinekolojik muayene deneyimi (n=150)	Sayı	Yüzde
Olan	145	96,7
Olmayan	5	3,3
Jinekolojik muayene deneyim sayısı (n=145)		
1-5 arası	91	62,8
6-10 arası	40	27,6
11-15 arası	7	4,8
15 üstü	7	4,8
Jinekolojik muayene deneyim yaşı (n=145)		
15-19 yaş	86	59,3
20-24 yaş	52	35,9
25-29 yaş	7	4,8

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, One-way Anova, Student t testi kullanılmıştır.

Bulgular

Kadınların %26,0'ının 20-24 yaş arası, %51,3'ünün ilköğretim mezunu, %94,0'ının çalışmadığı, %92,0'ının sosyal güvencesi olduğu, %73,3'ünün evlilik yaşının 19 yaş ve altı, kadınların %47,3'ünün eşinin eğitim durumunun ilköğretim, %47,3'ünün eşinin işçi, %54,0'ının gelirinin giderinin eşit olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1'de araştırmaya katılan kadınların RİA'yı tercih etme nedenleri verilmiştir. Kadınların %43,3'ünün uzun süre koruyucu olması,

%38,0'ının etkin bir yöntem olması, %36,6'sının eşinin korunmak istememesi gibi nedenlerle RİA'yı seçtiği belirlenmiştir.

Tablo 2'de kadınların RİA'dan önce başka bir yöntem kullanma durumu ve kullanılan yöntemler verilmiştir. Araştırma kapsamındaki kadınların %66,0'sının daha önce başka bir yöntem kullandığı, bunların ise %51,5'inin kondom, %31,3'ünün oral kontraseptif, %26,3'ünün geri çekme yöntemi olduğu görülmektedir.

Tablo 3'te kadınların jinekolojik muayene deneyimi, muayene sayısı ve deneyim yaşları verilmiştir. Kadınların %96,7'sinin jinekolojik muayene deneyimi yaşadığı, bunlardan %62,8'inin 1-5 kez muayene deneyiminin olduğu %59,3'ünün ilk jinekolojik muayenesinin 15-19 yaş arasında gerçekleştiği belirlenmiştir.

Tablo 4'te kadınların RİA uygulaması öncesinde olumsuz duygu durumlarına ve bunu önlemeye yönelik alınmasını istedikleri önlemlere göre dağılımı verilmiştir. Kadınların %60,0'ı muayenelerden utandığını, %44,6'sı korktuğunu, %44,8'i ağrı duyabileceği kaygısını, %20,8'ü bilinmezlik korkusunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu kaygılarını azaltmaya yönelik yapılmasını istedikleri uygulamalar olarak, kadınların %68,8'i uygulamayı yapan kişinin kadın olmasını, %61,6'sı örtü kullanılmasını, %19,2'si RİA'nın başka pozisyonda uygulanmasını istediklerini açıklamışlardır.

Tablo 5'te kadınların durumluk kaygılarına göre dağılımı verilmiştir. Kadınların RİA uygulaması öncesi durumluk kaygı puan ortalamalarının $46,7 \pm 10,7$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6'da kadınların çeşitli özelliklerine ve durumluk kaygı puan ortalamalarının göre dağılımı verilmiştir. Yaşın kaygı puanını etkilemediği, çalışanlar, gelir durumu yüksek olanlar, daha önce jinekolojik muayene deneyimleyenler, adolesan yaşta muayene deneyimi yaşayanlarda kaygı puanının yüksek olduğu, fakat istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, eğitim durumu arttıkça kaygı puanının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4. Kadınların RiA uygulama öncesi olumsuz duygu durumlarına ve olumsuzluğa yönelik olası önlemlere göre dağılımı

Olumsuz duygu (n=150)	Sayı	Yüzde
Utaniyorum	90	60,0
Korkuyorum	67	44,6
Kasılma hissi yaşıyorum	47	31,3
Kaygılanıyorum	28	18,6
Etkilenmiyorum	25	16,6
Hissettikleri duyguların nedenleri*(n=125)		
Ağrı duyma kaygısı	56	44,8
Mahremiyet kaybı	86	68,8
Bilinmezlik korkusu	26	20,8
Olumsuz deneyimler	13	10,4
Çevrenin olumsuz etkisi	6	4,8
Önemeye yönelik yapılacak uygulamalar*(n=125)		
Örtü kullanılması	77	61,6
RiA'nın başka pozisyonda uygulanması	24	19,2
Uygulamayı yapacak kişinin kadın olması	86	68,8
Sağlık personelinin yaklaşımının iyi olması	12	9,6

* Bu tablodaki seçeneklere birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 5. Kadınların durumluk kaygı puan ortalamasına ve kaygı düzeylerine göre dağılımı

Durumluk kaygısı puan ortalaması	Mean ± SD	
	46,7 ± 10,7	
Kaygının sınıflandırılması	Sayı	Yüzde
Hafif kaygı (20-39 puan)	40	26,7
Orta düzeyde kaygı (40-59 puan)	90	60,0
Yüksek düzeyde kaygı (60-79 puan)	20	13,3

*Bu tablodaki seçeneklere birden fazla cevap verilmiştir.

Tartışma

TNSA 2008 verilerine göre modern yöntem kullanım oranı %46'dır. Bu yöntemlerden %31,5'i kadınların kullandığı aile planlaması yöntemleri iken, %14,4'ü erkeklerin kullandığı yöntemlerdir (TNSA 2008). Kadınlar aile planlamasında etkin yöntem kullanımında daha fazla sorumluluk almaktadır. Dolayısıyla, kadınlar aile planlaması yöntemlerinin kullanımına ilişkin sorunlara daha çok maruz kalmaktadır.

Kadınların aile planlaması yöntem tercihini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Yapılan bir çalışmada, kadınların %25,7'sinin aile planlaması yöntemini güvenilir olması

nedeniyle yeğlediği belirlenmiştir (9). Güvenli ve etkili aile planlaması yöntemlerinden biride RiA'dır (9,11). Kadınların %16,9'u aile planlaması yöntemi olarak RiA'yı seçmektedir (3). Çalışmamızda kadınların %43,3'ünün uzun süre koruyucu olması, %38,0'ının etkin bir yöntem olması, %36,6'sının eşinin korunmak istememesi gibi nedenlerle RiA'yı kullandıkları belirlenmiştir. Tanrıverdi ve ark. yaptığı bir çalışmada, kadınların %60,6'sı güvenilir olduğu için, %29,8'i ise kullanımın rahat olması nedeniyle RiA yöntemini seçtiğini açıklamıştır (12).

RiA uygulaması jinekolojik masa kullanımını ve jinekolojik muayeneyi gerektirmektedir. Çalışmamızda katılımcıların RiA uygulamasını yapacak kişinin kadın olmasını, işlem sırasında örtü kullanılmasını, uygulamanın başka bir pozisyonda yapılmasını istemiş olması, kaygıların daha çok jinekolojik muayene ve muayene ortamına ilişkin konulara yoğunlaştığını göstermektedir. Jinekolojik muayene; kadının cinselliği olumsuz algılaması, sağlık personelinin olumsuz tutumu, muayene eden kişinin karşı cinsten olması, muayene pozisyonu ve kullanılan aletler, önceki olumsuz muayene deneyimleri, mahremiyete dikkat edilmemesi gibi nedenlerle kadınlarda kaygıya neden olmaktadır (6, 13). Ayrıca ağrı ve patolojik tanı alma korkusu, kişisel temizlik hakkında korku, genital bölgenin çıplak olması nedeniyle utanma, cinselliğin olumsuz algılanması, genç yaşta olma, muayene deneyiminin olmaması kaygının diğer nedenleri arasında sayılabilir (4, 6). Çalışmamızda, kadınlar yapılacak uygulamadan utandıklarını, korktuklarını ve kasılma hissi yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Ayrıca kadınlar ağrı, mahremiyetini korunmayacağı ve bilinmezlik korkusu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızın bu bulguları literatürle uyumludur. Ayrıca kadınların yaklaşık üçte birinin kasılma duygusu yaşadığını belirtmiş olması, RiA'nın uygulama aşamasını olumsuz etkilemesi ve işlem sırasında daha fazla ağrıya neden olması bakımından önemli bir bulgudur. Çalışmamızda daha önce jinekolojik muayene deneyimleyenlerde, adölesan yaşta muayene deneyimi yaşayanlarda kaygı puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Bu sonuç, daha önceki olumsuz jinekolojik muayene deneyiminin etkisini ortaya koymaktadır.

Tablo 6. Kadınların çeşitli özelliklerine ve durumluk anksiyete puan ortalamalarına göre dağılımı			
Yaş	Mean ± SD	F/t	P
15-19 yaş arası	45,7 ± 10,3	0,594	0,66
20-24 yaş arası	48,8 ± 11,1		
25-29 yaş arası	46,8 ± 10,4		
30-34 yaş arası	45,7 ± 9,0		
35 yaş ve üstü	45,3 ± 12,5		
Eğitim durumu		1.217	0.004
İlkokul	44,5 ± 9,7		
Ortaokul	47,3 ± 10,7		
Lise ve üzeri	51,7 ± 11,7		
Çalışma durumu		1,337	0,196
Çalışmayan	46,4 ± 10,4		
Çalışan	51,3 ± 13,5		
Gelir düzeyi		1,902	0,153
Gelir gidere eşit	45,2 ± 10,4		
Gelir giderden az	48,2 ± 11,2		
Gelir giderden fazla	49,7 ± 9,1		
Daha önce jinekolojik muayene		1,737	0,085
Olan	47,0 ± 10,7		
Olmayan	38,6 ± 8,1		
İlk jinekolojik muayene deneyim yaşı		0,541	0,583
15-19 yaş arası	46,8 ± 10,7		
20-24 yaş arası	47,8 ± 10,3		
25-29 yaş arası	43,4 ± 14,1		

Kadınların, kaygılarını azaltmaya yönelik önlemler olarak; %68,8 uygulayıcının kadın olmasını, %61,6 örtü kullanılmasını, %19,2 RİA'nın başka pozisyonda uygulanmasını istemişlerdir. Bu görüşler, RİA uygulamasından çok mahremiyetin kaybı nedeniyle kaygı artışı olduğunu düşündürmektedir. Özbek'in jinekolojik muayeneye gelen kadınların yaşadıkları kaygı düzeyine destekleyici ebelik yaklaşımının etkisini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada da, kadınların %64,0'ının muayeneyi yapacak sağlık personelinin cinsiyeti konusundaki seçimi, kadın olmuştur (7).

Her birey alışageldiği yaşam içinde, ne olduğunu tam olarak bilemediği bir durum ile karşılaştığı zaman kaygı yaşar (13). Jinekolojik girişimler; kadınlar için hem mahremiyetin kaybı, hem de bilinmeyen bir durumdur ve bu nedenle kaygı oluşturabilir. İşlem öncesi ve sırasında yaşanan bu kaygı işlemin yapılmasını güçleştirebilmekte ve yaşanan ağrıyı

artırabilmektedir. RİA uygulaması jinekolojik muayene gerektiren bir girişimdir. Çalışmamızda RİA uygulaması öncesi kadınların durumluk kaygı puan ortalamalarının $46,72 \pm 10,70$ olduğu ve "orta düzeyde" kaygı yaşadıkları belirlenmiştir.

Literatürde RİA uygulaması öncesi kaygı düzeyinin belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak çalışmamızda kadınların kaygılarını oluşturan faktörlerin jinekolojik muayene ve muayene ortamına ilişkin konularda yoğunlaştığı düşünülerek, jinekolojik muayenede kaygıyı belirleyen çalışmalarla karşılaştırma yapılmıştır. Jinekolojik muayene öncesi kadınların durumluk kaygılarının belirlendiği Erbil ve ark. çalışmasında puan ortalamaları 43,85, Mete'nin çalışmasında ise 48,69 olarak bildirilmiştir (6, 13). Her üç çalışmada da jinekolojik muayene öncesi durumluk kaygıların orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak RİA uygulaması öncesinde kadınların orta düzeyde kaygılarının olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu arttıkça kaygı puanının arttığı saptanmıştır.

Öneriler

Sağlık personeli tarafından kadınlara RİA uygulaması öncesi işleme ve muayene ortamına ilişkin bilgi verilmesi, mahremiyetin korunacağına ilişkin açıklama yapılması ve bu doğrultuda rahatlatıcı önlemler alınması önerilebilir.

İletişim: Dr. Aynur Kızılırmak

E-posta: aynur268@gmail.com

Kaynaklar

1. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği kitabı. 9.Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2009; 585-607
2. Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 63-9.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Raporu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2009.
4. Aksu H. Kontraseptif yöntemler. Kadın Sağlığı (ed: Şirin A.) Birinci Baskı. İstanbul: Bedray yayıncılık; 2008. s.309-12.

5. Birsen A, Kefeli B. Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2012; 5 (4): 134-141.
6. Aksakal O.S. Jinekolojik muayenenin psikososyal-medikal yönü. T Klin Jinekolojik Obstet 2001; 11: 62-7.
7. Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2008; 5 (1):1-13.
8. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983 No 333.
9. Mayda AS, Arslan T, Bozkurt HB, Dedeli İ, Özkan MÖ. Düzce ili kalıcı konutlar bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlarda yöntem kullanma oranları ve tercih nedenleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4 (5): 265-79.
10. Akın A. Aile planlaması, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum bilgisi, (Edt: Ayhan A, Duruhan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu L.S, Yaralı H, Yüce K) Ankara: Güneş tıp kitapevi; 2008. s.124
11. Ulusal aile planlaması hizmet rehberi, kontraseptif yöntemler, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara: 2000. s.456.
12. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih nedenleri. Fırat Tıp Dergisi 2008;13(4): 251-4.
13. Mete S, Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2 (2): 1-8.

Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı

Frequency of Verbal and Physical Violence Against Healthcare Workers at Family Health Centers

Araştırma



Research

Dr. Şirin Elmas, Dr. Sevgi Baştürk*, Dr. Binali Çatak**

Geliş tarihi : 18.01.2013
Kabul tarihi: 22.02.2013

Öz

Amaç: Araştırmada; Bursa Yıldırım ilçesinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarına, hastalar ve/ya da hasta yakınları tarafından son üç ayda uygulanan sözel ve fiziksel şiddetin sıklığını belirlemek; meslek grupları ve cinsiyet ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte yapılan araştırma evrenini, 166 hekim ve 166 aile sağlığı elemanından (ebe, hemşire) oluşan toplam 332 kişi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Evrenin %85,2'sine ulaşılmıştır.

Bulgular: Araştırmada yaklaşık her 4 sağlık personelinin biri erkek, yarısından fazlası (%57,4) 40 yaş ve üzerinde, %87,8'i halen evli, %52,6'sı aile sağlığı elemanı, %43,9'u mesleğinde 10-19 yıldır çalışan, %11,9'u Bursa'da 20 yıl ve daha fazla süredir yaşayan ve %78,8'i daha önce birinci basamakta çalışan kişilerden oluşmuştur. Sağlık personelinin yaklaşık yarısı (%49,0'u) sözel, %8,3'ü fiziksel şiddet görmüştür.

Tartışma: Birinci basamakta çalışan hekimlerin yaklaşık olarak yarısına sözel, birine ise fiziksel şiddet uygulanmıştır. Şiddet özellikle kadınlara ve aile sağlığı elemanlarına yönelmiştir. Bu bağlamda, çalışanların şiddet konusunda eğitimi ve mevzuatın düzenlenmesi ile birlikte yasal düzenlemelerin yapılmasının, sağlık çalışanı açısından verimli çalışmayı, hasta açısından ise daha nitelikli sağlık hizmeti almayı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimi, Aile sağlığı elemanı, Sözel şiddet, Fiziksel şiddet

Abstract

Objective: In the study, determination the prevalence of physical and verbal violence in the last 3 months by patients and/or their relatives towards family physicians and family health personnel working in Bursa, Yıldırım and to evaluate the relationship between professional groups and gender was aimed.

Materials and methods: The universe of this cross-sectional study consisted of a total of 332 people; 166 family physicians and 166 family health personnel (midwives and nurses). In the study, accessing the whole universe was planned, instead of determining a sample. At the final stage, 85.2% of the universe was accessed.

Findings: In the study, about one of every fourth health care worker were males; more than half (57.4%) were 40 years old and older, 87.8% were currently married, 52.6% were family health personnel, 43.9% were working in the profession for 10-19 years, 11.9% were living in Bursa for 20 years and longer, 78.8% were the workers who had served in primary health care before. About half of the health care workers (49.0%) had priorly experienced verbal violence, and 8.3% had experienced physical violence.

Discussion: Nearly half of the primary care physicians were exposed to verbal violence and one of them was exposed to physical violence. Especially women and family health personnel were exposed to violence. In this context, training the workers on the subject and legislative measures will guarantee the rights of healthcare workers for work efficiency and the patients for better quality health care.

Key words: Family physician, Family health personnel, Verbal violence, Physical violence

*Yıldırım Toplum Sağlığı Merkezi, Bursa

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet kendine ya da bir başka insana, bir grup ya da topluma karşı ölüm, yaralanma, ruhsal zedeleme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdit amaçlı uygulanması olarak tanımlanmaktadır (1).

İşyerinde şiddet, çalışanların işle ilgili ortamlarda saldırı, istismar, tehdit ve diğer şiddet davranışlarına maruz kalmalarıdır (2). Sağlık kurumunda şiddet ise hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı ya da cinsel saldırdır (3).

Sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde şiddet son yıllarda önemli düzeyde artış göstermiştir. Çalışma yaşamındaki her dört şiddet olayından birinin sağlık sektöründe ortaya çıktığı, bu sektörde çalışanların yaklaşık olarak yarısının şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir (4).

Bu çalışmada; Bursa Yıldırım ilçesinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarına, hastalar ve/ya da hasta yakınları tarafından son üç ayda uygulanan sözel ve fiziksel şiddetin sıklığını belirlemek; meslek grupları ve cinsiyet ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte yapılmış araştırmanın evreninin 9.03.2013 tarihinde Bursa ilinin Yıldırım ilçesinde aile hekimi (166 kişi) ve aile sağlığı elemanı (166 kişi) olarak görev yapan toplam 332 sağlık personeli oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir.

Veriler, Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra 04-06 Mart 2013 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. Soru formu sağlık personelinin sosyodemografik, meslek özellikleri ile uğradıkları şiddete ilişkin sorulardan oluşturulmuştur.

Soru formları araştırmacılar tarafından aile sağlığı merkezleri gezilerek doktor ve ebe/hemşirelere uygulanmış, çalışmanın amacı anlatılmış ve çalışmaya katılmanın isteğe bağlı olduğu belirtildikten sonra soru formları dağıtılmıştır. Ertesi gün aile sağlığı merkezleri tek tek gezilerek doldurulan formlar toplanmıştır. Evrenin %85,2'sine ulaşılmıştır. Kişilere ulaşamamanın en önemli nedeni sağlık personelinin izinde olmasıdır.

Araştırmanın verileri SPSS 10,5 paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde frekanslar, yüzdeler ve ki-kare analizleri kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de Bursa Yıldırım ilçesinde çalışan sağlık personelinin sosyodemografik ve çalışma sürecine ilişkin özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde yaklaşık her 4 sağlık personelinin biri erkek, yarıdan fazlası (%57,4) 40 yaş ve üzerinde, %87,8'i halen evli, %52,6'sı aile sağlığı elemanı, %43,9'u mesleğinde 10-19 yıldır çalışmış, %11,9'u Bursa'da 20 yıl ve daha fazla süredir yaşamış ve %78,8'i daha önce birinci basamakta çalışmıştır.



TTB Arşivinden

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin dağılımı (Yıldırım, 2013)

Sosyodemografik ve meslek özellikleri	Sayı	(%)
Cinsiyet		
Erkek	76	24,4
Kadın	236	75,6
Yaş		
29 ve altı	35	11,2
30-39	98	31,4
40 yaş ve üzeri	179	57,4
Medeni durum		
Halen evli	274	87,8
Evli değil	38	12,2
Meslek		
Aile sağlığı elemanı	164	52,6
Doktor	148	47,4
Meslekte çalıştığı yıl		
9 yıl ve daha az	68	21,8
10-19 yıl	137	43,9
20 yıl ve üzeri	107	34,3
Bursa'da çalıştığı yıl		
9 yıl ve daha az	105	33,7
10-19 yıl	170	54,5
20 yıl ve üzeri	37	11,9
AH'den önceki çalıştığı yer		
1. basamak sağlık kurumu	246	78,8
2. basamak sağlık kurumu	66	21,2
Toplam	312	100,0



TTB Arşivinden

Tablo 3'te cinsiyet, meslek ile sözel ve fiziksel şiddet arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre cinsiyet ve meslek açısından sözel şiddet görenlerin %20,3'ünü erkekler, yarısından fazlasını (%53,6) aile sağlığı elemanları oluşturmuştur. Fiziksel şiddet açısından değerlendirildiğinde ise fiziksel şiddet gören yaklaşık olarak her 4 kişiden 3'ü kadın ve gene yaklaşık olarak her 10 kadından 6'sı aile sağlığı elemanıdır.

Araştırmada gerek sözel ve gerekse fiziksel şiddet açısından sosyodemografik özellikler ve meslek özelliklerine ilişkin değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, meslek yılı, Bursa'da çalıştığı yıl, daha önce görev yaptığı yer) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tartışma

Araştırmada Yıldırım ilçesinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin %49,0'una sözlü, %8,3'üne fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Ayrancı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %72,4'ünün sözel, %11,7'sinin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (5). Boz ve arkadaşlarının acil serviste çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %88,6'sı sözel, %49,4'ünün ise fiziksel şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (6). İzmir'de yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %98,5'inin sözel, %19,7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (7). ABD'de yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %7,2'sinin fiziksel, %30,6'sının ise fiziksel olmayan şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (8). WHO, İLO ve IC'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düzeylerine bakıldığında, çalışanların %3-17'si fiziksel, %27-67'si ise sözel şiddete maruz kalmıştır (9). Özetlemek gerekirse, literatürde çalışmamızla benzer biçimde sağlık personeli sözel şiddete fiziksel şiddetten daha fazla maruz kalmıştır. Ancak şiddet görme düzeyleri açısından bakıldığında araştırmalar arasında orantısız düzeyde önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların ise araştırmaların yapıldığı sağlık birimlerinden (acil servis, genel hastane, birinci basamak, vb.) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada şiddet görme durumu cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, gerek sözel ve



TTB Arşivinden

gerekse fiziksel şiddet açısından yaklaşık olarak her 10 şiddet görenden 8'ini kadınlar oluşturmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda çalışmamızla benzer ve farklı bulgular bulunmaktadır. Ayrancı ve arkadaşlarının gerek 2002 ve gerekse 2006 yılında yaptığı çalışmalarda, kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (5, 10). Cambaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kadınlarda şiddetin daha fazla olduğu gösterilmiştir (11). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise, hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadınlar

olduğu bildirilmiştir (12). Diğer yandan Jackson ve Ashley, sözel şiddete uğramada kadınların, fiziksel şiddete uğramada erkeklerin oranının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (13).

Yıldırım ilçesinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinde aile sağlığı elemanlarına (ebe-hemşire) gerek sözel ve gerekse fiziksel uygulanan şiddet, hekimlerden daha fazla olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları içinde en sık şiddete maruz kalanların hemşireler, ikinci sıklıkta ise pratisyen hekimlerin olduğu belirtilmiştir (5, 10). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da hemşirelerin şiddete uğrama konusunda daha riskli olduğu bildirilmiştir (14, 15).

Sonuç olarak Bursa ili Yıldırım ilçesinde hizmet veren ve aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekim ve aile sağlığı elemanlarının yaklaşık olarak yarısı sözel şiddete maruz kalmıştır. Yaklaşık olarak her on sağlık çalışanından birisi ise fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Cinsiyet açısından kadınlar hem sözel, hem de fiziksel şiddete erkeklerden daha fazla maruz kalmıştır. Aile sağlığı elemanları gerek sözel ve gerekse fiziksel şiddete hekimlerden daha fazla uğramaktadır.

Günümüzde sağlık yapılanmasındaki hızlı değişimler, yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlanması konusunda boşluklar bırakmaktadır. Bu bağlamda; sağlık çalışanlarının çalışacağı güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların yeniden düzenlenmesi ve yasal düzenlemelerin güncellenmesi sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenmesinde önemli adımlar olacaktır.

Tablo 2. Sözel ve fiziksel şiddet dağılımı (Yıldırım, 2013)

Şiddet türü	Sayı	(%)
Sözel şiddet		
Evet	153	49,0
Hayır	159	51,0
Fiziksel şiddet		
Evet	26	8,3
Hayır	286	91,7
Toplam	312	100,0

Tablo 3. Cinsiyet ve meslek durumunun sözel ve fiziksel şiddet görme üzerine dağılımı (Yıldırım, 2013)

	Sözel şiddet		Fiziksel şiddet	
	Gören	Görmeyen	Gören	Görmeyen
	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*
Cinsiyet				
Erkek	31 (20,3)	45 (28,3)	6 (23,1)	70 (24,5)
Kadın	122 (79,7)	114 (71,7)	20 (76,9)	216 (75,5)
Mesleği				
Aile sağlığı elemanı	82 (53,6)	82 (51,6)	16 (61,5)	148 (51,7)
Hekim	71 (46,4)	77 (48,4)	10 (38,5)	138 (48,3)
Toplam	153 (100,0)	159 (100,0)	26 (100,0)	286 (100,0)

*Sütun yüzdesi

BÖYLE SAĞLIK SİSTEMİ OLMAZ Bu ŞİDDET Sona **Ers!n**



Biz sağlık çalışanları, işimizin zorluğunu biliriz. İşimizi yaparken karşılaştığımız sorunları, riskleri çoğunlukla tanırız.

'Sağlık olsun' der geçeriz çoğu zaman.

Ama bu kez farklı; böyle olmaz! Böyle sağlık olmaz. Böyle sağlık sistemi olmaz.

Sağlık emekçileri tek yürek mücadele edecek, bu şiddet bitecek.

Sağlık Emekçileri **Dr. Ers!n ARSLAN'**ı unutmayacak.

17 Nisan 2013 Çarşamba günü
sağlıkta şiddete karşı
g(ö)revdeyiz



TTB Arşivinden

İletişim: Dr. Binali Çatak
E-posta: bb.catak@hotmail.com

Kaynaklar

- 1-Krug EG et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 2-Martino VD, Musri M. Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace. Kuala Lumpur: Ministry of Human Resources Malaysia, Department of Occupational Safety and Health Malaysia; 2001 p:7, ISBN: 983-2014 -18- 2
- 3-Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs* 1999; 7:8-12.
- 4-Kocadağ S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'ndeki sağlık çalışanlarında işyeri şiddeti ve ilişkili etmenler (Tez). Ankara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2009.
- 5- Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21 (2):276-96
- 6- Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtuluş A, Turkcuer I, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006; 23 (2): 364-9.
- 8-Ergün FS, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev* 2005; 52: 154-60.
- 9-Findorff MJ, McGovern PM, Wall M, et al. Risk factors for work related violence in a health care organization. *Inj Prev* 2004; 10: 296-302.
- 10-Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health* 2008; 50 (3): 288-93.
- 11-Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 147-54.
- 12-Canbaz S, Dündar C, Dabak S, Sünter AT, Pekşen Y, Cetinoğlu EC. Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2008;14 (3): 239-44.
- 13-Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*, 2004; 13: 3-10.
- 14-Jakson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18 (2):114-21.
- 15- Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag* 2002; 10(1): 13-20.



Gazlı İçecekler: Sağlık Açısından Değerlendirmeler

Carbonated Soft Drinks: Assessments in regard to Health Aspects

Dr. Elif Benderlioğlu, Dr. Dilek Aslan***

Geliş tarihi : 27.12.2012

Kabul tarihi: 11.01.2013

Öz

Beslenme alışkanlıklarının “ayaküstü” beslenmeye dönüştüğü bugünün “sanayileşen” dünyasında, enerji yoğun yiyecek ve içeceklerin tüketiminde de eşzamanlı bir artış olmuştur. Bu kapsamda gazlı içeceklerin özel bir önemi bulunmaktadır. Bu içecekler içerdikleri yüksek şeker miktarı ve diğer maddelere bağlı obezite, osteoporoz, ağız-diş hastalıkları ve gastrointestinal sistem hastalıkları gibi kronik sağlık sorunlarına yol açabileceğinden son yıllarda daha fazla tartışılmaya başlamıştır. Oysa sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için, dünyada ve ülkemizde günlük beslenme pratiğinde gazlı içeceklerin yerine su, süt ve taze sıkılmış meyve suları gibi sağlıklı seçeneklerin tüketimini sağlayacak politikaların geliştirilmesi öne çıkarılmalıdır.

Bu yazı kapsamında gazlı içecekler ve sağlık risklerinin farklı boyutları ele alınmıştır. Gazlı içeceklerin 17.yüzyıldan bu yana tarihsel süreci, ilişkili olduğu hastalıklara ilişkin paylaşım ve sağlıklı beslenme bakış açısıyla kısa, ortam ve uzun dönem öneriler derleme makale özelliğindeki yazının başlıca başlıklarını oluşturmuştur.

Anahtar sözcükler: Gazlı içecek; Yeterli ve dengeli beslenme, Sağlık

Abstract

Consumption of energy dense foods and beverages has increased concurrently with the change in eating habits to fast food in the current “industrialized” world. In this content, carbonated soft drinks have specific consequences. Recently, carbonated drinks have been discussed more as they may cause chronic diseases like obesity, osteoporosis, oral and dental diseases and gastro-intestinal tract diseases due to their high sugar content and other ingredients. Thus, both in the world and in our country, healthy alternatives such as water, milk, and freshly squeezed fruit juices consumption in daily practices should be given priority instead of carbonated soft drinks to maintain a healthy life.

In this paper, different aspects of health risks of carbonated soft drinks have been discussed. . Historical background of carbonated drinks since 17th century, potential health risks of consumption of such drinks and recommendations in the short, medium and long run in health perspective have been the major headings of this review article.

Key words: Soft drink, Adequate and balanced nutrition, Health

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

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

Giriş

Sağlıklı yaşamın farklı bileşenleri olmakla birlikte, çok genel anlamıyla sağlıklı beslenme, yeterli bedensel etkinlik yapma ve sigaradan uzak bir yaşam akla gelmelidir (1). Bu üç bileşen içinde beslenme, yaşamın her döneminde sağlığı etkileyen temel bir faktör olması nedeniyle öne çıkmaktadır. Beslenme ve sağlık ilişkisi açısından, yeterli ve dengeli beslenme vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu olarak tanımlanır (2).

Yeterli ve dengeli beslenme için günlük en az üç öğün besin tüketilmeli, besin çeşitliliğine dikkat edilmelidir (2). Vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda almak için her öğünde dört ana besin grubundan (süt ve ürünleri-et, yumurta, kurubaklagil-sebze ve meyveler-tahıllar) önerilen miktarlarda besin tüketmek, besinleri kayıpları önleyecek ilkeler doğrultusunda hazırlamak, pişirmek ve saklamak gerekir. Bunun yanı sıra sağlık için yeterli sıvı tüketimi de öneriler arasındadır (3).

Sıvı tüketimi ve sağlık ilişkisi

Yeterli ve dengeli beslenmenin önkoşullarından birisi de yeterli ve sağlıklı sıvı tüketimidir. Yeterli ve sağlıklı sıvı tüketimi kavramı içeceğin türü, içerdiği vitamin ve mineral miktarı, içeriğinde katkı maddesi bulunup bulunmaması ile ilişkilidir (4).

Bireylerin günlük su gereksinimleri vücudun kullandığı enerji miktarına, yaşa, cinsiyete, vücut ağırlığına ve günlük yapılan bedensel etkinlik durumuna bağlı olarak değişebilmektedir. Bunların dışında hastalıklar ve mevsim özellikleri de sıvı gereksinimini etkiler (3). Yetişkinlerde enerji harcamasının her kalorisi başına 1-1,5 mL su gereksinimi vardır. Basit bir hesaplama her 1000 kalori için 1-1,5 litre ya da günlük 2000 kalorilik diyet için yaklaşık 8 bardak su tüketilmelidir. Yaşlılık, gebelik, emzirme durumu, bebeklik ve çocukluk döneminde su tüketim gereksinimi artacağından bu dönemlere özellikle dikkat

edilmelidir. Yaşlılık döneminde kişilerin susama hissi zayıflayabilmektedir. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde ise ağırlık başına düşen vücut yüzeylerinin ve vücut su yüzdelilerinin fazla olması, metabolizmalarının hızlı olması ve besinlerle aldıkları protein yükünün yüksek olması nedenleriyle sıvı gereksinimi artmaktadır. Kafein içeren kahve, çay ve bazı alkolsüz içecekler vücuda su sağlayan iyi kaynaklar değildirler. Kafein ve alkol, diüretik etki göstererek ve idrarda artış yaparak tersine vücuttan su kaybına neden olmaktadır (3, 5).

Yeterli sıvı miktarı alımı durumunda mesane kanseri, kolorektal kanser, premalin polip, koroner kalp hastalığı, idrar yolu enfeksiyonları, üriner taş gibi hastalıklara yakalanma riskinde azalma olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Gereksinimin temel olarak su ile karşılanması önerilmektedir. Yapılan bir çalışmada, koroner kalp hastalığı riskinin su dışındaki içeceklerin (kahve, çay, meyve suyu, gazlı içecekler) tüketimlerinin artmasına bağlı olarak arttığına ilişkin bulgulara dikkat çekilmektedir (6). Tüketilen sıvı içecekler arasında tanımlanan "gazlı içecekler" de bazı sağlık risklerine sahiptir (7).

Gazlı içeceklerle ilişkin aşağıdaki bölümde tarihçe, riskler ve litaretür tartışmaları, öneriler yer almaktadır.

1.1. Tarihçe

Türk gıda kodeksine göre gazlı içecek; karbondioksit ile gazlandırılmış olan meyveli, aromalı, kola, tonik gibi içeceklerdir. Dünyada gazlı içecek üretimi 17. yüzyıla (yy) dayanırken Türkiye'de 19. yy sonlarına uzanmaktadır (8,9). Dünyada ve Türkiye'de gazlı içecek üretimi ve kişi başına düşen tüketim her geçen yıl artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970 yılında kişi başına düşen gazlı içecek 24,3 galon iken, 2003 yılında bu rakam 46,4 galona yükselmiştir (10). Dünyada gazlı içecek pazarında kolalı içecekler toplam %37,4'lük bir paya sahiptir (11). Ülkemizde de benzer biçimde gazlı içecek tüketiminde ilk sırayı kolalı içecekler almaktadır. Kolayı meyve aromalı gazlı içecekler izlemektedir (12).

Tablo 1. Türkiye'de yıllara göre gazlı içecek tüketimi (milyon litre)

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1.157	1.453	1.744	2.005	1.950	1.950	1.710	1.750	1.950	2.190

Kaynak: Gazlı içecek sektörü araştırması (9).

Tablo 2. Avrupa ülkelerinde kişi başına gazlı içecek tüketim rakamları (2003)

Ülke	Yıllık kişi başına düşen tüketim (litre)	Nüfus (milyon kişi)
Norveç	118	4
Almanya	90	81
İngiltere	80	58
Fransa	35	58
Türkiye	31	70

Kaynak: Gazlı içecek sektörü araştırması (9).

Dünyada en başarılı reklam yöntemini kullanan firmanın kola şirketleri olduğu söylenmektedir. Kolalı içecekler satışa sunulurken kullanılan şişelerinin özel şekli bazı ülkelerin kadınlarının güzellik algısı ile ilgili sözcük dağarcığına bile girmiştir (13). Şimdiye kadar dünya çapında etkisi olan bu tarz reklamlarla gazlı içeceklerin tüketimi yıldan yıla hızla arttırılmıştır. Ancak son yıllarda ABD ve Avrupa'da uygulanan farklı beslenme politikaları ve sağlığı geliştirme programları sayesinde gazlı içecek tüketimi bu ülkelerde düşüş eğilimine girmiştir. Bu durum gazlı içecek üreticilerinin, özellikle de kolalı içecek üreticilerinin üretimlerini geliştirmekte olan

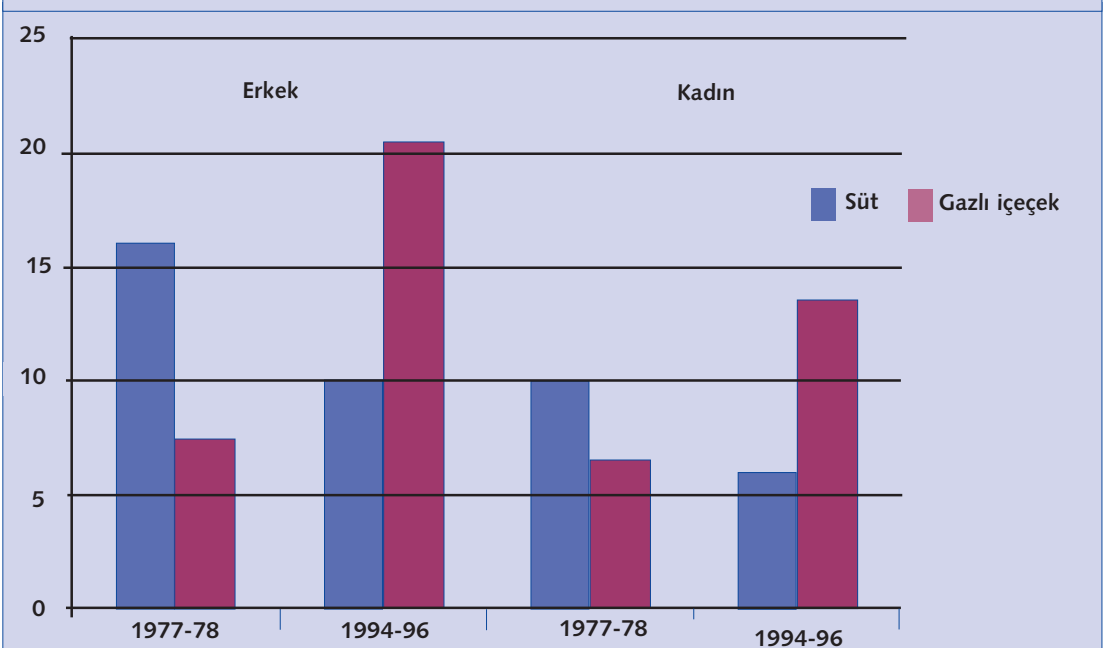
ülkelere kaydırmaya başlamasına da yol açmaktadır (14).

Dünyada 1980'ler sonrasında hastalıkların büyük kısmının kişilerin yaşam tarzlarıyla ilişkili olduğu görüşü egemen olmaya başlamış ve sağlığın geliştirilmesi kavramı gündeme gelmiştir (15). Ancak hızla sanayileşen dünyada yaşam ve beslenme alışkanlıkları da giderek değişmiş ve ayaküstü beslenme olarak bilinen enerji yoğun yiyecek ve içeceklerin tüketimi artmıştır. Bu değişiklikler toplumda çeşitli beslenme sorunlarına neden olmakta ve halk sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yerleşen bu beslenme kültürü ile sofralarda sıklıkla yer bulan gazlı içeceklerin içindeki şeker miktarı ve içeriklerinde bulunan başta fosforik asit vb maddelerin olası yan etkileri son yıllarda tartışılmaya başlanan konulardandır (16,17).

1.2.Literatürde yer alan bazı tartışmalar

Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yayımladığı "Türkiye'de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) projesi araştırma raporu" verilerine göre kolalı içecekler kentlerde daha fazla olmak üzere genelde %55,2 sıklığında okul kantinlerinde

Grafik 1. Grafik 1: ABD'li 12-19 yaş gençlerin süt ve gazlı içecek tüketim miktarlarının yıllara göre değişimi (günlük ons)



Kaynak: Kaynak No 20: Liquid Candy How Soft Drinks are Harming Americans' Health Michael F. Jacobson, Ph.D.



Fotoğraf: Ebru Maranali

satılmaktadır. Taze sıkılmış meyve suları % 14,9, hazır satılan yüzde yüz meyve suları % 11,8, meyve suyu nektarları % 15,9, şeker içeren gazlı/kolalı içecekler % 11,5 ve diyet ya da light gazlı kolalı içecekler % 3,6 ile her gün tüketilmektedir (18). Keçiören Belediyesi'ne bağlı 20 sağlık ocağı ve bir diş sağlığı merkezinde çalışanlar arasında 2004 yılında yapılan araştırmada günlük su tüketim miktarı ortalama $3,95 (\pm 2,29)$ ve günlük süt tüketimi ortalama $1,67 (\pm 1,26)$ bardak iken günlük gazlı içecek tüketimi ortalama $2,09 (\pm 1,25)$ bardak olarak bulunmuştur (4). Bir askeri birlikte göreve yeni başlayan ve yaş ortalaması $21,1 \pm 1,8$ yıl olan 1019 erbaş/erin gazlı içecek tüketiminin 5-11 Mart 2005 tarihleri arasında değerlendirildiği bir başka çalışmada da en çok tüketilen içeceğin "kolalı içecekler" ($1,4 \pm 2,1$ L/hafta/k kişi) olduğu saptanmıştır. Kola dışı gazlı içecek (portakallı ya da sade gazlı içecekler, sodalar) tüketim ortalaması ise $0,8 \pm 1,5$ L/hafta/k kişi olarak belirlenmiştir (17).

Dünyada ve ülkemizde en çok tüketilen gazlı içecek türü kolalı içeceklerdir. Bu bilgi, gazlı

içeceklerden özellikle kolalı olanların içerdiği fosforik asitin kandaki kalsiyumu bağlayarak kemik dokusu yitimini hızlandırması ve ileri dönemde osteoporoz riskini artırması nedeniyle önemlidir (17). Gazlı içecek tüketimi aynı zamanda diğer içeceklerin tüketimine de olumsuz etkide bulunmaktadır. Gazlı içecek tüketimi ile özellikle süt tüketiminin ve dolayısıyla kalsiyum alımının azalması arasında bir ilişki vardır (7). Grafik 1'de de görüldüğü gibi, yıllar içinde süt tüketiminden gazlı içecek tüketimine doğru olan yönelim çarpıcı derecede hızlı olmuştur. Oğur ve arkadaşlarının sıçanlar üzerinde yaptığı çalışmada, isteyen sıçana su, isteyeneye kola verilmiş ve su tüketiminin önceden kola verilen sıçan grubunda kontrol grubuna göre 5,9 kat azaldığı gözlenmiştir (19). Bu bulgu kolalı içeceklerin diğer içeceklerin tüketimini azalttığı ve bir kez tüketilmeleri ile günlük yaşamın bir parçası olmaya başladıkları görüşünü desteklemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı verilerine göre, sağlıklı bir diyetle günlük alınan 1600 kaloriye karşılık en fazla 6, 2200 kaloriye karşılık 12 ve 2800 kaloriye karşılık 18 çay kaşığı rafine şeker tüketimi olmalıdır. Kısacası, günlük rafine şeker tüketimi toplam alınması gereken kaloringin % 6-10'unu geçmemelidir (20). Kolalı içeceklerin bir kutusunda ortalama 40 gr şeker bulunmaktadır ve bu yaklaşık 10 çay kaşığı şekere karşılık gelmektedir. Bu nedenle gazlı içeceklerin en gözle görülür ve toplumun geniş kesimi etkileyen yan etkisi ağırlık artışı olmaktadır (21). Toplam 88 çalışma ile gerçekleştirilen meta-analiz sonuçları göstermektedir ki gazlı içecekler enerji alımını ve vücut ağırlığını artırmaktadır (7). Avusturalya'da yapılan kesitsel araştırmada ise, 1995 yılı Ulusal Beslenme Çalışması ile 2007 yılı Ulusal Çocuk Beslenmesi çalışması verileri karşılaştırılmış ve son yıllarda Avustralya'lı çocuklarda yükselen obezite sıklığı ile artan şekerli içecek tüketimi ilişkisi ortaya konmuştur (22).

Gazlı içecek tüketiminin obezite, osteoporoz, ağız-diş hastalıkları ve gastrointestinal sistem hastalıkları gibi birçok sağlık sorunu ile ilişkili olduğu artık bilinen bir gerçektir (7). Bu nedenle özellikle gelişmiş ülkelerde gazlı içecek tüketimini özendirilen uygulamaların sınırlandırılması gündeme gelmiştir. Örneğin, başlıca kola şirketlerinin yıllardan bu yana

sponsorluğunu yaptıkları ve dünyada geniş kitlelerin izlediği spor müsabakalarındaki sponsorluklarının yasaklanması gerektiği öneriler arasındadır (23).

Gazlı içecek tüketiminin 40 galonu (yaklaşık 160L) aştığı ABD’de 1980-90 yılları arasında çocuklarda obezite prevalansı artış trendine girmişken, beslenme politikalarında yapılan değişikliklerle 2000’li yıllardan başlayarak bu hızlı yükseliş kontrol altına alınmış görünmektedir. Gene de 2009-2010 yıllarını kapsayan bir çalışmaya göre, ABD’li bebek ve küçük çocuklarda obezite sıklığı %9,7 iken, 2-19 yaş arasında %16,9 gibi yüksek değerlerde sürmektedir (24).

Dünyada hastalıkların değerlendirildiği 2005 yılı çalışmalarına göre, hastalıkların neredeyse yarısının kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve diğer obezite nedenli hastalıklar olduğu belirlenmiş ve bu belirlemenin hemen ardından 2006 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından gıda ve alkolsüz içeceklerin çocuklara satışını düzenleyecek önerilerde bulunulmuştur. Konuya ilişkin yayınlanan raporda, enerji yoğun ve mikronütrientler açısından yetersiz yiyecek ve içeceklerin reklamlarda kapladığı alanı ve çocuklar üzerindeki etkisini azaltacak uygulamalar için ülkelerin desteklenmesi kararı alınmıştır. Çocuklara yönelik yiyecek ve içecekler için, mama kodu gibi anne sütünün teşviki için uluslararası düzeyde yasal düzenlemeye gidilmesi de öneriler arasındadır (16).

Kore’de hükümetin başlattığı beslenme programı sonrası toplumun beslenme alışkanlıklarındaki değişimi inceleyen bir çalışmada, beş yıl içinde beslenme ile ilgili ortalama olarak neredeyse istendik davranışların tümünün kazandırılabilirdiği gösterilmiştir. Bu çalışmada, beslenme eğitimi gibi bireysel politikalardan çok okullarda gazlı içeceklerin yasaklanması gibi programların daha etkili olduğu saptanmıştır (25). Adolesanlarda yapılan başka bir çalışmada ise, enerji içecekleri ve gazlı içeceklerin de içinde olduğu şekerli içeceklerin fazla tüketimi ile sağlıksız diyet alışkanlıkları, sedanter yaşam, TV-bilgisayar karşısında geçirilen süre ile pozitif ilişki saptanmıştır (26). Bu bulgular ayaküstü tarzı beslenmenin kendine ait bir kültürü ve yaşam tarzı olduğu fikrini daha da güçlendirmektedir. Avusturalya’nın 2007 yılı Ulusal Çocuk Beslenmesi araştırması verilerinin kullanıldığı bir değerlendirmede 2-16 yaş

çocukların tükettiği şekerle tatlandırılmış içeceklerin %60’ının kaynağı ev çevresi, %17’sinden daha azı ise okul kantini kaynaklı bulunmuştur. Aynı çalışmada eğitim düzeyi düşük ailelerin çocuklarının bu tarz içecekleri daha yüksek oranlarda tükettiği bulunmuştur (27). Bu çalışmanın sonuçları çocuk beslenmesinde yapılacak müdahale çalışmalarında ailenin beslenme alışkanlıklarının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Ülkemizde bu konu ile ilgili yakın dönemde olumlu bir gelişme yaşanmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı’nın 2011 yılında yayımladığı bir genelge ile okul kantinlerinde enerji yoğunluğu yüksek, besin değeri düşük olan enerji içeceği, gazlı-kolalı içecek, aromalı içecek ve kızartma-cipslerin satışı yasaklanmıştır. Bunların yerine süt, ayran, yoğurt, meyve suyu, taze sıkılmış meyve suyu ve tane ile satılabilecek meyve bulundurulması istenmiştir (28).

Gazlı içeceklerden yine özellikle kolalı içeceklerde bulunan kafeinin de sağlığa olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kafeinin, uykusuzluğa, baş ağrısına, konsantrasyon bozukluğuna, kalp atımı ve kan basıncında artışa, mide sorunlarına, gebe kadınlarda spontan düşüklere, düşük doğum ağırlıklı bebeklere neden olduğu, kemik sağlığını olumsuz etkileyerek menopoz sonrası osteoporoz riskini artırdığı ve diüretik etki yaptığı bildirilmektedir. Gebelik sürecindeki olumsuz etki, plasentadan kolayca fetüse geçen kafeinin normalden çok daha uzun ve zor metabolize edilmesi ve fetüsün karaciğerinin henüz kafeini metabolize edecek olgunluğa ulaşamaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bütün bu nedenlerle kafein, son yılların en çok araştırılan, tartışılan besin bileşenlerinden biri olmuştur (29). Amerika’da 2008 ve 2010 yıllarında yayınlanan iki farklı kohort çalışmasında günlük 200-300 mg ve üstünde kafein alımı ile spontan düşük riskinin anlamlı derecede arttığı, ancak az ve orta düzeyde kafein alımı ile herhangi bir ilişki olmadığı bulunmuştur (30, 31).

Kafeinin çocuklar üzerindeki etkisini inceleyen çok fazla çalışma yoktur. Ancak gelişmesini sürdüren çocuk fizyolojisinde etkisini çok daha hızlı gösterdiği bilinmektedir. Bu nedenle çocukların tüketeceği kafein miktarının kısıtlanması gerektiği konusunda ortak görüş bulunmaktadır. Bazı kaynaklara göre bu sınır

günlük 100-200mg, kimi kaynaklara göre ise günlük 35-40mg'dır (29, 32).

Gazlı içeceklerin gastrik reflü ve dolayısıyla ösofagus adenokanseri riskini artırdığına ilişkin görüşler bulunmaktadır; ancak yapılan olgu-kontrol çalışmalarında larinks ya da ösofagus kanseri ile bir ilişki bulunamamıştır. 2010 yılında ABD'de yapılan bir kohort çalışmasında da, sıcak içeceklerle üst gastrointestinal sistem kanserleri arasında ilişki saptanırken, gazlı içecekler arasında direkt anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (33). Gazlı içeceklerin kolon kanseri ile ilişkisinin araştırıldığı başka bir kohort çalışmasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (34). Gene de yoğun tüketilmeleri nedeniyle, gazlı içeceklerin olası kanser yönünden incelenmelerinin sürdürülmesi önerilmektedir.

Gazlı içeceklerin kan değerlerini değiştirdiğine ilişkin çalışmalar da vardır. Oğur ve arkadaşlarının sıçanlar üzerinde yaptığı ve kola tüketiminin kemik mineral yoğunluğu üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, uzun vadeli kola tüketimi sonrasında kan demir düzeylerinde erkek sıçanlarda %31,9'luk ve dişi sıçanlarda %14,9'luk bir düşüş meydana gelmiştir (19). Ayrıca uzun süre ve fazla miktarda (4-10L/gün) kola tüketimi klinik olarak bulgu verecek düzeyde potasyum eksikliği yapabilmektedir (35).

Gazlı içeceklerin karaciğer ve böbrek üzerine olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir. Oğur ve arkadaşlarının sıçanlar üzerinde yaptığı çalışmada, sıçan böbreklerinin histopatolojik incelemesinde saptanan genel glomerüler konjesyon ve intertübüler kanama, kolalı içeceklerin böbrek hasarına da neden olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, glomerüler konjesyonun glomeruler ürik asit birikimine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (19). Kolalı içeceklerin üriner pH'yi düşürdüğüne ve metotreksat gibi bazı ilaçların eliminasyonunu yavaşlatarak toksik etkiye neden olabileceğine ilişkin bulgular da vardır (36). Kolalı içeceklerin içeriğinde bulunan meyan kökü türevlerinin renal 11-beta OHSD enzimini inhibe ederek sodyum retansiyonu ve hipertansiyon yaptığı gösterilmiştir (37).

İsrail'de yapılan bir olgu-kontrol çalışmasında diyet, fiziksel aktivite gibi diğer faktörler kontrol altında tutulduğunda, yağlı karaciğer olgularının %82,5'inde gazlı içecek tüketimi bağımsız değişken olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmaya göre, yağlı karaciğer için artan

riskin tek nedeninin gazlı içecekler içindeki früktoz olmadığı, diyet kolalarda bulunan aspartamin da bu riski artırdığı ortaya konmuştur. Çalışmaya katılanların düzenli olarak en sık tükettiği gazlı içecek çeşitleri kolalı içecekler (%40) ve aromalı meyve sularıdır (%20) (38).

Gazlı içeceklerin asidik pH'si dişte erozyona neden olarak ağız-diş sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (39). Oğur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kapağı açılıp bir süre bekletilen gazlı içeceğin pH değerleri ölçülmüş ve önemli bir değişiklik gözlenmemiştir. Ebeveynlerin çocuklarına gazlı içecek vermeden önce kapağını açarak bir süre bekletmekle içeceğin asitliğini ve dolayısıyla zararını azaltacakları fikrinin de bir yanığı olduğu ve yararlı olmayacağı gösterilmiştir (19).

Öneriler

Sağlıklı bireylerde kemik sağlığının korunmasında, günlük ortalama 800-1000 mg kalsiyum, 400IU D vitamini alınması, kafein alımının ise 200-300 mg arasında tutulması önerilmektedir (29). Bu nedenle gazlı içecekler tüketilirken kafein miktarları da göz önüne alınmalıdır. Kısa dönemde alınabilecek önlemlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- Gazlı içeceklerin çocukların günlük beslenmesinden çıkarılması için ebeveynlerin evde bu çeşit içecekleri bulundurmaması ve kendilerinin de bu içecekleri tüketmeyerek çocuklarına iyi örnek olması önemlidir.
- Günlük diyetle gazlı içecekler yerine su, süt ve taze sıkılmış meyve sularının tüketimini özendirerek önlemler alınmalı, gazlı içeceklerin yerine geçebilecek sağlıklı içecek seçenekleri kolay ulaşılabilir ve fiyatları açısından da tercih edilebilir olmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının her fırsatta kişilere gazlı içeceklerin zararlarını anlatması büyük yarar sağlayacaktır.

Orta vadede, restoranlardaki menülere içeceklerin kalorilerinin yazılması, televizyonda yayımlanan gıda reklamlarına sınırlandırma getirilmesi, reklamlarda çocukların kullanılmaması, reklam içeriklerinde çocukları özendirici unsurların olmaması gibi önlemler alınabilir. Okul kantinlerindeki gıda satışlarında uygulanmaya başlayan önlemlerin artırılmasına ve sağlıksız yiyecek - içeceklerin yerine sağlıklı seçeneklerin sunumunun sağlanmasına çalışılmalıdır.

Uzun vadede, gazlı içecekler ek vergi konulması, gazlı içeceklerin olası yan etkilerini araştırarak bilimsel çalışmalara devletin maddi destek olması, gazlı içeceklerin yol açtığı sağlık sorunları ile ilgili kampanyalar ve organizasyonların gerçekleştirilmesi öneriler arasında yer almaktadır (20, 40).

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1.Yücecan S. Optimal beslenme ilkeleri. Sağlık Bakanlığı yayınları: Şubat 2008. s. 7-13.
- 2.Türkiye'ye özgü beslenme rehberi. Ankara: 2004. s. 9, 10, 12.
3. Sıvı ve su tüketimi ile sağlık ilişkisi. Ankara Tabip Odası; Mart 2012. Erişim, 28 Aralık 2012, <http://ato.org.tr/bilgi/hekimler-icin-guncel-tibbi-bilgiler/detay/9>
- 4.Aslan D, Temiz A, Köse M et al. Ankara'da yerel bir belediye çalışanlarının su, süt, süt ürünleri ve alkolsüz diğer içecekleri tüketme durumları. Ev Ekonomisi Dergisi 2002; 8(10): 37-46.
- 5.İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Ulusal gıda ve beslenme stratejisi çalışma grubu raporu. DPT Yayın No. 2670. Ankara: Mart 2003.
- 6.Gorman S, Valtin H. 'Drink at least eight glasses of water a day.' Really? Is there scientific evidence for "8 8"? The American Physiological Society 2002; 283: R993-R1004.
- 7.Vartanian L, Schwart M, Brownell K. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: A systematic review and meta-analysis. Am J Public Health 2007; 97: 667-75.
- 8.Erişim, 20 Haziran 2012. www.britannica.com/EBchecked/topic/552397/soft-drink
9. Gazlı içecek sektörü araştırması. Erişim, 20 Haziran 2012, <http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-36.pdf>
10. Erişim, 20 Haziran 2012, Beverages. <http://www.ers.usda.gov/data/foodconsumption/FoodAvailSpreadsheets.htm>
- 11.Alexander E, Yach D, Mensah G. Major multinational food and beverage companies and informal sector contributions to global food consumption: implications for nutrition policy. Globalization and Health 2011; 7: 26.
- 12.Karalar R, Kiracı H. Marka değeri bileşeni olarak marka bağımlılığı: Kolalı içecekler üzerine bir araştırma. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2007; (2): 205-26.
- 13.Anderson-fye E.P. A "coca-cola" shape: cultural change, body image, and eating disorders in San Andres, Belize. Culture, Medicine and Psychiatry 2004; 28: 561-95.
- 14.Taylor FC, Satija A, Khurana S, Singh G, Ebrahim S. Pepsi and Coca Cola in Delhi, India: availability, price and sales. Public Health Nutr 2011 Apr; 14(4): 653-60.
- 15.Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. Ankara: Ankara Tabip Odası- Grafker Matbaası; Mart 2009.
- 16.Hawkes C. Marketing of food and beverages to children. Report of a WHO Forum and Technical Meeting. Oslo, Norway, 2-5 May 2006.
- 17.Babayiğit M, Oğur R, Tekbaş Ö, Hasde M. Genç erişkin erkeklerde alkolsüz içecek tüketim alışkanlıklarının ve etki eden faktörlerin araştırılması. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Genel Tıp Dergisi 2006; 16(4): 161-8.
- 18.T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) projesi araştırma raporu. Temmuz 2011.
- 19.Ogur R, Uysal B, Ogur T, Yaman H, Oztas E, Ozdemir A, Hasde M. Evaluation of the effect of cola drinks on bone mineral density and associated factors. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2007 May;100 (5): 334-8.
- 20.Jacobson M. How soft drinks are harming Americans' health. Liquid Candy. Washington DC: Center for Science in the Public Interest; 2005.
21. Wolff E, Dansinger ML. Soft drinks and weight gain: how strong is the link? Medscape J Med 2008; 10(8):189.
- 22.Clifton PM, Chan L, Moss CL, Miller MD, Cobiac L. Beverage intake and obesity in Australian children. Nutr Metab (Lond). 2011 Dec;12 (8): 87.
23. Kra"mer A. World Championship 2006 in Germany: Sponsorship through Coca Cola, McDonald's, Anheuser-Busch. European Journal of Public Health 2006;16 (6): 682.
- 24.Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents 1999-2010. JAMA 2012 Feb 1;307 (5): 483-90.
- 25.Bae SG, Kim JY, Kim KY, Park SW, Bae J, Lee WK. Changes in dietary behavior among adolescents and their association with government nutrition policies in Korea, 2005-2009. J Prev Med Public Health 2012 Jan; 45(1): 47-59.
- 26.Ranjit N, Evans MH, Byrd-Williams C, Evans AE, Hoelscher DM. Dietary and activity correlates of sugar-sweetened beverage consumption among adolescents. Pediatrics 2010 October; 126(4): e754-e761.

27. Hafekost K, Mitrou F, Lawrence D, Zubrick SR. Sugar sweetened beverage consumption by Australian children: Implications for public health strategy. *BMC Public Health* 2011;11:950.
28. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı Genelgesi. Sayı: B.08.0.SDB.0.11.00.00.313.01.03/1782.
29. Garipağaoğlu M, Kuyrukçu N. Çocuk sağlığı ve kafein. *Çocuk Dergisi* 2009; 9 (3): 110-5.
30. Weng X, Odouli R, Li DK. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Mart; 198(3): 279 e1-8.
31. Pollack AZ, Buck Louis GM, Sundaram R, Lum KJ. Caffeine consumption and miscarriage: a prospective cohort study. *Fertility and Sterility* 2010; 93(1): 304-6.
32. Ilgaz Ş. Kafein ve sağlık üzerine etkileri. *STED Ocak 2001. Erişim, 21 Haziran 2012, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0101/16.htm>*
33. Ren JS, Freedman ND, Kamangar F, et al. Tea, coffee, carbonated soft drinks and upper gastrointestinal tract cancer risk in a large United States prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2010 July; 46(10): 1873-81.
34. Zhang X, Albanes D, Beeson L, van den Brandt P, Buringve J et al. Risk of colon cancer and coffee, tea, and sugar-sweetened soft drink intake: pooled analysis of prospective cohort studies. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102: 771-83.
35. Tsimihodimos V, Kakaidi V, Elisaf M. Cola-induced hypokalaemia: pathophysiological mechanisms and clinical implications. *Int J Clin Pract* 2009 Jun; 63(6): 900-2.
36. Santucci R, Levêque D, Herbrecht R. Cola beverage and delayed elimination of methotrexate. *Br J Clin Pharmacol* 2010; 70(5): 762-4.
37. Bahçeci M. Mineralokortikoid fazlalığı (primer hiperaldosteronizm); *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* Mart 2003; 7(1): 70-80.
38. Assy N, Nasser G, Kamayse I, Nseir W, Beniashvili Z, Djibre A et al. Soft drink consumption linked with fatty liver in the absence of traditional risk factors. *Can J Gastroenterol* 2008; 22(10): 811-6.
39. Hasselkvist A, Johansson A, Johansson AK. Dental erosion and soft drink consumption in Swedish children and adolescents and the development of a simplified erosion partial recording system. *Swed Dent J* 2010; 34(4): 187-95.
40. Wang YC, Coxson P, Shen YM, Goldman L, Bibbins-Domingo K. A penny-per-ounce tax on sugar-sweetened beverages would cut health and cost burdens of diabetes. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Jan; 31(1): 199-207.

Adım Adım Kronik Hastalık Risk Faktörlerinin Sürveyansı, Niçin Sürveyans?

Step by Step of Chronic Disease Risk Factor Surveillance, Why Surveillance?

Derleme



Review Article

Dr. Celalettin Çevik, Dr. Belgin Ünal***

Geliş tarihi : 14.01.2013

Kabul tarihi: 28.01.2013

Öz

Dünya Sağlık Örgütü "Adım adım kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı" yaklaşımı; hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olan kronik hastalıkların risk faktörlerinin, DSÖ üyesi ülkelerde standart yöntemlerle izlenmesi ve değerlendirilmesidir.

DSÖ'nün şu anda dört farklı sürveyans yaklaşımı sürdürülmektedir: Kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı, inme sürveyansı, küresel bedenseletkinlik sürveyansı ve küresel okul sağlığı sürveyansıdır. Bunlardan öncelikli olarak, STEPS risk faktörleri sürveyansı ve STEPS inme sürveyansı yürütülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü STEPS yaklaşımı ile tüm ülkelerde yalnızca izlem ve değerlendirme değil, aynı zamanda ülkeler arası karşılaştırma yapmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, düzenli ve sürekli olarak davranışsal, fiziksel ve biyokimyasal ölçüler ile yararlı bilgileri toplamayı özendirir.

Durum saptama açısından bu verilerin toplanması, etkin bir bildirim sisteminin oluşturulması önem taşımaktadır.

Anahtar sozcukler: Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar, Sürveyans, STEPS

Abstract

The World Health Organisation Step by step approach to Surveillance is a simple, standardized method for collecting, analysing and disseminating data in WHO member countries.

DSO is carried out four different surveillance approach now: Surveillance of risk factors of chronic disease, stroke, surveillance, global surveillance of physical activity and global health surveillance of school. There are currently two primary surveillance systems, the STEPwise approach to risk factor surveillance and the STEPwise approach to Stroke surveillance.

By using the same standardized questions and protocols, all countries can use information not only for monitoring within-country trends, but also for making comparisons across countries. This approach is collectioned behavioral, physical and biochemical measurements useful information and encouraging regular and continuing basis.

For detection the status of such data, is important to establish an effective reporting system.

Key words: Noncommunicable diseases, Surveillance, STEPwise

*MPH; Atatürk Devlet Hastanesi, Balıkesir

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

Giriş

Sürveyans, sıklıkla sistematik veri toplama, çözümlene, yorumlama ve bulguların ilgililere iletilerek uygun bir politika oluşturulmasını içeren süreç olarak tanımlanır (1). Tüm dünyada kronik hastalık yükünün giderek arttığı bir dönemde sürveyans, kronik hastalıklar ve risk faktörlerini önlemede temel bir halk sağlığı aracıdır. Geçmişte özellikle gelişmiş ülkelerin sorunu olan kronik hastalıklar, artık gelişmekte olan ülkeler için de ciddi bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan değerlendirmelere göre, 2005 yılında kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları nedeniyle, tüm dünyada 16 milyonu 70 yaş altı kişilerde olmak üzere 35 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümler küresel düzeyde tüm ölümlerin yüzde 60,0'ını oluşturmaktadır ve ölümlerin yüzde 80,0'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (2, 3). DSÖ, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölüm sayısının önümüzdeki 10 yılda yüzde 17,0 artacağını öngörmektedir. Kronik hastalıklar içinde özellikle kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser, ağız sağlığı, kronik solunum yolu hastalıkları başı çekmektedir. Kronik hastalıklar kontrol altına alınamazsa, nüfusun yaşlanmasıyla birlikte 10 yıl sonra bulaşıcı olmayan hastalıklar ve buna bağlı ölüm ve iş göremezlik oranları oldukça artacaktır (4). Kronik hastalıkların artan yükü 21. yüzyılda kalkınmanın önündeki en büyük engellerden biridir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde risk faktörlerinin sıklığı ve dağılımıyla ilgili temel verinin eksikliği nedeniyle, ülkelerde kronik hastalık risk faktörleri ile ilgili bir bildirim sistemi oluşturulması yaşamsaldır. DSÖ, bildirim sisteminin halk sağlığı önceliklerini belirleme, kronik hastalıkların önlenmesi ve girişimlerin dünya çapında izlenebilmesi için gerekli olduğunu belirtmektedir (5, 6).

STEPS (kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı) yaklaşımı, DSÖ'ye üye ülke verilerinin standardize edilmesidir. Bu yaklaşım ile verinin düzenli ve sürekli olarak toplanması sağlanabilir. Şu anda DSÖ'nün dört farklı sürveyans yaklaşımı sürdürülmektedir. Bu yaklaşımlar; kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı, inme sürveyansı, küresel bedensel etkinlik sürveyansı ve küresel okul sağlığı sürveyansıdır. Sürveyans sürecinin ilk aşaması, risk faktörlerinin tanımlanmasıdır. Sonraki

aşama, ülkelerin risk faktörlerinin saptanmasına yönelik araştırma planlamadır. Araştırmanın yapılmasının ardından veri girişinin yapılması, bulguların değerlendirilmesi gelmektedir. Son olarak bulgular doğrultusunda eylem planları oluşturulması ile döngü sürdürülmektedir (7).

1) Kronik Hastalık Risk Faktörlerinin Sürveyansı (STEPS)

STEPS yaklaşımına göre, hastalık yükü fazla olan sağlık sorunları ve risk faktörleriyle ilgili veri toplama süreci, çekirdek konular, genişletilmiş konular ve tercihli konuları kapsamaktadır.

A) Risk faktörlerinin değerlendirilmesi

STEPS yaklaşımında risk faktörleri anket, fiziksel ölçümler ve biyokimyasal ölçümler olmak üzere üç farklı düzeyde değerlendirilmektedir. Anket temelli değerlendirme; tüm ülkelerin çekirdek değişkenlerini, sosyoekonomik değişkenleri, tütün ve alkol kullanımı, beslenme durumu, fiziksel aktivite durumu ve sağlık durumu gibi ölçümleri içeren adımdır. Fiziksel ölçümler; birinci adıma ek olarak kilo, boy, bel çevresi, kan basıncı gibi basit fiziksel ölçümleri içermektedir. Biyokimyasal ölçümler; bir ve ikinci adıma ek olarak laboratuvar ölçümlerinin eklenmesidir. Birinci ve ikinci adımda tüm çekirdek değişkenler hazır olmalı, laboratuvar ölçümleri standardize edilmiş ortamlarda yapılmalı, toplanan kan örnekleri kapsamlı bir çalışma ile analiz edilmelidir. Laboratuvar incelemeleri anketle toplanan veriye göre daha güvenilir olabilir; ancak maliyet artar ve veri toplama işlemi daha karmaşılaşır.

B) STEPS Araçları

Verilerin toplanmasında ve kronik hastalık risk faktörlerinin ölçülmesinde kullanılan araçlardır. Ülkeler bu kapsamda, demografik bilgiler, tütün ve alkol kullanımı, sebze ve meyve tüketimi, bedensel etkinlik konularında veri toplama araçlarını da içeren kendi şablonlarını oluşturabilir (8). Fiziksel ölçümler boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kan basıncı ve kalça çevresinin ölçülmesine yönelik olmalıdır. Biyokimyasal ölçümler kan şekeri ve kan yağ değerlerinin ölçülmesini içermektedir. Bu ölçümler yapılırken standart cihazlar kullanılmalı; cihazların kendine özgü bilgileri belirtilmelidir. Ülkelerin ölçüm yöntemlerinin aşağıdaki temel konuları içermesi önerilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. STEPS çekirdek, genişletilmiş ve tercihli konular

	Çekirdek konular	Genişletilmiş konular	Tercihli konular
1.Adım Davranışsal Ölçümler	Temel demografik bilgi: yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi Tütün kullanımı Alkol kullanımı Sebze meyve tüketimi Bedensel etkinlik durumu	Medeni durum, ırk, çalışma durumu Dumansız tütün kullanımı. Son 7 günde alkol alma Kan basıncı öyküsü	Mental sağlık, yaralama ve şiddet, ağız sağlığı ve cinsel davranışlar
2.Adım Fiziksel ölçümler	Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kan basıncı	Kalça çevresi	Deri kalınlığı ve bedensel etkinlik değerlendirme ölçümü
3.Adım Biyokimyasal ölçümler	Total kolesterol ve kan basıncı ölçümü	HDL kolesterol ve trigliserid değerleri	Oral glukoz tolerans testi

C) STEPS Rehberi

Kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansına olanak sağlayan STEPS yaklaşımının uygulanabilmesi için genel ve özel bilgi sunan rehberdir. Planlama, personel eğitimi, veri toplanması, veri girişi, verinin çözümlenmesi ve bildirim aşamalarından oluşur (9). STEPS yaklaşımının uygun şekilde uygulanabilmesi için görev paylaşımı ve ekip çalışması olmalıdır. Hiyerarşik yapıda, merkezden periferik örgütlenme yapısı; DSÖ ofisleri, STEPS bölge koordinatörleri, STEPS koordinasyon komitesi ve araştırma ekibinden oluşmaktadır. DSÖ ofisleri, ülkelere ve bölgelere STEPS sürveyansı konusunda teknik destek sağlamaktadır. STEPS bölge koordinatörü, STEPS'in planlanması ve gerçekleştirilmesinde kilit rol oynayan, tüm süreçten sorumlu kişidir. STEPS koordinasyon komitesi, çoğunlukla sağlık bakanlığında işleyişini sürdüren, STEPS'in uygulanmasında lojistik ve uygulama ile ilgili sorunların

çözümünde rol oynayan yapıdır. Komitenin başkanı STEPS bölge koordinatörüdür. Diğer üyeler; halk sağlığı, epidemiyoloji, kronik hastalık uzmanları, kronik hastalıkları önlemede deneyimli kişilerden oluşur. Araştırma ekibi, veri toplama, veri girişi ekibi ve istatistikçiden oluşur. STEPS yaklaşımı donanımlı bir ekip işbirliğiyle hiyerarşik yapı izlenerek, DSÖ tarafından belirlenen STEPS rehberine uygun yürütülmelidir. Böylece benzer yöntemlerle yürütülmüş çalışmaların birbiriyle karşılaştırılması, sonuçların değerlendirilmesi daha olanaklı olacaktır.

2) İnme Sürveyansı

Serebrovasküler hastalıklar, orta yaş ve ileri yaşta görülen en yaygın ikinci ölüm nedenidir (10). DSÖ 2005 yılı verilerine göre, dünya çapında tüm ölümlerin yüzde 9,9'u inmeye bağlıdır. Ayrıca bu ölümlerin yüzde 85,0'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana

Tablo 2. İnmeden korunma stratejileri

Korunma stratejisi	Hedef	Örnek
Birincil koruma	İnmenin sıklığının azaltılması	İnme ya da kardiyovasküler hastalık riski olan kişilerin belirlenmesi Toplumda bedensel etkinliği artırıcı girişimlerde bulunulması Tütün kullanımı ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılması
İkincil koruma	İnmeden etkilenen insanların sağaltımı	Major kardiyovasküler risk faktörlerine yoğunlaşmak Antihipertansif tedavi
Üçüncül koruma	İnmenin olumsuz etkilerinin azaltılması	Akut durumda enfeksiyonların tedavi edilmesi Eşlik eden hastalıkların yönetimi Rehabilitasyon

gelmekte ve ölen kişilerin üçte biri 70 yaşın altında olmaktadır. DSÖ ulusal inme sürveyans sistemini, inmenin önlenmesi ve tedavi edilebilmesi için inme verilerinin toplanması gerekliliğinden dolayı geliştirmiştir. STEPs Stroke yaklaşımında değiştirilebilir risk faktörleri (yüksek kan basıncı, tütün kullanımı, bedensel etkinlik azlığı, yüksek oranda alkol kullanımı, aşırı kiloluluk, diyabet), çevresel risk faktörleri (pasif tütün maruziyeti, tıbbi tedaviye ulaşma durumu), değiştirilemeyen risk faktörleri (yaş, cinsiyet, aile öyküsü) sürveyans çalışmalarının odak noktasını oluşturmaktadır. İnme sürveyansı, inme hastalarının toplum için oluşturduğu hastalık yüküne göre üç adımda incelemiştir. İlk adım, inme olduğu kabul edilen hastalar ile ilgili bilgi sağlanmasıdır. İkinci adım, toplum temelli ölümcül inme olaylarını belirlemektir. Son adım ise toplum temelli ölümcül olmayan inme olaylarını tahmin etmektir.

İnme sürveyansında da araştırmanın yapılması ve bulguların bildirilmesi kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansındaki gibidir (11).



TTB Arşivinden

3) Küresel Bedensel Etkinlik Sürveyansı

Bedensel etkinlik azlığı, kronik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, iskemik inme, Tip 2 diyabet, kolon kanseri ve meme kanseri için değiştirilebilir bir risk faktörü olup mental sağlık ve obezite gibi diğer sağlık çıktıları ile de ilişkilidir (12). Toplumda bedensel etkinlik sürveyansı ve etkin bir halk sağlığı yanıtının oluşabilmesi için standardize bir uygulama gereklidir. Şu anda bu uygulama ülkelerde anketlerle yürütülmekle birlikte düzenli veri toplanması ile ilgili sıkıntılar sürmektedir.

4) Küresel Okul Sağlığı Araştırmaları

Küresel okul sağlığı araştırmaları 13-15 yaş arasındaki okul öğrencilerine yönelik on temel başlık altında yürütülen çalışmalardır. Böylelikle dünya çapında çocukların morbiditesine ve mortalitesine neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Temel konular alkol kullanımı, günlük davranışlar, madde kullanımı, hijyen, mental sağlık, bedensel etkinlik durumu, tütün kullanımı, şiddet başlıkları olup, ülkelerin katılımı ile gerçekleştirmesi planlanmaktadır (13).

Sonuç

Kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı politik ve teknik anlamda ülkeler için çok önemlidir. DSÖ standart araştırma yöntemleri ve örgütlenme yapısı ile bildirim sisteminin uygulanması, bilgi eksikliğinin giderilmesi için çaba harcamaktadır. Bu nedenle üye ülkeler DSÖ'nün yönlendirmesiyle uygun örgütlenme yapısını oluşturup kapasitelerine uygun, çekirdek konular, genişletilmiş konular ya da tercihli konular ile ilgili hedefleri gerçekleştirmeye çalışmalıdırlar. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde risk faktörleri hakkında veri elde edilmeye başlanmıştır. Durum saptama açısından bu bulgular önem taşımaktadır. Türkiye'de olduğu gibi özellikle laboratuvar ölçümleri ile ilgili bir standart oluşturulması, durumu görmek adına önemlidir. Ayrıca etkin bir bildirim sisteminin belirlenmesi, kronik hastalık risk faktörlerinin önlenmesinde önemli bir kilometre taşı olacaktır.

İletişim: Dr. Celalettin Çevik

E-posta: celalettincevik@outlook.com

Kaynaklar

1. Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliği. Erişim tarihi 15 Kasım 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-4958/bulasici-hastalıklar-surveyans-ve-kontrol-esaslari-yone-.html>
2. 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006.
3. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını  nleme ve Kontrol Programı. Erişim tarihi 10 Eylül 2012, http://www.tkd-online.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastalıklarını_onleme_ve_kontrol_programi.pdf
4. Gelişmekte Olan  lkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (6) 2003/2 : 99-113
5. PanAmerican STEPS, the PAHO/WHO Stepwise Approach to Chronic Noncommunicable Disease Risk-Factor Surveillance. <http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/panam-steps.htm>
6. Alwan Ala etc. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. Lancet 2010;376:1861-1868
7. DS  Steps yaklaşımı. Erişim tarihi 19 Kasım 2012, <http://www.who.int/chp/steps/Part1.pdf>
8. DS  Steps yaklaşımı. Erişim tarihi 19 Kasım 2012, http://www.who.int/chp/steps/STEPS_Instrument_v2.1.pdf.
9. DS  Steps yaklaşımı. Steps kılavuz. Erişim tarihi 19 Kasım 2012, <http://www.who.int/chp/steps/manual/en/index.html>
10. UHY–ME alışması, Türkiye. kılavuz. Erişim tarihi 17 Kasım 2012, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>.
11. DS  İnmenin sürveyansı. Araştırmanın <http://www.who.int/chp/steps/Manual.pdf>.
12. Sağlık Bakanlığı. Beslenme ve Sağlık. Erişim tarihi 20 Kasım 2012, http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/obezite_bilgi_serisi/D11.pdf.
13. DSÖ okul sağlığı sürveyansı. Erişim tarihi 20 Kasım 2012. <http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html>



Bulaşıcı Hastalıklar Açısından Sağlık Çalışanlarının Sağlığı*

Wellbeing of Health Care Workers in Terms of Communicable Diseases

Dr. Dilek Aslan**

Geliş tarihi : 14.01.2013

Kabul tarihi: 17.02.2013

Öz

Sağlık çalışanları, çalışma koşullarına bağlı olarak günümüzde pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Stres, tükenmişlik sendromu, iş doyumsuzluğu, ruh sağlığı sorunları, bulaşıcı hastalıklar, ergonomik sorunlar, kazalar, yaralanmalar bu sorunlar arasındadır. Sağlık personelinin yakalandığı, doğru müdahaleler aracılığı ile korunulabilir ve tedavi edilebilir özelliği olan bulaşıcı hastalıklar birey ve toplum sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Sağlık çalışanları açısından sağlığı bozan koşullar kimyasal, fiziksel, biyolojik, ergonomik ve psiko-sosyal etmenler olmak üzere beş temel başlıkta incelenmektedir. Ülkemizde, oluşturulmuş olan Meslek Hastalıkları Listesi'ne göre mesleki bulaşıcı hastalıklar (D grubu hastalıklar) özel bir başlıkta incelenmektedir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, bireysel boyutu da içeren sistem temelli, bütünsel yaklaşıma gereksinim vardır.

Bu yazı kapsamında, sağlık çalışanları açısından bulaşıcı hastalık risklerinin ne(ler) olduğu ve risklerin önlenmesi için sistem temelli yaklaşımın gerektirdiği adımlara yer verilmiştir. Yazı içeriğinde ayrıca, sistem temelli yaklaşımlara ek olarak, bireye özel yaklaşımlar arasında yer alan el yıkama, şüpheli durumlarda "izolasyon", aşılama konuları da bu yazının diğer vurgulanan başlıkları olmuştur.

Anahtar sözcükler: Sağlık çalışanı, Sağlık, Bulaşıcı hastalıklar, Korunma,

Abstract

Health care workers are at risk of many health problems due to their working conditions. Stress, burnout syndrome, job dissatisfaction, communicable diseases, ergonomic issues, accidents, injuries are among the problems encountered in health professionals. Among all, communicable diseases, which can be prevented and treated via correct measures, have direct and indirect influences both at the individual and community levels. Threats of health among health workers have been investigated in five major risk groups including chemical, physical, biological, ergonomic, and psycho-social risks. Due to the Occupational Diseases List in Turkey, occupational communicable diseases (Group D) is a specific topic. To combat with communicable diseases, a comprehensive and system based approach is required.

In the content of this paper, risks of communicable diseases and preventive methods have been discussed with a system based approach. In addition to system based approach, individual precautions including hand washing, isolation in suspicious situations, and immunization, etc have been other basic highlights of this paper as well.

Key words: Health care worker, Health, Communicable diseases, Prevention

* Bu yazı kapsamındaki bilgiler Hacettepe Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından 2.1.2013 tarihinde düzenlenmiş olan Çalışma Hayatında Bulaşıcı Hastalıklar Sempozyumu'nda yazar tarafından sunulmuştur.

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

Giriş

Sağlık sektöründe uluslararası düzeyde toplam 59 milyon kişinin istihdam edildiği belirtilmektedir (1). Bu grubun 35 milyonunun sağlık çalışanı olarak görev yaptığı, bu sayının da toplam çalışan sayısının % 12'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (2).

Sağlık çalışanları, çalışma koşullarına bağlı olarak günümüzde pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Stres, tükenmişlik sendromu, iş doyumsuzluğu, ruh sağlığı sorunları, bulaşıcı hastalıklar, ergonomik sorunlar, kazalar, yaralanmalar bu sorunlar arasındadır (3, 4).

Yapılan çalışmalar, meslek koşullarından bağımsız olarak sağlık çalışanlarının sağlık sorunlarında benzerlik olduğuna da işaret etmektedir (5). Riskli davranış örüntülerinde paralellik, sağlık hizmetlerini kullanmama gibi etkenler bu benzerliği yaratan nedenler olabilir. Örneğin, hekimlerin birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince kullanmadıkları, tarama programlarından istenildiği kadar yararlanmadıklarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları bu gibi sağlık sorunları birey/insan olarak onların sağlıklı olma hakkını ortadan kaldırmaktadır. Buna ek olarak, sağlık çalışanlarının "sağlıksızlığı" genel toplumun sağlık durumunu da olumsuz etkilemektedir (4).

Amaç

Bu yazı kapsamında, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklarla ilgili risklerine ilişkin durum saptamanın uluslararası düzlemde yapılması ve korunmaya yönelik evrensel önerilerin paylaşılması amaçlanmıştır.

Sağlık Riskleri

Sağlık çalışanları açısından sağlığı bozan koşullar bazı uluslararası kurumlar tarafından da aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

- I-Kimyasal etmenler
- II-Fiziksel etmenler
- III-Biyolojik etmenler
- IV-Ergonomik etmenler
- V- Psikososyal etmenler

Ülkemizde, oluşturulmuş olan "Meslek Hastalıkları Listesi" kamu çalışanları dışındaki sigortalı çalışanların tümünü kapsamaktadır. Bu listeye göre meslek hastalıkları beş gruba ayrılmıştır:

- 1- Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları (A grubu)
- 2- Mesleksi deri hastalıkları (B grubu)
- 3- Mesleksi solunum sistemi hastalıkları (C grubu)
- 4- Mesleksi bulaşıcı hastalıklar (D grubu)
- 5- Fiziksel etmenlerle olan meslek hastalıkları (E grubu)

Listede de görüldüğü gibi, D grubu hastalıklar mesleksi bulaşıcı hastalıklardır (6). Bulaşıcı hastalıklar riski ile karşılaşan çalışanlar arasında sağlık çalışanları, hayvanlarla teması olan iş kollarında çalışanlar, laboratuvar çalışanları yer almaktadır (7).

Sağlık Çalışanları Açısından Bulaşıcı Hastalıklar

Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar açısından çalışma koşullarına bağlı olarak karşılaştıkları risklerin başında "iğne batması" da yer almaktadır. Sağlık çalışanları, iğne batması sonucu 20'den fazla patojenden etkilenebilmektedir. Bu riskler arasında Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS, malarya, sifiliz, tüberküloz, brusella, herpes ve difteri de yer alır (2). Malarya, sarı humma, veba, lepra, gibi tropikal hastalıklar, şarbon gibi hayvanlardan bulaşan hastalıklar da farklı alt iş kollarında görev yapan sağlık çalışanları açısından bilinmelidir (6).

Pruss-Üstün ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bildirimlere göre, Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri, 2000 yılında sağlık çalışanları arasında iğne batmasına bağlı olarak 16 bin Hepatit C, 66 bin Hepatit B ve bin HIV olgusu meydana geldiğini göstermektedir (8). İğne batmasına bağlı yaşanan sorunların %90'dan fazlasının gelişmekte olan ülkelerde yaşandığı bilinmektedir (9).

İğne batması ve riskler konusunda yapılan çalışmalara göre, hastalık riski, seyri bazı değişkenlere göre farklılaşmaktadır. Örneğin, Cheng ve arkadaşlarının Tayvan'da ulusal temsiliyeti olan ve dış hekimleri arasında yaptıkları bir çalışmada, iğne batma riskinin yaşın ilerlemesiyle, enfeksiyon kontrol yaklaşımlarını benimseme ve uyumda gerilik ile, kan yolu ile bulaşan patojenlere ilişkin bilgi yetersizliği ile, hastalıkların bulaşması konusundaki kaygı düzeyindeki yükseklik ile arttığını ortaya koymuşlardır. İğne batmasının en çok parmaklar aracılığı ile olduğu da saptanmıştır (10).

Türkiye'de Mersin ilinde, 2009 yılında 807 sağlık çalışanı arasında Kunt ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanları arasında bulaşıcı hastalıklar açısından riskler tanımlanmıştır. Kan yoluyla geçen hastalıkların yanı sıra, alan çalışmaları sırasında kuduz gibi hayvanlar aracılığı ile bulaşan hastalık risklerine de dikkat çekilmiştir (11).

Ülkemizde, farklı bir çalışma statüsünde görev yapan "taşeron" işçiler arasında da bulaşıcı hastalıklara ilişkin riskler ön sıralardadır. Örneğin, İzgi ve Öztürk tarafından Antalya'da taşeron işçiler arasında yapılmış bir çalışmada, en sık görülen iş kazası olarak "kullanılmış enjektör ucu batması" saptanmıştır. Katılımcılar arasında en fazla algılanan risk de 61 işçi için (%47,7) bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon olmuştur. Bununla birlikte, araştırmaya katılanların %84'ünün herhangi bir iş sağlığı ve iş güvenliği eğitimi almadığı belirtilmiştir (12).

Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları bulaşıcı hastalıklar kapsamındaki öne çıkan diğer riskler aşağıda sunulmuştur:

1. Son yıllarda sağlık çalışanları mortalite riski yüksek olan hastalıklarla da mücadele etmektedirler. Örneğin, %10-60 arasında değişen fatalite hızına sahip Kırım Kongo kanamalı ateşi sağlık çalışanları yaşamına mal olmaktadır (13). Ülkemizde de yakın geçmişte, bir hemşire ve bir hekim de içinde olmak üzere, sağlık çalışanları arasında bu örnekler ne yazık ki yaşanmıştır (14). Bu kayıpların

dünyanın özellikle gelişmekte olan ülkelerinde de benzer seyrettiği söylenebilir (15)

2. SARS ile ilgili 2009 yılında, Pryluka ve arkadaşları tarafından Arjantin'de yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının hastane koşullarındaki önlemlerin yetersizliği ya da toplum içinde bireysel önlemlerdeki eksiklikler nedeniyle SARS tanısı aldıkları, tanı alanların en fazla hemşireler olduğu vurgulanmıştır (16). SARS nedeniyle yaşamını yitiren sağlık çalışanları olmuştur. İtalyan parazitolog, 46 yaşındaki Dr. Carlo Urbani'nin 29.3.2003 tarihli ölümü örnek olarak anımsatılabilir (17).

3. Pandemik influenza, sağlık çalışanlarının sağlığını da çok yakından etkilemektedir. Prematunge ve arkadaşları tarafından yapılan bir sistematik derleme çalışmasında, sağlık çalışanları arasında H1N1 salgınından korunmak için, mevsimsel grip salgınından korunma yollarından farklı olarak, sağlık çalışanlarını aşılama çalışmalarının öne çıkması gerektiği vurgulanmıştır. (18). Aguilar-Díaz Fdel tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının aşı yaptırmamasının en önemli nedeninin, aşının yan etkilerinden duyulan kaygı olduğu saptanmıştır (19).

4. Tüberküloz sağlık çalışanları arasında sorun olmayı sürdürmektedir. Laboratuvar çalışanlarının bu riski diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazladır. Sorunun çözümü için altyapı çalışmalarının yetersizliğinin aşılması gerektiği bildirilmektedir (20).

Çalışanların sağlığını korumaya yönelik kimi düzenlemeler öteden beri yapılmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü, 1925 yılından bu yana ilgili düzenlemeleri gerçekleştirmektedir. Türkiye de diğer ülkeler gibi bu düzenlemeleri ulusal yasalarına yansıtmaktadır (6).

Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları riskler onların çalışma barışını, iş doyumunu da yakından etkilemektedir. Örneğin, Pham ve arkadaşları tarafından Vietnam'da yapılan bir çalışmada, HIV/AIDS hastaları ile çalışan sağlık çalışanlarının HIV/AIDS riski ve hastalandıkları takdirde de "damgalanma (stigma)" kaygısı yaşadıkları, bu kaygının da iş doyumlarını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (21).

Nasıl önleyelim? Sistem temelli yaklaşım

Sorunun yanıtı, evrensel sistematik yaklaşımların içselleştirilmesi ve bu doğrultuda gerekli bütün önlemlerin alınmasıdır.

Sistem temelli yaklaşım bir gerekliliktir, çünkü risklerin dinamik/gündelik yaşam içinde sürekli bir biçimde etkileşimi, yarattığı farklı ve karmaşık sorunlar vardır. Bu sorunlara bütünsel yaklaşım gerekir. Örneğin, Lee ve arkadaşlarının hemşireler arasında yapmış oldukları bir çalışma sonuçlarına göre, iş stresi hemşirelerin immünolojik biyo-belirteç düzeylerini olumsuz etkilemiştir (22). Bu sonuca göre, araştırma yapılan grubun çalışma ortamı ile ilgili her türlü riskten olumsuz etkilenmelerinin olası olduğu düşünülebilir.

Evrensel yaklaşımların çerçevesini, BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin en temel maddesi olan "insan hakkı" kavramının belirlediği temel zeminde tartışmak doğru olur. Bu temel üzerine, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla konulan her kural/yaklaşım daha sonraki adımları oluşturur.

Bu çerçevede uluslararası düzenlemeleri kısaca değerlendirmek yerinde olur:

- 1- BM İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi
- 2- ILO Yaklaşımları
- 3- Uluslararası Sağlık Tüzüğü (23)
- 4- Ulusal mevzuat

Bu bütünlük içinde bakıldığında, ülkemizde sorunların çözümü için belirli adımlar atılması gerekmektedir. Bugün sağlık çalışanlarının yaşadığı mesleki sağlık sorunlarının çoğunluğu meslek hastalığı kapsamında değerlendirilmemektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda (24) çalışan sağlığına yönelik düzenlemelerin bütünlüklü değerlendirilmesinin uzağında olduğu görüşleri yaygındır. Yasa'nın bütününde çalışanların kendi sağlığından sorumlu olma yaklaşımının ağırlıklı olduğu görülmektedir. (6). Yasa kapsamında diğer sağlık çalışanlarının (örneğin hemşirelerin) mesleki açıdan kimliksizleştirme sorunu da bulunmaktadır (25).

Bireysel özel yaklaşımlar

Sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik müdahale programlarının bireysel boyutları da bulunmaktadır. Evrensel korunma önlemlerini

içeren doğru yaklaşım ve uygulamaların meslek eğitimleri sırasında, sürekli mesleki gelişim etkinlikleri kapsamında programlı bir biçimde yürütülmesi önemlidir. Aşağıdaki temel yaklaşımların sağlık çalışanlarının tümü tarafından eksiksiz uygulanması önerilmektedir:

1. El yıkama kurallarına özenilmesi/öncelenmesi
2. Bulaşıcı hastalık şüphesiyle karşı karşıya kalınan durumlarda uygun "izolasyon" önlemlerinin alınması
3. Sağlık çalışanlarına yönelik aşılama programlarının planlanması ve uygulanması (26).

Sağlık çalışanlarına yönelik, özel aşılama programları kapsamında hepatit B, influenza, difteri, tetanoz, polio, kabakulak, hepatit A, tüberküloz, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, neisseria meningitidis C aşılarının olabileceği belirtilmektedir (27).

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının meslek uygulamalarından dolayı karşı karşıya kaldıkları riskler arasında bulaşıcı hastalıklar ön sıralarda yer almaktadır. Bu risklerin tümüyle ortadan kalkabilmesi için sistematik bir yaklaşım çerçevesinde bireysel ve toplumsal müdahaleler gerekmektedir.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1.42. Health workers.
http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/index.html. Erişim:27.1.2013.
2. Goniewicz M, Włoszczak-Szuzda A, Niemcewicz M, Witt M, Marciniak-Niemcewicz A, Jarosz MJ. Injuries caused by sharp instruments among healthcare workers--international and Polish perspectives. *Ann Agric Environ Med* 2012;19(3):523-7.
3. Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Nov;262 Suppl 2: 65-9.
4. Fronteira I, Biscaia A. The health status of Portuguese healthcare professionals. *Cah Sociol Demogr Med* 2007 Jul-Sep;47(3):361-75.
5. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007 Oct;45(5):599-610.

6. Emiroğlu C. Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. TTB Mesleki ve Sağlık Güvenliği Dergisi 2012;43:16-25.
7. Haagsma JA, Tariq L, Heederik DJ, Havelaar AH. Infectious disease risks associated with occupational exposure: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2012 Feb;69(2):140-6.
8. Pruss-Ustun A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *Am J Ind Med* 2005;48(6):482-90.
9. Healthcare worker safety. http://www.who.int/occupational_health/activities/1am_hcw.pdf. Erişim:27.1.2013.
10. Cheng HC, Su CY, Yen AMF, Huang CF. Factors Affecting occupational exposure to needlestick and sharps injuries among dentists in Taiwan: A nationwide survey. *PLoS ONE* 2012;7(4):e34911. doi:10.1371/journal.pone.0034911.
11. Kunt AÖ, Öner S, Yapıcı G, şaşmaz T, Buğdaycı R. Occupational risk factors among primary health care workers in Mersin, Turkey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(5):1194-203.
12. İzgi C, Öztürk H. Akdeniz Üniversitesi'nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012;10(3):160-73.
13. Sisman A. Epidemiologic features and risk factors of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Samsun province, Turkey. *J Epidemiol.* 2012 Dec 1. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/advpub/0/advpub_JE20120097/_pdf. Erişim:27.1.2013.
14. Kırım Kongo kanamalı ateşi ve sağlık çalışanları. TTB Mesleki ve Sağlık Güvenliği Dergisi 2012;43:26.
15. <http://ahmedabad.aarogya.com/news-and-updates/62-year-2012/357-congo-fever-claims-city-doctors-life.html>. Erişim:1.2.2013.
16. Pryluka D, Lopardo G, Daciuk L, Stecher D, Bonvehi P. Severe acute respiratory disease in health-care workers during the influenza H1N1 pandemic in Argentina. *J Infect Dev Ctries.* 2013 Jan 15;7(1):36-40.
17. Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, Zaki SR, Peret T, Emery S, Tong S, Urbani C, Comer JA, Lim W, Rollin PE, Dowell SF, Ling AE, Humphrey CD, Shieh WJ, Guarner J, Paddock CD, Rota P, Fields B, DeRisi J, Yang JY, Cox N, Hughes JM, LeDuc JW, Bellini WJ, Anderson LJ; SARS Working Group. A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome. *N Engl J Med.* 2003 May 15;348(20):1953-66.
18. Prematunge C, Corace K, McCarthy A, Nair RC, Pugsley R, Garber G. Factors influencing pandemic influenza vaccination of healthcare workers--a systematic review. *Vaccine* 2012 Jul 6;30(32):4733-43.
19. Aguilar-Díaz Fdel C, Jiménez-Corona ME, Ponce-de-León-Rosales S. Influenza vaccine and healthcare workers. *Arch Med Res* 2011 Nov;42(8):652-7.
20. Mathew A, David T, Thomas K, , Kuruvilla PJ, Balaji V, Jesudason MV, Samuel P. Risk factors for tuberculosis among health care workers in South India: a nested case-control study. *Journal of Clinical Epidemiology* 66(2013): 67e74.
21. Pham HN, Protsiv M, Larsson M, Ho HT, Vries DH, Thorson A. Stigma, an important source of dissatisfaction of health workers in HIV response in Vietnam: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012 Dec 21;12:474.
22. Lee KM, Kang D, Yoon K, Kim SY, Kim H, Yoon HS, Trout DB, Hurrell JJ Jr. A pilot study on the association between job stress and repeated measures of immunological biomarkers in female nurses. *Int Arch Occup Environ Health.* 2010 Oct;83(7):779-89.
23. <http://www.who.int/ihr/en/>. Erişim:2.2.2013.
24. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 30.6.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmî Gazete.
25. Emiroğlu C, Koşar L. "İş sağlığı ve güvenliği kanunu" üzerine. TTB Mesleki ve Sağlık Güvenliği Dergisi 2012;43:2-15.
26. Hibberd PL. Immunizations for healthcare workers. Weller PF, Bloom A (Eds). Uptodate archive. http://www.uptodate.com/contents/immunizations-for-healthcare-workers?source=search_result&search=infectious+disease+health+care+worker&selectedTitle=1%7E150. Erişim: 28.1.2013.
27. Bazter D. Specific immunization issues in the occupational health setting. *Occupational Medicine* 2007; 57: 557-63.



Türk Tabipleri Birliği - Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce 2012 yılında düzenlenen fotoğraf yarışması sonuçlandı. Fotoğraf Sanatçısı İbrahim Demirel, Dr. Mehmet Beyazova, Dr. Ufuk Beyazova, Dr. Orhan Odabaşı'ndan oluşan Seçici Kurul, 15 Şubat 2013'te yarışmaya başvuran 21 adayın gönderdiği 92 adet fotoğrafı değerlendirdi. Kırk fotoğraf sergilemeye değer bulundu. Bunların arasında yapılan seçmede, ödüle değer görülen ve STED'in kapak fotoğrafı olacak yapıtlar belirlendi. Buna göre:

Büyük Ödül: Tıp Öğrencisi Ali Orhan'ın "Yalnızlık Paylaşılmaz" adlı fotoğrafı.

Başarı Ödülleri: Hasan Yaşar'ın "Sıcaklık", Murat Seyit'in "Koyun Atlatma" ve Burcu Tokuç'un "Pekmez" adlı fotoğrafları.

Jüri Özel Ödülü: Burcu Tokuç'un "Kışa Hazırlık" adlı fotoğrafı.

Galeri Sanatçayım Ödülü: Murat Seyit'in "Yorgancı" adlı fotoğrafı.

Bu fotoğraflar ödül alanlardan başlanarak, 2013 yılında yayımlanacak olan STED'in kapakında ve dergimizde yayımlanacaktır.

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

Yarışmada dereceye girenleri kutlar, katılan tüm okurlarımıza teşekkür ederiz.

2013 yılında düzenlenecek olan yarışmaya, fotoğrafa meraklı tüm STED okurlarının katılımını bekliyoruz.

Bilimsel ve Dostça...



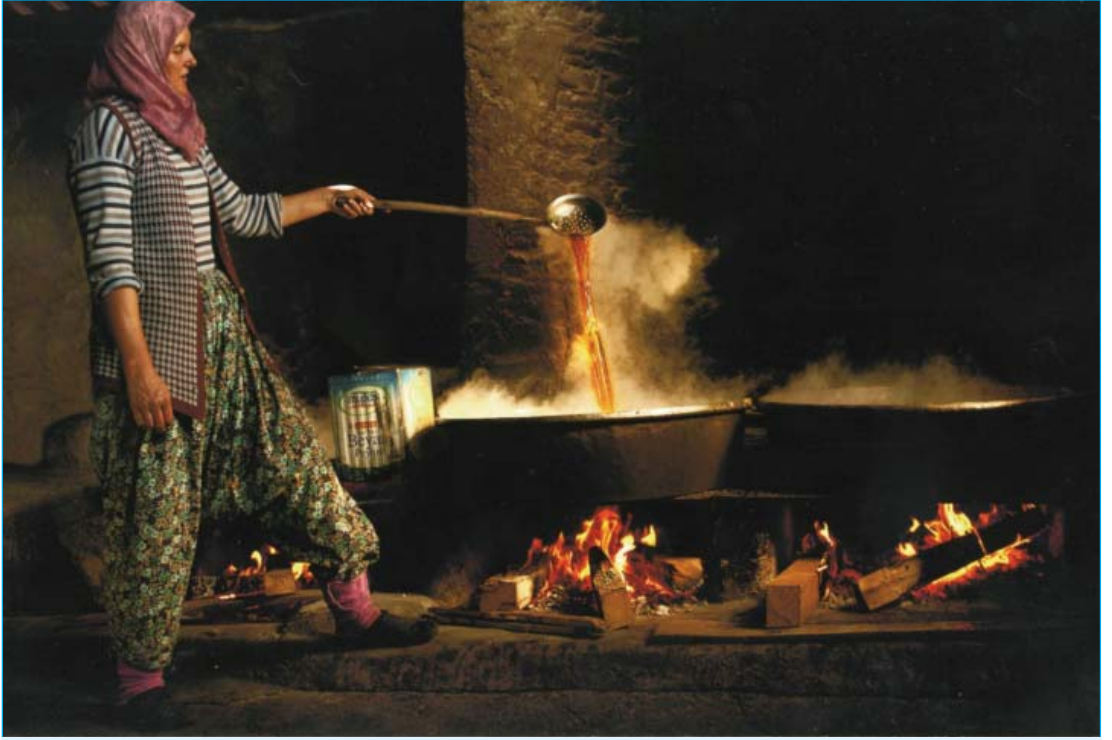
"Yalnızlık Paylaşılmaz", Ali Orhan



"Sıcaklık", Hasan Yaşar



"Koyun Atlatma", Murat Seyit



"Pekmez", Burcu Tokuç



Yayın Yönetmeniz Dr. Özen Aşut, Ali Orhan'a plaketini sunarken



"Kışa Hazırlık", Burcu Tokuç



Ödül töreninden bir görünüm



"Yorgancı", Murat Seyit



Türk Tabipleri Birliği - Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (TTB-STED) Fotoğraf Yarışmasının bu yıl 12.'sini düzenliyoruz. Fotoğrafa meraklı okurlarımızın emeğinin ürünü olan eserler yıllardır dergimizin kapağına ve içeriğine değer katıyor. Artık gelenekselleşen bu yarışmanın 2013 yılında da başarıyla gerçekleştirilebilmesi için fotoğraf çeken ve ürünlerini STED okurlarıyla paylaşmak isteyen tüm dostlarımızı TTB - STED Fotoğraf Yarışması 2013'e katılmaya davet ediyoruz.

Yarışma Kuralları

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan ve siyah-beyaz fotoğraflar değerlendirmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1', 'RUMUZ - 2', ... gibi).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in İnternet sayfasından ulaşıp, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağzı kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazılacaktır.
- Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek

biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.

- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. Türk Tabipleri Birliği, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi koşuluyla, TTB yayınlarında ve sağlıkla ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar yukarıda belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

Yarışma Takvimi

Son katılım tarihi: 20 Kasım 2013

Seçici Kurul'un değerlendirmesi ve sonuçların duyurulması: 3 Aralık 2013

Ödüller

Büyük Ödül: Bir adet fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan bir armağan paketi ve plaket (bir kişiye),

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

Seçici Kurul tarafından uygun görülürse başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk altıya giren fotoğraflar 2013 yılında STED'in kapağında, diğer fotoğraflardan uygun görülenler iç sayfalarda yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve Seçici Kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenbilecektir.

Başvuru Adresi

"STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara



Süreklili 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'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerde aranacak özellikler:

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

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

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

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 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 verilmemelidir, 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 bölümüdür.

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 increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3. ya da 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer -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 yazıyı 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 yazılıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.

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

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

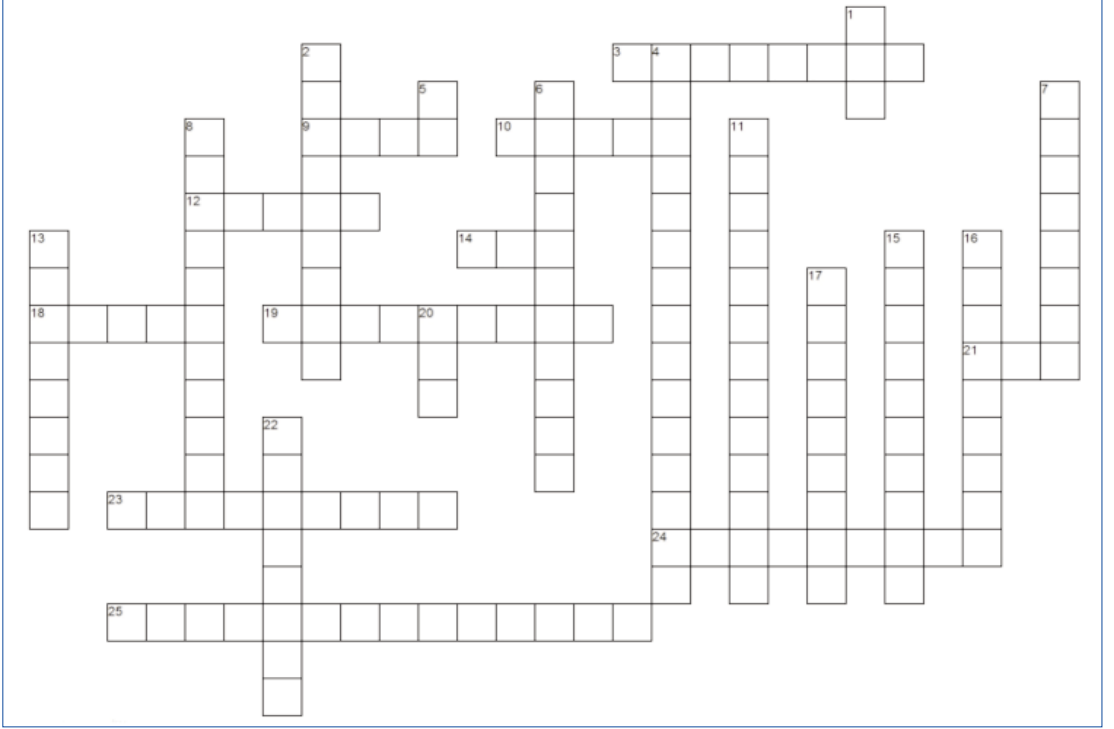
9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir.

Yazılar; sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.



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 **Mart-Nisan 2013** sayımızda yayımlayacağız.



1- Bireylerin günlük su gereksinimlerini belirleyen etmenlerden biri. **2-** Yeterli sıvı miktarı alımı durumunda yakalanma riskinde azalma olduğuna ilişkin kanıtlar olan bir hastalık. **3-** İşyerinde karşılaşılan şiddet türlerinden biri. **4-** Orta yaş ve ileri yaşta görülen en yaygın ikinci ölüm nedeni olan hastalıklar. **5-** Yeterli ve dengeli beslenme için günlük en az öğün sayısı. **6-** Sağlık kurumunda şiddete başvuran gruplardan biri. **7-** Milattan önce 400'lerde yaşayan, zehirlenmelerde tedavi yaklaşımı ve ilaç kullanılırken doz aşıldığında yapılması gerekenlerden söz eden bilim insanı. **8-** Gelişmekte olan ülkelerde en sık zehirlenme nedeni olan maddeler. **9-** Amerikan Zehir Kontrol Merkezi'nin 2010 yılındaki raporuna göre zehirlenme nedenleri arasında ilk beş sırada yer alan maddelerden biri. **10-** Zehirlerle ilgili bilinen en eski yazılı metin olan Ebers Papirusu'nda (MÖ 1500) geçen maddelerden biri. **11-** Bireyin içinde bulunduğu durumu tehdit edici ve tehlike yaratıcı olarak algılaması. **12-** Sağlık çalışanına yönelik saldırı türlerinden biri. **13-** Sağlıklı yaşamın farklı bileşenlerinden biri. **14-** TNSA

2008 sonuçlarına göre evli kadınların en fazla kullandığı etkili korunma yöntemi. **15-** Toksik etki gösteren maddelerin gastrointestinal sistemden absorpsiyonu, akciğerlerden inhalasyonu ya da deri ve mukozalardan temas sonucu yeterli miktarda vücuda alınmasıyla gerçekleşen hastalık ya da ölümle sonuçlanan durum. **16-** Genel olarak zehirlenme belirtilerinden biri. **17-** Sıklıkla sistematik veri toplama, çözümleme, yorumlama ve bulguların ilgililere iletilerek uygun bir politika oluşturulmasını içeren süreç. **18-** Kronik hastalık risk faktörlerinin sürveyansı yaklaşımı. **19-** Kronik hastalık gruplarından biri. **20-** Dünya Sağlık Örgütü kısaltması. **21-** Her öğünde alınması gereken dört ana besin grubundan biri. **22-** RiA'nın uygulandığı muayene pozisyonu. **23-** Çalışma yaşamındaki görülen şiddet olaylarının sağlık alanında görülme oranı. **24 -** Sağlık çalışanlarının, çalışma koşullarına bağlı olarak karşılaştıkları sorunlardan biri. **25-** Kanın oksijen taşıma yeteneğini azaltarak baş ağrısı ve uyku hali oluşturan, daha ağır olgularda ise ölüme neden olan zehirlenme türü.