



---

Ankara'da Bazı Semt Duraklarında Çalışan Taksi Şoförlerinin Sağlıklı-Riskli Yaşam Davranışları	222
Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Sağlık Durumu Yönetiminin Değerlendirilmesi	230
0-6 Yaş Çocuklarda İshal Olmayı Etkileyen Etmenler ve Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri	236
Çocuk Sağlığını Etkileyen Kronik Hastalıklar	244
"Zor Hasta" ve Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Güçlükler	250
Afrika'da Bir Mülteci Kampındaki Sağlık Hizmetlerine Halk Sağlığı Yaklaşımı	258

---



## Yayın Yönetmenleri

Yrd. 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

## Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

## Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)  
Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)  
Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)  
Dr. Tolga İnce (Sosyal Pediatri)  
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)  
Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)  
Prof. Dr. Esra Önal (Neonatoloji)  
Prof. Dr. İmran Özalp (Metabolizma)  
Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)  
Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)  
Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)  
Prof. Dr. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)  
Dr. Adnan Yüce

## Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

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 Büyükkakkuş  
Dr. Hayati Çakır  
Dr. Şamih Demli  
Dr. Naciye Demirel  
Dr. Sema İlhan  
Dr. Remzi KarşıDr. Mehmet Özen  
Dr. Alfert Sağdıç  
Dr. Mustafa Sülkü  
Dr. Figen Şahpaz  
Dr. Emrah Şeyhoğlu  
Dr. Fatih Şua Tapar  
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

## Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu  
Prof. Dr. Dilek Aslan  
Prof. Dr. Ayşen Bulut  
Doç. Dr. Deniz Çalışkan  
Prof. Dr. Muzaffer 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 ErborüDr. Sultan Gemalmaz  
Dr. Nevruz Gürçeğiz  
Dr. Mesut Yıldırım

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Araştırma/Research

Ankara'da Bazı Semt Duraklarında  
Çalışan Taksi Şoförlerinin Sağlıklı/  
Riskli Yaşam Davranışları

222

Dr. Emir Tuğrul Keskin, Dr. Funda Kütük,  
Dr. Büşra Betül Özmen, Dr. Elif Özyörük,  
Dr. Yelda Yazır, Dr. Dilek AslanGestasyonel Diyabetli Kadınlarda Sağlık  
Durumu Yönetiminin Değerlendirilmesi

230

Dr. Yeşim Aksoy Derya, Dr. Ezgi Karadağ,  
Msc. Hatice Oltuluoğlu0-6 Yaş Çocuklarda İshal Olmayı Etkileyen  
Etmeler ve Annelerin İshal Konusundaki  
Bilgi Düzeyleri

236

Seval Cambaz Ulaş, Aynur Ç. Çetinkaya,  
Dr. Dilek Özmen, Kıvanç Çevik

## Derleme/Review Article

Çocuk Sağlığını Etkileyen  
Kronik Hastalıklar

244

Dr. Nesrin Şen Celasin

"Zor Hasta" ve Hasta-Hekim İlişkisinde  
Yaşanan Güçlükler

250

Dr. Erol Özmen, Dr. E. Oryal Taşkın

Afrika'da Bir Mülteci  
Kampındaki Sağlık Hizmetlerine  
Halk Sağlığı Yaklaşımı

258

Dr. Yunus Emre Bulut, Dr. Rıza Çıtıl,  
Dr. Zeynel Kalli, Dr. Mahmut CoşkunKapak Fotoğrafi  
"Yaşar Usta"

Hasan Yaşar

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011

Başarı Ödülü



### Merhaba,

STED'in yeni sayısında gene sağlık hizmetinin geniş yelpazesinden araştırma ve derlemelerle birinci basamağın değişik alanlarında çalışan hekimlere katkı sunmaya çalışacağız. Çocuk kronik hastalıkları, ishaller, diyabet, tütün bu sayıda yer alan konu alanlarımızdan bazıları... Bu konularda tıp çok hızlı gelişimler gösteriyor. Size merhaba derken, son ayların güncel tartışma ve sorunlarına kısa bir bakış sunmak istiyoruz.

Tıp alanında yeni gelişmelerde sık sık yer alan popüler bir konu, yumurtanın yararlı ya da zararlı olduğu tartışmasıdır. Kimi araştırmacılar yumurtanın amlandığını öne sürerken, kimileri yumurta tüketiminin kalp damar hastalığına yol açtığı konusunda ısrarlarını sürdürmektedirler. Yayımlanan yeni bir araştırmada, son teze yönelik bulgular ortaya konuyor. Bu araştırmada, yaşam boyu yumurta sarısı tüketimi miktarının, karotis arter plakları gelişimiyle korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle kardiyovasküler riski olanların yumurta tüketimini kısıtlaması önerilmektedir.<sup>1</sup>



Fotoğraf: "Özgürlük" Dr. Ceyhun İrgil  
STED Fotoğraf Yarışması 2011 Galeri Sanat Yapım Ödülü

Atherosclerosis'de 1262 hastaya ilişkin verilerin yayımlandığı araştırmada, sonuçlar yıllara göre haftalık yumurta sayısı ile aterom plaklarının karşılaştırılması sonucunda elde edilmiştir. Karotis plak alanlarının, 40 yaşından sonra lineer olarak arttığı; ancak hem paket-yıl olarak sigara içme, hem de haftalık yumurta sayısı çarpı yıl sayısı (yumurta yılı) ile ilgili olarak, geometrik olarak genişlediği saptanmıştır. Haftada 2'den az yumurta tüketenlerle 3'ten fazla tüketenler arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Çoklu regresyon analizi, "yumurta sarısı yılları"nın diğer koroner risk etmenleri uyarlandıktan sonra, hastalık için istatistiksel olarak önemli bir etmen olduğunu göstermiştir.

Diyabetin kesin tedavisinde uzun süredir tartışılan bir konu geride bıraktığımız aylarda yeniden alevlendi. Yaklaşık 90 yıldır uygulanmakta olan tüberküloz aşısı, yapılan Faz 1 araştırma kapsamında, tip 1 diyabette iyileştirme hedefiyle uygulandı ve bu tedavinin az sayıda hastada olumlu etkileri görüldü. Sonuçlara göre, jenerik Calmette-Guerin (BCG) aşısının, pankreasta insülin salgılayan hücrelerin restorasyonunu sağladığı belirtiliyor.

Daha önce tümör nekroz faktörüyle (TNF) ilgili tip 1 diyabet çalışmaları olan immünolog araştırmacı Dr. Denise Faustman, bu araştırmada BCG'nin TNF'yi artırıcı etkisinden yararlanmış. Araştırmacı, "Bu basit ve ucuz aşı, tip 1 diyabette altta yatan otoimmüniteyi hedef alıyor. Aşı düşük dozlarda bile, tip 1 diyabeti geri döndürebilir. Ancak bu dönüşüm 15 yıl üstünde diyabeti olanlarda görülmektedir" diyor. Araştırmacıların ölçümlerine göre bir hafta süren bu etki, adacık hücrelerini tahrip eden otoimmün T hücrelerinin ölümüyle gerçekleşmektedir. Bu da insülin salgısının geri dönmesiyle sonuçlanmaktadır. Bazı başka araştırmacılara göre de, tip 1 diyabette altta yatan otoimmüniteyi etkilemek, insülin salgılayan beta hücre işlevlerini geçici olarak geri getirmektedir. Beta hücre fonksiyonunun geri gelmesi, iyileşmenin umut verici bir ilk



adımı olabilir. Ancak başka diyabet araştırcılarına göre, bu ilk sonuçların değerlendirmesinde kanıtları açan bir yaklaşım vardır ve ne sürülen savları doğrulayacak büyük araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.<sup>ii</sup> Zaten Faustman ve arkadaşları da büyük Faz 2 çalışmasına hazırladıkları bildiriyorlar. Araştırcılar, insülin otoreaktif T hücrelerinin uzun süreli yıkımı ve C-peptid salgılanması ile insülin üretimini kalıcı geri dönüşü için, BCG'nin bu araştırmadakinin daha sık ya da daha yüksek dozda kullanımının gerekeceğini tahmin ediyorlar.

Umut yeşerten başka bir alan, ARB ya da anjiyotensin reseptör blokerlerinin Alzheimer Hastalığı (AH) riskini azalttığı doğrultusundaki çalışmalarıdır. Değişik verileri ve ABD'deki 32 Alzheimer merkezinden 890 hastanın beyin otopsi sonuçlarını değerlendiren bir çalışmaya göre, ARB'lerle tedavi, beyinde amiloid birikimini ve AH ilişkili diğer bozuklukları azaltıyor. Archives of Neurology Eylül 2012 sayısında yer alan bu sonuçlara göre, araştırcılar, ARB'lerin amiloid metabolizmasına selektif olarak yararlı etkilerini gösteren ilk insana dayalı çalışma olduğunu ileri sürüyorlar.<sup>iii</sup>

Daha nceki başka bazı araştırmalar da ARB tedavisinin bilişsel gerileme ve demansa karşı koruyucu olduğuna ilişkin kanıtlar ortaya koymuştur. 2010'da Wolozin ve arkadaşlarının çalışmasında, ARB kullananlarda ACE inhibitörü ve diğer kardiovasküler ilaç kullanicılarına göre AH ve demans insidansında önemli azalma saptanmıştır.

2011'de büyük bir İngiliz alışması, bu sonuçları doğrulayarak, ARB kullanan yaşlı erişkinlerde AH hastalığı riskinin diğer antihipertansiv kullananlara göre %53 daha az olduğunu saptadı. Bu alışmada ACE inhibitörü alanlarda ise AH riski %24 daha düşüktü. 2012 yılında Dr.Hajjar'ın çalışmasında da ARB

tedavisinin bilişsel işlevlerde düzelme sağladığı belirlendi.

Ancak bugüne değin, ARB'lerin beyin üzerindeki koruyucu etkisinin mekanizması bilinmiyordu. Yeni alışma, ARB'lerin beyin üzerine doğrudan etkiyle beta amiloidi azalttığına ilişkin kanıtlar ortaya koyuyor. Beyne geçen ARB'lerin, geçmeyenlere göre daha etkili olduğu da bulgular arasındadır. Başka antihipertansiv ilaç alan hastalara göre, ARB alanlarda AH tanısı, kullanılan ölçüte göre %32-35 daha azdı. Hiç ilaç tedavisi almayanlarla ARB alanların karşılaştırması da benzer sonuç verdi. Öte yandan, beyinde amiloid tutulumu, AH'li olsun olmasın, ARB alanlarda tedavi almayanlara ve başka antihipertansiv alanlara göre daha azdı. Ancak araştırcılar yalnızca bu sonuçlara göre klinik kararlar vermek için henüz erken olduğunu belirtiyorlar.

Tıpta araştırmalar ve yeni gelişmeler hızla birikiyor. Sonraki sayılarımızda tıbbın farklı alanlarında buluşmak üzere,

### Bilimsel ve dostça...

#### Kaynaklar

- i. Spence JD, Jenkins DJ, Davignon J. Egg yolk consumption and carotid plaque. *Atherosclerosis*. 2012 Oct;224(2):469-73. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2012.07.032. Epub 2012 Aug 1. Erişim 18 Kasım2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22882905>
- ii. Faustman DL, Wang L, Okubo Y, Burger D, Ban L, Man G, Zheng H, Schoenfeld D, Pompei R, Avruch J, Nathan DM. Proof-of-Concept, randomized, controlled clinical trial of Bacillus-Calmette-Guerin for treatment of long-term type 1 diabetes. *PLoS ONE*, 2012; 7 (8): e41756 DOI: 10.1371/journal.pone.0041756
- iii. Hajjar I. ARBs may curb amyloid deposition in the brain. *Arch Neurol*. Published online September 10, 2012. Abstract <http://www.medscape.com/viewarticle/770899?src=mpnews>



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 almıştır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

## Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. **Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazılığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili 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 özetle, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

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

3. **Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgi, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

4. **Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gerekçe 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 vermemeniz.

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

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

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

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

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

### Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina L. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary 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>

### Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

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

9. **Tablolar:** Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ??

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

### 10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazılı 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 kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

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

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

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya ya da dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

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

### Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzalandığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. ([www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED) adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Yazılar; "STED, TTB, GMMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

# Ankara'da Bazı Semt Duraklarında Çalışan Taksi Şoförlerinin Sağlıklı/Riskli Yaşam Davranışları

Healthy/Risky Behaviors Of The Taxi Drivers Working at Some Regional Taxi Stops in Ankara

Araştırma



Research

*Dr. Emir Tuğrul Keskin\*, Dr. Funda Kütük\*, Dr. Büşra Betül Özmen\*, Dr. Elif Özyörük\*, Dr. Yelda Yazır\*, Dr. Dilek Aslan\*\**

Geliş tarihi : 31.10.2011

Kabul tarihi: 18.07.2012

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmada Ankara Kızılay-Kolej-Maltepe semtlerindeki taksi duraklarında çalışan taksi şoförlerinin beslenme, uyku, bedensel etkinlik, sigara içme, alkol kullanma, güneşten korunma, emniyet kemeri kullanmak gibi sağlıkla ilgili davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı özellikte olan bu çalışmada adı geçen semtlerde bulunan kayıtlı 371 taksi şoförünün 247'si (%66,5) katılmıştır. Araştırmanın verileri 3-7 Ekim 2011 tarihlerinde toplanmıştır. Bu araştırma kapsamında beklenen sağlıklı davranışlar sağlıklı beslenme, düzenli uyku, bedensel etkinlik, sigara içmeme, araç kullanırken alkollü içecek içmeme, güneşin zararlı etkilerinden korunma, emniyet kemeri kullanma ve stresten korunma olmuştur.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 247 taksi şoförünün tamamı erkektir. Taksi şoförlerinin yaş ortalaması  $39,6 \pm 11,1$  olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %74,5'i (184 kişi) evlidir. Katılımcıların %52,6'sı (130 kişi) lise mezunudur. Taksi şoförlerinin %72,9'unun (180 kişi) ekonomik durumu orta olarak değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında incelenen sekiz sağlık davranışının taksi şoförlerinde var olup olmadığı değerlendirildiğinde, yalnızca bir şoförün "istenen" davranışların tamamına sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 11'i belirlenen sağlıklı yaşam davranışlarından hiçbirini yapmamaktadır.

**Sonuç:** Sonuç olarak taksi şoförlerinin incelenen sağlık davranışlarında saptanmış olan bu eksikliklerin kurumsal yapılanmalarla işbirliği içinde giderilmesi önerilmektedir. Bilgilendirici belge ve yayınlar, katılımlı tartışma saatleri gibi eğitim teknikler taksi şoförleri arasındaki farkındalığı artırmaya yönelik eğitimlerde kullanılabilir. Bu çalışmaların sürekliliği de son derece önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Taksi şoförleri, Sağlığın korunması, Sağlığın geliştirilmesi

## Abstract

**Aim:** This study which has been conducted in Ankara Kızılay-Kolej-Maltepe regions aimed to determine healthy/risky behaviors such as healthy dieting, exercising, using seat belts, smoking, alcohol use while driving, prevention from hazards of sun exposure, etc of the taxi drivers.

**Method:** Two hundred and forty seven out of the total recorded 371 taxi drivers have participated in this descriptive study. Data collection was completed between 3-7 October, 2011. Expected eight behaviors in this content were healthy dieting, exercising, regular sleeping, not smoking, not drinking alcohol while driving, avoiding hazards of sun exposure, using seat belts, avoiding stress.

**Results:** All of the taxi drivers were males. Mean age of the participants was  $9.6 \pm 11.1$ . Majority of the taxi drivers were married (74.5% and 184 drivers). Of the total, 52.6% (130 drivers) were high school graduates, 72.9% (180 drivers) stated their economic status as "medium". Only one taxi driver reported all of the healthy behaviors. Eleven taxi drivers had none of the eight behaviors.

**Conclusion:** Lackings in this content is recommended to be completed immediately in a structured approach collaborating with the Chamber of Taxi Drivers in Ankara. Informative documents, interactive discussions may be practical ways for increasing the awareness among taxi drivers. Continuity of such activities is another crucial fact in this content.

**Key words:** Taxi drivers, Preventive health, Health promotion

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumu olarak tanımlamaktadır. Sağlığın bu tanımının karşılanması kişilerin meslekleri ve çalışma koşulları, yaşadıkları yer, ekonomik düzey gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir (1). Kimi meslek grupları için yasalarla bile belirlenmiş istendik çalışma koşulları olmasına karşın, yapılan gözlemler ilgili koşulların tam olarak yerine getirilemediğini düşündürmektedir.

Taksi şoförlüğü uzun süre hareketsiz kalmaya neden olan, stres yapan etkenlerin fazla olduğu (egzoz gazına maruz kalma, orta-düşük gelir düzeyi, güvenli olmayan trafik davranışları), uyku saatlerinin düzensiz olduğu, gerektiğinde ağırlığına bakılmaksızın yük taşımak zorunda kalınan, topluma hizmet sunan bir meslek grubudur. Bu etkenlere maruz kalan bir meslek grubunun kimi sağlık davranışlarının saptanması gerektiği düşünülebilir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramları kapsamında geliştirilmesi önerilen bedensel etkinlik, sağlıklı beslenme, güneşin zararlı etkilerinden korunma, stresten uzak durma, bilinçli alkol kullanımı, tütün ve ürünlerinden uzak durma, güvenli cinsel ilişki, düzenli ve yeterli uyku şeklinde önerilen kimi davranışların taksi şoförleri açısından değerlendirilmesi, var olan sorunların saptanması ve müdahale programlarının yapılması açısından önemli olabilir (2, 3). Geniş sağlık tanımı içinde taksi

şoförlerinin farkındalığının artırılması için de bu başlıkların anlamı bulunmaktadır (1).

Günümüzde kimi çalışma koşulları ve bazı bireysel tercihleri nedeniyle kendi sağlıkları açısından çeşitli riskler altında bulunan taksi şoförlerinin, aynı zamanda toplumda yaşayan bireylerin sağlığını da çeşitli açılardan etkilediği unutulmamalıdır. Örneğin, 2008 yılında yürürlüğe konan kapsamlı tütün yasağı gereğince ticari taksilerde sigara içimi yasaklanmıştır (4). Taksisinde sigara içen bir şoför, müşterisini de pasif olarak etkilemektedir. Pasif sigara etkileniminin de aktif sigara içiciliği kadar zararlı olduğu açık bir biçimde kanıtlanmıştır. Toplum sağlığını etkileyebilecek başka bir konu ise, taksi şoförlerinin mesleklerini yaparken alkol kullanmalarıdır. Hingson ve Winter tarafından 2003 yılında ve Fell ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmış olan çalışmaların sonuçlarına göre, alkollü araç kullanmanın ölüm riskini artırdığı, alkollü araç kullanma riskinin ise kadınlara göre erkeklerde daha fazla olduğu ortaya konmaktadır. Yaş grubu açısından, 22-45 yaş aralığı diğer yaşlara göre daha risklidir (5, 6). Günün 8 ila 12 saati trafikte olan bir sürücünün alkollü olma olasılığı hem kendisi, hem müşterisi, hem de trafikteki diğer insanlar ve çevre açısından kabul edilemez bir durumdur. Bu nedenle taksi şoförleri alkol kullanımı konusunda oldukça bilinçli ve dikkatli olmak zorundadırlar. Ayrıca, bu kadar uzun süre boyunca taşıt kullanacak bir şoförün her an dikkatli olabilmesi için düzenli bir uyku, yeterli ve dengeli beslenmeye gereksinimi vardır (2).

Bütün bu gerekçelere bağlı olarak bu çalışmada, Ankara Kızılay bölgesindeki taksi duraklarında hizmet veren taksi şoförlerinin bazı sağlıklı/riskli yaşam davranışlarının (beslenme, uyku, bedensel etkinlik, sigara içme, alkol kullanma, güneşten korunma) saptanması, eksik olduğu düşünülen konularda hazırlanan yazılı bilgi kaynakları aracılığı ile şoförlerin bilgi ve bilinç düzeylerinin geliştirilmesine katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

## Gereç ve yöntem

### Evren ve örneklem

Tanımlayıcı özellikte olan bu çalışmada evren Eylül-Ekim 2011 tarihleri arasında Kızılay Kolej ve Maltepe semtlerinde Ankara Umum



Erişim Adresi: [www.atasehirli.net%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2011%2F12%2F35368.jpg&pos=126&rt=simage](http://www.atasehirli.net%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2011%2F12%2F35368.jpg&pos=126&rt=simage)



Otomobilciler ve Şoförler Odası'na (AUOŞO) bağlı taksi duraklarında çalışan taksi şoförleridir. Araştırmanın evrenini 3-7 Ekim tarihleri arasında bu duraklarda çalışan taksi şoförleri oluşturmuştur. Çalışma sonucunda Kızılay, Kolej ve Maltepe semtlerindeki taksi duraklarında çalışan 371 taksi şoföründen 247 sinin (%66,5) araştırmaya katılımı gerçekleşmiştir. Vardiyalı çalışma saatleri, ziyaretler sırasında şoförlerin seyir halinde olması gibi durumlar bu yüzden düşük olmasına neden olmuştur.

#### **Veri kaynağı ve veri toplanması**

Araştırmanın verileri Kızılay Kolej ve Maltepe semtlerindeki tüm taksi duraklarında çalışan taksi şoförlerine uygulanan veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda o dönemde halk sağlığı stajını yapmakta olan beş araştırmacı tarafından, üç ve iki kişilik gruplar oluşturularak taksi duraklarına ulaşılmıştır. Veri toplama formunu kendisi doldurmak isteyen katılımcılar formları kendileri doldürmüşlardır. Kabul etmeyen katılımcılar için ise formu hazırlayan kişiler yüz yüze görüşme tekniğini kullanmışlardır. Taksi durağını ziyaret sırasında durakta olmayan şoförler için; duraklara veri toplama formu bırakılmış, doldürmaları istenmiş, ertesi gün formlar geri toplanmıştır.

Bu çalışmada verilerin daha iyi sunulabilmesi ve değerlendirmenin daha kolay yapılabilmesi için puanlama sistemi oluşturulmuştur. Bu puan sistemine göre beklenen/sağlıklı davranışlara 1 puan, sağlıksız/riskli davranışlara 0 puan verilerek 8 başlık altında 8 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Puanlama sisteminin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamakla birlikte, bu sistem karşılaştırmalı tablolarda sunum kolaylığı sağlamıştır.

#### **Etik konular**

Araştırmanın Ankara Kızılay ve Maltepe bölgesindeki taksi duraklarında çalışan taksi şoförleri ile yapılabilmesi için AUOŞO başkanı ile sözel olarak görüşülmüştür. Konunun ayrıntılarını içeren yazılı bir belge AUOŞO'ya iletilmiştir. Araştırma sonunda konu ile ilgili bilgileri içeren broşürler hazırlanarak, araştırmanın yapıldığı taksi duraklarına ulaştırılmıştır. Araştırmadan elde edilen hiçbir veri araştırmanın amaçları dışında kullanılmamıştır.



#### **Araştırmanın kısıtlılıkları**

• Araştırmanın başlangıcında seçilen Kızılay, Kolej ve Maltepe semtlerindeki taksi duraklarında çalışan taksi şoförlerinin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Ancak taksilerin yol kenarlarında müşteri beklemesi, oturdukları bir kapalı alan olmaması nedeniyle görüşmelerin yapıldığı anda orada bulunmayan şoförlere ulaşılammıştır. Özellikle sürekli olarak gece vardiyasında çalışan şoförlerle bağlantı sağlanammıştır. Bu kısıtlılık aslında gece vardiyasında çalışan şoförlerin davranışlarının araştırma sonuçlarına tam olarak yansımamasına neden olmuş olabilir.

• Araştırma gönüllülük temeline dayandığı için her taksi şoförünün araştırmaya katılımı sağlanammıştır.

• Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 42 olduğu göz önüne alındığında, katılımcıların eğitim aldıkları dönemde ülkemizde ilköğretim uygulamasının henüz başlamamış olması ve veri toplama formunda öğrenim durumu ile ilgili soruda, ilkökul ve ortaokul seçeneklerinin bulunmamış olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

• Araştırmada kullanılan puanlama sistemine ilişkin "geçerlik ve güvenilirlik" çalışması yapılmamıştır. Bununla birlikte, yazı kapsamında kullanılan puanlama sisteminin sunum açısından ve okuyucu açısından kolaylık sağlayacağı düşünülmüştür.



**Tablo 1.** Taksi şoförlerinin sosyo-demografik özellikleri (Kolej-Kızılay-Maltepe, Ekim 2011)

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	-	-
Erkek	247	100
<b>Yaş (yıl)</b>		
<39,6	124	50,3
>39,6	123	49,7
Ortalama±ss	39,6±11,1	
<b>Medeni durum</b>		
Evli	184	74,5
Evli değil	48	19,4
Eşinden ayrılmış/Eşi ölmüş	15	6,1
<b>En son mezun olunan okul</b>		
İlköğretim	97	39,3
Lise	130	52,6
Üniversite	20	8,1
<b>Ekonomik durum</b>		
Düşük	65	26,3
Orta	180	72,9
Yüksek	2	0,8
<b>Sağlıkla ilgili harcamalar</b>		
Devlet karşılıyor	193	78,1
Tamamen cebinden karşılıyor	46	18,6
Özel sağlık sigortası var	8	3,2
Toplam	247	100,0

### Bulgular

Araştırmaya katılan 247 taksi şoförünün tamamı erkektir. Şoförlerinin yaş ortalaması 39,6±11,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %27,5'i (68 kişi) 30-39 yaşları arasında, %74,5'i (184 kişi) evli, %52,6'sı (130 kişi) lise mezunudur. Taksi şoförlerinin %72,9'u (180 kişi) ekonomik durumunu "orta" olarak belirtmiştir. Şoförlerin %78,1'inin (198 kişi) sağlıkla ilgili harcamalarını devlet karşılamaktadır (Tablo 1).

Şoförlerin %61,5'i (152 kişi) başkasının taksisinde şoförlük yapmakta olduğunu belirtmiştir. Taksi şoförlerinin %88,7'si (219 kişi) yalnızca taksi şoförlüğü yapmaktayken, %11,3'ü (28 kişi) ek işte çalışmaktadır. Katılımcıların ortalama çalışma süresi 11,5±2,8 saat olarak bulunmuştur. Taksi şoförü olarak ortalama çalışma süresi ise 11,4±2,8 saattir. Taksicilerin %55,5'inin (137 kişi) gece-gündüz çalışma düzeni karışıktır. Şoförlerin %40,9'u (101 kişi) sürekli gündüz, %3,6'sı (9 kişi) sürekli gece çalışmaktadır (Tablo 2).

Taksi şoförlerinin 162'si (%65,6) kendisini sağlıklı bulunduğunu, 47'si (%19,0) kendisini sağlıklı bulmadığını açıklamış; 38'i (%15,4) ise bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Şoförlerin 39'unun (%15,8) doktor tarafından tanısı konmuş bir hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların içinde ilaç kullananlar 35 (%14,2) kişidir (Tablo 3).

Taksi şoförlerinin yalnızca %52,2'si (129 kişi) sağlıklı beslendiğini düşünmektedir. Katılımcıların %75,2'si (185 kişi) son yedi gün içinde en az on dakika bedensel etkinlikte bulunmamışken, %24,8'i (61 kişi) ise bedensel etkinlik yapmaktadır. Şoförlerin %72,5'i (179 kişi) uyku süresinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların 180'i (%72,9) yaşamının stresli olduğunu düşünmektedir. Şoförlerin 126'sı (%51,4) emniyet kemeri takma durumlarını "hiçbir zaman" olarak belirtmiştir. Katılımcıların 42'si (%17,1) emniyet kemerini aklına geldikçe, 25'i (%10,2) ise taksiye her bindiğinde takmaktadır. Taksi şoförlerinin 104'ü (%42,1) güneşin zararlı etkilerinden korunmak için bir yöntem kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların 144'ü (%58,3) halen sigara içtiğini ve 25'i (%10,1) ara sıra alkollü araba kullandığını açıklamıştır (Tablo 4).

Taksi şoförlerinin sağlıklı yaşam davranışları puanı ortalaması 3,6±1,5 olarak hesaplanmıştır. Sağlıklı yaşam davranış puanı ortancası 65 kişi ile 4 puandır. Alınan en düşük puan "0" ve "en yüksek puan "8"dir (Tablo 5). Yapılan puanlamaya göre katılımcıların 11'i belirlenen sağlıklı yaşam davranışlarından hiçbirini yapmayarak "0" puan ve yalnızca bir kişi tam puan olan "8" puan almıştır.

Taksi şoförleri arasında 40 yaş ve altında olanlarda 3,6 puandan daha yüksek olanların yüzdesi %48,9'dur (65 kişi). 40 yaş üzerinde olan katılımcıların ise %58,8'i (67 kişi) 3,6'dan daha yüksek puan almışlardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,120$ , ki kare=2,418).

Taksi şoförlerinin evli olan 184'ünün %56'sı (103 kişi) sağlıklı yaşam davranış puanından 3,6'nın üzerinde puan almıştır. Bu yüzde evli olmayan ya da eşinden ayrılmış/eşi ölmüş olan katılımcılarda %46'dır (29 kişi). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,172$ , ki kare=1,866).

**Tablo 2.** Taksi şoförlerinin çalışma koşulları (Kolej-Kızılay-Maltepe, Ekim 2011)

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Taksinin kime ait olduğu</b>		
Kendisine ait	95	38,5
Kendisine ait değil	152	61,5
<b>Ek iş yapma durumu</b>		
Yapmıyor	219	88,7
Yapıyor	28	11,3
Emekli	14	5,7
Diğer*	13	5,3
Çalışma süresi (ortalama ±ss)	11,5±2,8	
Taksi şoförü olarak çalışma süresi (ortalama±ss)	11,4±2,8	
<b>Çalışma düzeni</b>		
Gece/Gündüz karışık	137	55,5
Sürekli gündüz	101	40,9
Sürekli gece	9	3,6
Toplam	247	100,0

\*Özel şoförlük, araba yıkamacılığı, memurluk, taşımacılık, çiftçilik, garsonluk yapan kişiler.

**Tablo 3.** Taksi şoförlerinin sağlıklı olma durumları (Kolej-Kızılay-Maltepe, Ekim 2011)

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Kendini sağlıklı hissetme durumu</b>		
Evet	162	65,6
Hayır	47	19,0
Fikri yok	38	15,4
<b>Tani konmuş hastalık varlığı</b>		
Yok	208	84,2
Var	39	15,8
<b>Sürekli kullanılan ilaç varlığı</b>		
Yok	212	85,8
Var	35	14,2
Toplam	247	100,0

Katılımcılardan ilköğretimi tamamlamış olan 97'sinin %54,6'sı (53 kişi) sağlıklı yaşam davranış puanı olarak 3,6'nın üzerinde puan almışlardır. Bu yüzde lise ve üzerinde bir eğitim kurumunu tamamlamış olanlarda %52,7 (79 kişi)'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,762$ ,  $ki\ kare=0,092$ ).

Katılımcılardan ekonomik durumunun düşük olduğunu düşünen 65 kişi, orta ve yüksek olduğunu düşünen 182 kişi vardır. Ekonomik durumunun düşük olduğunu düşünen 65 kişinin %47,7'si (31 kişi) 3,6 üzerinde puan almışken, orta ve yüksek olduğunu düşünen 182 kişinin %55,5'i (101 kişi) 3,6 üzerinde puan almışlardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,279$ ,  $ki\ kare=1,172$ ) (Tablo 6).

### Tartışma

Sekiz "istendik" sağlık davranışının taksi şoförlerinde var olup olmadığının değerlendirildiği bu araştırmada taksi şoförlerinin ortalama sağlıklı yaşam davranış puanı  $3,6 \pm 1,5$  olarak tespit edilmiş, katılımcıların 11 tanesi belirlenen sağlıklı yaşam davranışlarından hiçbirini yapmayarak "0 puan" ve yalnızca bir kişi "8" puan almıştır (Tablo 5). Bu bulgular taksi şoförlerinin sağlıklı yaşamak için yeterince özenli davranmadığını düşündürmektedir. Bu öneri puanlama sisteminin "geçerlik ve güvenilirlik" çalışmasının yapılamamış olma kısıtlılığı saklı tutularak belirtilmiştir, ihtiyatlı yorumlamaya gereksinim bulunmaktadır.

Sağlıklı/riskli davranışlar tek tek incelendiğinde de önemli sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin; katılımcıların % 58,3'ü (144 kişi) halen sigara içmektedir (Tablo.4). Bu yüzde Türkiye'deki yetişkin erkeklerin sigara içme yüzdesinin üzerindedir. Türkiye'de 15 yaş üzeri erkeklerin %47,8'i sigara içmektedir (7). Taksi şoförleri ve Türkiye ortalamaları arasındaki fark bu meslek grubuna daha da önem verilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılan taksi şoförlerinin % 10,1'i (25 kişi) alkollü araç kullandığını belirtmiştir (Tablo.4). Avrupa Komisyonu için 2006 yılında İngiltere'de "Alkol Araştırmaları Enstitüsü" tarafından hazırlanan raporda, her yıl alkollü araç kullanımı nedeniyle gerçekleşen

**Tablo 4.** Taksi şoförlerinin bazı sağlıklı/riskli davranışları (Kolej-Kızılay-Maltepe, Ekim 2011)

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Sağlıklı beslendiğini düşünme (n=247)</b>		
Evet	129	52,2
Hayır	70	28,3
Fikri yok	48	19,4
<b>Bedensel etkinlik yapma (n=246)</b>		
Yapmayanlar	185	75,2
Yapanlar	61	24,8
<b>Uykusunun yeterli olduğunu düşünme*</b>		
Evet	179	72,5
Hayır	68	27,5
<b>Yaşamının stresli olduğunu düşünme</b>		
Evet	180	72,9
Hayır	67	27,1
<b>Emniyet kemeri kullanma</b>		
Hiçbir zaman	126	51,4
Taksiye her bindiğinde	25	10,2
<b>Güneşten korunma yöntemi kullanım durumu</b>		
Kullanmayanlar	143	57,9
Kullananlar	104	42,1
<b>Sigara içme durumu</b>		
Halen içiyor	144	58,3
İçmiş, ancak artık içmiyor	51	20,6
Hiç içmedi	34	13,8
Yalnızca denedi	18	7,3
<b>Alkollü araba kullanma</b>		
Hiç alkol kullanmadı	95	38,6
Ara sıra içiyor ama alkollü kullanmadı	88	35,6
Daha önce içti ama artık içmiyor	38	15,4
Ara sıra alkollü araba kullandı	25	10,1

\*Ortalama günlük uyuma süresi±ss: 7,1 ± 1,2

trafik kazalarına bağlı ölümlerin, tüm trafik kazalarına bağlı ölümlerin üçte biri olduğu gösterilmiştir (8). Bu sıklık düşünüldüğünde, taksi şoförleri arasında yapılan bu çalışmada alkollü araç kullanma yüzdesi oldukça yüksek ve riskli bir davranış olarak değerlendirilmelidir. Bir başka deyişle, bu davranış içinde olan taksi şoförleri hem kendilerinin, hem de bu taksileri kullanan toplum bireylerinin kaza, yaralanma ve ölüm riski anlamına gelmektedir.

Araştırma kapsamında bireylerin beslenme durumları bireysel algılama düzeyinde sorulmuş ve taksi şoförlerinin yeterli ve dengeli beslendiklerini düşünme sıklığı %52,2 olarak saptanmıştır (Tablo 4). Kuşkusuz yeterli ve

dengeli beslenip beslenmediğini ortaya koymak için daha ayrıntılı sorulara gerek vardır. Ancak taksi şoförlerinin yaklaşık yarısı sağlıklı beslenmediklerini düşünmektedirler. Sağlıklı beslenme ise sağlıklı yaşamın en önemli gereklerinden birisidir (9).

Katılımcılar arasında son yedi gün içinde düzenli olarak en az 10 dakika bedensel etkinlik yapma sıklığı (%24,8) düşük olarak değerlendirilmelidir. Taksi şoförlerinin uzun saatler süren oturarak çalışma koşulları göz önüne alındığında, daha çok bedensel etkinlik yapmaları konusunda bilgi ve bilinç düzeylerinin artırılması önem kazanmaktadır.

Uyku süresinin kişiden kişiye farklı olduğu ve bu sürenin 4 saat ile 11 saat arasında değiştiği bilinmektedir (10, 11). Taksi şoförlüğü



**Tablo 5.** Taksi şoförlerinin aldıkları sağlıklı yaşam davranış puanı (Kolej-Kızılay-Maltepe, Ekim 2011)

Alınan puan (n=247)	
Ortalama±ss	3,6±1,5
Ortanca	4,0
En az	0,0
En çok	8,0

uzun süre yüksek konsantrasyonda çalışmayı gerektiren ve gece ile gündüz vardiyalar halinde çalışılan bir meslek grubudur. Çalışmamızda taksi şoförlerinin ortalama uyku süresi 7,1 saat olarak hesaplanmıştır (Tablo 4). Bu değer aslında taksi şoförlerinin

“uykusuzluk” sorunu yaşamadığını ortaya koymaktadır. Uykusuzluk, az uyuma gibi sorunlar trafik kazaları açısından önemli bir risktir (12). Ancak uyku süresi kadar uykunun düzeninin de önemli olduğu bilinmektedir. Bu konuda yapılan sağlıklı uyku davranışları konulu bir çalışmada 24 saatlik period içerisinde 7 saatten az uyuyanların yüzdesi %35,3 olarak bulunmuştur (13).

Taksi şoförlerinin güneşin zararlı etkilerinden korunma durumu ele alındığında katılımcıların yarısından azının bu zararlı etkilerden korunmak için bir yöntem kullandığı görülmüştür. Çalışmaya katılan her 10

**Tablo 6.** Taksi şoförlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam davranış puanları (Kolej-Kızılay-Maltepe, Ekim 2011)

Özellik	Puan					
	3,6 ve altı		3,6 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	Yüzde*
<b>Yaş grubu1</b>						
40 ve altı	68	51,1	65	48,9	133	53,8
40 üzeri	47	41,2	67	58,8	114	46,2
<b>Medeni durum2</b>						
Evli	81	44,0	103	56,0	184	74,5
Hiç evlenmemiş ya da eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	34	54,0	29	46,0	63	25,5
<b>Öğrenim durumu3</b>						
İlköğretim	44	45,4	53	54,6	97	39,3
Lise ve üzeri	71	47,3	79	52,7	150	60,7
<b>Ekonomik durum4</b>						
Düşük	34	52,3	31	47,7	65	26,3
Orta-yüksek	81	44,5	101	55,5	182	73,7

\*Sütün yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir.

1p=0,120, ki kare=2,418

2p=0,172, ki kare=1,866

3p=0,762, ki kare=0,092

4p=0,279, ki kare=1,172

katılımcıdan biri taksiye her binişte emniyet kemeri kullanmaktayken, taksi şoförlerinin yarısından fazlası hiçbir zaman emniyet kemeri kullanmadığını belirtmiştir. Routley ve arkadaşları tarafından 2006-2007 yılları arasında Çin’de yapılan bir araştırma sonuçlarına göre, çoğunluğu 30-39 yaş grubunda olan taksi şoförlerinin %56’sı her zaman emniyet kemeri kullandıklarını bildirmişlerdir (14). Her iki araştırma sonucu dünyanın farklı bölgelerinde de olsa, bütün taksi şoförleri için emniyet kemeri kullanımının sağlık için önemine ilişkin farkındalığın artırılma gereksinimi olabileceğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak; taksi şoförlerinin incelenen sağlık davranışlarında saptanmış olan bu eksikliklerin giderilmesi önerilmektedir. Bu sürecin kurumsal bir yapılanma içinde, taksi şoförlerinin bağlı oldukları meslek örgütü aracılığıyla yapılabilmesi, daha kalıcı ve sürekli bir etkinlik yaratarak sonucu olumlu yönde etkileyecektir. İlgili meslek örgütü yapısında kanıta dayalı bilimsel çalışmalar ve bu bağlamda geliştirilen etkinliklerin de sağlıklı ilgili kurum ve kuruluşların desteğiyle sürdürülmesi uygun olacaktır.

### Teşekkür

Araştırmanın yapılması konusunda izin veren Ankara Umum Otomobilciler ve Şoförler Esnaf Odası Genel Sekreteri ve Ankara Esnaf ve Sanatkarlar Odası Başkan Vekili’ne destek ve katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

**İletişim:** Dr. Dilek Aslan

**E-posta:** diaslan.dr@gmail.com

#### Kaynaklar

1. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) Erişim tarihi: 20.07.2012.
2. Health promotion.  
[http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/) Erişim tarihi: 20.07.2012.
3. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. In: Milestones in health promotion: Statements from global conferences. WHO Publications (WHO/NMH/CHP/09.01), 2009, pp 6-11.  
[http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf). Erişim: 20.07.2012.
4. 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun".  
[http://www.havanikoru.org.tr/Docs\\_Mevzuata\\_iliskin\\_Belgeler/4207\\_Sayili\\_Uygulama\\_Rehberi.pdf](http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Mevzuata_iliskin_Belgeler/4207_Sayili_Uygulama_Rehberi.pdf). Erişim: 31.10.2011.
5. Hingson R, Winter M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Res Health* 2003; 27: 63-78.
6. Fell JC, Tippetts AS, Voas RB. Fatal traffic crashes involving drinking drivers: what have we learned? *Ann Adv Automot Med* 2009; 53: 63-76.
7. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010.TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.  
[http://www.havanikoru.org.tr/Docs\\_Tutun\\_Dumaninin\\_Zararlari/KYTA\\_Kitap\\_Tr.pdf](http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf). Erişim: 20.07.2012.
8. Anderson P, Baumberg B. Alkol Araştırmaları Enstitüsü, İngiltere Haziran 2006, pp:8  
[http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_sum\\_tr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_tr_en.pdf) Erişim: 20.07.2012.
9. Baysal A. Beslenme. 9. Baskı. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2002.
10. Groeger JA, Zijlstra FR, Dijk DJ. Sleep quantity, sleep difficulties and their perceived consequences in a representative sample of some 2000 British adults. *J Sleep Res* 2004; 13: 359-71.
11. Joo S, Shin C, Kim J, Yi H, Ahn Y, Park M, Kim J, Lee S. Prevalence and correlates of excessive daytime sleepiness in high school students in Korea. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 433-40.
13. LR McKnight-Eily, PhD, Y Liu, MS, MPH, AG Wheaton, PhD, JB Croft, PhD, GS Perry, DrPH, Div of Adult and Community Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; CA Okoro, MS, T Strine, PhD, Public Health Surveillance Program Office, Office of Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Science, CDC. Unhealthy Sleep-Related Behaviors-12 States. *Weekly March 4, 2011*; 60: 233-8.
14. Routley V, Ozanne-Smith J, Qin Y, Wu M. Taxi driver seat belt wearing in Nanjing, China. *J Safety Res* 2009; 40: 449-54.

# Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Sağlık Durumu Yönetiminin Değerlendirilmesi\*

Assessment of Health Status Management in Women with Gestational Diabetes

Araştırma



Research

Dr. Yeşim Aksoy Derya\*\*, Dr. Ezgi Karadağ\*\*\*, Msc. Hatice Oltuluoğlu\*\*\*\*

Geliş Tarihi : 10.06.2012

Kabul Tarihi : 05.11.2012

## Öz

**Amaç:** Araştırmanın amacı, gestasyonel diyabetli kadınlarda sağlık durumu yönetimini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma, 01.03.2010 - 31.08.2010 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi gebe polikliniğinde yürütüldü. Araştırmanın evrenine, araştırma tarihinde gebe polikliniğine başvuran ve oral glukoz tolerans testi ile gestasyonel diyabet tanısı alan hastaların tamamı (149) alındı. Araştırma kapsamına, gebelik öncesi insulin kullanmayan ve gebeliğinin 24-38.haftaları arasında en az iki ay eğitim programına katılan gebeler dahil edildi. "İnsülin-diyet-egzersiz" sağlık yönetim programında 60 ve yalnızca "diyet-egzersiz" sağlık yönetim programında 60 olmak üzere 2 grupta toplam 120 kişi kapsama alındı. Verilerin istatistiksel analizinde; aritmetik ortalama, yüzde dağılımı, ki-kare ve t-testi kullanıldı.

**Bulgular:** Yaş ortalaması  $32,8 \pm 5,1$  olan kadınların %47,5'i ilköğretim mezunu, %80,8'i ise ev kadınıdır. "İnsülin-diyet-egzersiz" programı ile sağlık yönetimi sürdürülen kadınların, ortalama HbA1c ( $p=0,016$ ) ve tokluk kan şekeri değerlerinin ( $p=0,034$ ), yalnızca "diyet-egzersiz" programında yer alan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ve kontrollü olduğu belirlendi. Ortalama açlık kan şekeri değerinin, insülin kullanan grupta daha düşük olduğu, ancak bu değer istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p=0,131$ ). Her iki grup karşılaştırıldığında verilen diyet ( $p=0,003$ ) ve egzersiz ( $p=0,269$ ) programlarına uyum oranının insülin kullanan grupta daha düşük olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Gestasyonel diyabetes mellitusun anne ve yenidoğan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin en aza indirilmesinde kadınların sağlık yönetim programlarına etkin katılımı sağlanarak yaşam biçimi değişikliklerinin oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, Gestasyonel diyabetes mellitus, Sağlık durumu yönetimi

## Abstract

**Objective:** The aim of the study is to assess the health management in women with gestational diabetes mellitus.

**Method:** Designed as descriptive and cross-sectional, the study was performed in the pregnancy clinic of a university hospital between 1st January and 31st August 2010. All patients applying to the clinic during the study with gestational diabetes via oral glucose tolerance testing ( $n=149$ ) constituted the universe of the study. Not using insulin, pregnant were included in the study that participating in the educational program at least for two months between the weeks 24 and 38 during their pregnancies. Totally 120 individuals were recruited, 60 as "insulin-diet-exercise" health management program, and 60 in only "diet-exercise" health management program.

**Findings:** The mean age of the women were  $32,8 \pm 5,1$  and 47,5% were primary school graduates. Of the women, 80.8% were housewives. It was determined that the mean HbA1c ( $p=0,016$ ) and postprandial blood glucose levels ( $p=0,034$ ) of women in "insulin-diet-exercise" health management program were statistically and significantly lower and controlled than those in only "diet-exercise" health management program. The mean fasting blood glucose level was lower in those using insulin, but this score was statistically insignificant ( $p=0,131$ ). The comparison of the two groups revealed that the rate of compliance with the diet ( $p=0,003$ ) and exercise ( $p=0,269$ ) programs prescribed was lower in those using insulin.

**Conclusion:** Forming life style changes by involving women into health management programs effectively plays a key role in decreasing the negative effects of gestational diabetes mellitus to the lowest levels for both the mothers and the newborns.

**Key words:** Pregnancy, Gestational diabetes mellitus, Hment

\*Bu çalışma, 22-25 Nisan 2011'de Ankara 7. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

\*\*Öğr. Gör.; İnönü Ü. Malatya Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Malatya

\*\*\*Yrd. Doç.; Tunceli Ü. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Tunceli

\*\*\*\*Öğr. Gör.; İnönü Ü. Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Malatya



## Giriş

Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) ilk kez gebelikte ortaya çıkan değişik düzeylerdeki karbonhidrat intoleransdır (1, 2, 3). Tarama biçimine, tanı ölçütlerine, topluma ve uygulanan teste bağlı olarak tüm gebeliklerin % 1-14'ünde saptanan GDM, gebelerde en sık görülen metabolizma bozukluğudur (4, 5).

Obezite, daha önceki gebeliklerinde GDM ortaya çıkmış olması, 4000 gr. üzerinde doğum yapmış olmak (makrozomi), >25 yaş ya da >30 yaş grubunda olmak, hipertansiyon ve ailede diyabet öyküsü GDM gelişimi için risk faktörleridir (3, 6). GDM, kadında sezaryen doğum endikasyonu ve preeklamsi, fetusta ise makrozomi, doğum travması, hiperbilirubinemi ve neonatal hipoglisemi gibi komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (1, 7). GDM'nin tanı ve taramasının nasıl yapılması gerektiği halen netlik kazanmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ), GDM gelişimi açısından düşük risk grubunda olan kadınlara tarama gerekmediğini belirtmektedir. Öte yandan, Amerikan Diyabet Birliği (ADA), risk etmeni yoksa 24-28 haftalar arasında, yüksek risk grubunda ise gizli kalmış tip 2 DM'yi saptamak için gebeliğin ilk üç ayı içinde tarama programına alınmasını önermektedir (8). Bu nedenle risk faktörlerinin erken tanınması ve doğru sağlık durumu yönetiminin sağlanması anne ve yenidoğan komplikasyonlarının önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (3, 9).

GDM yönetiminde, kişiye özel düzenli bir beslenme ve egzersiz programı, kan glukoz düzeyi izlemi yapılmalı; gebe gerekli ise insülin tedavisi ile kontrol altında tutulmalı ve özellikle tokluk kan şekeri ve HbA1c değeri düzenli olarak izlenmelidir (6, 9, 10, 11). GDM'de tedavinin ana hedefi glisemi düzeylerini normal değerlerde tutabilmektir. Diyet ve egzersiz gibi farmakolojik olmayan tedavi

**Tablo 1.** Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik Özellikler (N=120)	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
18-23 yaş arası	4	3,3
24-29 yaş arası	29	24,2
≥30 Yaş	87	72,5
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-Yazar Değil	6	5,0
İlkokul	57	47,5
Ortaöğretim/Lise	31	25,8
Önlisans/Lisans	26	21,7
<b>Meslek</b>		
Ev kadını	97	80,8
İşçi	6	5,0
Memur	9	7,5
Serbest	8	6,7
<b>Ekonomik Durum</b>		
Gelirim giderimden az	24	20,0
Gelirim giderimi karşılıyor	82	68,3
Gelirim giderimden fazla	14	11,7
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
Var	116	96,7
Yok	4	3,3
<b>Yaşanılan Yer</b>		
İl	74	61,7
İlçe	33	27,5
Köy	13	10,8
Toplam	120	100

seçenekleri, GDM yönetiminde önemli bir yere sahiptir. GDM'li olguların ortalama %60'ında tek başına diyet tedavisi ile hedef glisemik değerlere ulaşılabilir. Bu nedenle tedaviye anne ve bebeğin sağlığı için gerekli kalori ve besin elemanlarını içeren diyet ile başlanır (12). Ayrıca, egzersizle bağlı kan glukoz düzeylerinde düşmeler olmaktadır. Üçüncü Uluslararası GDM Workshop-Konferansı'nda, herhangi bir tıbbi ve obstetrik kontrendikasyon yoksa egzersizin bir tedavi seçeneği olarak önerilmesi kararlaştırılmıştır (13). Diyet ve egzersiz ile relatif öglisemi sağlanamazsa, komplikasyon gelişiminin önlenmesi ve yaşam kalitesinin bozulmaması amacıyla geride kalan %40 olguda insülin tedavisine başlanır (12,

14). Bu nedenle, GDM yönetimine yaşam biçimi değişiklikleriyle başlanmalı ve glisemik kontrol hedeflerine ulaşmak için gerektiğinde farmakolojik ajanlar eklenmelidir (15). Bu aşamada, sağlık profesyonelleri tarafından verilecek, etkin bir sağlık bakım danışmanlığı kadın için yol gösterici olacaktır.

Bu çalışma, gestasyonel diyabetli kadınlarda sağlık durumu yönetimini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı:

Gestasyonel diyabetli kadınlarda sağlık durumu yönetiminin değerlendirilmesi amacıyla ve kesitsel olarak planlanan bu

**Tablo 2.** Sağlık yönetim biçimlerinin değerlendirilmesine ilişkin bulguların dağılımı

Faktör	"İnsülin-diyet-egzersiz" programı ile sağlık durum yönetimi Ort±SS	"Diyet-egzersiz" programı ile sağlık durum yönetimi Ort±SS	Test
HbA1c Değeri (%)	4,67±0,60	5,02±0,93	t:-2,449 p: 0,016*
Tokluk Kan Şekeri	105,31±16,94	112,78±20,91	t:-2,149 p:0,034*
Açlık Kan Şekeri	86,20±16,81	90,18±11,33	t:-1,522 p:0,131

\*  $p < 0,05$

**Tablo 3.** Sağlık yönetim biçimleri ve verilen programlara uyum arasındaki ilişkinin dağılımı

Programa Uyum	"İnsülin-diyet-egzersiz" programı ile sağlık durum yönetimi		"Diyet-egzersiz" programı ile sağlık durum yönetimi		Test
	n	%	n	%	
Diyet programına uyanlar	18	30,0	34	56,7	x <sup>2</sup> =8,688 p=0,003*
Diyet programına uymayanlar	42	70,0	26	43,3	
Toplam	60	100,0	60	100,0	
Egzersiz programına uyanlar	23	38,3	29	48,3	x <sup>2</sup> =1,222 p=0,269
Egzersiz programına uymayanlar	37	61,7	31	51,7	
Toplam	60	100,0	60	100,0	

\*  $p < 0,05$



araştırma, 01.03.2010 / 31.08.2010 tarihleri arasında, Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesi gebe polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın uygulandığı poliklinikte GDM tanısı alan gebeler, öncelikle diyetisyene konsülte edilmektedir. Diyetisyen tarafından kişiye özel diyet listesi verilen gebe, en son aşamada diyabet eğitim hemşiresi tarafından eğitim programına alınmaktadır. Bir hafta sonra ilk izlem için çağrılan gebelerde, kan glukoz düzeyi değerlendirilmekte ve sonraki izlemler için tarih verilmektedir. İzlemler gebe ve diyabet poliklinikleri işbirliğiyle her hafta rutin olarak ortak bir günde (her perşembe) yapılmakta ve ilerleyen haftalarda laboratuvar sonuçlarına göre gerekli ise insülin tedavisine başlanmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından bu ortak günde, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

**Örnekleme Seçimi:** Araştırmanın evrenini, araştırma tarihinde gebe polikliniğine başvuran ve oral glukoz tolerans testi (OGTT) ile GDM tanısı alan hastaların tamamı (149) oluşturmaktadır. Araştırmaya, gebelik öncesi

insülin kullanmayan, gebeliğinin 24-38. haftaları arasında, en az iki ay eğitim programına alınarak klinik olarak izlenmiş, "insülin-diyet-egzersiz" sağlık durumu yönetim programında 60 ve yalnız "diyet-egzersiz" sağlık durumu yönetim programında 60 olmak üzere 2 grupta toplam 120 kişi alınmıştır.

**Veri Toplama Araçları:** Literatür araştırması yapılarak hazırlanan veri toplama formu, katılımcıların kişisel özelliklerini ve GDM ile ilgili bilgileri içeren 34 sorudan oluşturulmuştur.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Araştırmanın uygulanabilmesi için, gerekli yazışmalar yapılarak Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Verilerin toplanması aşamasında, araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı ve yararları anlatılarak tüm katılımcılardan sözlü onam sağlanmıştır.

**Veri Analizi:** Veriler, SPSS 16.00 programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; aritmetik ortalama, yüzde dağılımı, ki-kare ve t-testi kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $32,8 \pm 5,1$  olup, %72,5'i  $\geq 30$  yaş grubunda yer almaktadır. Kadınların %47,5'i ilköğretim mezunu ve %80,8'i ev kadınıdır. %68,3 ile gelir düzeyi giderini karşılayan kadınların, %61,7'si il merkezinde yaşamakta ve %96,7'sinin bir sağlık güvencesi bulunmaktadır (Tablo 1).

Gestasyonel diyabetli kadınların sağlık durumu yönetim biçimlerinin değerlendirilmesine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. "İnsülin-diyet-egzersiz" programı ile sağlık durumu yönetimi sürdürülen kadınların, ortalama HbA1c ( $p=0,016$ ) ve tokluk kan şekeri değerlerinin ( $p=0,034$ ), "yalnız diyet-egzersiz" programında yer alan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ortalama açlık kan şekeri değerinin, "insülin-diyet-egzersiz" programı ile sağlık durumu yönetimi sürdürülen kadınlarında daha düşük olduğu ( $p=0,131$ ),



ancak bu değerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3'te sağlık durumu yönetim biçimleri ve verilen programlara uyum arasındaki ilişkinin dağılımı yer almaktadır. "İnsülin-diyet-egzersiz" programı sağlık durumu yönetiminde yer alan kadınlarda verilen diyet programına uyum oranının, "diyet-egzersiz" programı sağlık durumu yönetiminde yer alan kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Egzersiz programına uyum oranının insülin kullanan grupta daha düşük olduğu, ancak bu değerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p=0,269$ ). İnsülin kullanan grupta, insülin programına uyum oranının %100.0 olduğu saptanmıştır.

### Tartışma

Gestasyonel diyabetes mellitusta tedavinin ana hedefi glisemi düzeylerini normal değerlerde tutabilmektir. Amerika Diyabet Derneği, diyabetli gebe kadınların açlık kan şekeri düzeyinin 60-90 mg/dL arasında, tokluk kan şekeri düzeyinin 120 mg/dL ve HbA1c konsantrasyonunun ise %6.1'in altında olmasını önermektedir (16, 17). Yögev ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diyabetik gebelerde tokluk kan şekeri değerinin 110-120 mg/dL, açlık kan şekeri değerinin ise 90-100 mg/dL'nin altında tutulması gerektiği belirtilmektedir (18). Çalışmamızda, "insülin-diyet-egzersiz" programı ile sağlık durumu yönetimi sürdürülen kadınlarda ortalama tokluk kan şekeri ( $105,31 \pm 16,94$ ,  $p=0,034$ ), açlık kan şekeri ( $86,20 \pm 16,81$ ,  $p=0,131$ ) ve HbA1c ( $4,67 \pm 0,60$ ,  $p=0,016$ ) değerlerinin yalnız "diyet-egzersiz" programında yer alan kadınlardan daha düşük ve kontrollü olduğu saptandı (Tablo 2). Bu durum, farmakolojik+non-farmakolojik (insülin-diyet-egzersiz) tedavi protokolünün, tek başına uygulanan non-farmakolojik (diyet-egzersiz) tedaviye göre GDM yönetiminde daha etkin olduğunu düşündürmektedir. Coustan ve İmarah'ın yapmış olduğu çalışma bu düşüncemizi destekler niteliktedir. "İnsülin ve diyet" tedavisi alan 115 kadında 4000 gram üzerinde doğum ağırlığı oranı %7 iken, yalnız "diyet" tedavisi alan 184 kadında bu oran %18,5, hiçbir tedavi almayan 146 kadında ise

%17,8 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada "insülin ve diyet" tedavisi alan kadınlarda sezaryen oranı %16,3 iken, yalnız "diyet" tedavisi alanlarda %30,4, tedavi almayan kadınlarda ise %28,5 olduğu bildirilmektedir (19).

"İnsülin-diyet-egzersiz" programı sağlık durumu yönetiminde yer alan kadınlarda verilen diyet ve egzersiz programına uyum oranının (diyet=%30,0, egzersiz=%38,3), "diyet-egzersiz" programı sağlık durumu yönetiminde yer alan kadınlardan (diyet=%56,7, egzersiz=%48,3) daha düşük olması (Tablo 3) ve buna karşın insülin kullanan grupta, insülin programına uyum oranının %100.0 olarak belirlenmesi düşündürücüdür. Bu durum her iki gruptaki gebelerin non-farmakolojik (diyet, egzersiz) tedavinin önemi hakkında yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmamasından kaynaklanabilir. Bu aşamada eğitim, önem kazanmakta, kişilerin ekiple işbirliği yaparak sağlık ve hastalıkla ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak gerekmektedir (15). Birey, sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeden sorumludur ve sağlıklı yaşam biçimini sergilemede, bu yaşam biçimine ilişkin etkinlikleri yerine getirmede aktif rol üstlenmelidir (20).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" hedefleri arasında, sağlık profesyonellerinin sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygun bilgi, tutum ve beceriye sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Aynı hedefler arasında, uygun bilgi, tutum ve beceriye sahip sağlık profesyonellerinin, insanların sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve olumlu sağlık davranışı sergilemelerinde etkin rol alması gerektiği belirtilmektedir (21). Bu nedenle, sağlık profesyonelleri tarafından etkin bir sağlık bakım hizmeti sunulurken, verilen eğitimde hastalardan beslenme ve egzersiz alışkanlıklarında değişiklik yapmaları ve yeni bir yaşam biçimi oluşturmaları istenmelidir.

### Sonuç

Sonuç olarak, "insülin-diyet-egzersiz" ve yalnızca "diyet-egzersiz" programı ile sağlık durumu yönetimi sürdürülen gruplar karşılaştırıldı ve her iki grupta non-farmakolojik (diyet-egzersiz) yöntemlere olan

uyumun istenilen düzeyde olmadığı saptandı. İnsülin kullanan grupta verilen diyet ve egzersiz programlarına uyum oranı daha düşük olmasına karşın, insülin kullanımını uyum oranının % 100.0 olduğu, ortalama açlık ve tokluk kan şekeri ile HbA1c değerlerinin ise daha düşük ve kontrollü olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Uygun glisemik hedeflerin tanımlanması amacıyla her gebe için kişiye özel bir tedavi biçiminin oluşturulması,

- GDM'nin anne ve yeni doğan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin en aza indirilmesinde kadınların yeni bir yaşam biçimi oluşturarak sağlık durumu yönetim programlarına etkin katılmalarının sağlanması,

- Sağlık hizmet uygulayıcılarının, antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerde GDM'li kadına özgü bakımı sağlamak için etkili girişim ve bilgileri kullanması ve doğru sağlık davranışlarını desteklemede danışman olması önerilmektedir.

**İletişim:** Öğr.Gör. Dr. Yeşim Aksoy Derya

**E-posta:** yesim.aksoy@inonu.edu.tr

### Kaynaklar

1. Çiçekli K, Koç S, Çalışkan E, Kayıkçıoğlu F, Haberal A. Gestasyonel diyabetes mellitus tanısında ve perinatal sonuçların değerlendirilmesinde elli gram ve yetmişbeş gram oral glukoz tolerans testlerinin karşılaştırılması. T Klin J Gynecol Obst 2011; 11: 142-8.
2. Lepercq J. Gestational diabetes mellitus. La Revue Du Praticien 2010; 60(4): 514-6.
3. Stacey M, Katherine A. Gestational diabetes mellitus. US Pharmacist 2009; 34(9): 43-8.
4. Janzen C. Diabetes mellitus and pregnancy. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment 2003; 326-38.
5. Göymen A, Altınok T, Uludağ S, Şen Ç, Öçer F, Uzun H, Öncül M, Güralp O. Gestasyonel diyabetes mellitus tanı ve taramasında maternal serum adiponektinin yeri. Perinatoloji Dergisi 2008; 16(2): 49-55.
6. Serlin DC, Lash RW. Diagnosis and management of gestational diabetes mellitus. American Family Physician 2009; 80(1): 57-62.
7. Akıncı B, Tosun P, Bekçi E, Yener S, Demir T, Yeşil S. Management of gestational diyabetes by physicians in Turkey. Primary Care Diabetes 2010; 4: 173-80.
8. American diyabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol 2005; 105: 675-84.
9. Cheung NW. The management of gestational diabetes. Vascular health and risk management 2009; 5(1): 153-64.
10. Yılmaz T. Gestasyonel diyabette metabolik değişiklikler ve sağlık yönetimi. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics 2010; 3(1): 54-8.
11. Jacqueminet S, Jannot-Lamotte MF. Management of gestational diabetes. Journal De Gynecologic, Obstetrique Et Biologic De La Reproduction 2010; 39(8S2): 251-63.
12. Langer O. Management of gestational diabetes: pharmacologic treatment options and glycemic control. Endocrinol Metab Clin North Am 2006; 35: 53-78.
13. Akalın S, Günay T. Gebelikte diyabet ve Balçova deneyimi. STED 2001; 11(10): 366-8.
14. Catherine K. Gestational diabetes: risks, management and treatment options. International Journal of Women's Health 2010; 2: 339-51.
15. Aktaş A. Tip II diyabetik hastalarda kapsamlı diyabet tedavisi eğitimi ve uygulamalarının glisemik kontrolün sağlanmasına etkileri. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2008.
16. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus (Position Statement). Diabetes Care. 2004; 27(1): 88-90.
17. O'Kane MJ, Lynch PL, Moles KW, Magee SE. Determination of a diabetes control and complications trial-aligned HbA(1c) reference range in pregnancy. Clin Chimica Acta 2001; 311(2): 157-9.
18. Yogev Y, Ben-Haroush A, Chen R, Rosenn B, Hod M, Langer O. Diurnal glycemic profile in obese and normal weight nondiabetic pregnant women. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 949-53.
19. Coustan DR, Imarah J. Prophylactic insulin treatment of gestational diabetes reduces the incidence of macrosomia, operative delivery, and birth trauma. Am J Obstet Gynecol 1984; 150(7): 836-42.
20. Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(3): 43-55.
21. Health 21, The health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series; No.6. Erişim tarihi 15 Ağustos 2012, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf).

# 0-6 Yaş Çocuklarda İshal Olmayı Etkileyen Etmenler ve Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri\*

Factors Influencing Diarrhea in Children of 0-6 Years of Age and Knowledge Levels of Mothers on Diarrhea

Araştırma



Research

Öğr. Gör. Seval Cambaz Ulaş\*\*, Öğr.Gör. Aynur Ç. Çetinkaya\*\*\*,  
Doç. Dr. Dilek Özmen\*\*\* Öğr. Gör. Kıvanç Çevik\*\*

Geliş Tarihi : 17.05.2012

Kabul Tarihi : 10.07.2012

## Öz

**Amaç:** 0-6 yaş çocuklarda ishal olmayı etkileyen etmenlerin ve annelerin ishal konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Kesitsel bir alan çalışması olan araştırmanın örneklemini; Manisa İl Merkezi'ndeki 11 sağlık ocağında bulunan 0-6 yaş çocuğu olan anneler arasından seçilmiştir (n=388). Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** Annelerin yaş ortalaması 27,27±5,24, çocukların ay olarak yaş ortalaması 23,39±18,26'dır. Annelerin yüzde 63,4'ü ilköğretim mezunu iken, yüzde 89,7'si ev kadınıdır. Annelerin yüzde 91,2'si ishal belirtisi olarak sulu dışkıyı belirtmektedir. Yapılan tek değişkenli analizlerde, gecekonuda oturan, gelir düzeyi düşük, tuvaleti evin dışında olan ve annesi ilköğretim mezunu ya da daha alt düzeyde eğitimi olan çocukların daha sık ishal geçirdikleri belirlenmiştir (p<0,05).

**Sonuç:** Çocukların sağlığını ciddi olarak tehdit eden ishal konusunda annelerin genellikle bilgi düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır. Gecekonuda yaşayan, gelir düzeyi düşük olan, tuvaleti evin dışında olan ve eğitim düzeyi düşük olan annelerin çocukları daha çok risk taşımaktadır. Bu nedenle günlük uygulamalarda bu gruplar daha iyi değerlendirilmeli ve ve hizmet planlama ve uygulamasında gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** İshal, Anneler, Bilgi düzeyi, Risk etmenleri

**Aim:** The aim of this study was to study the factors influencing diarrhea in children of 0 – 6 years of age and to determine the knowledge levels of mothers on diarrhea.

**Method:** The sample of this cross-sectional study was selected from mothers of children of 0 – 6 years in the regions of 11 primary health care centers in the provincial center of Manisa (n=388).

Questionnaires designed by the researchers were used for the collection of the data.

**Findings:** The mean age of the mothers is 27.27±5.24 years and that of children is 23.39±18.26 months. 63.4% of the mothers are graduates of primary school and 89.7% are housewives. 91.2% defined watery faeces as an indicator of diarrhea. Univariable analyses revealed that diarrhea is more often seen among children whose families live on low incomes and in slum houses with bathrooms outside and whose mothers are primary school graduates or below (p<0.05)

**Conclusion:** It was found that mothers generally have good knowledge of diarrhea, which seriously threatens the health of the children. Those at higher risk of diarrhea were children whose mothers have poor incomes and live in slum houses with bathrooms outside or in backyards. Therefore, such groups of children should be assessed more carefully in daily practice and measures should be taken accordingly in health planning and implementation.

**Key words:** Diarrhea, Mothers, Level of knowledge, Risk factors

\*Bu çalışma, 10-11 Mayıs 2007 yılında yapılmış olan V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyum'unda poster bildirisi olarak sunulmuştur.

\*\*Celal Bayar Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Manisa

\*\*\*Celal Bayar Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, MANİSA.

## Giriş

İshal çevre koşullarının sağlıklı olumsuz etkilediği, besin sanitasyonunun yapılamadığı ve bireylerin temel hijyen bilgisinin yetersiz olduğu yerlerde önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada her yıl 5 yaşın altındaki çocuklarda yaklaşık bir milyar ishal olgusu görülmekte, 2,2 milyon çocuk ölmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (1). Ülkemizde; 0-14 yaş grubunda toplam DALY'ler (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) içinde ulusal düzeyde dördüncü sırayı ishale seyreden hastalıkların aldığı görülmektedir (2). Ayrıca çocukluk çağı ölüm

nedenlerine bakıldığında da, ülkemizde halen önlenabilir ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (3). İshal başlı başına bir hastalık değil, birçok hastalığın belirtisidir. Üst üste gelen ishaller, hem beslenme bozukluklarının, hem de büyüme ve gelişme sürecindeki aksamanın en önemli nedenidir. Beslenme yetersizliği olan çocuklar daha sık ve şiddetli ishale yakalanırlar, dolayısıyla daha yüksek ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalırlar (4). Konuyla ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde; ülkemizdeki ishale bağlı çocuk ölümlerinin en önemli nedenleri arasında annelerin ishal konusundaki yanlış bilgi ve

Tablo 1. Araştırma grubunun tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Çocuğun Cinsiyeti	Erkek	198	51.0
	Kız	190	49.0
Annenin Mesleği	İşçi	16.	4,1
	Serbest meslek	4	1.0
	Memur	20	5.2
	Ev hanımı	348	89.7
Annenin Eğitim Durumu	Okur yazar	40	40,3
	İlköğretim mezunu	246	63,4
	Lise ve üzeri	102	26.3
Aile Yapısı	Çekirdek	302	77.8
	Geniş	81	20.9
	Parçalanmış	5	1.3
Sosyal	SSK	244	62,9
Güvence Durumu	Bağ-kur	43	11.1
	Emekli Sandığı	35	9,0
	Yeşil kart	51	13,1
Gelir Durumu	Yok	15	3,9
	Gelir giderden az	110	28,4
	Gelir gidere denk	266	68,6
Ev Tipi	Gelir giderden fazla	12	3,1
	Müstakil	93	28,4
	Apartman	255	65.7
Toplam	Gecekondu	40	10,4
		388	100.0

\*Aritmetik ortalama±Standart sapma



**Tablo 2.** Araştırma Grubunun Konut Özellikleri

Konut Özellikleri	n	%
İçme Suyunun Kaynağı		
Şebeke	263	67,8
Kuyu	4	1,0
Hazır /damacana	116	29,9
Diğer	5	1,3
<b>Tuvaletin Yeri</b>		
Evin içinde	363	93,6
Evin dışında	25	6,4
<b>Tuvalette Suyun Olma Durumu</b>		
Evet	378	97,4
Hayır	10	2,6
<b>Tuvaletin Kanalizasyona Bağlı Olma Durumu</b>		
Evet	386	99,5
Hayır	2	0,5
<b>Toplam</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>

inançları, uyguladıkları yanlış tutum ve davranışlar olduğu bildirilmektedir (5). Özel (1989) ve Altın'ın (1994) değişik yörelerde yaptıkları çalışmalarda ishal olgularının kalabalık ailelerde, düşük eğitim düzeyli annelerin çocuklarında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (6, 7). Çocuk ölümlerinde ilk sıralarda olan ishal gibi önemli bir sağlık sorununun çözülmesinde; çocuk ile bire bir ilgilenen annelerin hastalık hakkındaki bilgilerinin ve çocukları hasta olduğunda neler yaptıklarının bilinmesi etkili sağlık eğitimlerinin verilmesi açısından gerekli ve zorunludur. Araştırmanın amacı; Manisa İl Merkezi'ndeki 0-6 yaş çocuklarda ishal olmayı etkileyen etmenlerin ve annelerin ishal konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesidir.

### Gereç Yöntem

Kesitsel bir alan çalışması olan araştırma; Manisa İl Merkezi'nde bulunan 11 sağlık ocağı ebe bölgesine kayıtlı Form 006- Bebek-Çocuk İzlem Fişlerinden 0-6 yaş çocuğu olan anneler ile yürütülmüştür (N=20111). Örneklem büyüklüğü Epi-Info 2000 programında 0,05 hata payı ile 388 olarak hesaplanmıştır (n=388). Örneklem giren anneler, sağlık ocaklarına göre tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma verileri, örneklem

çıkan annelere çalışma hakkında bilgi verildikten ve sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile 15 Eylül-15 Aralık 2006 tarihlerinde toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için de Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 4. sınıf öğrencileriyle yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan soru formunun iki bölümü bulunmaktadır. İlk bölümde annelerin ve bebeklerin sosyodemografik özelliklerini içeren 13 soru ve 2. bölümde annelerin ishal konusunda bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik 31 soru yer almaktadır. İkinci bölüm soruları doğru/yanlış şeklinde değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (10.0) istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı yüzde dağılımı ve ki kare önemlilik testleri yapılmıştır.

### Bulgular

Tablo 1'de görüldüğü gibi, araştırma grubunu oluşturan bebek/çocukların yüzde 51,0'ı erkek ve yaş ortalamaları  $23,39 \pm 18,6$  (Min:0,25, Maks:59,00, Ortanca:18,00) aydır. Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması

**Tablo 3.** Annelerin ishale ilişkin bilgileri

İshale ilişkin bilgiler		Biliyor (+)		Bilmiyor (-)	
		n	%	n	%
<b>İshal Belirtilerit</b>	Sulu dışkı	354	91.2	34	8.8
	Günde üçten fazla dışkı	293	75.5	95	24.5
	Yüksek ateş	170	43.8	218	56.2
	Kanlı dışkı	57	14.7	331	85.3
<b>İshalde Yapılması Gerekenler†</b>					
	Sağlık kurumuna başvurma	145	37.4	243	62.6
	Beslenmeyi düzenleme	155	39.9	233	60.1
	Sıvı alımının desteklenmesi	216	55.7	172	44.3
<b>İshalli Çocuğa Verilecek</b>					
<b>Gıdalart</b>	Haşlanmış patates	340	87.6	48	12.4
	Şeftali	163	42.0	225	58.0
	Bol sıvı	333	85.8	55	14.2
	Pirinç lapası	243	62.6	145	37.4
	Anne sütü	346	89.1	42	10.9
	Diğer	9	2.3	379	97.7
<b>İshal Yapıcı Etmenler†</b>	Antibiyotik kullanımı	135	34.8	253	65.2
	Yolculuk	104	26.8	284	73.2
	Farklı Besin	301	77.6	87	22.4
	Çiğ besin	359	92.5	29	7.4
	Ortam	313	80.7	75	19.4
	Çöp	285	73.5	103	26.6
	Kanalizasyon	290	74.7	98	25.2
<b>İshalde ORS</b>	İshalde ORS kullanımı	156	40.2	232	59.8
<b>Kullanımına</b>	ORS temin edilebilecek yerler?	135	84.4	21	15.6
<b>İlişkin Bilgiler</b>	ORS'nin evde hazırlanmasını bilme	20	5.2	368	94.8

†Birden fazla şık işaretlenmiştir.

? İshalde ORS (Oral Rehidratasyon Sıvısı)kullandığını ifade eden annelerin sayısı (n=156) üzerinden hesaplanmıştır.

27,27±5,24 (Min:27,00, Maks:42,00, Ortanca:27,00) yıl olup, yüzde 63,4'ü ilköğretim mezunu ve yüzde 89,7'si ev kadınıdır. Ailelerin yüzde 77,8'i çekirdek aile yapısına sahip, yüzde 62,9'unun sağlık güvencesi SSK, yüzde 68,6'sının gelir durumlarının orta düzeyde olduğu ve yüzde 65,7'sinin apartmanda oturduğu görülmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, araştırma grubunun yüzde 67,8'i şebeke suyu kullanmaktadır. Ailelerin evlerindeki

tuvaletlerin yüzde 93,6'sı evin içinde, yüzde 97,4'ünün tuvaletinin içinde su bulunmakta ve yüzde 99,5'inin tuvaleti kanalizasyona bağlı durumdadır.

Araştırma grubundaki annelere ishalin belirtileri sorulduğunda; annelerin yüzde 91,2'si ishal belirtilerinden sulu dışkıyı ve yüzde 75,5'i üçten fazla dışkılama belirtisini bilmektedir. Araştırma grubunu oluşturan anneler bebek/çocukların ishal olmaları durumunda yüzde 37,6'sı sağlık kurumuna başvurması, yüzde 39,9'u beslenmeyi

**Tablo 4.** Araştırma grubundaki bebek/çocukların ishal geçirme sıklığı ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	İshal Olma Durumu						Toplam		pŞ
	Sık İshal		Ara sıra		Hiç		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Annenin Eğitimi	13	4.5	260	90.9	13	4.5	286	100	0.011
Okur-yazar ve ilköğretim	2	2.0	87	85.3	13	12.7	102	100	
Lise ve üzeri	2	2.0	87	85.3	13	12.7	102	100	
Tuvaletin Yeri Evin içinde	11	3.0	327	90.1	25	6.9	363	100	0.005
Evin dışında	4	16.0	20	80.0	1	4.0	25	100	
Gelir düzeyi Az	7	6.4	102	92.7	1	0.9	110	100	0.004
Denk	8	3.0	236	88.7	22	8.3	100	100	
Fazla	-	9	75.0	3	25.0	266	12	100	
Ev tipi Müstakil	4	4.3	89	94.7	1	1.1	94	100	0.009
Apartman	7	2.7	224	87.8	24	9.4	255	100	
Gecekondu	4	10.3	34	87.2	1	2.6	39	100	
Toplam	15	3.9	347	88.9	26	7.2	388	100	

Ş Ki-kare Önemlilik Testi, p değeri

düzenlemesi, yüzde 55,7'si ise sıvı alımını artırması gerektiğini söylemişlerdir. Annelere; "ishal olduğunda bebek/çocuğa ne verilmeli?" sorusu sorulduğunda yüzde 87,6'sı haşlanmış patates, yüzde 85,8'i bol sıvı, yüzde 62,6'sı pirinç lapası, yüzde 58,0'ı şeftali verilmeli yanıtını vermişlerdir. Fakat Tablo 3'te görüldüğü gibi annelerin yüzde 10,9'u ishal olan bebek/çocuğa anne sütü verilmemesi gerektiğini belirtmiştir.

Annelerin ishale neden olan faktörleri bilme durumu değerlendirildiğinde; yüzde 92,5 çığ besinleri yıkamadan yeme, yüzde 80,7 ortam kirliliği, yüzde 77,6 farklı besin tüketme, yüzde

74,7 tuvaletlerin kanalizasyona bağlı olmaması ve yüzde 73,5 çöplerin açıkta bulunması faktörlerini belirtmişlerdir. Antibiyotik kullanımı (yüzde 34,8) ve yolculuk (yüzde 26,8) faktörlerinin anneler tarafından daha az bilindiği gözlenmiştir (Tablo 3).

"İshal olan çocuğa tedavi amacıyla ORS kullanılmalı mıdır?" sorusuna annelerin yüzde 40,2'si kullanılması gerektiğini söylemekte ve annelerin yüzde 84,4'ü ORS'yi nereden bulabileceklerini bilmektedir. Annelerin ORS'nin evde hazırlanmasını bilme durumunun değerlendirildiği soruya annelerin yalnızca yüzde 5,2'si doğru yanıt vermiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan anneler bebek/çocuklarının yüzde 88,9'unun ara sıra ishal, yüzde 3,9'u sık ishal olduğunu belirtirken; yüzde 7,2'si hiç ishal olmadığını belirtmişlerdir. Yapılan tek değişkenli analizlerde gecekonduya oturan, gelir düzeyi düşük, tuvaleti evin dışında olan ailelerin çocuklarının daha sık ishale yakalandıkları saptanmıştır. Aynı zamanda ilköğretim mezunu ya da daha alt düzeyde eğitimi olan annelerin çocuklarının daha sık ishal geçirdikleri belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4).

#### Tartışma

Araştırma grubundaki annelerin çoğunluğu ishal belirtilerinden sulu dışkıyı ve üçten fazla dışkılama belirtisini bilmektedir. Kaya ve



Erişim Adresi: <http://www.diyadinnet.com/>



ark.(2005) yaptıkları çalışmada annelerin ishalin belirtilerinden olan üçten fazla dışkılama oranını bilme durumu yüzde 74.3 olarak bildirilmiştir. Elmacı ve Özelçi (2007) tarafından Diyarbakır'da yapılan çalışmada da annelerin ishalin belirtileri olarak günde üç defadan fazla dışkılama ve sulu dışkılamayı bildikleri anlaşılmıştır. Çalışmalarda annelerin ishal belirtilerini yüksek oranda doğru bilmeleri sevindiriciyken, bunun nedeninin ishalin sık görülen bir hastalık olması düşüncesi üzüntü vericidir. Bulgularda annelerin çocuklarını sağlık kurumuna götürme yerine beslenmeyi düzenleme ve sıvı alımını artırmayı daha yüksek oranda seçtikleri görülmektedir. İshalli hastalıkların kontrolü programında da ishali olan çocukta dehidratasyon bulgusu olmadığı sürece ishalin evde tedavisi önerilen bir durumdur. Annelerin ishal olan bebek/çocukların evde beslenmesini doğru olarak düzenledikleri görülmektedir (Tablo 3). Şanlıer ve AYTEKİN (2004) çalışmalarında annelerin yüzde 53,3'ünün çocuklarına ishal oldukları zaman haşlanmış patates ve pirinç lapası verdiklerini ve yüzde 60,9'unun da bol sıvı verdiğini saptamışlardır. Energin ve ark.(2007) çalışmalarında; annelerin yüzde 93,6 sı çocukları ishal olduğunda sıvı gıdaları artırdığını belirtmişlerdir. Bozkurt ve arkadaşlarının (1998) Gaziantep'te yaptığı çalışmada "ishalli çocuğa verilecek sıvı ve/ya da anne sütü miktarı artırılmalıdır" diyenlerin oranı yüzde 79,5 olarak bulunmuştur. İshali

olan çocuklarda dehidratasyon bulgusu yoksa verilen sıvı miktarı artırılarak ve beslenmelerine dikkat edilerek evde tedavi edilebilirler. İshalde temel amaç kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin karşılanmasıdır. Bu amaçla çocuk ağızdan alabiliyorsa, annelerin büyük çoğunluğunun belirttiği gibi çocuğa bol sıvı verilmesi doğru bir uygulamadır. Özel durumlar dışında ilaç kullanılmaması, su ve tuz kayıplarının oral sıvı tedavisi ile karşılanması ve beslenmenin erken başlatılması önemlidir. Yine annelerin büyük çoğunluğunun belirttiği gibi, ishali olan çocuğa pirinç lapası, haşlanmış patates, şeftali gibi yiyeceklerin verilmesi ishalin süresini ve dışkılama sıklığını azaltır (13).

Fakat tablo 3'te görüldüğü gibi annelerin yüzde 10,9'u ishal olan bebek/çocuğa anne sütü verilmemesi gerektiğini düşünmektedir. Karadağ ve ark.(2001) çalışmalarında; annelerin yüzde 17'sinin ishal olan çocuklarını emzirmediklerini belirlemişlerdir. İshalli hastalıkları kontrol programı, küçük çocuklarda ishali önlemek için anne sütünün gerekliliğinin uzun süredir bilincindedir. Son yıllarda, anne sütüyle beslenmenin ishalin tedavisinde, dehidratasyonu önlemede ve iyileşmeyi hızlandırmada önemli olduğu açıklığa kavuşmuştur (15). Bu nedenle, her iki çalışma bulgusu doğrultusunda annelerin emzirme konusundaki bu olumsuz tutumunu değiştirmek için çaba göstermek gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma grubunu oluşturan annelerin yüzde 40'ı ishal tedavisinde sıvı kaybının yerine konmasını sağlayan ORS kullanılması gerektiğini söylemişlerdir (Tablo 3). Bilindiği gibi, gelişmekte olan ülkelerde ishale bağlı ölümlerin en önemli nedeni dışkıyla kaybedilen sıvının yerine konmamasıdır. İshal tedavisinde beslenme ve onun kadar önemli olan ORS kullanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilmektedir. Ayrıca etiolojisi ne olursa olsun, ishalde ağızdan sıvı tedavisi olguların yüzde 90-95'inde kullanılmaktadır(16). Tümer ve Uysal'ın (2004) yaptıkları çalışmada; annelerin yüzde 50,7'sinin ORS'yi bildikleri ancak, çocukları ishal olduğunda yüzde 18,9'unun kullandığı bildirilmiştir. Dinç'in (2005), çalışmasında annelerin yüzde 21,0'ı çocukları ishal olduğunda ORS kullandıklarını belirtmişlerdir. İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı hedefleri içinde 2005 yılına kadar ORS kullanımını yüzde 80 oranına yükseltmek





Erişim Adresi: [bebekyemeklerim.com](http://bebekyemeklerim.com)

de bulunmaktadır (15). Benzer olan bu dört çalışma bulgusu bu hedeften oldukça uzak görülmektedir. Bu nedenle sağlık personeline yapılacak hizmet içi eğitim programlarında bilgilerini gözden geçirme fırsatı verilmeli ve annelerin de ishalde ORS kullanımı ve özellikle evde ORS hazırlama konusunda yapılacak sağlık eğitimlerine de önem verilmesi gerekmektedir. Araştırmaya katılan anneler bebek/çocuklarının yüzde 88,9'unun ara sıra ishal, yüzde 3,9'u sık ishal olduğunu belirtirken; yüzde 7,2'si hiç ishal olmadığını açıklamıştır (Tablo 4). Baykan ve Maral (2001), araştırmalarında son iki hafta içindeki ishal prevalansını yüzde 14.7 olarak bulmuşlardır. Siziya, Muula ve Rudatsikira'nın (2009) çalışmasında ishal olma oranı yüzde 21,3'tür. Diğer çalışmalar ile bu çalışma arasındaki farklılığın nedenini, bu çalışmasının ishal prevalansını saptamaya yönelik planlanmamış olması ile açıklamak olanaklıdır. Yapılan tek değişkenli analizlerde gecekonduda oturan, gelir düzeyi düşük, tuvaleti evin dışında olan ve düşük eğitilmiş ailelerin çocuklarının daha sık ishal geçirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4). Tuna (2005) çalışmasında bebeklerin ishal durumunun ailenin ekonomik durumundan etkilendiğini saptamıştır. Etiler de (2009) tuvaletin sağlıksız olmasının çocukluk çağındaki ishal sıklığını iki kat artırdığını göstermektedir. Çalışmaların sonuçlarından da

görüldüğü gibi çocuğu daha sık ishal olan ailelerin durumları yoksullukla doğrudan ilişkilidir.

### Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma sonucunda çocukların sağlığını tehdit eden ishal ile ilgili annelerin bilgi düzeylerinin kısmen iyi olduğunu söylemek doğru olur. Ancak gecekonduda yaşayan, gelir düzeyi düşük olan, tuvaleti evin dışında olan ve eğitim düzeyi düşük annelerin çocuklarının daha fazla risk altında olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle hizmet planlamasında ve yapılacak sağlık eğitimlerinde bu gruplara öncelik tanınmalıdır. Özellikle birinci basamak sağlık personelinin alan eğitim ve izlem çalışmalarında bu konular üzerinde önem ve öncelikle durması, ishalin oluşmasını ve yayılmasını önleme açısından yararlı olacaktır. Ayrıca aile eğitimlerinde özellikle annelere ishal olma durumunda ORS kullanımı, evde ORS hazırlama ve emzirme konusunda bilgi ve eğitim verilmesi sağlanmalıdır.

### Teşekkür

*C.B.Ü Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 2006-2007 öğretim yılı mezunlarımızdan Alev Yalnız, Ayşe Kaya, Çiğdem Kavalcı, Dudu Gül Erdi, Fatma Gençtürk, Fatma Kuşçu, Halime Gencer, Zeynep Elmas'a çalışmanın veri toplama aşamasındaki katkılarından dolayı teşekkürler.*

**İletişim:** Kıvanç Çevik

**E-posta:** [kivancevik@hotmail.com](mailto:kivancevik@hotmail.com)

### Kaynaklar

- Özmert E, Yurdakök K. Dünyada ve Türkiye'de ishaller hastalıklar. *Katki Pediatri Dergisi* 2000; 21 (1):1-5.
- Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı. Türkiye Sağlığı Bakış Kitabı. 2007. Erişim 15 Temmuz 2011, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
- TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışması, hastalık yükü final raporu. 2004. Erişim 15 Temmuz 2011, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/maliyetetkililikTR.pdf>
- Çetinkaya F, Aykut M, Kocagül A, Öztürk Y. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda ishal morbiditesi ve annelerin ishal konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Beslenme Ve Diyet Dergisi* 1994; 23(1): 7-20.

- 5.Ögüt Y, Gürkan A. İshale ilişkin geleneksel tutum ve uygulamalar. İzmir: 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 2005.
- 6.Özel N. Eskişehir Merkez 4 Nolu Sağlık Ocağı Polikliniği'ne başvuran 0-5 yaş arası çocuklarda ishal ve solunum yolu enfeksiyonu olgularının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü; 1989.
- 7.Altın BÖ. 0-6 yaş grubu çocukların GİS sorunlarında (ishal, kabızlık, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı) sağlık kurumu bulunan ve bulunmayan iki farklı bölgede ailelerin geleneksel uygulamalarının araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1994.
- 8.Kaya F, Vurur S, Ünüvar R, Kaçar A, Erdem Ö, Öztürk D. ve ark. Çanakkale İl Merkezi'ndeki 0-1 yaş çocuğu olan annelerin akut ishal hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması. III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitabı. Manisa: 2005; 94.
- 9.Elmacı N, Özelçi P. Diyarbakır'da çocuk ishalleri; inançlar ve yerel uygulamalar. 2007. Erişim 10 Temmuz 2011, [www.antropoloji.net/index2.php?option=com\\_content&do](http://www.antropoloji.net/index2.php?option=com_content&do).
- 10.Şanlıer N. Aytekin F. 0-3 yaş grubunda çocuğu bulunan annelerin beslenme ve ishal K konusunda bilgi ve davranışlarının incelenmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2004; 24(3): 81-100.
- 11.Energin VM, Ünal E, Kaya Ü, Baysal T, Köksal Y, Reisli İ. Bir üniversite hastanesine başvuran çocuk hastaların annelerinin ishal hakkındaki bilgi düzeyleri. Selçuk Tıp Dergisi 2007; 23(2): 69-75.
- 12.Bozkurt A, Özgür S, Özçirpici H. Gaziantep'te farklı sosyoekonomik bölgelerde yaşayan evli kadınların ishal konusunda bilgi düzeyleri. Çukurova Tıp Fakültesi Dergisi 1998; 23: 49- 54.
- 13.Set T. Birinci basamakta akut ishalleri çocuğa yaklaşım. Aile Hekimliği Dergisi 2007; 1(5-6): 64-70.
- 14.Karadağ N, Ağaç B, Tekin Ç, Zorlu A. Balıkesir Merkez 10 Nolu Sağlık Ocağı'na başvuran 0-5 yaş çocuk sahibi annelerin ishal hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitabı. Manisa: Yedikardeşler Form&Ofset; 2007. S. 44.
- 15.Sağlık Bakanlığı ishalleri hastalıkların kontrolü programı. İshal modül eğitimi katılımcı kitabı. 1989. Erişim 15 Temmuz 2011, <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/ishal.pdf>
- 16.Kutlu T. İshalleri çocuğun beslenmesi ve oral rehidratasyon tedavisi. 2001. Erişim 13 Temmuz 2011, <http://www.Ctf.Edu.Tr/Stek/Pdfs/26/2617TK.Pdf>
- 17.Tümer A, Uysal SD. Annelerin ishale ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Ankara: 2004. s. 134.
- 18.Dinç S. Şanlıurfa Merkezde bulunan 4 numaralı sağlık ocağına kayıtlı 0-1 yaş çocuğu olan annelerin çocuklarının bakımında uyguladıkları geleneksel uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2005; 1/2: 53-63.
- 19.Baykan Z, Maral I. Ankara İli Gölbaşı İlçesi'nde 0-60 aylık çocuğu olan annelerin ishal konusundaki bilgi, tutum ve davranışları ile çocukların son iki hafta içindeki ishal prevalansı. Türkiye Klinikleri Pediatri 2001; 10:125-32.
- 20.Siziya S. Muula AS, Rudatsikira E. Diarrhoea and acute respiratory infections prevalence and risk factors among under-five children in Iraq in 2000. Riv Ital Pediatr 2009; 35(1): 8.
- 21.Tuna R. Bebeklerde ishal morbiditesi ile beslenme etkileşimleri. 3. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. İzmir: Hilmi Usta Matbaacılık; 2005. s. 271.
- 22.Etiler N. İshalleri hastalıklar epidemiyolojii ve kontrolü. STED 2000; 9(8).



# Çocuk Sağlığını Etkileyen Kronik Hastalıklar\*

## Chronic Diseases Affecting Children's Health

Dr. Nesrin Şen Celasin \*\*

Geliş Tarihi : 25.05.2012

Kabul Tarihi : 10.07.2012

### Öz

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk nüfusu gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar, dünyada ve bütün sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Çocuklarda kronik hastalıkların insidansının 18 yaşın altındaki nüfusta %10-15 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Tüm çocuk popülasyonunun %1-2'sinde günlük aktiviteyi etkileyen ya da sık tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır. Çocukluk döneminde görülen kronik hastalıklar: Kalp Hastalıkları, Epilepsi, Kronik Böbrek Yetmezliği, Kanserler, Hemofili, Diyabetes Mellitus, Astım, Kistik fibrozis gibi çok çeşitlidir. Bu derlemenin amacı, çocuk sağlığını en fazla etkileyen kronik hastalıkları gözden geçirerek bilgi tazelemektir.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk, Çocuk sağlığı, Kronik hastalıklar

### Giriş

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk nüfusu gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar, dünyada ve bütün sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Çocuklarda kronik hastalıkların insidansının 18 yaşın altındaki nüfusta %10-15 arasında olduğu tahmin edilmektedir (1). Tüm çocuk popülasyonunun %1-2'sinde günlük aktiviteyi etkileyen ya da sık tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır (2,3).

### Kronik Hastalık Nedir?

Kronik hastalık, "normalden sapma veya bozukluk gösteren, sürekli olan, kalıcı yetersizlik/ sakatlık bırakabilen, geriye dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum" olarak tanımlanmaktadır (1,2).

### Çocukluk Döneminde Görülen Kronik Hastalıklar Nelerdir?

Çocukluk döneminde görülen kronik hastalıklar; Kalp hastalıkları, Epilepsi, Kronik Böbrek Yetmezliği, Kanserler, Hemofili, Diyabetes Mellitus, Astım, Kistik Fibrozis gibi

### Abstract

Nowadays, the population of children having chronic illnesses is gradually increasing and these diseases are becoming world's and industrialized countries' number one health problem. It is considered that the frequency of the disease under 18 years old is around 10-15%. As per total children population, 1-2% of children are suffering of chronic diseases influencing their daily activities or requiring frequent treatment. Chronic illnesses gone through during childhood are various like; Heart Diseases, Epilepsy, Chronic Kidney Failure, Cancer, Hemophilia, Diabetes Mellitus, Asthma, Cystic Fibrosis. The aim of this compilation is to review the most influential chronic diseases affecting child health and updating information on the issue.

**Key words:** Child, Children health, Chronic diseases

çok çeşitlidir (2,4). Aşağıda, çocuklarda sık görülen ve çocuk sağlığını en fazla etkileyen kronik hastalıklar gözden geçirilmiş ve bilgi tazelemesi yapılmıştır.

### Çocuklarda Astım

Astım, değişik uyaranlara karşı artmış hava yolu duyarlılığı ve geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır (5,6).

Astım, bütün ülkelerde rastlanan bir hastalıkken, prevalansı toplumlar ve aynı toplumun farklı kesimleri arasında değişiklik göstermektedir (7). Son 20 yıl içinde astım prevalansının özellikle çocuklarda önemli ölçüde arttığı ortaya çıkmıştır (5,8). Çocukluk çağına ilk yaşta hastalığın başlaması nadirdir ve genellikle başlangıç yaşı 3-8 yaşlar arasındadır (5).

Astımın en önemli morbiditesi okula gidilemeyen gün sayısı olarak verilmektedir ve ülkelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin; Amerika ve Batı Avrupa'da %43, Asya-Pasifik ülkelerinde %37, Japonya'da %53, Orta ve Doğu Avrupa'da %53'tür (5).

Günümüzde modernleşen yaşam koşulları ile birlikte alerjik hastalıkların sıklığı giderek artmaktadır (9). Astım, gelişmiş ve gelişmekte

\*9-11 Aralık 2010 tarihinde İzmir'de gerçekleştirilen 1. Ege Pediatri Hemşireliği Günleri'nde panel oturumunda sunulmuştur.

\*\* Yrd. Doç.; Celal Bayar Ü. Manisa SYO Hemşirelik Bölümü-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Manisa

olan ülkelerde çocukluk çağıının en sık görülen kronik hastalığıdır. İleri derecede sanayileşmiş batı toplumlarında ise gelişmekte olan ülkelere göre çok daha fazladır (5,8). Ülkemizde yapılan çocukluk çağı prevalans çalışmalarında ise kümülatif Astım prevalansı %13,7–15,3 arasında değişmektedir (10). Ülkemizde şehirler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar vardır. Genelde kıyı kesimleri, şehirler, büyük metropoller ve düşük sosyo-ekonomik yaşam koşullarında Astım daha sıktır (5,7,10).

Astımlı çocuklarda; hisli solunum ve ronküsler, öksürük, nöbetler halinde gelen nefes darlığı, göğüste baskı hissi, interkostal çekilmeler görülmektedir. Çoğunda; gün içinde veya mevsimsel değişkenlik gösteren, sis, duman, çeşitli kokular veya egzersiz gibi nedenlerle tetiklenen, geceleri artan ve uygun Astım tedavilerine yanıt veren rinit semptomları da vardır (5).

Ciddi Astım ataklarında; İleri derecede azalmış ventilasyon ve hava akımı nedeniyle ronküs ve hisli duyulmayabilir. Bu durumdaki hastalarda atağın ciddiyetini gösteren; siyanoz, uykuya meyil, konuşma güçlüğü, taşikardi, yardımcı solunum kaslarının kullanımı ve interkostal çekilmeler gibi bulgular gözlenir (1).

Bazı duyarlı bireylerde; polen, küf mantarları gibi mevsimsel artış gösteren etkenlerle Astım alevlenebilir (5). Kronik Astım, sonuçları ile çocuğu, aileyi, toplumu, ciddi ölçüde etkiler. AB ülkelerinde yıllık maliyet 142-1529 € dur. Astımın akılcı kontrolü, çocuğun okul devamsızlığının azalması, aileler üzerindeki maddi ve manevi yükün hafifletilmesini sağlayacaktır. Bunun için korunmada astımlı çocuğun ve ailesinin; hastalığın özellikleri, kullanılacak tedavi yöntemi, astımı tetikleyen faktörlerden uzak kalma ve tedavilerinde değişiklik yapabilme konularında eğitimi çok önemlidir (1,5).

### **Çocuklarda Diyabet**

Çocukluk çağı diyabet olgularının %99'u Tip 1 Diyabetes Mellitus'tur (Tip1DM).

Tip 1DM, çocukluk yaş grubunda pankreasın beta hücrelerinde süregelen otoimmün ya da otoimmün dışı nedenlerle gelişen insülin yetersizliği ve hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (11).

Tip 1 DM, herhangi bir yaş grubunda görülmekle birlikte, en sık görüldüğü yaş

grubu 7–15 yaşlarıdır ve diyabetlilerin %75'inde tanı 18 yaşından önce konulmaktadır (1,12).

Son 20 yıldaki epidemiyolojik çalışmalar, Tip1 DM görüme insidansında ve prevalansında belirgin değişikliklerin ve dünya ülkeleri arasında önemli farklılıkların olduğunu göstermiştir (11). Tip 1 DM prevalansı her yıl yaklaşık %3-6 oranında artmaktadır (1). Günümüzde dünyadaki diyabetli sayısı 194 milyon olup, 2030 yılında bu sayının 330 milyona ulaşması beklenmektedir (13). Görülme sıklığındaki artışın yanı sıra, görüme yaşının da giderek 5 yaş altına indiği bildirilmektedir (11). Bu durum, günümüz toplumunda Tip 1 DM'nin en ciddi kronik hastalıklardan biri olduğunu göstermektedir (1).

Çocuk ve adolesan yaşlarında Tip1 DM'ye bağlı en sık hastaneye başvuru belirtileri poliüri, polidipsi, kilo kaybı, halsizlik ve yorgunluktur (11). Tip 1 DM, organik bir hastalık olmasının yanı sıra, psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir hastalıktır; bu hastalar fiziksel, duygusal ve sosyal konularla ilgili bir dizi sorun ve çatışmayla karşı karşıya kalmaktadır. Kan şekeri ve düzensizlikleri doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilemektedir. Bunun yanında, kan şekeri düzeyleri de ruhsal ve duygusal değişimlerden etkilenmektedir. Diyabete, komplikasyonlarına, girişimsel tetkik ve tedavi yöntemlerine ikincil çeşitli ruhsal belirtiler, özellikle depresyon, anksiyete (kaygı) ve hipoglisemi korkusu belirtilerini içeren uyum bozukluğu gelişebilmektedir (14).

Diyabet, yaşam boyu süren biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri olan kronik bir hastalıktır ve sürekli tedavi ve bakım gerektirmektedir. Tedavi ve bakımın ana hedefleri; iyi metabolik kontrol, diyabetle ilgili akut ve kronik komplikasyonları azaltmak ve iyi bir yaşam kalitesidir. Bu hedeflere ulaşmada, bireylerin öz bakıma uyumu çok önemlidir (15). Hasta uyumu ve metabolik kontrol açısından; diyabetli çocuklarda stresin önlenmesi, hipoglisemi korkusunun giderilmesi ve diyabet yönetimi eğitimi önemlidir (15, 16, 17).

Diyabet ekibinin en önemli görevi, diyabet eğitimidir. Günümüzde diyabet tedavi felsefesindeki en önemli değişiklik diyabetli çocuklara ya da ailelerine "Reaktif Davranış



Modeli" yerine "Proaktif Diyabet Davranış Modeli"nin öğretilmesidir. Bu modellerin arasındaki fark Tablo 1'de gösterilmiştir (18).

### Çocukluk Çağı Kanseri

Çocukluk çağı kanserleri genellikle 15 yaş altı, 0-14 yaş arasında görülen kanserlerdir. Bazı merkezlerde 15-19 yaş arası da, ergen kanserleri olarak, çocuklarınkiyle birlikte değerlendirilmekte ve bu iki grup arasında çeşitli karşılaştırmalar yapılmaktadır (19).

Çocukluk dönemi kendine özgü özellikleri ile erişkinlerden farklıdır. Çocukluk çağı kanserleri de tipleri ya da genel olarak biyolojileri, prognozları ve tedaviye yanıtları açısından yetişkinlerden farklılık göstermektedir. Çocuklarda kanser, yetişkinlere göre daha azdır ve genelde %1 oranında görülmektedir (19, 20). Gelişmiş ülkelerde 5 yaş altında yıllık kanser oranı yalnızca %0.5'tir (19).

Genetik özellikler, çevresel etkenler, Çernobil gibi nükleer kazalar, atom bombasına maruz kalma ve geçirilmiş bazı enfeksiyonlar (Epstein Barr Virüsü) çocuklarda kanser sıklığını artırmaktadır. Tüm dünyada 15 yaş altı çocuklarda her yıl 160 bin, Türkiye'de ise 15 yaş altında yılda 2500-3000 çocuk yeni kanser tanısı almaktadır. 2020'de bu sayının 3000'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (20).

Yaşam koşullarında düzelme, yeni tedavi yöntemleri ve ilaçlar, daha iyi bakım hizmetleri ile birlikte son 10-20 yılda kanser hastalarının uzun süreli yaşam oranlarında dramatik iyileşmeler görülmüştür. 0-14 yaş arası kanserli çocuklarda yaşam oranı 1960'lı yıllarda %10-20 iken, 2010 yılında 25 yaşını geçen her 600 kişiden birinin çocukluk çağında kansere yakalanıp iyileşen bir birey olması beklenmektedir (19,20).

Birçok gelişmiş ülkede çocuklarda en yaygın ikinci ölüm nedeni olan kanser, ülkemizde ikinci sırada olmasa da enfeksiyöz hastalıklar, kalp hastalıkları ve kazalardan sonra dördüncü ölüm nedenidir. Gelişmişlik düzeyi arttıkça,

ülkemiz için de bu hastalıklar üst sıralara çıkma eğilimindedir (20).

"Uluslararası Çocukluk Kanseri Sınıflandırması"na (ICCC) göre, çocuklarda kanserin 12 tipi vardır. Bunlar arasında en yaygın olan lösemidir (19, 20). Çocukluk çağı kanserlerinin yıllık insidansı ülkelere göre değişmektedir. Örneğin; Kıbrıs, İsrail (Yahudi), Mısır, İtalya, İspanya, Fransa ve Türkiye'de sırası ile milyonda 170.0,133.3, 130.9, 158.0, 137.9, 135.6, 115.6 olarak bildirilmiştir (20).

Kanserli çocuklarda; solukluk, halsizlik, iştahsızlık, yineleyen ateş, kilo kaybı, boyunda ilerleyen şişlik (genellikle ağrısız ve antibiyotığe yanıt vermeyen), karında ya da mediastende kitle, kemiklerde ağrı, kanamalar (deride purpura, ekimoz ve diğer organ kanamaları), gözlerde şişlik ve diğer değişiklikler (parlama, orbital tümör, vb), baş ağrısı, sabah kusmaları, topallama görülmektedir (1).

Çok sayıda kanserli çocuk; maddi yetersizlik, sosyal güvencenin olmaması, merkeze uzaklık ve merkezlerin sosyal güvenceler açısından seçiciliği yüzünden ne yazık ki yitirilmiştir (20).

### Çocuklarda Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY); her iki böbreğin fonksiyonlarında geriye dönüş olasılığı olmayan değişikliklerin olması sonucu kanda üre, kreatinin ve diğer toksinlerin birikmesi durumudur. Hastalığa ya da travmaya bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının %50'den fazlasının yitilmesi ile ortaya çıkmaktadır (1).

Çocuklarda KBY; çocuğun yaşamını tehdit eden, genellikle iyileşmesi olası olmayan ve genç erişkinliğe kadar bireyi böbrek yoksunluğuna kadar götüren, kötü sonlanmaya sahip bir kronik hastalıktır. KBY nedenleri yaşla birlikte değişmektedir; 5 yaşından önce üriner sistemin konjenital anomalileri, 5-15 yaşlar arasında ise glomerüler ve herediter renal hastalıklar KBY'den büyük ölçüde sorumludur (21).

**Tablo 1.** Diyabet Tedavisinde Davranış Modelleri (18)

	<b>Proaktif Model</b>	<b>Reaktif Model</b>
İnsülin	Hipo ve hiperglisemiyi önleyecek insülin algoritmaları	Yüksek veya düşük kan şekereinden hemen sonra uygulanacak insülin dozları
Beslenme Planı	Kan şekeri oynamalarını önleyecek ana ve ara öğün planı	Ölçülen andaki kan şekereine göre beslenme desteği
Aktivite	Aktivite değişikliğinden önce beslenme ve insülin dozlarını ayarla	Şimdiki kan şekereine göre insülin veya beslenmeyi ayarla

KBY insidansı, ABD'de 16 yaş altında 2,5 milyon, 0-21 yaş arasındaki çocuklarda ise 5 milyon olduğu bildirilmiştir. Erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha fazladır (1). Türkiye'de ise 2008 yıl sonunda, 23 çocuk nefroloji merkezinde 177 hastaya kronik hemodiyaliz uygulandığı ve bu hastaların yaklaşık %85,8'inin 10 yaşından büyük olduğu bildirilmiştir. 31 Aralık 2008 tarihi itibarıyla toplam 677 kronik periton diyalizi hastası olduğu bildirilmiştir (21).

KBY olan çocuklarda; anemi, halsizlik, çabuk yorulma, solukluk, büyüme geriliği, adölesan kızlarda amenore, bulantı-kusma, diyare, stomatit, solukta üre kokusu, iştahsızlık, kilo kaybı, soluk kuru bir cilt, kaşıntı, purpura, tırnaklarda incelme, saçlarda kuruma-incelme-renk değişikliği, hipertansiyon, baş ağrısı ve baş dönmesi, huzursuz ayak, tetaniler ve kas seyirmeleri, dispne, göğüs ağrısı, öksürük, bilinç değişiklikleri, gastrointestinal sistem kanamaları, kalp yetmezliği bulguları (taşikardi, takipne, yetersiz periferik perfüzyon, dispne, hepatomegali ve ödem), kardiyak düzensizlikler ve aritmi görülmektedir (1).

KBY bunun dışında belirsizlikler içerir, ağrı ve acı içinde ölümü çağırır, panik ve kaygı uyandırır. Bu durum, çocuğun ruhsal durumunu ve tüm yaşamını etkileyecek psikiyatrik bozuklukların gelişmesine neden olur. Özellikle böbrek replasman tedavileri içinde en sık uygulanan hemodiyaliz, multipl skarlar, fistül girişimleri, arteriovenöz şantlar gibi birçok invaziv travmatik girişimleri içerir ve sıklıkla üreminin bir komplikasyonu olarak gelişen ikincil seks karakterlerinin ortaya çıkmasıyla bu travma şiddetlenir. Beden imgesindeki negatif değişim çocuğun kendisini kardeşlerinden ve akranlarından farklıymış gibi hissetmesine neden olur. Sürekli makineye bağlı kalma, çocukta bağımsızlığını yitirme, sosyal izolasyon, arkadaş ilişkilerinde bozulma, benlik saygısında azalma ve okul başarısında düşmeye, sosyal anksiyetenin gelişimine temel hazırlar. Bazı çocuklarda hemodiyalizin agresif tedavi sürecine karşı fobik reaksiyonlar gelişmektedir. Bu durum çocukların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmakta, çocuğun tedaviye uyumunu ve hastalığın gidişini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan güçlüklerle dolu bu süreç, çocukta anksiyete ve depresyonun gelişimini tetiklemektedir.

Böbrek yetmezliği olan çocuk ve ergen birçok kaybı birlikte yaşar. Tedavi sırasındaki tıbbi girişimlerle birlikte hareket kısıtlanması, bilişsel yeti yitimi, işlev kaybı çocuk ve ergenin geri dönüşümü olmayan bir kayıp süreci yaşamasına yol açar. Hastalığın yadsınması çocuk ve ergenin en sık kullandığı, hastalığıyla kayıpla baş etme yöntemi olmasıyla birlikte, tedavi sürecinin en kötü komplikasyonudur (22).

### **Çocuklarda Kalp Hastalıkları**

Çocukluk çağına görülen kalp hastalıkları Doğumsal ve edinsel (sonradan ortaya çıkan) olarak iki ana grupta toplanmaktadır.

#### **I- Doğumsal Kalp Hastalıkları (DKH):**

**a) Aسیانوتik Doğumsal Kalp Hastalıkları (ADKH):** Atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, patent duktus arteriosus, aort koarktasyonu, atriyoventriküler septal defekt. En sık rastlanan ADKH ise ventriküler septal defektir (%25-30).

**b) Siyanotik Doğumsal Kalp Hastalıkları (SDKH):** Fallot tetralojisi, büyük arterlerin transpozisyonu, büyük arterlerin düzeltilmiş transpozisyonu, pulmoner atrezi, persistan trunkus arteriosus, total pulmoner venöz dönüş anomalisi, trikuspit atrezisi, Ebstein anomalisi, hipoplastik sol kalp sendromudur. En sık rastlanan SDKH ise Fallot tetralojisi'dir (%5-7) (1, 23, 24, 25).

DKH'nin sıklığı 100 canlı doğumda yaklaşık 0.8-1'dir ve tüm doğumsal hastalıkların yaklaşık %10-25'ini oluştururlar. Türkiye'de yılda yaklaşık 10-12 bin bebek kalp hastalığı ile doğmaktadır. Bunların pek çoğu kendiliğinden kapanan veya klinik öneme sahip olmayan defektler olsa bile, her yıl yaklaşık 3.500-4.000 bebek kalp ameliyatı olmakta ve girişimsel tedavi görmektedir. Bu hastaların yarısı yeterli tedavi görmedikleri takdirde bir yaşına gelmeden yitilmektedir (23).

**DKH olan çocukta:** Kalpte üfürüm duyulması, yenidoğanlarda ağız içi, dudak ve tırnaklarda siyanoz, siyanozun ağlama sırasında artması, efor dispnesi (bebeğin anne sütü ya da mama alırken yorulması, sık nefes alıp vermesi), interkostal çekilmeler, beslenirken özellikle başta olmak üzere vücutta terleme, büyüme-gelişme geriliği, aritmi, sık akciğer enfeksiyonu geçirme ve ödem görülmektedir (1, 23).

Doğumsal kalp defektinin düzeltilmesine yönelik yapılan ameliyat sonrasında ise; konjestif kalp yetmezliği, kardiyak outputta azalma, aritmiler, tamponat, ateletazi, pulmoner ödem, plevral efüzyon, pnömotoraks, konvülsiyonlar, serebrovasküler olay, serebral ödem, nörolojik bozukluk, enfeksiyonlar, anemi, postoperatif kanama, postperikardiyotomi sendromu gibi bazı komplikasyonların gelişebileceği unutulmamalıdır (24).

Tüm DKH olan çocuklarda ameliyat öncesi ve sonrası endokardit riski vardır. Bu çocuklarda, diş çekimi gibi müdahaleler öncesi antibiyotik kullanımı ve ağız içi hijyeninin sağlanması endokardit riskini azaltan faktörlerdir (25).

DKH, genetik geçişli ve multifaktöriyeldir. Birinci çocukta görülme oranı %1 iken, ikinci çocukta %3, üçüncü çocukta ise %25'tir. Bu nedenle korunmada, akraba evliliklerinin önlenmesi ve gebeliğin 16-24. haftaları arasında fetal ekokardiyografi ile anne karnındaki bebeğin kalbinin değerlendirilmesi çok önemlidir (23).

**II- Edinsel Kalp Hastalıkları (EKH):** Akut romatizmal ateş, miyokardit ve endokardittir (23, 26).

**Akut Romatizmal Ateş (ARA) - Edinsel kalp hastalıkları arasında en sık görülendir.** Gelişmiş ülkelerde ARA prevalansındaki azalmaya karşılık, gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye'de hala önemini sürdürmektedir.

Gelişmemiş ülkelerde ise ciddi bir halk sağlığı sorunudur. 5-30 yaş grubunda en sık görülen kalp hastalığı nedenidir ve her yıl 10-20 milyon yeni olgunun görüldüğü tahmin edilmektedir (27, 28).

ARA, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonuna bağlı akut farenjit sonrası %0,3 oranında görülmektedir. Streptokokal hastalıklar 5-15 yaş arası, özellikle 6-8 yaş arası en sıktır. Diğer yandan ARA, %0,2-%3 oranında genetik eğilimlidir. Son yıllarda yapılan çalışmalar farklı bölgelerde değişik HLA tiplerinin (örneğin, HLS-DR1-4-7, DW10, DRw11,53 ya da Allotip D8/11 gibi) ARA ve özellikle romatizmal kalp hastalığına duyarlılık bulgusu olarak hastalarda sık bulunduğunu göstermiştir (27, 29, 30, 31). ARA'lı çocuklarda, en sık olarak artrit, korea, kardit görülmektedir (27).

#### **ARA'dan Korunmada Primer Profilaksi:**

**Amaç:** İlk ARA atağının önlenmesidir.

Bunun için; tonsillofarenjit olan çocuklarda boğaz kültürü yapılması, beta hemolitik streptokok üremesi varsa 9 gün içinde penisilinle tedavi edilmesi uygundur. Önerilen tedavi parenteral uzun etkili penisilin (Benzatin Penisilin G) ya da oral penisilin (Fenoksimetil Penisilin); penisilin alerjisi varsa Eritromisin'dir (27, 31, 32). Streptokoksik farenjitli hastayla temas eden kişilere (evde, okulda) de boğaz kültürü yapılmalı, pozitif bulunursa antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır (27, 32). Günümüzde, aşılarla birçok hastalıktan korunulmaktadır fakat yıllardır çalışılmasına karşın ARA'dan korunma için henüz geliştirilmiş bir aşı yoktur (27).

#### **ARA'dan Korunmada Sekonder**

**Profilaksi:** Amaç, ARA tekrarlarının önlenmesidir. ARA rekürrens gösteren bir hastalık olduğu için sekonder profilaksi çok önemlidir. Bunun için; ARA tanısı almış çocuklara 3 haftada bir depo penisilin (benzatin penisilin G), penisiline duyarlı olanlarda ise eritromisin tedavisi uygulanır. Profilaksi kore ve artritte 21 yaşına kadar (en az 5 yıl), karditte ise yaşam boyu uygulanır. Profilaksinin kesilebilmesi için son beş yılda rekürrens görülmemelidir (27, 31, 32).

**Miyokardit:** Bebek ve yaşlılarda ağır gribal enfeksiyon sonrasında ortaya çıkmaktadır. Bu çocuklarda; taşikardi ve kardiyak semptomlar görülür. Miyokarditten korunmada, ağır gribal enfeksiyonların önlenmesi gerekir.



Kaynak: <http://www.lakayit.net/wp-content/uploads/2012/03/Pediatric-Cancer1.jpg>

**Endokardit:** Kalbin iç zarının, kapak ya da damarlarının enfeksiyonudur. Kalp hastalığı olmayanlarda çok nadir görülmekle birlikte, kalp hastalığı bulunan çocuklarda risk artar. Enfeksiyona yol açan mikroorganizmalar çoğu zaman ağızda ve boğazda yaşayan bakterilerdir ve normal koşullarda sağlıklı kişilere zarar vermezler. Endokarditten korunmak için enfektif endokardit profilaksisi yapılmalıdır. Burada düzenli diş fırçalama ile bakteriyeminin önlenmesi önemlidir (23, 27).

**İletişim:** Dr. Nesrin Şen Celasin

**E-posta:** nessen\_72@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt 1- 2. Genişletilmiş 9. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2008.
2. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9: 244-252.
3. Turkel S and Pao M. Late consequences of chronic pediatric illness. Psychiatr Clin North Am 2007; 30: 819-835.
4. Gültekin G, Baran G. Hastalık ve çocuk. Erişim tarihi: 12.02.2009. <http://www.aile.gov.tr>
5. Mutlu B, Balcı S. Çocuklarda Astım: risk faktörleri, klinik özellikler ve korunma. TAF Prev Med Bull 2010; 9(1): 79-86.
6. Güler N. Astımdan korunma ve eliminasyon ne kadar etkili? 30.Pediatri Günleri ve 9. Pediatri Hemşireliği Günleri Kitabı; 2008. s.119-122.
7. Tomaç N, Saraçlar Y. Astım epidemiyolojisi. Klinik Çocuk Forumu 2003; 3(4): 14-16.
8. Güler N. Hıçlıtılı çocuk ve astım prevalansı. Erişim tarihi: 12.02.2009, <http://www.guncelpediatri.com>
9. Güler N, Tamay Z, Kılıç G. Çocuklarda Astım ve Alerjik Hastalıklar. İstanbul: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulları Yayını; 2007.
10. Karaman Ö, Babayigit A, Ölmez D. Çocukluk çağında astım. Güncel Pediatri 2006; 3: 56-62.
11. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Tip 1 Diyabet. Güncel Pediatri 2007; 5:1-10.
12. Bahalı MK, Tahiroğlu AY, Fırat S, Avcı A, Yüksel B. Bir diyabet kampı etkinliği. Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7: 218-22.
13. Başkal N. Diyabet tedavisinde yeni açılımlar. Endokrinolojide Diyalog 2007; 4(4) (Özel Sayı).
14. Fettahoğlu EÇ ve ark. İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. Türkiye'de Psikiyatri 2007; 9(1): 32-36.
15. Mert H. Diyabetik hastalarda özbakım. III. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı, İzmir; 16-18 Kasım 2005, s.75.
16. Gonder-Frederick LA, Fisher CD, Ritterband LM, Cox DJ, Hou L, DasGupta AA, Clarke WL. Predictors of fear of hypoglycemia in adolescents with type 1 diabetes and their parents. Pediatric Diabetes 2006; 7: 215-222.
17. Kamps JL, Roberts MC, Varela E. Development of a new fear of hypoglycemia scale: preliminary result. Journal of Pediatric Psychology 2005; 30(3): 287-291.
18. Hatun Ş. Çocukluk çağında diyabet. Aktüel Tıp Diyabet Forumu 2002. Tip I Diyabet Özel Sayısı, Temmuz-Ağustos; 7(6): 63.
19. Çavdar AO. Çocukluk çağı kanserleri. TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Yayını; 2009.
20. Kutluk T. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Herkes İçin Çocuk Kanserlerinde Tanı, Sempozyum Dizisi No: 49, Mayıs 2006; s.11-15.
21. Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N. Türkiye'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2009.
22. Keskin G, Bilge A. Kronik böbrek yetmezliği olan çocuk ve ergenlerin depresyon, sosyal anksiyete ve aleksitimi açısından değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10: 318-324.
23. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri, Cilt 1-2, 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.
24. Törüner (K) E, Büyükgöncü L. Fiziksel defekti olan yenidoğan-Konjenital Kalp Hastalıkları. Çocuk sağlığı-temel hemşirelik yaklaşımları. 1.Basım. Ankara: Göktuğ Yayınclık; 2012. s.481-505.
25. Süer N. Konjenital (Doğumsal) Kalp Hastalıkları. Erişim tarihi: 12.10.2012, <http://www.kalpvedamar.com/dogumsal.html>
26. Keane FJ, Lock EJ, Fyler CD. Nadas' pediatric cardiology. 2nd ed. USA: Saunders-Elsevier-Philadelphia-Pennsylvania; 2006. p. 387-340.
27. Fyler CD. Rheumatic Fever. In: Keane FJ, Lock EJ, Fyler CD, ed. Nadas' pediatric cardiology. 2nd ed. USA: Saunders-Elsevier-Philadelphia-Pennsylvania; 2006. p. 387-340.
28. Stollerman GH. Rheumatic Fever in the 21st Century. Clin Infect Dis 2001; 33: 806.
29. Rejapakse CAN, Halim K, Al-Orainey I, et al. A genetic marker for rheumatic heart disease. Br Heart J 1987; 58: 659.
30. Pattarroyo ME, Winchester RJ, Vejerano A, et al. Association of B-cell alloantigen with susceptibility to rheumatic fever. Nature 1979; 278: 173.
31. Olguntürk R. On soru on yanıt-Akut Romatizmal Ateş. STED 2003; 12(2): 50-51.
32. Olguntürk R. Akut Romatizmal Ateş. Klinik Pediatri 2002; 1(1): 20-25.



# “Zor Hasta” ve Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Güçlükler

“Difficult Patients” and the Difficulties in Patient-Physician Relationships

Derleme



Review Article

*Dr. Erol Özmen\*, Dr. E. Oryal Taşkın\*\**

Geliş Tarihi : 25.05.2012

Kabul Tarihi : 10.07.2012

## Öz

Hasta-hekim ilişkisinde hekimlerin karşılaştıkları sorunlardan birisi de “zor hasta”lardır ve hastaların yaklaşık üçte biri hekimler tarafından “zor hasta” olarak algılanmaktadır. Klinik uygulamalarda hekimlerin bu hastalar ile daha fazla sorun yaşadığı görülmektedir. Bazı hekimler bu hastalar ile iyi bir hasta-hekim ilişkisi kuramamakta ve bazılarını reddetmektedir. Zor hastalar ile baş etme konusunda hekimlerin bilgi ve beceri eksikleri bulunmaktadır. Öneminin biliniyor olmasına karşın, birçok mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi ve öğretimi programları “zor hasta”larla nasıl baş edecekleri konusunda hekimleri uygun ve yeterli biçimde eğitmemektedir.

Hasta-hekim ilişkisini yönlendirme konusunda hekimin profesyonel bir sorumluluğu vardır. Bu nedenle, hekimlerin bu hastalar ile neden baş edemediği ve zor hastalar ile iletişim becerilerini geliştirme konuları araştırılmayı bekleyen konulardır. “Zor hasta” deyimi hastalar ile yaşanan zorluklardan tek başına hastanın sorumlu olduğunu düşündürüyor olmakla birlikte, sorunun doğası geniştir. Hekimler tarafından zor olarak nitelenen etkileşimde hastanın, hekimin ve sağlık sisteminin sorumlulukları olabilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Hastalar, Hasta-hekim ilişkisi, İletişim becerileri

## Abstract

One of the problems that physicians face in patient-physician relationship is “difficult patients” and up to one third of patients are perceived as “difficult patients” by physicians. In clinical practice, it has been observed that physicians experience more problems with such patients. Some physicians are unable to develop a good patient-physician relationship with them and prefer to end the communication. Physicians have knowledge and skill gaps in their ability to manage difficult encounters. Although the importance of this problem is well acknowledged, many undergraduate and postgraduate medical education and training programmes do not train physicians adequately to deal with “difficult patients”.

Physicians have a professional responsibility to manage the patient-physician relationship and therefore, there is a need to explain why physicians are not able to deal with these patients and to develop physician skills for handling difficult patient encounters. Although the phrase “difficult patient” suggests that the patient alone is responsible for a difficult encounter, the nature of the problem is widespread. In interactions labelled as difficult by physicians, the problem may stem from the patient, the physician, or the health care system.

**Key words:** Patients; Physician-patient relationship; Communication skills

## Genel Değerlendirme

Hekimler günlük uygulamalarında kendilerini zor durumda bırakan, sinirlendiren, çaresizlik ve yetersizlik duygusu yaşamalarına yol açan ve "zor hasta" olarak nitelenen birçok hasta ile karşılaşmaktadır (1). Yapılan araştırmalarda sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların yaklaşık %37'sinin zor hasta olarak nitelendiği görülmektedir (2, 3).

Klinik uygulamalarda hekimlerin zor hasta olarak nitelenen hastalarla daha fazla sorun yaşadıkları ve gerektiği biçimde hasta-hekim ilişkisi kuramadığı gözlenmektedir. Bu durum günlük uygulamalarda bakımın etkili bir şekilde yürütülmesini engellemekte, hekimin psikolojik olarak tükenmesine yol açmakta, hastanın tedavisinin gecikmesine neden olmakta, hem hekimde, hem de hastada hoşnutsuzluk yaratmakta ve bu nedenle sağlık kuruluşlarının daha fazla kullanılmasına yol açmaktadır (1, 3). Günlük uygulamalarda, çatışma yaşanan hastalara (ki bunların çoğu zor hasta olarak nitelenen hastalar olmaktadır) daha fazla ilaç yazıldığı, daha fazla laboratuvar tetkikleri istendiği gözlenmektedir. Ayrıca sunulan sağlık hizmetinin düşük kaliteli olarak algılanması yanında, maliyetinin yükselmesine de neden olmaktadır. Bazen hekimlerin bu hastaların tedavisini üstlenmeyi reddettikleri bile görülmektedir. Oysa bu hastalarla uygun bir

hasta-hekim ilişkisinin kurulması, hastanın ve hekimin hoşnutluğunu artırmakta, hastanın prognozunun daha iyi seyretmesini sağlamakta, hastanın ve yakınlarının sağlık çalışanları hakkında yakınmacı olmalarını azaltmaktadır (1).

Ancak bu kadar yaygın görülen ve hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyen bu konuya ne yazık ki gereken önem verilmemektedir (3). Hekimlerin zor hastalar ile ilişkileri ve hasta-hekim ilişkilerinde yaşanan sorunlar yeterince araştırılmamış konulardır (4). Bu konuları araştıran çalışmalarda hekimlerin kendilerini zor durumda bırakan hastaların diğerlerine göre daha stresli olduklarını, daha fazla tıbbi nedenlerle açıklanamayan bedensel yakınmaları olduğunu ve sağlık kurumuna daha fazla başvurma eğiliminde olduklarını belirttikleri görülmüştür (3).

Hekimler yanında diğer sağlık çalışanları da bazı hastalar ile ilişkide zorluklar yaşamaktadır.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada hemşirelerin %75'inin hastalarla iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları ve hastalarla iletişimlerinde yanlış yaklaşımlarda buldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin en çok yanlış yaklaşımda buldukları hastaların ise tedaviyi reddeden, terminal dönemde olan, ağrısı olan ve özel yaşamla ilgili sorular soran hastalar olduğu görülmüştür (5).

Günlük uygulamalarda edinilen izlenimler ve bazı araştırmalarda elde edilen bulgular, hekimlerin hasta-hekim ilişkisini yönlendirme konusunda yeterince donanımlı olmadıklarını, bu konuda mezuniyet öncesinde ve sonrasında yeterince eğitim almadıklarını düşündürmektedir. Tıp Fakültesi eğitim programlarında hasta-hekim ilişkisi konusunda genel bilgiler verilirken zor hasta olarak nitelenen (örneğin öfkeli, talepkar, manipülatif, ısrarcı, aceleci, telaşlı, ayrıntıcı, ayartıcı, beklentisi yüksek, çekingen, güvensiz, reddedici, sessiz, kaygılı, hipokondriyak, hastalığını yadsıyan) hastalar ile nasıl baş edileceği konusunda yeterince yer verilmemektedir. Öğrencilik yıllarında benzer bir eğitimden geçen öğretim üyelerinin de yeterli donanıma sahip olmamaları, öğrenciler ve asistanlar tarafından model alınan eğitimcilerin bu açıdan yetersiz belki de kötü örnek olmalarına yol açmaktadır.



Erişim Adresi: [http://www.yerelgundem.com/haberler/493464/hekim\\_doven\\_hasta\\_yakinina\\_ceza.html](http://www.yerelgundem.com/haberler/493464/hekim_doven_hasta_yakinina_ceza.html)

Diğer yandan daha dikkatli bir gözlem ile, herhangi bir hastanın zor hasta olarak nitelenmesinin aslında bir damgalama olduğu açıkça görülmektedir. Nitekim günlük uygulamalarda bazı hekimlerin zor hasta olarak nitelediği hastaların başka hekimler tarafından zor hasta olarak algılanmadığı ve hastadan kaynaklanmayan nedenlerle hastanın haksız yere zor hasta olarak nitelendiği gözlenmektedir. Bu tarz bir damgalama bazen yalnız belli koşullarda uyumsuz davranışlar gösteren bir kişinin yanlış bir konuma yerleştirilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan sorunların tek sorumlusunun hasta olduğunu çağrıştıran zor hasta yerine daha çok belli bir ilişkiye vurgu yapan bir nitelimenin kullanılması daha yararlı olacaktır (6-9). Hasta-hekim iletişiminde yaşanan güçlükler incelendiğinde, bu güçlüklerin ortaya çıkma nedenlerinin hastadan, hekimden ve sağlık sisteminden kaynaklandığı ve karşılıklı etkileşim içinde olan birçok etmeden etkilendiği görülmektedir. Genel olarak hasta-hekim ilişkisinde yaşanan zorlukları hekimden, hastadan ve sağlık sisteminden kaynaklananlar olarak ele almak olanaklıdır (1).

### **Hekime İlişkin Etmenler**

Serour ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan sorunların sorumluluğunun yalnız hastalara yüklenmemesi gerektiğini göstermiştir (10). Günlük uygulamalarda da bazı hastaların zor hasta olarak nitelenmesinin hekimin karşılaştığı güçlekle baş etme yeterliliğine sahip olmamasından kaynaklandığı görülmektedir. İletişim ve ilişki yönetimi becerileri yeterince gelişmiş hekimler, hasta-hekim ilişkisinde daha az sorun yaşamakta ve bir güçlekle karşılaştıklarında sorunla daha kolay baş etmektedirler.

Hastanın diğer hekimlerle ve insanlarla benzer sorunlar yaşayıp yaşamadığı sorunun kaynağının belirlenmesinde önemlidir. Hasta-hekim ilişkisinde çeşitli sorunlar yaşanmasında hekimden kaynaklanan nedenler arasında 'kuzu gibi hasta beklentisi', 'aşırı iş yükü', 'iletişim becerilerinin yetersiz oluşu', 'psikososyal sorunlara yönelik danışmanlık konusunda bilgi ve beceri eksikliği', 'yeterli mesleki doyumun olmayışı', 'deneyimsizlik', 'stres yaşamaya yatkın kişilik yapısına sahip

olma' ve 'hastanın yakınmalarındaki belirsizliğin yarattığı rahatsızlık' sayılabilir (1, 10).

### **Etkili İletişim ve İlişki Kuramama**

Hekimin etkili iletişim kurma becerilerine sahip olmaması hastalar ile ilişkide sorun yaşanmasına ve zor denen hastalarla ilişkide güçlükler yaşanması yanında, bu becerilere sahip hekimler tarafından zor hasta olarak nitelenmeyen hastaların bazen zor hasta olarak nitelenmesine de yol açabilmektedir.

İletişim kurma ve danışmanlık yapabilece becerilerine sahip olmayan hekimler, danışmanlık gereksinimleri olan ve ruhsal rahatsızlıkları ya da kişilik özellikleri nedeniyle özel iletişim tekniklerinin kullanılmasını gerektiren hastalar ile baş edememektedir. Serour ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hekimlerin en çok zorlandıklarını bildirdiği hastaların psikiyatrik sorunları olan hastalar olduğu görülmüştür (10). Yardımcı olabilmek için özel bilgi ve becerilere sahip olmanın yanında, daha fazla zaman harcanmasının gerekiyor olması da hekimlerin bu hastalara bakış açısını etkileyebilmektedir.

### **Beklentiler**

Her türlü kişiler arası ilişkide olduğu gibi hasta-hekim ilişkisinde sorun yaşanmasının en önemli kaynaklarından birisi de tarafların beklentileri arasındaki uyumsuzluklardır. Hekimlerin genellikle hastalarının nazik, kibar, saygılı ve uysal davranmalarını bekledikleri, fakat günlük uygulamalarda böyle davranmayan çok sayıda hasta olduğu görülmektedir (11). Bu açıdan bakıldığında en azından bazı hekimlerin zor hasta olarak tanımladığı hastaların bu gruba girdiği ve aslında "zorluğun" hekimin beklentilerinden kaynaklandığını düşünmek yanlış olmayacaktır.

Bazı hekimler, beklentilerine uygun tutum ve davranış göstermeyen hastalara tepkisel davranabilmekte ve onları zor hasta olarak niteleyebilmektedir. Ülkemizde hekimlerin genellikle kendisine başvuran hastalarla ilişkilerinde bedensel hastalıkları ile ilgili eksiksiz, yanlışsız ve fazlasız bilgi veren, kendisinin yapılmasını istediği tetkikleri hiç sorgulamadan yaptırın ve kendisinin verdiği tedavi uygulamalarını aksatmadan yerine getiren hasta beklentisi içinde oldukları gözlenmektedir. Fakat günlük uygulamalarda

görüldüğü üzere, bu özelliklere sahip olmayan, hastalığının öyküsünü kronolojik olarak anlatamayan, yaşadığı belirtileri dile getirmekte zorlanan, tedavi uygulamalarına uymayan, yakınmalarını abartma eğiliminde olan, bir türlü hoşnut olmayan (büyük bir olasılıkla bazı ruhsal gereksinimlerinden dolayı), hastalığının yarattığı yetiyetimlerine uyum sağlayamayan çok sayıda hasta vardır. Beklentilerini karşılamayan ve işini zorlaştıran bu hastalar bazı hekimlerin daha tepkisel olmalarına yol açmaktadır.

Toplum tarafından hekime yüklenen ve birçok hekim tarafından da benimsenen "sınırsız güce sahip" (omnipotens) bir insanmış algısı hasta-hekim ilişkisini etkilemektedir. Kendisine yüklenen rolü içselleştiren hekim "omnipoten baba" rolüne girmekte ve bu rol ile hastayı sanki bir çocukmuş gibi görmeye başlamaktadır. Bu yükleme ve benimseme hasta-hekim ilişkisinin bir çeşit baba-çocuk ilişkisine dönüşmesine yol açarak, hem hastanın, hem hekimin ilişkiden beklentisini etkilemektedir. Bu ilişki biçimine uymayan en küçük sorun hasta-hekim ilişkisinde çeşitli çatışmaların yaşanmasına neden olmaktadır.

Hastaların hekimlere "baba" gözüyle bakmaları ya da benzeri bir anlam yüklemelerinin temelinde sıklıkla "aktarım" olarak isimlendirilen psikolojik süreç yatmaktadır. Aktarım, bir kişinin daha önce kendisi için önemli olan birisi ile yaşamış olduğu bir ilişkiyi, yeni bir kişi ile tekrar yaşamasıdır. Ancak tamamen bilinç dışı bir süreç olduğundan hastalar bunun farkında olmazlar (12). Farkında olmadan kendi babalarından belediklerini, hekimden beklerler ve bu gerçekleşmediğinde de bazen zor hastaya dönüşebilirler. Ya da hastalar, aslında babalarına karşı besledikleri duyguları hekim ilişkisinde de yaşayabilirler ve ilişki zorlaşabilir.

### **Hastaların psikososyal gereksinimlerini dikkate almama**

Hastaların psikososyal gereksinimlerini dikkate almayan hekimler, hastaların daha tepkisel olmalarına neden olmaktadır. Psikolojik gereksinimleri (örneğin adam yerine konulmak) karşılandığında uyumlu olan hastalar gereksinimlerini dikkate almayan

hekim söz konusu olduğunda zorlu bir hastaya dönüşebilmektedir.

### **Aşırı iş yükü**

Hekimlik mesleğinin doğrudan insanla ilişki ve iletişim kurmayı gerektiren bir meslek olması nedeniyle, karşı karşıya oldukları aşırı iş yükü hekimlerin zihinsel ve fiziksel olarak tükenmelerine ve normalde olduklarından daha tahammülsüz ve aceleci olmalarıyla sonuçlanabilmektedir. Diğer yandan, aşırı iş yükünün uzun süreli olması kişide tükenmişlik sendromu gelişmesine yol açabilmektedir. Tükenmişlik sendromu yaşayan hekimde ise işle, yaşamla ve dünyayla ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerde artış gözlenir. Yaptığı iş giderek daha anlamsız gelmeye başlar, kendini çalıştığı işyerinin bir parçası olarak göremez. Verimli ve üretken bir biçimde çalışma isteğini ve gücünü kaybeder. Kendisini yorgun ve bitkin hisseder. İçinden kimseyle konuşmak gelmez, insanlardan uzaklaşır. Giderek daha kolay parlamaya, meslektaşları ile geçinememeye ve hastalar ile kolayca tartışmaya başlar. Hekimlerin iş yükü, özlük hakları, çalışma güvenlikleri, maddi ve mesleki doyumları dikkate alınmadığında, hekimler daha tepkisel olabilmekte ve hastaları daha kolay zor hasta olarak değerlendirebilmektedirler.

### **Mesleki doyumsuzluk**

Sahip olduğu bilgi ve becerileri çeşitli nedenlerle hakkıyla yerine getirememesi hekimlerde mesleki doyumsuzluk yaratmaktadır. Çalıştığı kurumun olanaksızlıkları ya da Sosyal Güvenlik Kurumu'nun getirdiği kısıtlamalar nedeniyle bildiğini uygulayamama ve kendisinden kaynaklanmayan nedenlerle risk alma hekimleri stres altında tutmaktadır. Yaşadığı stres de hekimin hasta-hekim ilişkisinde toleransını azaltmaktadır.

### **Deneyimsizlik**

Deneyim hasta-hekim ilişkisinde hekimlerin daha başarılı olmasını sağlayan önemli bir etmendir. Deneyim mesleki özgüveni geliştirme yanında kişiler arası ilişkilerde yaşanan zorluklarla baş etme becerileri de kazandırmaktadır.



### **Hekimlerin kişilik yapısı**

Hekimlerin kişilik yapısı hasta-hekim ilişkisinde hekimin nasıl davranacağını belirleyen en önemli değişkenlerden birisidir. Hastanın tutum ve davranışlarına karşı hekimin nasıl bir tepki göstereceğini büyük oranda hekimin kişilik yapısı belirler. Örneğin, kişilik yapısı olarak belirsizliğe katlanamayan ve her şeyi denetim altında tutma isteğinde olan bir hekim için belirsiz ve çok sayıda yakınması olan hastalar sıkıntı yaratan zor hastalardır.

Diğer yandan hekimin tutum ve davranışları doğal olarak hastanın tutum ve davranışlarını da etkilemektedir. Hastaların zor hasta olarak nitelenmelerine neden olan bazı tutum ve davranışların, hekimin tutum ve davranışlarına tepki olarak ortaya çıktığı gözlenmektedir (9). Bu nedenlerle bir hekim tarafından zor hasta olarak tanımlanan bir hasta farklı bir kişilik yapısına sahip hekim tarafından zor hasta olarak görülmeyebilmektedir.

### **Hekimlerin yaşadıkları duyguların farkındalığı**

Her insan farkında olsun ya da olmasın, tüm ilişkilerde bazı duygular yaşar. Bu durum, profesyonel bir ilişki olan hasta-hekim ilişkisi için de geçerlidir. Her hasta hekimin bir duygu yaşamasına neden olur. Bu duygular bazen bilinç düzeyinde yaşanırken, bazen de farkındalık alanı dışında yani bilinçdışı olarak kalabilir. Her insan ilişkisinde olmasına karşın, bu durum profesyonel bir ilişkide ortaya çıktığında "karşı aktarım" olarak adlandırılır. Hastalar karşısında hiçbir duygu yaşamaması (nötr kalma) gerektiği gibi bir anlayışa sahip olan bir hekimin, yaşadığı duyguları fark etmesi daha zordur. Sonuç olarak hekim farkında olsa da, olmasa da bu duygular, ilişkiyi etkiler ve bazen çeşitli sorunlar yaşanmasına neden olur. Bu durumun üstesinden gelmek de öncelikle yaşanan duygunun farkına varmakla olanaklıdır. Farkına varmak ve özellikle olumsuz duyguların (öfke gibi) ilişkiyi olanaklı olduğu kadar etkilememesini sağlamak, olumlu bir hasta-hekim ilişkisi için önemli bir adımdır.

### **Hastaya ilişkin Etmenler**

Bir hastanın hasta-hekim ilişkisinde nasıl bir tutum ve davranış içine gireceğini belirleyen

değişkenlerin en önemlileri arasında, hastanın hastalığına karşı gösterdiği psikolojik tepkiler, kişilik yapısı ve ruhsal rahatsızlıklar bulunmaktadır.

### **Psikolojik tepkiler**

Hastaların hekimlere gösterdiği tepkiler çoğu zaman doğrudan hekimin kendisine yönelik değildir (11). Aynı durum zor hasta olarak nitelenen hastalar için de geçerlidir. Bu kişilerin gösterdikleri tutum ve davranışlar çoğu zaman iç dünyalarında baş etmekte zorlandıkları duygu ve düşüncelerden kaynaklanır. Önemli bir bedensel hastalığı olduğunu öğrenme ya da ciddi bir hastalığı olabileceğini düşünme her insanda bazı psikolojik tepkiler yaşanmasına neden olur. Bu süreçte yaşanan duygu ve düşünceler, bazı insanların her zamankinden daha farklı davranmasına yol açabilmekte ve onu daha sinirli, daha anlayışsız, her zamankine göre daha alıngan, daha sinirli ve kolayca parlayan bir insan durumuna getirebilmektedir. Sonuç olarak, bazı hastalarda hasta olmak ve hasta olma psikolojisinin yarattığı tutum ve davranışlar onun zor hasta olarak nitelenmesine yol açabilmektedir.

### **Kişilik yapısı**

Hasta-hekim ilişkisinde çeşitli sorunlar yaşanmasında hastadan kaynaklanan nedenler arasında en önemli yeri, hastanın kişilik yapısı ve hastada bir psikiyatrik rahatsızlığın bulunması almaktadır (1, 10, 13). Schafer ve Nowlis tarafından yapılan bir çalışmada, aile hekimleri tarafından zor hasta olarak nitelenen hastalarda kişilik bozukluğu görülme sıklığının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve en yaygın görülen kişilik bozukluğunun ise bağımlı kişilik bozukluğu olduğu belirlenmiştir (13). Ayrıca hekimlerin "gereksinimlerini belirtemeyen", "sosyal izolasyona eğilimli" ve "gerçekdışı beklentilere sahip" hastalar ile ilişkilerinde zorlandıkları bildirilmektedir.

Bir hastalık yaşadığında ya da hekime gittiğinde bir insanın nasıl davranacağını belirleyen en önemli etmen onun kişilik yapısıdır. Kişilik bozukluğu tanısı alacak düzeyde kişiler arası ilişkilerde sorun yaşayan hastanın, bir çeşit kişiler arası ilişki olan hasta-hekim ilişkisinde de sorun yaşamaması beklenen bir durumdur.

### **Ruhsal rahatsızlıklar**

Toplumda yaygın olarak görülen depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklar hastanın tüm insanlara olduğu gibi hekime yönelik tutum ve davranışlarını da değiştirir. Depresyon yaşayan bir hasta tüm tedavi uygulamalarını gereği gibi yapma konusunda isteksiz davranır. Anksiyete bozukluğu olan hastalar, sürekli gergin, kaygılı, endişeli olmaya ve "evham" a yatkındırlar. Hastaların bu tutum ve davranışları hekimin onlara yönelik olumsuz duygular yaşamasına yol açar. Somatoform bozukluğu olan hastalar ise sürekli yakınma getirir ve sürekli yeni tetkikler yapılmasını isterler. Hekim açısından bakıldığında anlam verilmeyen ya da abartılı ve yersiz görünen bu tutum ve davranışlar hekimleri bezdirmekte, çaresizlik duyguları ile birlikte öfkelenmelerine neden olmaktadır. Ruhsal sorunları olan kişiler ile hasta-hekim ilişkisinde çeşitli sorunlar yaşanabilmesi yanında, bu kişilerin her türlü tedavi uygulamalarına uyum göstermiyor olmaları da sorun olabilmektedir. Hangi uzmanlık alanında olursa olsun, hekimin, hastanın bu abartılı ya da anlamsız gelen tepkilerinin nedenlerini görmeye çalışması hasta-hekim ilişkisinin her iki taraf için de daha doyurucu olmasını sağlayacaktır. Hasta, hekimin kendisini "anladığını" hissettiğinde tedavi süreci daha kolay ilerleyecektir.

### **Beklentiler**

Bir sağlık kurumuna başvuran her hastada bazı beklentiler bulunur. Hastanın beklentilerinin karşılanıp karşılanmaması, sağlık kurumundan aldığı hizmetten memnuniyeti doğrudan etkilemektedir. Hastanın beklentilerinin yüksek olması ve sorununun etkili bir tedavisinin olmayışı farkını daha da büyümesine neden olmaktadır. Bu durum hastada beklentilerinin karşılanmadığı düşüncesi ile narsistik bir incinme yaratırken, hekimde ise çaresizlik ve yetersizlik duyguları yaratmaktadır (3).

Ülkemizde hasta-hekim ilişkisinin niteliğinin incelendiği bir araştırmada ilişkiyi etkileyen üç temel etmenin güven, bilgilendirme ve tıbbi destek olduğu bildirilmektedir. Elde ettikleri bulguları değerlendiren araştırmacılar, halkın güvenebileceği, aradığı zaman bulabileceği, güler yüzlü, içten, ilgili, kendisine değer veren, rahatlıkla soru sorulabilen, bilgi alınabilen ve

derdini anlatabileceği hekim tipi istediği yorumunda bulunmuşlardır (14). Hastanın beklentileri ne kadar saçma görünürse görünsün, bu beklentilerin hasta-hekim ilişkisinde dikkate alınması gerekmektedir. Hastanın beklentisi karşılanmadığında ilişkide sorun yaşanma olasılığı artmaktadır.

### **Sağlık Sistemi ve Kurumla İlgili Etmenler**

Sağlık sisteminden ve kurumdan kaynaklanan sorunlar, hastanın aldığı hizmetten hoşnut olmamasına, o da hasta-hekim ilişkisinde yeni sorunlar yaşanmasına yol açmaktadır. Böylece sağlık sisteminden ya da kurumdan kaynaklanan sorunlar hasta-hekim ilişkisinde soruna dönüşmektedir (1). Ülkemizde hastaların sistemden ya da kurumdan kaynaklanan sorunlardan hekimini sorumlu tuttuğu, haksız yere sorumlu tutulan hekimlerin ise bu duruma tepkili oldukları görülmektedir. İyi işleyen bir sağlık sistemi ve kurumların hasta hekim ilişkisinde yaşanan sorunları azaltması beklenir.

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkemizde son yıllarda sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmış ve bu durum hekimlerin günlük uygulamalarını önemli ölçüde etkilemiştir. Yeni uygulamaların hekimleri daha çok hasta görme konusunda zorlaması ve hasta için hekime ulaşılabilirliği kolaylaştırması hasta hekim ilişkisini etkilemektedir. Bu durum hem hasta memnuniyetini olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Son zamanlarda hekime yönelik şiddetin arttığını gösteren verilerin olması konunun incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Haas ve arkadaşları, üretken olma gerekliliğinin yarattığı baskının ve resmi işlemlerde değişikliklerin hasta hekim ilişkisini etkilediğini bildirmektedirler (1).

### **Ne Yapılabilir / İlişkinin Yönetilmesi**

İlişkide profesyonel tarafın hekim olması nedeniyle, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan sorunları çözme ve hasta-hekim ilişkisinin uygun biçimde yönlendirilmesi sorumluluğunun hekime ait olduğu ilkesinden hareket edilmesi gerekmektedir. Zor hasta ve hasta yakınları ile yaşanan sorunları çözmek hekimin mesleksi ve etik sorumlulukları arasındadır (9).

### **Sorunun kaynağı doğru saptanmalıdır.**

Öncelikle sorunun kaynağı belirlenmelidir. Genellikle çok sayıda etmenin etkileşimi söz konusudur. Hekime, hastaya, sağlık sistemine ve kuruma ilişkin etmenler bir araya geldiğinde sorunun çözümü daha da zorlaşmaktadır. Aslına bakılırsa, yaşanan sorunlarda etki oranları değişmekle birlikte, çoğu zaman tümünün etkisi ve karmaşık bir etkileşimi söz konusudur. Sorunun ortaya çıkmasını etkileyen her türlü etmen tek tek ele alınmalıdır. Ancak yaşanan sorunlarda hekimlerin hiç bir sorumlulukları olmadığını ileri sürerek kenara çekilmesi doğru bir yaklaşım değildir. İlişkide profesyonel taraf olması nedeniyle sorunlara bir çözüm bulma görevi hekime düşmektedir.

### **Hastadaki psikopatoloji değerlendirilmelidir.**

Hasta hekim ilişkisinde sorun yaşanmasında neden olan hastalarda ruhsal bir hastalık olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hastadaki ruhsal hastalık onun tutum ve davranışlarını etkilemektedir.

### **Hasta-hekim ilişkisinin dinamikleri çözümlenmelidir.**

Hekim hastanın davranışlarını değerlendirmekle yetinmemeli, kendisinin tutum ve davranışlarını, yaşadığı duygu ve düşünceleri, hem kendisinin, hem hastasının tutum ve davranışlarını etkileyen diğer etmenleri ve bütün bunların nasıl bir etkileşim içinde olduğunu değerlendirmelidir (8). Hasta-hekim ilişkisi bir iletişim olarak çift yönlüdür ve her hasta hekimi az ya da çok etkilemektedir. Bu etkileri ve kendisini iyi gözleyebilen bir hekim "zor ilişkilerde" daha başarılı bir yaklaşım gösterecek ve sorunları daha kolay çözecektir.

Goldberg, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde aktarım ve karşı-aktarım süreçlerini değerlendirebilme ve hastanın tepkisel davranabileceğini önceden görebilme ile ilgili eğitim verilmesinin hasta-hekim ilişkisini anlamada ve niteliğini geliştirmede yararlı olacağını bildirmektedir (15). Zorlanılan ya da çözümsüz hissedilen durumlarda hekimler meslektaşlarından destek ve yardım sağlamalı ve iletişim becerilerini geliştirmeye çalışmalıdır (1). Sorunu çözmede (ya da en azından azaltmada) kilit nokta, hekimin kişiler arası ilişkileri değerlendirebilme ve yönlendirebilme becerisine sahip olmasıdır.

### **Tepkisel davranılmamalıdır.**

Hastaya cevap yetiştirmek ya da tepkisel davranmak yerine, hastanın tutum ve davranışlarını anlamaya çalışmak daha olumlu sonuç yaratmaktadır. Hekimin "gününü göstermek" ve "altta kalmamak" gibi duygu ve düşüncelere kapılması çatışmanın daha da büyümesine yol açmaktadır.

### **Genel öneriler**

Hasta-hekim ilişkisinde yönlendirilmesi zor hastalarla baş etme için günlük uygulamalara yönelik genel öneriler (1, 16) aşağıda sıralanmıştır. Zor hastalarla baş etme becerisi, uzun ve sabırlı çabalar sonunda kazanılabilmektedir.

1. Hekim, iletişim ve ilişki kurma, ilişkiyi yönlendirme becerilerini geliştirmelidir.

2. Hekim kendini iyi tanımalı, hastanın tutum ve davranışlarının kendisinde yarattığı duygu ve düşünceler ile baş etme becerisi edinmelidir. "Yumuşak karın" ve "kör nokta" larını belirlemeye çalışmalıdır.

3. Hastanın sorunu nasıl algıladığı, yorumladığı ve beklentileri anlaşılmalı çalışmalıdır.

4. Hastanın beklentileri olanaklar ölçüsünde karşılanmaya çalışılmalı, karşılanamayacak olanlarla ilgili açıklamalarda bulunulmalıdır.

5. Hastada anlaşıldığı duygusu yaratılmalıdır.

6. Hastanın uyumsuz tutum ve davranışlarına yönelik psikolojik girişimlerde bulunulmalıdır.

7. Hastada depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bir hastalık varsa tedavisi düzenlenmeli, tedavide başarısız olunursa hasta psikiyatriste sevk edilmelidir.

8. Hastada herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmasa bile, kişilik yapısından ya da subklinik sorunlardan kaynaklanan belirti ve davranışlara yönelik ilaç kullanılmalıdır.

9. Hekim meslektaşlarından görüş almalı, benzer sorunlarla karşılaştıklarında nasıl baş ettiklerini anlamaya çalışmalıdır. Gerekirse bir psikoterapistten yardım istemelidir.

10. Hekim çalışma koşullarını gözden geçirerek zorlu hastalar için daha çok zaman ayırmanın yollarını bulmaya çalışmalıdır. Tıbbi olarak bir gereklilik yoksa, görüşme sıklığını artırmanın bir yararı bulunmamaktadır.

11. Hekim kendi sınırlılıklarının ve sınırlarının farkına vararak, hasta-hekim ilişkisinde bu sınırlar içinde kalmayı başarmalıdır.

12. Eğer hasta hazır değilse ve tıbbi ya da adli bir zorunluluk yoksa, hastaya daha ilk görüşmede bir psikiyatriste gitmesi gerektiği söylenmemelidir. Baş edilemeyen hastalar psikiyatriste ikna ederek gönderilmelidir.

13. Ne yapılması gerektiği kadar ne yapılmaması gerektiği üzerine de odaklanılmalıdır. Hastaya tepkisel davranılmamalı, kovulmamalı, fırçalanmamalı, aşağılanmamalıdır.

### Sonuç

Tıp biliminde bugün en geçerli ve gerçekçi modelin "biyopsikososyal" model olduğu açıktır. Sağlık tanımında da kişinin sağlıklı sayılabilmesi için yalnızca fiziksel değil, ruhsal ve sosyal olarak bir iyilik halinin olması gerekliliği bilinmektedir. Ancak klinik uygulamalarda hekimler bu anlayışa gereken önemi vermemektedir. Bu açıdan tıp eğitiminde biyopsikososyal modelin vurgulanması önemlidir.

Hasta-hekim ilişkisi bir yandan son derece insanca ve yakın bir ilişki iken, diğer yönüyle de profesyonelce bir ilişkidir ve bu ilişkide profesyonel olan taraf hekimdir. Bu nedenle sorun ister hasta kaynaklı, ister hekim kaynaklı olsun, ilişkinin iyileştirilmesi ve sağaltım sürecinin en iyi şekilde devamının sağlanması hekimin görev ve sorumluluğundadır.

Tıp eğitiminde, hasta-hekim ilişkisi ve ilişkinin özellikleri, hasta olma psikolojisi, iletişim ve iletişim becerileri yeterince yer almalıdır.

Her şeye karşın zor hastalar ve "zor ilişkiler" olacaktır ve her hekimin hepsiyle olarak baş etmesi de olanaksızdır.

**İletişim:** Prof. Dr. Erol Özmen

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

### Kaynaklar

1. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician* 2005; 72: 2063-8.
2. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JBW, Linzer M, deGruy FV. The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 1-8.
3. Mayou R, Sharpe R. Patients whom doctors find difficult to help / an important and neglected problem. *Psychosomatics* 1995; 36(4): 323-5.
4. Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, Timmermans S, Heritage J, Kravitz RL. Getting to "no" / Strategies primary care physicians use to deny patient requests. *Arch Intern Med* 2010; 170(4): 381-8.
5. Akgün-Çıtak E, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin "zor hasta" olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011; 13(1): 35-44.
6. Breen KJ, Greenberg PB. Difficult physician-patient encounters. *Internal Medicine Journal* 2010; 40: 682-8.
7. Macdonald M. Seeing the cage: stigma and its potential to inform the concept of the difficult patient. *Clin Nurse Spec.* 2003;17(6):305
8. Oliver D. Teaching medical learners to appreciate "difficult" patients. *Canadian Family Physician* 2011; 57: 506-8.
9. Stacey CL, Henderson S, MacArthur KR, Dohan D. Demanding patient or demanding encounter?: A case study of a cancer clinic. *Social Sciences & Medicine* 2009; 69: 729-37.
10. Serour M, Othman HA, Khalifah GA. Difficult patients or difficult doctors: an analysis of problematic consultations. *Eur J Gen Med* 2009; 6(2): 87-93.
11. Lechky O. There are easy ways to deal with difficult patients, MDs say. *Can Med Assoc J* 1992; 146(10): 1793-5.
12. Gabbard GO. Basic principles of dynamic psychiatry. *Psychodynamic Psychiatry In Clinical Practice*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Press. 2000. p.3-25
13. Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med* 1998; 7: 126-9.
14. Kalender A, Uludağ A. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde doktor-hasta ilişkisinin rolü. *Amme İdaresi Dergisi* 2004; 37(4): 117-32.
15. Goldberg PE. The physician-patient relationship / Three psychodynamic concepts that can be applied to primary care. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1164-8.
16. Miksanek T. On caring for 'difficult' patients. *Health Affairs* 2008; 27(5): 1422-8.



# Afrika'da Bir Mülteci Kampındaki Sağlık Hizmetlerine Halk Sağlığı Yaklaşımı

Public Health Approach to Health Care Services in a Refugee Camp in Africa

Derleme



Review Article

*Dr. Yunus Emre Bulut\**, *Dr. Rıza Çıtlı\*\**, *Dr. Zeynel Kalli\*\*\**,  
*Dr. Mahmut Coşkun\*\*\**

Geliş Tarihi : 25.05.2012

Kabul Tarihi : 10.07.2012

## Öz

Bu rapor, Kenya Dadaab Mülteci Kampları'ndaki mültecilerin yaşam koşullarını, karşılaştıkları sağlık sorunlarını halk sağlığı yaklaşımı ile belirleyerek çözüm önerileri sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

Dadaab Mülteci Kampları, kuruluşunda planlanan sayının dört - beş katı mülteciyi ağırlamaya çalışmaktadır. Bu nedenle mültecilerin yeterli gıda, sağlık ve sosyal yardım olanaklarından mahrum kalması halk sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Anne ve bebek tespit ve izlemlerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri ise çok yetersizdir. Mülteciler, etkin bağışıklama ile önlenebilecek hastalıklara karşı risk altındadırlar. Kamplarda içme ve kullanma suyu için şebeke sistemi ve sıvı atıklar için kanalizasyon sistemi bulunmamaktadır. Katı atıklar ise toplanmamakta, mülteciler kendi olanakları ile atıkları biriktirip yakmaktadırlar. Mülteciler yeterli beslenmelerine karşın, dengeli beslenememektedir, beslenmeleri tek yönlü ve daha çok kuru gıda ağırlıklıdır. AID Kliniği'nde değerlendirilen dönemde başvuran hastalara en sık konulan tanılar; alt solunum yolu enfeksiyonu (%23.6), idrar yolu enfeksiyonu (%22.3), üst solunum yolu enfeksiyonu (%16.3), sıtma (%9.5), gastroenterit (%8.4) ve diğer (miyalji, peptik ülser, anemi, cilt enfeksiyonu...) (%19.9) olmuştur.

**Sonuç olarak;** yeni kurulan kamplara acilen büyük tanı ve tedavi merkezleri kurulmalı, bu kamplardaki klinikler daha fazla sağlık çalışanı ve tıbbi malzeme ile desteklenmelidir. Somali'de göçe neden olan faktörleri ortadan kaldırmak için girişimlerde bulunulmalı, mülteciler en kısa zamanda kendi ülkelerine geri gönderilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Göç, Mülteciler, Mülteci kampı, Dadaab

## Giriş

Göç, kişilerin gelecek yaşantılarının tamamını ya da bir kısmını geçirmek üzere, sürekli ya da geçici bir süre için bir iskan ünitesinden bir başkasına yerleşmek amacıyla

## Abstract

This report has been produced to determine the living conditions and the health problems facing refugees in refugee camps of Dadaab, Kenya and to present suggestions by the public health approach.

The Dadaab Camps are endeavouring to host four – five times the number of refugees planned when they had been established. For this reason, refugees deprived of adequate food, health and social welfare facilities are carrying serious risks for public health. Detection and follow-up of infants and their mothers was poor for both the mother and the baby. Family planning and counseling services was very poor. Refugees are at risk of preventable diseases through active immunization. There is no drinking water supply system, nor sewage system for liquid wastes in the camps. On the other hand, solid waste is not collected. Hence, refugees accumulate and burn them on their own. Although the refugees are provided adequate food, they do not have balanced nutrition. The foods provided are mainly one-sided and majorly dried food. The most common diagnoses in patients admitted to AID Clinic and evaluated in that period were; lower respiratory tract infection (23,6%), urinary tract infection (22,3%), upper respiratory tract infection (16,3%), malaria (9,5%), gastroenteritis (8,4%) and other (myalgia, peptic ulcer, anemia, skin infections ...) (19,9%).

**Consequently;** large diagnostic and treatment centers should be established urgently in the newly established camps. Present clinics should be supported by more medical supplies and health workers. Politicians should attempt to eliminate the causes of migration in Somalia and refugees should be returned to their own countries as soon as possible.

**Key words:** Immigration, Refugees, Refugee camps, Dadaab

yaptıkları coğrafi yer değiştirme olayıdır. Mülteci ise Birleşmiş Milletler'in tanımına göre, "ırkı, dini, milliyeti, belli bir sosyal gruba mensubiyeti ya da siyasi düşünceleri nedeniyle

\* Arş. Gör.; Gaziosmanpaşa Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Tokat

\*\*Yrd. Doç.; Gaziosmanpaşa Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Tokat

\*\*\* İl Sağlık Müdür Yardımcısı, Tokat

zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan ve bu yüzden ülkesinden ayrılan ve korkusu nedeniyle geri dönmeyen ya da dönmek istemeyen kişi"dir (1).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (United Nations High Commissioner for Refugees) (UNHCR) Raporu'na göre, 2010 yılı sonunda dünyada doğal afet, terör, savaş gibi nedenlerden dolayı çoğunlukla komşu ülkeler olmak üzere yurtlarını bırakıp farklı ülkelere göç etmek zorunda kalmış ve mülteci statüsü kazanmış insan sayısı 10 milyondan fazladır. Bu göçmenlerin 2 milyon 800 bini Afrika Kıtası'ndadır. Somali, 770 bin mülteci ile Irak'tan sonra en fazla göç veren ikinci ülkedir. Dünyanın en büyük mülteci kampı, 101 bin yerleşiminin kaldığı Kenya Dadaab'daki Hagadera Mülteci Kampıdır. Kenya Dadaab kamplarında ise 2010 yılı sonunda toplamda 400 binden fazla mülteci barınmaktaydı (2, 3).

Sağlık Bakanlığı, 21 Ocak – 4 Şubat 2012 tarihleri arasında Kenya Dadaab Mülteci Kampları'nda barınan mültecilerin yaşam koşullarını, karşılaştıkları sağlık sorunlarını belirleyerek çözüm önerileri sunmak ve Uluslararası Doktorlar Birliği'nin (Alliance of International Doctors - AID) bu bölgede kurmuş olduğu sahra kliniğinde gözlem ve

değerlendirmelerde bulunmak amacıyla Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden İl Sağlık Müdür Yardımcısı Dr. Zeynel Kalli, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü Dr. Mahmut Coşkun, Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi Dr. Y. Emre Bulut ve sağlık memuru Ramazan Direk'i görevlendirmiştir.

### **Kamplardaki genel durum**

Dadaab Mülteci Kampları, Kenya'nın Kuzeydoğusunda, Kenya-Somali sınırından yaklaşık 90 kilometre, Başkent Nairobi'den ise yaklaşık 500 kilometre uzaklıktadır. Kenya Dadaab Mülteci Kampı başlıca Dagahaley, Hagadera, IFO-1, IFO-2 (Batı, Doğu) ve Kambioos olmak üzere beş ayrı kamptan oluşmaktadır. Dagahaley, Hagadera ve IFO ilk olarak 90'lı yılların başında ve 90 bin kişilik olarak Somali'deki iç savaş ve kıtlıktan kaçan mülteciler için kurulmuş, 2011 yılına kadar aralıklarla göçler devam etmiş, 2011 yılında ise günde ortalama bin 400 mültecinin kampa ulaşmasıyla nüfusu 460 bini bulmuştur. 2011'deki en son göç halkası sonrasında IFO-2 (Batı) ve IFO-2 (Doğu) ve Kambioos kampları kurulmuştur (4,5).

Mülteciler, yararlandıkları gıda yardımı, sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler ile sosyal ve psikolojik stres gibi faktörlerden görece



arınmış olma durumları göz önüne alındığında, eski ve yeni mülteciler olarak iki grupta incelenebilir. Eski mültecilerin daha sık olarak 1991'de kurulmuş olan Dagahaley, Hagadera ve IFO kamplarında yaşadığı görülmektedir. Bu kamplarda kurulduğundan beri geçen 20 yılda yerleşik yaşama geçildiği, çadırlardan kurtulup kerpiç evlerin inşa edilmiş olduğu, mültecilerin tarım, hayvancılık ve ticaret ile uğraşmaya başladığı, hatta futbol turnuvaları, düğünler gibi sosyal aktiviteler bile düzenledikleri görülmektedir.

2011 yılından sonra gelen yeni mülteciler için IFO-2 (Batı), IFO-2 (Doğu) ve Kambioos kampları kurulmuştur. Bu kamplarda yaşayan mültecilerin, göçün yol açtığı olumsuz etkilerden henüz kurtulamamış olmalarının yanında, yardım ve diğer hizmetlerden de yeterince yararlanamadıkları görülmektedir. Bu çalışmada eski mültecilerden çok yeni mültecilerin yaşam koşulları ve karşılaştıkları sorunlar incelenmiş, çözüm önerileri sunulmuştur.

Dadaab kamplarındaki 462.960 mültecinin yüzde 50.2'si kadın, yüzde 49.8'i erkektir. Nüfusun yüzde 16.6'sı 0-4 yaş, yüzde 26.3'ü 5-11 yaş, yüzde 12.9'u 12-17 yaş, yüzde 40.3'ü 18-59 yaş, yüzde 3.5'i ise 60 yaş ve üzerindedir (6).

Kamplar sosyal yaşam açısından değerlendirildiğinde; kamplarda çocuk oyun alanları ve spor gibi sosyal alanlar bulunmamaktadır. Kendi ülkelerinde ağırlıklı olarak köylerde yaşayan, tarım ve hayvancılıkla geçimlerini sağlayan mülteciler, geçim kaynağı olan tarım arazilerini ve hayvanlarını geldikleri yerlerde bıraktıklarından, kamplarda hiçbir işle uğraşamamakta, hiçbir sosyal etkinlikte de bulunamamaktadırlar. Çadırlar arası uzaklık yeterli görünmemektedir. Bu durum zaten küçük olan ve fazla sayıda kişinin yaşadığı çadırlardaki ailelerin mahremiyeti açısından sorun oluşturmaktadır. Kamplarda elektrik bulunmaması; mültecilerin radyo, televizyon, bilgisayar gibi iletişim araçlarından mahrum kalmalarına, çevrelerindeki gelişmelerden, geride bıraktıkları yakınlarından haberdar olamamalarına yol açmaktadır.

### **Çevre ve sağlık hizmetleri**

Kamplardaki sağlık hizmetleri German Technical Cooperation (GIZ), Medecins Sans Frontiers (MSF), International Rescue

Committee (IRC) gibi Birleşmiş Milletler ile partner bazı sivil toplum kuruluşlarının sorumluluğuna verilmiştir. Her kuruluşu sorumlu olduğu kampta klinikler, yataklı tedavi kurumları kurmakla, bulaşıcı hastalık kontrolü, bağışıklama hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık ve hijyen eğitimi vermekle yükümlüdür (7).

Kamplar, kuruluşunda planlanan sayının dört - beş katı mülteciyi ağırlamaya çalışmaktadır. Bu nedenle mültecilerin yeterli gıda, sağlık ve sosyal yardım olanaklarından mahrum kalması halk sağlığı açısından risk oluşturmaktadır.

Yeni kamplarda anne ve bebek tespit ve izlemlerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri ise çok azdır. Bağışıklama hizmetleri ve soğuk zincir açısından da yeni kamplardaki mülteciler etkin bağışıklama ile önlenilecek hastalıklara karşı risk altındadırlar.

Kamplarda içme ve kullanma suyu için şebeke sistemi yoktur, su gereksinimi ortak alanlara kurulu su depolarından sağlanmaktadır. Bu depoların klorlanıp klorlanmadığı ya da hangi sıklıkla klorlandığı ve depo temizliğinin yapıp yapılmadığı tam olarak bilinmemektedir. Çadırlar iki-üç metre kare büyüklüğünde olup, zeminleri toprağa doğrudan temas etmektedir. Çadırlarda azami hijyeni sağlamak için gerekli kullanma suyu yetersizdir. Kamplarda kanalizasyon sistemi bulunmamaktadır. Belli aralıklarla kuyular kazılmış ve seyyar tuvaletler oluşturulmuştur, fakat tuvalet sayısı yetersizdir. Vücut temizliği için ayrılmış alanlar ise bulunmamaktadır. Katı atıklar toplanmamakta, mülteciler kendi olanakları ile atıkları biriktirip yakmaktadırlar.

Gerek kamplardaki gözlemler sonucunda gerekse AID kliniğine başvuran çocuk ve erişkinlerde malnutrisyon görülme sıklığı beklenenden çok daha az olup bu durum gıda yardımlarının yeterli olduğunu düşündürmektedir. Ancak mülteciler yeterli beslenmelerine karşın, dengeli beslenememektedir; beslenmeleri tek yönlü ve daha çok kuru gıda ağırlıklıdır.

Eski kamplarda yeterli sayılabilecek sayıda klinikler, yataklı tedavi kuruluşu ve sağlık personeli bulunmaktadır. Fakat yeni kamplarda sağlık kuruluşu ve sağlık planlaması bakımından eksiklikler görülmektedir. AID'in

**Tablo 1. AID Kliniği'nde en sık tanı alan hastalıklar (21 Ocak-4 Şubat 2012 tarihleri arası)**

Sıra	Hastalık	Sıklık (%)
1	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	23,6
2	İdrar Yolu Enfeksiyonu	22,3
3	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	16,3
4	Sıtma	9,5
5	Gastroenterit	8,4
6	Diğer (Miyalji, Peptik Ülser, Anemi, Cilt Enfeksiyonu...)	19,9

sahra kliniği, IFO 2 (Batı-Doğu) gibi yeni kamplardaki sağlık kuruluşu eksikliğini bir ölçüde gidermektedir.

AID, 2011 yılında kurulmuş, dünyada çeşitli merkezlerde gereksinimi olan insanlara sağlık yardımı götürmeyi amaçlayan İstanbul merkezli bir sivil toplum kuruluşudur. AID'in Kenya Dadaab Mülteci Kampı'nda kurduğu kliniğe ağırlıklı olarak IFO-2 (Batı-Doğu) Kamplarından, az miktarda da IFO-1 ve Dagahaley Kamplarından, hatta Kenyalı yerli halktan bile hasta başvurusu olmaktadır. Klinikte kadrolu olarak bir hekim, üç sağlık memuru, bir hemşire, iki yardımcı hemşire, bir eczacı, üç eczacı kalfası, iki kayıt görevlisi, bir çevirmen, iki temizlik görevlisi, bir şoför ve sekiz güvenlik görevlisi çalışmaktadır. Kliniğin aylık ilaç gideri ise 20 bin dolar dolayındadır. Klinikte günlük yaklaşık 300 poliklinik muayenesi yapılmaktadır.

Klinikte hasta girişleri, konulan ön tanı/tanılar ve verilen tedavi önceden eğitim görmüş kayıt görevlileri tarafından düzenli olarak kayıt altına alınmaktadır. Klinikte 21 Ocak - 4 Şubat tarihleri arasında en sık karşılaşılan ilk 5 hastalık; alt solunum yolu enfeksiyonu (%23,6), idrar yolu enfeksiyonu (%22,3), üst solunum yolu enfeksiyonu (%16,3), sıtma (%9,5), gastroenterit (%8,4), diğer (miyalji, peptik ülser, anemi, cilt enfeksiyonu...) (%19,9) olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Klinikten başka kamplardaki yataklı tedavi kurumlarına sevk oranı yüzde birden az olup, bu durum sevklelerde ciddi sorunlar olduğunu düşündürmektedir. AID, başvuran hastalara muayene ve tedavi yanında; mültecilere sabun, cibinlik dağıtımı ve gıda yardımı gibi yardımlarda da bulunmaktadır.

Mültecilere ev sahipliği yapan Kenya'da, DSÖ kayıtlarına göre 2010 yılında anne ölüm hızı yüz binde 360, bebek ölüm hızı binde 55,

kişi başı milli gelir 1640 dolar, sağlığa harcanan pay kişi başı 36 dolardır (Tablo 2). Ev sahibi Kenya'da yeterli sağlık kuruluşu ve sağlık insangücünün olmaması, göç edenlerin gelir düzeyinin düşük olması, ekonomik yönden sürekli sıkıntı içinde olmaları, yeterli ve dengeli beslenememeleri, dil engeli ile karşılaşmaları, sağlık sigortasına sahip olmamaları, geleneksel yaşam kalıplarından dışarı çıkamamaları, sosyal ve psikolojik stres gibi birçok faktör göç edenlerin sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilemektedir. Eğitim düzeylerinin de düşük olmasının etkisiyle göç edenlerin sağlık ve hastalık konularında yeterli derecede duyarlı olmadıkları görülmektedir (8 , 9).

Kamplarda mülteci sayısı planlanan sayının dört-beş katıdır. Bu nedenle mülteciler yeterli oranda gıda, sağlık ve sosyal olanaklardan mahrum kalmaktadırlar. Ocak - Ağustos 2011 tarihleri arasında Dadaab Kampları'ndaki 9-59 aylık çocuk kızamık aşılama oranı yüzde 89, antenatal gebe izlemi oranı yüzde 77, sağlık personeli yardımı ile doğum oranı ise yüzde 90 olarak belirtilmiştir. Bu oranlar mültecilerin sosyokültürel düzeyleri ve sağlık hizmetlerine katılımları göz önüne alındığında oldukça başarılı sayılabilir. Fakat 2011 yılındaki son göç dalgası sonucu kurulan yeni kamplar da hesaba katıldığında bu oranların çok aşağıya çekileceği açıktır. Yeni kamplarda henüz tam anlamıyla sağlık planlaması tamamlanmamış olması nedeniyle; aile planlaması-danışmanlık hizmetleri düşük, doğurganlık yüksek, bebek - çocuk ve anne izlemleri yetersiz, bulaşıcı hastalık riski yüksektir. Zaten UNHCR'nin 2011 yılı Ekim ayı Sağlık Sektörü Brifing Raporu'nda 2011 yılındaki yeni göçler nedeniyle kamplardaki sağlık verilerinin kötüleşmekte olduğuna vurgu yapılmaktadır (7).

Mültecilerin geldiği ve asıl vatanları olan Somali'de, DSÖ kayıtlarına göre 2010 yılında genel doğurganlık hızı 6,3 ; anne ölüm oranı yüzbinde bin; bebek ölüm hızı binde 108 olduğu göz önüne alındığında, zaten ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları açıktır (Tablo 2). Kamplarda sunulan çağdaş hizmetler için ise mültecilerin katılımı asıldır. Mültecilerin dini inanışları, sosyokültürel-egitim düzeyleri ve kaybettikleri bebeklerinin yerine yenisini koyma çabaları, çocuk doğuruyor olmanın kadının statüsü için önemi aile planlamasına olan katılımı engellemektedir. Bu engel mültecilerin kabul edebilecekleri aile



Tablo 2. Bazı ülkelerin demografik verileri ve sağlık göstergeleri 5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda)*									
	Nüfus*	Milli Gelir (Kişi başı \$)*	Sağlığa harcanan miktar (kişi başı \$)*	Doğumda beklenen yaşam süresi (ortalama Erkek/Kadın)*	Genel doğurganlık hızı (kadin başına)*	15-19 yaş arası doğurganlık oranı (1000)*	Anne ölüm hızı (100 binde)*	Bebek ölüm hızı (bin canlı doğumda)*	5 Yaş Altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda)*
Afganistan	31.412.000	1060	34	48 – 47/50	6,3	151+	460	103	149
Kenya	39.802.000	1040	36	60-58/62	4,7	106	360	55	85
Somali	9.331.000	?	?	51 – 51/51	6,3	123	100	108	180
Türkiye	72.752.000	15170	575	75 – 72/77	2,1	51+	20	12	20
Küba	11.258.000	?	672	78 – 76/80	1,5	50	73	5	6
Almanya	82.302.000	37950	4723	80 – 78/83	1,4	10	7	3	4

\* WHO (10), † WHO,2001 (11), ? Veri bulunmamaktadır.

planlaması yöntemlerini, tercihen kendi dinlerinden olan sağlık personeli ile, yönlendirmeden uzak tavırlarla yaklaşılması halinde aşılabılır.

Kamplarda kanalizasyon sisteminin olmaması, atıkların uygun şekilde toplanıp bertaraf edilmemesi, içme-kullanma sularının sağlık açısından uygun olmaması mülteciler için başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere önemli sağlık sorunları ve salgınlara yol açabilmektedir.

Malnutrisyonlu hasta ile beklenenden çok daha az oranda karşılaşmış olması, gıda yardımlarının yeterli olduğunu göstermektedir. Mültecilerin beslenmelerinin daha çok kuru gıda ağırlıklı ve tekdüze olması nedeniyle mülteciler yeterli besin almakta, fakat dengeli beslenememektedir. Bu tür beslenmenin uzun dönemde obezite başta olmak üzere ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği öngörülmesi ve yardımlarda gıda çeşitliliğine önem verilmelidir.

Sivil toplum kuruluşları, kamplarda klinikler kurarak, bulaşıcı hastalık kontrolü, bağışıklama hizmetleri, sağlık eğitimi gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri vermektedir. Eski kamplarda bu tür klinikler yeterli sayıdayken, yeni kurulan kamplarda oldukça yetersizdir. AID de bu kamplarda kurduğu klinik ve az sayıda personel ile yaklaşık 100 bin mülteciye özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri vermektedir.

AID Kliniği'nden başka kamplar ve kentlerdeki yataklı tedavi kuruluşlarına sevk oranı çok düşüktür. Sevklerde yaşanan sorunlar ancak Kenya Hükümeti'nin duyarlılığı ile çözülebilir.

### Sonuç

Sonuç olarak; Dadaab kamplarındaki mülteci sayısı planlanan sayıdan çok fazladır. Mülteciler gıda, sağlık ve sosyal olanaklardan yeterli oranda yararlanamamaktadırlar. Yeni kurulan kamplar daha önceden kurulmuş ve daha düzenli olan kamplara göre; düşük aile planlaması-danışmanlık hizmetleri, yüksek doğurganlık, yetersiz bebek - çocuk ve anne izlemleri, yüksek bulaşıcı hastalık riski gibi halk sağlığı sorunlarıyla karşı karşıyadır.

Başta AID olmak üzere çok sayıda sivil toplum kuruluşu mülteci kamplarında klinikler kurarak mültecilere sağlık hizmeti vermektedir. Ancak bu hizmetler mültecilerin belli bir sağlık

düzeyine ulaşması için yeterli değildir. Öncelikle IFO-2 (Doğu-Batı) Kampları olmak üzere yeni kurulan kamplara acilen büyük tanı ve tedavi merkezleri kurulmalı, bu kamplardaki klinikler daha fazla sağlık çalışanı ve tıbbi malzeme ile desteklenmelidir. Başta gelişmiş ülkeler olmak üzere dünyadaki bütün ülkeler Afrika'da mültecilerin yaşadığı bu sağlık sorununa daha duyarlı olmalıdır. Somali'de göçe neden olan faktörleri ortadan kaldırmak için uluslararası düzeyde girişimlerde bulunulmalı, mülteciler daha fazla kayıplar vermeden bir an önce kendi ülkelerine geri gönderilmelidir.

Türkiye de savaş, kıtlık gibi nedenlerle özellikle komşu ülkelere gelen ve doğal afetler sonucu ülke içinden çok sayıda mülteciyi ağırlamış ve hala ağırlamakta olan Ortadoğu'nun önemli bir ülkesidir. Türkiye'nin bu deneyimi UNHCR ile paylaşabileceği fırsatlar oluşturulmalıdır.

#### Kaynaklar

**İletişim:** Dr. Yunus Emre Bulut

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

- 1- Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees, Geneva: UNHCR Communications and Public Information Service 2010. s. 3
- 2- UNHCR Statistical Yearbook 2010. 10th edition 2010. s. 6-9.
- 3- UNHCR Global Trends 2010. 2010. s. 41.
- 4- Osman D, Khan M, The Dadaab Camps – Mitigating the effects of drought in the Horn (perspective), PLoS Curr. 2011 December 15 ; 3 : RRN1289.
- 5- Spiegel PB, Burton A, Tepo A et al. Mortality among refugees fleeing Somalia – Dadaab Refugee Camps, Kenya July – August 2011, Morbidity and Mortality Weekly Report August 26, 2011: 60 (33).
- 6- Camp Population Statistics by Country of Origin, Sex and Age Group, 19.02.2012, <http://data.unhcr.org/horn-of-africa>
- 7- Briefing Note On The Health Sector Dadaab Refugee Camps, October 2011. s. 2-4.
- 8- Fuller J, Ballantyne A. Immigrants and equitable health-care delivery in rural areas: Australian Journal of Rural Health 2000; 8: 189-193
- 9- Topçu S, Beşer A. Göç ve Sağlık. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 37-42.
- 10- World Health Statistics 2012. World Health Organisation 2012
- 11- World Health Organisation, Global Health Observatory Data Repository. <http://apps.who.int/ghodata/?vid=2469> , Erişim: 30.07.2012

