

sted

'Bilimsel
ve Destçe'

Cilt : 19

Sayı : 2

Mart

Nisan 2010

ISSN 1300-0853



Akademisyen Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Uygulamaları	74
Bilinçsiz İlaç Kullanımı İle Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	82
Bir Sağlık Ocağına Başvuran Erişkinlerde Kronik Ağrının Araştırılması ve Whoqol-Bref-Tr ile Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi	92
Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Gelişiminde Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Riski	98
Karbonmonoksit (CO) Zehirlenmesi ve Toplum Sağlığı	104
Yenidoğanda Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar	107
Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Okullarda Zorbalık	112



Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı
Dr. Şamih Demli
Dr. Tolga İnce
Stj. Dr. Berkan Kaplan
Dr. R. Ekrem Kutbay
Dr. Mehmet Özen
Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz
Dr. Emrah Şeyhoğlu
Prof. Dr. Songül Yalçın
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
Dr. Yılmaz Yıldız
Dr. Adnan Yüce

Bilimsel Danışma Kurulu

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer
Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)
Doç. Dr. Ali Süha Çalıkoğlu (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)
Yrd. Doç. Dr. Esra Önal

Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Kula

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

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. Aylin Sena Beliner
Dr. Alper Büyükkakuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sankaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nesrin Erbü

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Nevruz Gürceğiz

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Eriş Bilaloğlu

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Bu Sayıda

Cilt	19
Sayı	2
Mart	
Nisan	2010

Araştırma

Akademisyen Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Uygulamaları 74

Dr. Belgin Babadağlı, Dr. Nevin Utkualp, Dr. Hatice Acar

Bilinçsiz İlaç Kullanımı ile Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 82

Dr. Zeynep Güngörmüş, Dr. Ayşe Sayan

Bir Sağlık Ocağına Başvuran Erişkinlerde Kronik Ağrının Araştırılması ve Whoqol-Bref-Tr ile Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi 92

Dr. K. Hakan Altıntaş, Dr. Funda Sevencan, Dr. Ömer Faruk Çiçek, Dr. Ayla Özbakan, Dr. Perihan Özbek, Dr. Duygu Özdemir

Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Gelişiminde Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Riski 98

Dr. Pembe Keskinöğlü, Dr. Dilek Çımrın, Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Derleme

Karbonmonoksit (CO) Zehirlenmesi ve Toplum Sağlığı 104

Dr. Nurhan Meydan Acımış, Dr. Mehmet Bostancı

Yenidoğanda Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar 107

Dr. Nazan Çakırcı

Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Okullarda Zorbalık 112

Dr. Kamer Gür, Dr. Leyla Küçük



Kapak Fotoğrafı
"Balıkçının Kızı"

İsmail Ertin, Aydın

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009
Başarı Ödülü

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4
Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

Internet : www.ttb.org.tr/STED

Basımca İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.

İktisadi Organize Sanayi Bölgesi İpkas Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5

İktisadi - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi:

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından

birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Yıllık abone ücreti 30 TL, öğrenciler için 15 TL'dir



Merhaba,

Aile hekimliği Ankara'nın kapılarına dayandı. Sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimler kaygılı, mutsuz, geleceklerinden kuşkulu. Dünya'nın en gelişmiş ülkeleri bile sigortaya dayalı tecimsel (ticari) sistemlerin darboğazlarını görüp sistem değiştirmeye çalışırken, biz çağdaş ilkelere dayalı sistemimizi terk ediyoruz.

Ankara Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu süreci bir Basın Toplantısı ile değerlendirdi. Bu metnin* bir bölümünü sizlerle paylaşıyoruz.

"Değerli Basın Çalışanları,
... 2005 yılından bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri alanında "Aile Hekimliği" pilot uygulaması sürdürülmeye çalışılıyor. Şu ana kadar 41 il uygulama kapsamındadır. Hükümet 2010 yılında uygulamayı 81 ile yaygınlaştırma iddiasındadır.

Ankara'da da 18.03.2010 tarihli Sağlık Müdürlüğü yazısıyla, "Aile hekimliği uygulamasına geçiş" takvimlendirildi. ... Bizleri, pratisyen hekimleri, hizmet sunduğumuz halkı neler bekliyor? Bu ve benzer soruların Sağlık Bakanlığı - Sağlık Müdürlüğü taraflarında yanıtı yoktur. Bu yanıtı "kervan yolda düzülür" diyenlerle beraber - korkarız çok acı biçimde- yaşayıp göreceğiz...

... "Ne olacağız" sorusunun yanıtızlığı huzursuzluğu artırıyor, derinleştiriyor, yaygınlaştırıyor. Hekimlikte tedavisi zor bir hastalığın adını uyarlayarak söylesek, bunun adı "Huzursuz Birinci Basamak Sendromu" dur. ... Kalıcı yeni yasa da hala çıkmamış olduğu için, özlük haklarına ilişkin sorular pilot uygulamanın ilk acemi adımlarının belirsizliği arkasında gizlenmeye çalışılıyor. İş güvencesizliği, çalışma koşulları ve izin koşulları ile ilgili tüyler ürperten gerçeklikler, 657 sayılı yasaya bağlı pozisyonundan izinli sayılma ve istendiğinde geri dönebilme hakkı gibi - henüz tam kapanmamış kapının aralığından sızan ışık umuduyla- hafifletilmek isteniyor. ... Geri dönecek bir pozisyonun kapısının kapanmış olacağını yaşadıkdan sonra görme düşüncesi, ne acı ve ürkütücü!

... "Birinci Aşama Uyum Eğitimi" adı altında yapılan eğitim neye uyum sağlamayı öngörmektedir? ... Birinci basamağın gerektirdiği insangücü, çeviri ve eklettik

metinlerle yetiştirilebilir mi? ... Sözü edilen "Uyum Eğitimi" belki gerçekten "uyumlu olma durumunu" yaratma işlevini yerine getirmiştir ama yalnızca o kadar! ...

Bütün bu belirsizlik ve uyumu bozan atmosferde birinci basamak hekiminin tutunduğu tek dal; şimdiye değin verdiği hizmetlerde hiçbir zaman alamadığı emeğinin karşılığını alabilme umududur... Ama bir geçen, bir de geçmeyen pişman. "Madem birinci basamakta üretilen hizmetin karşılığı buydu ve sürdürülebilir idi, şimdiye kadar verdiğimiz emeğin karşılığı nereye gitti" sorusu, bir hayalet soru olarak ortaya çıkabileceği, peşine düşülebileceği günleri bekliyor bir kenarda ...

Birinci basamakta verilen hizmet ekip hizmeti olmaktan çıkınca; ekip de dağılmaya başlıyor ve ekibin diğer üyeleri başının çaresine bakmaya terk ediliyor. Daha şimdiden sözleşme için bekleyen birçok sağlık çalışanı, sağlık çalışanlarının gelecekte karşılaşacağı hak kayıplarını ve yaşayacakları zor günleri de gösteriyor. ...

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetleri, şimdiye kadar olduğu gibi bundan böyle de bu alanı bilen, bu alanda 'ustalaşmış' pratisyen hekimler tarafından verilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri için, tıp fakültesi eğitimi üzerine yapılandırılmış gerçek bir birinci basamak uzmanlık eğitimi oluşturulması gerekmektedir. ...

Geçilmeye çalışılan sistemde pozisyon ne olursa olsun, hekim maaşı tabanı 4.000 TL olmalı, üretilen işe ve yapılan hizmetin ek özelliklerine göre diğer katkı payları bu tabanın üzerinden değişkenlik göstermelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini şimdiye dek pratisyen hekimlerle yürüten ekibin diğer üyeleri olan meslektaşlarımız; ebe, hemşire, sağlık memurları, iş güvencesiz ve bugünkü çalışma koşullarından daha düşük ücretlerle çalışmaya zorlanmamalıdır...

Ankara'da yürütülmekte olan süreç zaman olarak dar aralıklara sıkıştırılmış, hekimleri iki arada bir derede bırakan bir süreçtir. ...

Ankara Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu ve tüm Ankaralı pratisyen hekimler olarak, sürecin yakın takipçisi olacağımızı, yanlışları eleştireceğimizi, doğru çözümlerin yanında yer alacağımızı duyurmak istiyoruz."

Bilimsel ve Dostça Kalın...

*22 Nisan 2010 Basın Toplantısı için
www.ankaratabip.org.tr



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nin birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizinindedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme 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)

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

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

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 özen aynen çevirisi olmalıdır.

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

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

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

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

Sonuçları amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır.

"Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980-3.
ya da 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Kitap

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

Kitap bölümü

Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer-Verlag; 1988. p.521-32.

Web Sitesi

Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

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 kısaltmalar 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 aralıklı 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 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 sayılı yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz.

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

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

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketiyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve 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 imzalı olduğu bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Yazılar; "STED, TTB, GMMK Bulvarı Şehit Daniş Tunaliğil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da 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 e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf



Belgin Babadağlı, Nevin Utkualp**, Hatice Acar****

Öz

Geçen 30 yıl boyunca, çalışan kadın sayısı önemli ölçüde yükselmiştir. Günümüzde kadınların ekonomik katkıları giderek artmış, daha çok sayıda kadın evin dışında çalışmaya başlamıştır. Amerika'da kadınların yaklaşık 2/3'ü üreme çağında bir meslek üyesi olarak çalışmakta ve her yıl ortalama bir milyonu hamilelik geçirmektedir. Bu nedenle kadının statüsü ile üreme sağlığı ilişkisi son yılların tartışma konularını oluşturmaktadır. Çalışma Kocaeli Üniversitesi'nde akademisyen kadın çalışanların üreme sağlığına yönelik durum ve tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Akademisyen kadınların %36.1'i 21-26 yaş grubunda ve %42.7'sinin yüksek lisans mezunu olup üreme sağlığına ilişkin sorularda özellikle korunamalar arasında etkisiz yöntemleri tercih edenlerin oranının azımsanmayacak kadar yüksek olduğu (%45.7) ortaya çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler: Üreme sağlığı, Akademisyen kadın

Giriş

Geçen 30 yıl boyunca, çalışan kadın sayısı önemli ölçüde artmıştır. Otuz yıl önce, ücretli işlerdeki erkek sayısı kadınların iki katından fazla iken, bugün ücretli işlerde her üç erkeğe karşı ikiden fazla kadın çalışmaktadır (1). Günümüzde kadınların ekonomik katkıları giderek artmış, daha çok sayıda kadın evin dışında çalışmaya başlamıştır. Amerika'da kadınların yaklaşık 2/3'si üreme çağında bir meslek üyesi olarak çalışmakta ve her yıl ortalama bir milyonu gebelik geçirmektedir (2). ILO (International Labour Organization Uluslararası Çalışma Örgütü) değerlendirmelerine göre, 1975 yılında dünyada ekonomik aktivite içinde bulunan kadın sayısı 575.7 milyon olup 1950'ye göre yaklaşık olarak 231 milyon artış göstermiştir (1).

Kadının statüsü ile üreme sağlığı ilişkisi son yılların tartışma konularını oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığını; "Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil,

Abstract

The number of working women has increased significantly during the past 30 years. Today, women have a greater contribution to the economy and more and more have started to work outside the home. In the United States, approximately two thirds of women have a job and one million of them on average are pregnant annually. Consequently, the relationship between women's status and reproductive health has constituted a debate topic in the past few years. This study was carried out in a descriptive fashion in order to assess the status and attitudes of female academicians in the University of Kocaeli regarding reproductive health. 36.1% of the female academicians were in the 21-26 age group and 42.7% had a master's degree. Regarding the questions on reproductive health, it was found that a significantly high portion (45.7%) of those using birth control employed the ineffective methods of contraception.

Key words: Reproductive health, Female academicians

tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu" olarak tanımlamıştır. Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olmasını, üreme yeteneğine sahip olmalarını, üreme yeteneğini kullanmada karar verme özgürlüğünü yaşayabilmelerini de kapsamaktadır (1,3, 4). Bu tanım kadın ve erkeklerin kendi seçtikleri güvenli, etkili, maliyetini karşılayabilecekleri ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemlerini; doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin kanuna aykırı olmayan yöntemler konusunda bilgilendirilme ve bu hizmetlere ulaşabilme haklarını da ve kadının gebelik ve doğumu güvenli geçirmesini sağlayacak sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını içerir (5). Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi, statüsünü yükseltebilmekte ya da düşürebilmektedir. Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısı ile ölçüldüğü toplumlarda doğurganlığı kontrol etme ve sınırlama gücü olmamaktadır. Araştırmalar kadının eğitiminin ve para getiren bir işte

Tablo 1. Akademisyen kadınların tanıtıcı demografik özellikleri ve üreme sağlığı

	Sayı	%
Yaş		
21-26	27	36.1
27-32	21	28.1
33-38	13	17.3
39- ve üzeri	14	18.5
Eğitim Durumu		
Lisans	22	29.3
Yüksek Lisans	32	42.7
Doktora ve üzeri	21	28.0
Gebelik Öyküleri		
Olmayan	39	52.0
Bir gebelik	21	28.0
İki gebelik	11	14.7
Üç gebelik ve üzeri	4	5.4
Canlı Doğum		
Olmayan	42	56.0
Bir Canlı Doğum	22	29.3
İki Canlı Doğum	11	14.7
Düşük		
Yok	70	93.3
Bir düşük	5	6.7
Kürtaj		
Yok	74	98.7
Bir	1	1.3
Toplam	75	100.0

Tablo 2. Akademisyen kadınların menstruasyon ile ilgili özellikleri ve tutumları

	Sayı	%
Menstrel sıklık		
Her ay	63	84.0
1-2 ayda bir	3	4.0
21 gün arayla	7	9.3
Menapoz	2	2.7
Ağrılı menstruasyon		
Her zaman	25	33.3
Bazen	29	38.6
Hayır	19	25.3
Menopoz	2	2.6
*Ağrılı menstruasyona karşı tutum		
Hiçbir şey yapmama	11	14.6
Ağrı kesici alma	37	49.3
Dinlenmek	2	2.6
Sıcak uygulama	3	4.0
Papatya çayı	1	1.3
Toplam	54	71.8
Ara kanama		
Her zaman	2	2.7
Bazen	5	6.7
Hayır	66	88.0
Menopoz	2	2.7
*Akıntı olma durumları		
Yok	23	30.7
Normal (az miktarda, saydam)	39	52.0
Günlük ped kullanacak kadar	13	17.3
Kokulu	2	2.6
Toplam	75	100.0

*Birden çok yanıt verilmiştir.

çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir (6).

Günümüzde sosyoekonomik durum da üreme sağlığının belirleyicisi olmaktadır. Düşük sosyoekonomik koşullardan öncelikle gebelik ve çocuklar etkilenmektedir. Üreme sistemi çevre koşullarının olumsuz etkisine de son derece duyarlıdır. Bu durumda düşük, doğumsal özürlü, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riski artmaktadır.

Kadın ve erkek herkesin, tüm yaşamlarında, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık gereksinimleri vardır. Günümüzde birçok nedenden dolayı, bireylerin üreme sağlığına erişemedikleri ve üreme sağlığı haklarını kullanamadıkları dikkati çekmektedir. Bu nedenler arasında bilgi yetersizliği, uygun olmayan ve niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, yüksek riskli cinsel davranışlar sayılabilir (4).

Üreme sağlığı ile ilgili sorunların yarısında kadına bağlı nedenler söz konusudur. Diğer yarısında yalnızca erkek (%30) ya da erkek ve kadın birlikte (%20) sorumludur. Bu rakamlar kadınların çevresel etkenlere daha duyarlı olmasının bir sonucudur (7). Ayrıca gebelik, doğum ve düşüğe bağlı sağlık sorunları yalnızca kadınları etkilemektedir.

Özellikle ailenin sağlık yönetiminde önemli roller üstlenen kadınların olumlu sağlık davranışı edinmesi, sağlıklı bir toplum için gereklidir. Çünkü, annenin ya da kadının sağlık davranışının olumlu olması, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Toplumsal yapıdaki sürekli değişimler, bilim ve teknolojiye gelişmeler eğitime duyulan gereksinimi zorunlu duruma getirmektedir. Günümüzde kadınların eğitim düzeyi de artmaktadır (8).

Üniversitelerin temel işlevi öğretim, araştırma ve toplum hizmetidir. Bu bağlamda kadın öğretim elemanları, üniversite düzeyinde eğitilmiş bireyler olarak kadın statüsünün yükseltilmesi, kendi yaşamlarını sağlıklı olarak geliştirme ve sağlıklarının sorumluluğunu alma konusunda toplumdaki diğer kadınlara da rol modeli olmaktadır. Bu nedenle sağlıklı bir toplum oluşmasında, özellikle kadın eğitimcilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi gerekmektedir (9).

Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi'nde çalışan ve sağlık sektörü dışında olan akademisyen

kadınların üreme sağlığına yönelik uygulamalarını incelemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

- **Araştırmanın türü:** Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

- **Örneklem:** Eylül 2005 yılında İzmit İli'nde Kocaeli Üniversitesi'nde kümeleme tipi örneklem yöntemiyle belirlenen Anıtpark Merkez, Veziroğlu Merkez, Hereke ve Aslanbey Yerleşkeleri'ndeki yüksekokullarda çalışan ve sağlık sektörü dışında olan akademisyen kadınlardan oluşturulmuştur. Çalışmada gönüllülük ilkesi esas alınmıştır. Örneklem grubu çalışmayı kabul eden toplam 75 akademisyen kadından oluşturulmuştur.

- Veri toplama araçları:

a) **Soru kağıdı:** Araştırmada veriler, literatür doğrultusunda hazırlanmış olan soru kağıdı aracılığıyla, akademisyen kadınlara uygulanarak elde edilmiştir. Soru kağıdında

sorular sırasıyla demografik özellikleri ortaya koyan (yaş, eğitim vb.) ve genel üreme sağlığına yönelik durum ve tutumlarını sorgulayan sorulardan oluşturulmuştur.

Sonuçlar ve Tartışma

Araştırmamıza gönüllü katılan 75 akademisyen kadının yaş ortalaması 32 olup (median 31, minimal değer 23 ve maksimum değer 48, standart sapma: 6.3830), akademisyenlerin %42.7'si yüksek lisans mezunudur. Üreme sağlığına ilişkin sorularda objektif yanıtlar alabilmek amacıyla, akademisyen kadınların medeni durumları sorgulanmamıştır. Akademisyen kadınların %52'si gebelik yaşamamış olup gebelik geçirenlerin %44'ü canlı doğum yapmışlardır. Kadınların %29.3'ünün bir canlı doğum yaşadığı ve %14.7'sinin iki canlı doğum yaşadığı görülmektedir. Akademisyen kadınların %93.3'ünün düşüğünün olmadığı ve %98.7'sinin hiç kürtaj olmadığı anlaşılmaktadır. Çalışmamızda akademisyen kadınların hiçbirisi ölüm doğum yapmamıştır.

Araştırmamızda akademisyen kadınların menstruasyona ilişkin durumları belirlenmiştir. Kadınların %84'ü menstruasyonu her ay gördüklerini ve toplam %66'sı bazen (%38.0) ya da her zaman (%28) ağırlı menstruasyon yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu durumda akademisyen kadınların %49.3'ü ağıri kesici kullandığını belirtmiştir.

Akademisyenlerin toplam %9.4'ü bazen (%6.7'si) ya da her zaman (%2.7'si)

	Sayı	%
Etkili aile planlaması yöntemi kullanma durumları		
Evet	35	46.6
Hayır	40	53.4
Toplam	75	100.0
Aile planlaması yöntemi kullanma durumları		
Etkili yöntem kullananlar	19	54.3
Etkisiz yöntem kullananlar	16	45.7
Toplam	35	100.0

	Sayı	%
Kontrolle gitme durumları		
Gebelik takibi ve doğum için gitme	11	14.6
Şikayet olduğunda gitme	43	57.3
Şikayet olmasa da düzenli olarak yılda bir kez gitme	7	9.3
Hiç gitmeme	14	18.6
Cinsel yaşamla ilgili sorun olması durumunda sağlık kurumuna başvurma durumu		
Evet	47	62.7
Hayır	17	22.7
Yanıt vermeyen	11	14.7
Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kimden yardım isteneceği		
Kadın doğum uzmanı	72	96.0
Ebe ya da hemşire	3	4.0
Kadın doğum danışmanlığında sorulmaya cesaret edilemeyen konular		
Yanıt vermeyen	41	54.6
Her şeyi rahatlıkla sorarım	30	40.0
Cinsellik	4	5.4
Toplam	75	100.0

Üretmek ve Üremek Gelecek kuşakları tehdit eden çalışma



arakanama yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ara kanama yaşayanların tamamı (7 kişi) bu durum karşısında herhangi bir uygulama bildirmiştir %52'si normal sayılabilecek bir akıntılarının olduğunu belirtmişlerdir. Sonuçlarımızda akademisyen kadınların %54.4'ünün etkili aile planlaması yöntemi kullanmadıkları saptanmıştır (Tablo 3). Sonuçlarımızda akademisyen kadınların %54.4'ü etkili aile planlaması yöntemini kullanmadıkları görülmektedir. Ancak, korunanlar arasında etkisiz yöntemleri tercih edenlerin oranının azımsanmayacak kadar çok olduğu söylenebilir (%45.7). Örneklem grubu eğitim düzeyi yüksek olan kişilerden oluşmuştur.

Çalışmamızda akademisyen kadınların %9.1'i gibi düşük bir oranı "Yakınması olmasa

da düzenli olarak yılda bir kez gittikleri ve %55.9'u da yakınması olduklarında gittiklerini belirtmişlerdir.

Akademisyen kadınların %62.7'si cinsel yaşamla ilgili sorun olması durumunda sağlık kuruluşuna başvurabileceklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların yalnızca %4'ü kadın sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde ebe ya da hemşireden yardım almak isteyeceğini, büyük çoğunluk ise (%96.0) kadın doğum uzmanına başvuracaklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda katılımcıların %28'i ultrasonografi ve %22.7'si vajinal muayene yaptırmıştır. Bu incelemeler normal gebe izleminde de yapılmasından dolayı diğer tetkiklerden daha fazla yapılmıştır.

Araştırmamızda bugüne kadar pap-smear yaptırmayanların oranı %81.3 olup, %20'si hormon incelemesi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda biyopsi yaptıran akademisyen kadın olmadığı belirlenmiştir.

Akademisyen kadınların %57.4'ü Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaptıklarını, ancak yapanların yaklaşık yarısı (%53.5) yanlış zamanda yaptığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Çalışmamızda kadınların %72'si gibi büyük bir oranının cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı hiçbir girişim ve önlemi almadıkları saptanmıştır.

Akademisyen kadınların hepsi "tuvalet sonrası elimi yıkarım", %64'ü temizliğimi vajinadan anüse doğru yaparım", %84'ü "beyaz tuvalet kağıdı kullanırım", %69.3'ü "iç çamaşırımı her gün değiştiririm" ifade etmişlerdir. Kadınların %54.7'si "Yalnızca pamuklu iç çamaşırı kullanırım", katılımcıların %84'ü "genital bölge temizliğinde parfüm kullanmam", %58.7'si "umumi yerlerdeki alafranga tuvaletlerinin klozet kapağına tuvalet kağıdı/tek kullanımlık kağıt kullanırım", %72'si "menstrasyon dönemlerimde cinsel ilişkiye girmem" diyerek istenen tutumu sergilemişlerdir (Tablo 7).

Ayrıca katılımcıların yalnızca %28'i dengeli ve düzenli beslenmesine dikkat ettiğini ifade etmiştir.

Tartışma

Tablo 1'de görüldüğü gibi akademisyen kadınların %36.1'i 21-26 yaş grubunda ve %42.7'sinin yüksek lisans mezunudur. Üreme sağlığına ilişkin sorularda olanakların

elverdiğince objektif yanıtlar alabilmek amacıyla akademisyen kadınların medeni durumları sorgulanmamıştır. Akademisyen kadınların %52'si gebelik yaşamamış olup gebelik geçirenlerin %44'ü canlı doğum yapmışlardır. Kadınların %29.3'ü bir canlı doğum yaşadığı ve 14.7'sinin iki canlı doğum yaşadığı görülmektedir. İzmir- Bornova'da yapılan bir çalışmada, özellikle Ege Üniversitesi, kampüs alanına yakın yerleşimli olması nedeniyle kaba doğum hızı düşük olduğu görülmüştür. Bu sonucun öğrenim düzeyi yüksek kişilerin yaşadığı bir yerleşim birimi olmasından kaynaklandığı belirtilmiş olup bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir (10). Akademisyen kadınların %93.3'ünün düşükünün olmadığı ve %98.7'sinin hiç kürtaj olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda akademisyen kadınların hiç biri ölü doğum yapmamıştır.

Tablo 2'de akademisyen kadınların menstruasyona ilişkin durumları belirlenmiştir. Kadınların %84'ünün menstruasyonau her ay gördüklerini ve toplam %66'sının bazen (%38.0) ya da her zaman (%28) ağrılı menstruasyona yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu durumda akademisyen kadınların %49.3'ü ağrı kesici kullandığını belirtmiştir.

Akademisyenlerin toplam %9.4'ü bazen (%6.7'si) ve her zaman (%2.7'si) ara kanama yaşadıklarını belirtmişlerdir. Filippi ve arkadaşlarının üreme sağlığına yönelik yaptığı araştırmasında kadınların %12'sinde menstrasyon sorunları (geç ya da sık menstrasyon görme, ara kanama) yaşamış olmaları çalışmamız ile paralellik göstermektedir (11). Ara kanama yaşayanların tamamı (7 kişi) bu durum karşısında herhangi bir uygulama yapmadıklarını bildirmiştir. Kadınların %52'si normal sayılabilecek bir akıntılarının olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 3).

Sonuçlarımızda akademisyen kadınların %54.4'ünün etkili aile planlaması yöntemini kullanmadıkları görülmektedir (Tablo 3). Oranın yüksek çıkması bekar kadınların da grupta yer almış olmasından kaynaklanabilir. Ancak korunanlar arasında etkisiz yöntemleri tercih edenlerin oranının azımsanmayacak kadar çok olduğu söylenebilir (%45.7). Erbil ve Top'un yaptığı çalışmada %44.2 (12) ve Daşikan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %56'dır (13). Ancak, bu çalışmalarda eğitim düzeyi daha çok ilköğretim düzeyindedir (%62- %76).

Tablo 4'te Akademisyen kadınların %9.1 gibi düşük bir oranı "Yakınma olmasa da düzenli olarak yılda bir kez kontrole" gittiğini ve %55.9'u ise yakınması olduğunda kontrole gittiklerini belirtmişlerdir. Oysa literatürde üreme sağlığı açısından her kadının yakınması olsun ya da olmasın yılda bir kez muayene olması gerektiği vurgulanmaktadır (14).

Akademisyen kadınların %62.7'si cinsel yaşamla ilgili sorun olması durumunda sağlık kuruluşuna başvurabileceklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların yalnızca %4'ü kadın sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde ebe ya da hemşireden yardım almak isteyeceğini, büyük çoğunluk ise (%96.0) kadın doğum uzmanına başvuracaklarını belirtmişlerdir. Erbil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oranın %29 olduğu belirtilmiştir (12). Bu durum koruyucu hizmetlerin birincil sorumluları olan ebe/hemşirelerin yeterince görev alamadığını düşündürmektedir.

Akademisyen kadınların %39.0'ı kadın doğum uzmanına her şeyi rahatlıkla sorabileceklerini belirtmişlerdir.

Tablo 5'te katılımcıların %28'i ultrasonografi ve %22.7' vajinal muayene yaptırmıştır. Bu tetkikler normal gebe izleminde de yapılmasından dolayı diğer tetkiklerden daha fazla yapılmıştır. Araştırmamızda bugüne kadar

Tablo 5. Akademisyen kadınların kadın sağlığına yönelik yaptırdıkları tetkikler

Yaptırılan tetkikler	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Vajinal muayene	17	22.7	58	77.3	75	100.0
Ultrasonografi	21	28.0	54	72.0	75	100.0
Mamografi	7	9.3	68	90.7	75	100.0
Pap-smear	14	18.7	61	81.3	75	100.0
Kemik yoğunluğu ölçümü	1	1.3	74	98.7	75	100.0
Hormon	15	20.0	60	80.0	75	100.0
Diğer tetkikler	1	1.3	74	98.7	75	100.0

Tablo 6. Akademisyen kadınların KKMM kullanma durumları

Kendi kendine meme muayenesi yapma durumları	n	%
Evet	43	57.4
Hayır	30	40.0
Yanıt vermeyen	2	2.6
Kendi kendine meme muayenesi yapılma sıklığı		
Yanıt vermeyen	4	9.6
Uygun sıklık (Ayda bir)	16	37.2
Uygun olmayan sıklık (1 hafta / 6 ay arası)	23	53.2
Toplam	43	100.0

Tablo 7. Akademisyen kadınların CYBH ilişkin uygulamaları

	n	%
Temizliğe önem verme	8	10.7
Tek eşlilik	6	8.0
Kondom kullanma	7	9.3
Hiçbir şey yapmama	54	72.0

Pap-smear yaptırmayanların oranı %81.3 iken, Erten'in çalışmasında bu oran %89.3' dür. Çalışmamız Erten'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir (15). Akademisyen kadınların %20'si hormon incelemesini yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda biyopsi yaptıran akademisyen kadın olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 6'da akademisyen kadınların %57.4'ü kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaptıklarını belirtmişlerdir. KKMM' nin ayrıntılı irdelendiği bir çalışmada bu oran %18.8 (16) ve başka bir çalışmada da %79.8 bulunmuştur (15). Bu çalışmalarda çok farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Çalışmamızda meme muayenesini yapanların yaklaşık yarısının (%53.5) yanlış zamanda yaptığı belirlenmiştir. Parlar ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %60 (16) ve başka bir çalışmada %58.2 olarak belirlenmiştir (17). Bu sonuçlar bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Eğitim etmeninin KKMM yapmak için etkili olduğu söylenirken, zamanlamanın doğruluğu üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı görülmektedir.

Kadınların %72'si gibi büyük bir oranın cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı hiçbir girişim ve önlemi bulunmamaktadır. Oysa dünyada kısırlık olgularının %30-60'ı CYBH nedeniyle oluşmaktadır ve DSÖ'ye göre her yıl, her 20 gençten biri cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmaktadır (18). Robinson ve arkadaşları, CYBH'den korunma için en etkili yolun tek eşli cinsel yaşam olduğunu belirtmişlerdir. Oysa çalışmamızda bu oran yalnızca %8 olarak bulunmuştur (19).

Akademisyen kadınların hepsi "tuvalet sonrası elimi yıkırım", %64'ü temizlenmemi vajinadan anüse doğru yaparım", %84'ü "beyaz tuvalet kağıdı kullanırım", %69.3'ü "iç çamaşırımı her gün değiştiririm" demişlerdir. Daşikan ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları genital hijyen uygulamalarına yönelik araştırmalarında, kadınların %81.6'sının tuvaletten sonra ellerini yıkadığı, %37.6'sının önden arkaya (vajinadan anüse doğru) temizlendiği saptanmıştır (13). Bizim çalışmamızda oranların daha yüksek olmasının katılımcıların eğitim düzeyinin yüksekliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların %54.7'si "Yalnızca pamuklu iç çamaşırı tercih ederim" seçeneğini onaylamış olmalarına karşın, Daşikan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %96.8'dir. Yine Araştırmamızda kadınların %70.7'si menstruasyon dönemlerinde uygun aralıklarla pedlerini değiştirirken Daşikan ve arkadaşların da bu oran yaklaşık %55.2 olduğu belirtilmiştir. Kadınların %84'ü "genital bölgenin kuru kalmasını" önemserken, Daşikan ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %58.8'dir (13). Bu oranların çalışmamızla örtüşmediği görülmektedir.

Katılımcıların %84'ü "genital bölge temizliğinde parfüm kullanmam", %58.7'si "umumi yerlerdeki alafranga tuvaletlerinin klozet kapağına tuvalet kağıdı/tek kullanımlık kağıt kullanırım", %72'si "regl dönemlerimde cinsel ilişkiye girmem" ifadelerinde istenen tutumu sergilemişlerdir.

Araştırmamızda kadınların %88'i vajinal duş yaparken Daşikan ve arkadaşlarının çalışmalarında bu oran %80'dir (13). Her iki çalışmada da eğitimden çok, dini uygulamalardan ve temizlik anlayışlarından etkilenildiği söylenebilir. Çalışkan'ın çalışmasında da özellikle bu yön vurgulanmıştır (19). Turan ve arkadaşlarının 2004 yılında

Tablo 8. Akademisyen kadınların üreme sağlığına ilişkin uygulamaları

	İstenen tutum		Uygun olmayan tutum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
	Tuvalet öncesi elimi yıkarım	25	33.3	50	66.7	75
Tuvalet sonrası elimi yıkarım	75	100.0	0	0.0	75	100.0
Tuvalette taharetlenmeyi su ile yaparım	2	2.6	73	97.4	75	100.0
Tuvalette taharetlenmeyi yalnız tuvalet kağıdı ile yaparım.	16	21.3	59	78.7	75	100.0
Tuvalette taharetlenmeyi su ve sabun ile yaparım	35	46.7	40	53.3	75	100.0
Tuvalette taharetlenmeyi ıslatılmış tuvalet kağıdı ile yaparım	12	16.0	63	84.0	75	100.0
Taharetlemeyi önden arkaya (vajinadan anüse doğru) yaparım	48	64.0	27	36.0	75	100.0
Beyaz tuvalet kağıdı kullanırım.	63	84.0	12	16.0	75	100.0
İç çamaşırımı hergün değiştiririm	52	69.3	23	30.7	75	100.0
Yalnızca pamuklu iç çamaşırını tercih ederim	41	54.7	34	45.3	75	100.0
İç çamaşırımı ütülerim.	22	29.3	53	70.7	75	100.0
İç çamaşırımı kaynatırım.	11	14.7	64	85.3	75	100.0
Deniz/ Havuzdan çıktıktan sonra ıslak mayomu değiştiririm.	29	38.7	46	61.3	75	100.0
Genital bölgenin kuru kalmasını önemserim.	63	84.0	12	16.0	75	100.0
Genital bölge temizliğinde parfüm kullanmam	63	84.0	12	16.0	75	100.0
Genital bölge temizliğinde sabun kullanırım	18	24.0	57	76.0	75	100.0
Zorunlu kalmadıkça umumi yerlerde alafanga tuvaletini kullanmam	42	56.0	33	44.0	75	100.0
Umumi yerlerde alafanga tuvaletini kullanırım	40	53,3	35	46,7	75	100.0
Umumi yerlerdeki alafanga tuvaletlerinin klozet kapağına tuvalet kağıdı/tek kullanımlık kağıt kullanırım	44	58.7	56	41.3	75	100.0
İdrar yapma ihtiyacım ortaya çıktığında ertelemem.	27	36.0	48	64.0	75	100.0
Regl olduğumda en fazla dört saatte bir ped değiştiririm.	53	70.7	22	29.3	75	100.0
Cinsel ilişki sonrasında haznenin içini bol suyla yıkarım	9	12.0	66	88.0	75	100.0
Regl dönemlerimde cinsel ilişkiye girmem.	54	72.0	21	28.0	75	100.0

yaptığı araştırmada da perine hijyeni konusunda doğru davranışlarının yeterli olmadığı saptanmıştır (20).

Kadınların yalnızca %28'i "Dengeli ve düzenli beslenmeye dikkat ederim" yanıtıyla istendik yanıtı vermişlerdir. Farklı gruplarla yapılan çalışmalarda da iyi beslenme alışkanlığına ve beslenme bilgisine sahip olanların yüzdesi düşük bulunmuştur (20).

Öneriler

Akademisyen kadınların eğitim düzeylerin yüksek olmalarına karşın, üreme sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve tutumlarının yanlış/eksik olduğu söylenebilir. Üreme sağlığı konularında bu gruba belli dönemlerde konferans/seminerler verilerek duyarlılıklarını artırmak gereklidir.

İletişim: Dr. Nevin Utqualp

E-posta: nutqualp@uludag.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Özvarış B, Akin A. Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum 1998;8 (4).p. 23-26.
- 2- Frattarelli J, Moore G. Workplace hazards during pregnancy prim care. Update Ob/ Gyns; 1998: 5 (1); p.54-59.
- 3- Akin A,Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar.Sağlık ve Toplum 1998;8(4).p.16-22.
- 4- Ertem G, Sevil Ü.Üreme sağlığı ve üreme haklarına bakış. 4.Uuslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi.İstanbul; 1998.s.233-234.
- 5- Unicef.Türkiye'de Anne ve çocukların durum analizi. Ankara: T.C.Hükümeti Unicef ibirliği programı; 1991.s.149-187.
- 6-Özvarış B.Üeme sağlığı ve Aile Planlaması. İstanbul; İnsan Kaynağının Geliştirme Vakfı ; 1997.
- 7-Tekbaş Ö. Kimyasallar ve üreme sağlığı. 4. Uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi.Ankara:2005.p.154-157.
- 8-Tokgöz E.Kadın öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkiliyen etmenlerin değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği,Yüksek Lisans Tezi, İzmir: 2001.
- 9-Esin N. Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI Ulusal Halk ve Sağlığı Kongresi Kitabı.Adana ;1994.
- 10-Tekgül, N, Saltık D, Şen Y, Kurt S. 15-49 yaş kadınlarda ortalama menarş yaşı. Sted Dergisi; 2005;14 (4).s.76-79.
- 11-Filippi V, Marshall, Bulut A, Graham W, Yolsal N. Asking questions about women's reproductive health: Validity And Reliability of Survey Findings From İstanbul. Tropical Medicine And İnternational Health; 1997. (2). p.47-56.
- 12-Erbil N, Top F. İstemli küretaj olacak kadınların aile planlaması ve istemli küretaja ilişkin bilgi tutum ve davranışları, 4.Uluslar Arası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi İstanbul; 2005.p.216.
- 13-Daşikan Z, Kılıç B, Baytok C, Kocairi H, Kuzu S. Genital akıntı şikayetiyle polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamalarının belirlenmesi. 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongre Kitabı;2005.s.14.
- 14-Atasü T,Şahmay S.Jinekoloji.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001
- 15-Erten H, Özen T,Yılmaz H. Isparta ili karaağaç sağlık ocağına bağlı, 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumlarının üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi. 4.Uluslar Arası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi:İstanbul. 2005. s.224.
- 16- Parlar S, Bozkurt A, Ovayolu N. Ana çocuk sağlığı ve aile planlama (AÇSAP) merkezine başvuran kadınlarda kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2004;14 (2): s.53-58.
- 17- Kırdök E, Budakoğlu I, Maral I. Hekimdisi Kadın Sağlık personelinin meme kanseri hakkındaki bilgi ve davranışı, Sağlık ve Toplum 2004;14 (4):s.43-47.
- 18-Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı.Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2004; 13(8): 286-89.
- 19-Çalışkan D.Geleneksel intravajinal uygulama vajinal duş, lavaj yapılmalı mı, yapılmamalı mı. Sted 2005;14(1).s.15-18
- 20-Turan S, Özvarış B. Mamak halk eğitim merkezi kadın kursiyerlerinin kadın sağlığı ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. Sağlık Ve Toplum2004; 14 (4): s.34-41.
- 21-YurdakulM,Çelik I ve ark. Mersin Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi.Sağlık ve Toplum 2005;15(1): 106-111.

Bilinçsiz İlaç Kullanımı İle Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Relationship between Irrational Drug Use and Health Responsibility



Dr. Zeynep Güngörmüş*, Dr. Ayşe Sayan**

Öz

Bu araştırma bireylerin bilinçsiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu düzeylerini belirlemek, bunların birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olarak planlanmış ve yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Erzurum Yenişehir Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölgede ikamet eden 50.000 kişi oluşturmuştur. Yamane tarafından geliştirilen ve İdil tarafından Türkçe'ye uyarlanan (alfa=0.05 için) Minimum örneklem büyüklüğü esas alınarak belirlenen 411 kişi örnekleme oluşturmuştur. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık sorumluluğu düzeyleri belirlenerek, bu bireylerin ilaç kullanım ilkelerine uyma davranışlarının saptanabilmesine yönelik sorulara yer verilerek, elde edilen veriler; analiz edilmiştir. Çalışmadaki, bireylerin çoğunluğunun sağlık sorumluluğu düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık sorumluluğu düzeyinin cinsiyet, sağlık güvencesi ve kronik hastalık durumu ile bir ilişkisinin olmadığı; yaş, gelir durumu ve eğitimle paralel artış gösterdiği; emekli, dul bireylerin ve yaşamın 2/3'ünü ilçede geçiren bireylerin sağlık sorumluluğunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlaç kullanım ilkelerine uyan (reçete edilen ilacın eczaneden zamanında alınması, önerilen sıklıkta ve dozda kullanılması, önerilen süre içinde bitirilmesi, başkalarına ilaç verme ya da alma, ilaç kullanmadan önce son kullanım tarihine dikkat etme ve ilaç kullanımı sırasında açlık tokluk ilkesine uyma) bireylerin uymayanlara göre anlamlı bir biçimde sağlık sorumluluğu daha yüksek bulunmuştur. İlaç kullanım ilkelerine uyma konusunda cinsiyetler arasında bir ilişki bulunmazken, 20-35 yaşlarındaki bireylerin ilacı önerilen dozda aldığı belirlenmiştir. Yüksekokul-fakülte mezunlarının; ilacı önerilen sıklıkta, dozda, önerilen sürede bitirdikleri, ilacı kullanırken açlık-tokluk ilkesine uydukları, son kullanma tarihine dikkat ettikleri, başkalarına ilaç vermedikleri ve almadıkları saptanmıştır. Sosyal güvencesi olanların; ilacını zamanında eczaneden aldıkları, kullanmak için başkalarından ilaç almadıkları görülmüştür. Kronik hastalığı olmayan bireylerin son kullanma tarihine dikkat ettikleri, başkalarıyla ilaç alışverişinde bulunmadıkları saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Bilinçsiz ilaç kullanımı, Sağlık sorumluluğu düzeyi

Abstract

This descriptive study has been planned and executed, aiming to determine the scope of irrational drug use and the level of health responsibility of individuals and to examine the relationship between them. The universe of the study consisted of 50,000 people registered to the district of Erzurum Yenişehir Health Center. Based on The Minimum Sample Size, developed by Yamane and adapted into Turkish by İdil, 411 subjects were selected among them as the sample (for alfa=0.05). The questionnaire form included questions about the socio demographic features, the health responsibility of the individuals and their principles of drug use and the collected data were statistically analyzed. In the present study, it was determined that health responsibility levels of the subjects were low. Health responsibility levels did not correlate with sex, social security or presence of chronic illness but positively correlated with age, level of income and education. Those who are retired, widowed or who have lived in the city for more than two thirds of their life had higher levels of health responsibility. The subjects who adhered to rules of drug use (purchasing the drug from the pharmacy as soon as required, using the drug at the recommended intervals and dose for the recommended duration, not accepting drugs from other individuals or giving drugs to them, minding the expiration date, adhering to the before- or after-meals recommendations) had a significantly higher health responsibility level. While there was no significant difference among genders in terms of adhering to rules of drug use, subjects aged 20-35 were found to be using the drugs at the recommended dose. College and university graduates used the drug at the recommended intervals and dose for the recommended duration, adhered to the before- or after-meals recommendations, checked the date of expiration and did not exchange drugs with others. Those who had social security did not delay purchasing the drug from the pharmacy and did not get drugs from other individuals. It was noted that individuals who did not have a chronic disease checked the expiration dates and did not exchange drugs with others.

Key words: Irrational drug using, health responsibility level

Giriş

Bilinçsiz ilaç tüketimi, dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün yönettiği son çalışmalar, bilinçsiz ilaç kullanımının büyük boyutlara ulaştığını göstermektedir. Günümüzde gerek ABD ve gerekse diğer gelişmiş ülkelerde birçok kişinin çeşitli ilaçları bilinçsiz bir biçimde kullandığı bilinmektedir (1-3).

Ülkemizde hatalı ilaç kullanılmasının çeşitli nedenleri vardır. Hekim denetiminde alınması gereken ilaçlar hekim denetimi dışında da alınmakta ve bu durum bireylerde ve toplumda önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Son yıllarda evlerde oldukça kabarık sayıda ilaç birikimi olduğu ve bu ilaçların pek çoğunun süreli ve hekim denetiminde alınmaları gerektiğinin bilinmesi, savurganlığın ve yanlış ilaç tüketiminin hangi boyutlarda olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada; evlerde kişi başına 4.2 kutu ilaç bulunduğu bildirilmektedir. Diğer bir deyişle, hemen hemen her evde 20-30 kutu ilacın bulunduğu söylenebilir. İstanbul'da yapılan bir araştırmada, 2 000 aile incelenmiş ve katılımcıların %70'inin her gün en az bir ilaç kullandıkları bildirilmiştir (4).

İlaç üretimi ve tüketimi, yalnız sağlık personelinin değil, kamuoyunu da yakından ilgilendiren politik, ekonomik ve bilimsel çok boyutlu bir konu durumuna gelmiştir. İlaç tüketimindeki savurganlık, 20. yüzyılın ikinci yarısında tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de artış göstermiştir. Ülkemizde 1990 yılında kişi başına 21 dolar olan yıllık ilaç harcamasının, 1995 yılında 26 dolar, 2000 yılında ise 38 dolara ulaştığı görülmektedir (5-7). Bu durumun, hem toplum sağlığı, hem de ülke ekonomisi üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Türkiye'de, akılcı olmayan ilaç tedavisi örnekleri, iyi planlanmış ve geniş kapsamlı araştırmalarla saptanmış değildir. Oysa bir sorunun çözülebilmesi için öncelikle sorunun iyi tanımlanmış olması gereklidir.

Amaç

Bu çalışma, bireylerin bilinçsiz ilaç tüketimi ile sağlık sorumluluğu düzeylerini belirlemek, bunların birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Erzurum ili Belediye il sınırları içinde bulunan Yenişehir Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölgedeki 20 yaş ve üstü 50.000 kişi oluşturmuştur.

Örnekleme Yöntemi

Araştırma evrenini oluşturan 20 yaş ve üstü 50 bin kişiden, Yamane tarafından geliştirilen, İdil'in Türkçe'ye uyarladığı $\alpha=0.05$ için Minimum Örnek Büyüklüğü esas alınarak belirlenen 397 kişi örnekleme oluşturmuştur (8). Bu 397 kişi Yenişehir Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği yedi mahalleye bölünerek, her birinden alınması gereken örneklem büyüklüğü 59 olarak saptanmıştır. Her bir mahalleye düşen örneklem büyüklüğünü tam sayıya ulaştırmak için de alınması gereken kişi sayısı 60'a çıkarılmıştır. Bu 60 kişi rastgele seçilen evlerden 20 yaşın üstündeki bir birey araştırmaya alınarak 420 bireye ulaşıncaya kadar anket uygulanmıştır. Daha sonra yanıtlama hataları ve yanlış verilerden dolayı dokuz anket formu çıkarılarak 411 kişinin anket formu değerlendirilmiştir. Anket formları araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında, bireylere özgü tanımlayıcı özellikler ve ilaç kullanım ilkelerini değerlendirmek amacıyla hazırlanan anket formu ile "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt grubu kullanılmıştır.

Sağlık Sorumluluğu Ölçeği

Bireyin sağlığına ilişkin sorumluluk düzeyini ölçmede kullanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender (9) tarafından geliştirilmiş ve 1997 yılında Esin (10) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Geçerliliği ve güvenilirliği saptanmış olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin, altı alt grubundan ikinci

olan ve bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığa ne ölçüde katıldığını belirleyen "Sağlık sorumluluğu" alt grubu kullanılmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme dörtlü likert tipi ölçek üzerine yapılır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir. En düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığa ne ölçüde katıldığını belirler. Oluşturulan anket formu ve ölçek ön denemeden geçirilerek gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulanmıştır.

Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerini Belirleyen Anket Soruları

Anket formunda bireylerin tanıtıcı özelliklerinin belirlenebilmesi için; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sağlık güvencesi, doğum yeri, yaşamın büyük bir kısmının (2/3) geçtiği yer ve bireyin genel sağlık durumunun belirlenmesine yönelik sorular yer almaktadır.

İlaç Kullanım İlkeleri ve Bilinçsiz İlaç Tüketimi ile İlgili Sorular

Reçete edilen ilacın eczaneden zamanında alınması, ilaçların önerilen sıklıkta ve dozda kullanılması, ilacın önerilen süre içinde bitirilmesi, başkalarına ilaç verme ya da başkasından ilaç alma, ilaç kullanmaya başlamadan önce son kullanma tarihlerini göz

önünde bulundurma ve ilaç kullanımı sırasında açlık tokluk ilkesine uyma gibi sorular sorulmuştur. Ayrıca reçete edilen ilaçlar ya da kullanımları ile ilgili olarak, bireylerin bilgilendirilip bilgilendirilmedikleri, bilgilendiriliyorlarsa kim tarafından bilgilendirildiklerinin saptanabilmesine yönelik sorulara da yer verilmiştir.

Etik İlkeler

Anket uygulamasına başlamadan önce bütün bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek bireylerin çalışmaya gönüllü olarak katılımı sağlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma materyalinden elde edilen veriler SPSS Microsoft 6.1 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Student t-testi; Ki-kare testi ve yüzde dağılımları ile korelasyon kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %44'ünün kadın, %56'sının erkek olduğu; %42'sinin 20-35, %42'sinin 36-50, %16'sının ise 51 ve üzeri yaş grubunda bulunduğu; %6,5'inin okur-yazar olmadığı, %21'nin ilkökul, %33'inin ortaokul ve lise, %39,5'inin ise yüksekokul-fakülte mezunu olduğu; %48'inin memur, %6'sının emekli, %4'ünün işçi, %10'unun serbest meslek sahibi, %25'inin ev kadını, %7'sinin ise öğrenci

Tablo 1. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık sorumluluğu düzeyleri

Ölçek	Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler	Genel Ortalama±SD	Sorulara İlişkin Ortalama±SD	n
Sağlık Sorumluluğu	10-40	10-37	21.401± 5.962	(2.1± 0.5)	411

Tablo 2. Bireylerin cinsiyet, sağlık güvencesi ve kronik hastalık durumuna göre sağlık sorumluluğu düzeyi.

Tanıtıcı Özellik	Sağlık Sorumluluğu Düzeyi			
	n (411)	± SD	t	p
Cinsiyet				
Kadın	180	20.900 ± 6.014	1.51	p>0.05
Erkek	231	21.792 ± 5.90		
Sağlık Güvencesi				
Var	346	21.422 ± 6.001	0.16	p>0.05
Yok	65	21.292 ± 5.793		
Kronik Hastalık				
Var	118	22.068 ± 6.465	1.37	p>0.05
Yok	293	21.133 ± 5.737		

olduğu saptanmıştır. Bireylerin %84'ünün sağlık güvencesinin olduğu, %77'sinin yaşamının büyük bir bölümünü ilde geçirdiği ve %29'unun kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık sorumluluğu düzeyleri

Çalışma kapsamına alınan bireylerin, sağlık sorumluluğundan aldıkları en düşük ve en yüksek değerlerin 10-37 arasında olduğu ve bu bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyinin ortalama (\pm SD) 21.401 \pm 5.962 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık sorumluluğu düzeyi Tablo 2'de sunulmuştur. Tanıtıcı özelliklerden cinsiyet, sağlık güvencesi ve kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte; yaş grupları, eğitim durumu, meslek grupları, medeni durum ve yaşamın geçtiği yere göre sağlık sorumluluğu düzeyinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Yaş grupları arasında en yüksek ortalamanın "51 ve üzeri" yaş grubuna, en düşük ortalamanın ise "20-35" yaş grubuna ait olduğu ve yaş grupları arasındaki farkın "51 ve üzeri" ve "20-35" yaş gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır (Duncan testi, $p<0.05$) (Tablo3).

Eğitim durumu ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişkiye bakıldığında; en yüksek ortalamanın "yükseköğül- fakülte mezunu" grubuna ait olduğu (23.296), bunu sırasıyla "ortaokul-lise" grubu "okur-yazar değil" grubu, "ilkokul" grubunun izlediği ve gruplar arasındaki farkın "yükseköğül- fakülte mezunu" grup ile diğer gruplar arasında ve "ortaokul-lise mezunları" ile "okur-yazar değil" ve "ilkokul" mezunları arasında kaynaklandığı (Duncan testi, $p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 3).

Meslek gruplarına göre sağlık sorumluluğu düzeyi incelendiğinde; en yüksek ortalamanın "emeklilere" ait olduğu, bunu sırasıyla "memur", "öğrenci", "serbest meslek", "işçi" ve "ev kadını" gruplarının izlediği gözlenmiştir. Meslek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($F=12.6882$, $p<0.001$) ve bunun "ev kadınları" ile "işçiler" hariç diğer gruplar arasında ve "işçiler" ile "memur" ve

"emekliler" arasından kaynaklandığı (Duncan testi, $p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 3).

Medeni durum ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki irdelendiğinde ise, "dul"ların 25.293 ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu, bunu sırası ile "bekar" ve "evli" grubun izlediği ve "dul" bireyler ile "evli" ve "bekar" bireyler arasında, ayrıca "bekar"lar ile "evli" bireyler arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Yaşamın 2/3'ünün geçtiği yere göre sağlık sorumluluğu düzeyine bakıldığında; "ilçe" grubunun en yüksek sağlık sorumluluğuna sahip oldukları bunu sırasıyla "il" grubu ve "köy" grubunun izlediği saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın "köy" grubu ile hem "il", hem de "ilçe" grupları arasında (Duncan testi, $p<0.05$) kaynaklandığı anlaşılmıştır (Tablo 3).

Ayrıca bireylerin ortalama aylık gelirlerinin 347 YTL olduğu ve gelir durumu ile bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyi arasında pozitif bir korelasyon olduğu ($r=3.3325$, $p<0.001$) saptanmıştır (Tablo 3).

Bölgede memurlar çoğunlukta olduğu için, genellikle yükseköğül-fakülte mezunu olup sağlık güvenceleri de vardır.

Bireylerin ilaç kullanım ilkeleri ile sağlık sorumluluğu düzeyinin karşılaştırılması

İlaç kullanım ilkeleriyle ilişkili bütün parametrelerde olumlu davranış gösteren bireylerin, sağlık sorumluluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve olumlu ve olumsuz davranış sergileyen bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

"İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız" sorusuna "evet" diyen bireylerin sağlık sorumluluğu düzeylerinin "hayır" diyenlerden daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

"İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız" sorusuna "evet" diyenlerin ortalama sağlık sorumluluğu düzeyinin 21.891, "hayır" diyenlerin ise 17.422 olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=5.31$, $p<0.001$) saptanmıştır (Tablo 3).

"İlacınızı önerilen dozda alırmısınız" sorusuna "evet" diyenlerin ortalama sağlık

Tablo 3. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık sorumluluğu düzeyleri

Tanıtıcı özellik	n	X ± SD	Sağlık sorumluluğu Düzeyi				Anlamlılık Derecesi	
			Değişim kaynağı (DK)	Serbestlik derecesi (sd)	Kareler toplamı	Kareler ortalaması (KO)	F Testi istatistiği (F)	Olasılık düzeyi (p)
Yaş Grupları								
20-35	171	20.579 ± 5.660	Gruplar Arası	2	323.5617	161.7808	4.632	<0.01
36-50	173	21538 ± 5.853	Gruplar İçi	408	14249.197	34.9245		
51 ve Üstü	67	23.149 ± 6.641	Genel	410	14572.759			
Eğitim Durumu								
İlkokul mezunu değil	26	18.692 ± 5.992	Gruplar Arası	3	1521.948	507.3162	15.821	<0.001
İlkokul	87	18.471 ± 5.740	Gruplar İçi	407	13050.81	32.0659		
Ortaokul-Lise	136	21.537 ± 5.234	Genel	410	14572.75			
Yüksekokul-fakülte	162	23.296 ± 5.910						
Meslek grupları								
Memur	199	23.000 ± 5.797	Gruplar Arası	5	1973.594	394.7188	12.688	<0.001
Emekli	23	23.565 ± 6.185	Gruplar İçi	405	12599.16	31.109		
İşçi	18	19.222 ± 5.094	Genel	410	14572.75			
Serbest meslek	43	21.279 ± 6.415						
Ev kadını	101	17.901 ± 4.788						
Öğrenci	27	22.518 ± 4.964						
Medeni durum								
Evli	265	20.245 ± 5.509	Gruplar Arası	2	1306.594	653.2972	20.092	<0.001
Bekar	88	22.318 ± 5.891	Gruplar İçi	408	13266.16	32.5151		
Dul	58	25.293 ± 6.263	Genel	410	14572.75			
Yaşamın 2/3'ünün geçtiği yer								
İl	317	21.571 ± 5.971	Gruplar Arası	2	297.9373	148.9686	4.257	<0.01
İlçe	66	21.909 ± 6.012	Gruplar İçi	408	14274.82	34.9873		
Köy	28	18.286 ± 4.936	Genel	410	14572.75			
Aylık gelir	411	347.097.000					r= 3.332	<0.001

sorumluluğu düzeylerinin, "hayır" diyenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

"İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz" sorusuna "evet" diyenler 21.963, "hayır" diyenler 18.117, "ilacı kullanırken açlık tokluk ilkesine uyar mısınız" sorusuna "evet" diyenler 21.649 "hayır" diyenler 19.100, "ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz" sorusuna "evet" diyenler 21.741 "hayır" diyenler 17.515 puan ortalamasına sahip olup, her üç soru için de gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4).

"Başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz" sorusuna ve "başkalarından ilaç alır mısınız" sorusuna "evet" ile "hayır" yanıtları veren bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ilaç kullanımını davranışlarına ilişkin bulgular

Yapılan analizler sonucunda, ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlarla bireylerin cinsiyeti, yaşamlarının büyük bir kısmını geçirdikleri yer, meslek ve medeni durumları arasında istatistiksel önemli bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Yaş etmeni ile ilaç kullanımı davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde, yalnızca "ilacınızı önerilen dozda alır mısınız" parametresinin yaş ile önemli bir ilişkisinin olduğu ($X^2=6.255$, $p<0.05$) ve "20-35" yaş grubundakilerin %97 ile bu kurala uyduğu saptanmıştır.

Eğitim ile ilaç kullanımı davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde ilacın önerilen sıklıkta kullanılmasına "evet" diyenlerden %92'sinin "yüksekokul-fakülte mezunu" ve "ortaokul-lise mezunları" olduğu ve eğitim ile ilacın önerilen sıklıkta kullanılması arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($X^2=11.037$, $p<0.01$) görülmüştür. İlacın önerilen dozda alınması kuralına en fazla uyanların %97 ile yüksekokul-fakülte mezunlarının, en az da %83 ile ilkokul mezunlarının olduğu ve bireylerin eğitim durumu ile bu parametre arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu ($X^2=19.261$, $p<0.001$) görülmüştür. İlacın önerilen sürede bitirilmesi ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, yüksekokul-fakülte mezunlarının %89'nun evet dediği, en az evet diyenlerin ise %74 ile

ilkokul grubu olduğu ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($X^2=15.629$, $p<0.001$) bulunmuştur. İlaç kullanırken açlık tokluk ilkesine uyma ve ilacın son kullanım tarihlerine dikkat etme ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında yine en yüksek oranda evet" diyenlerin "yüksekokul-fakülte" ve "ortaokul-lise mezunları" olduğu (sırasıyla %94, %93) ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. "Başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz" sorusuna "hayır" diyenler %62 ile "yüksekokul-fakülte" grubuna, daha sonra %46 ile "ortaokul-lise" grubuna ait olup aralarındaki ilişki anlamlı ($X^2=15.544$, $p<0.001$) bulunmuştur. "Başkalarından ilaç alır mısınız" sorusuna "hayır" diyenler en yüksek oranda (%69) "yüksekokul-fakülte mezunları", daha sonra sırayla; "orta- lise" (%54), "okur-yazar değil" (%42), "ilkokul" (%39) gruplarından oluşmuştur, eğitim ile "başkalarından ilaç alma" arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($X^2=23.723$, $p<0.001$).

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin sağlık güvencesine göre dağılımları incelendiğinde; yalnızca "ilacı zamanında eczaneden alır mısınız" ilkesi ile sağlık güvencesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($X^2=13.485$, $p<0.001$) ve sağlık güvencesi olanların %95'nin, olmayanların ise %83'nün bu kurala uyduğu saptanmıştır.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ile kronik hastalık olup olmaması arasındaki ilişki incelendiğinde, kronik hastalığı olan bireylerin %86'sının, olmayanların ise %94'nün dikkat ettiği ve bu parametre ile kronik hastalığın olup olmaması arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($X^2=6.854$, $p<0.01$). Kronik hastalığı olanların %42 sinin, olmayanların ise %54'ünün "başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz" sorusuna hayır dediği ve bu parametre ile kronik hastalın olup olmaması arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($X^2=4.761$, $p<0.05$). Kronik hastalığı olmayanların %60'nın, olanların ise %47'sinin "Başkalarından ilaç alır mısınız" sorusuna "hayır" dedikleri ve bu parametre ile kronik hastalık olup olmaması arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=5.872$, $p<0.01$).

Tablo 4. İlaç kullanım ilkeleri ile sağlık sorumluluğu düzeyinin karşılaştırılması.

İlaç Kullanım İlkeleri	Sağlık Sorumluluğu			Anlamlılık Derecesi		
		n(411)	%	x ± SD	t	p
İlacınızı zamanında eczaneden alır mısınız?	Evet	384	93	21.695 ± 5.949	4.93	p<0.001
	Hayır	27	7	17.222 ± 4.440		
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanır mısınız?	Evet	366	89	21.891 ± 5.865	5.31	p<0.001
	Hayır	45	11	17.422 ± 5.259		
İlacınızı önerilen dozda alır mısınız?	Evet	382	93	21.602 ± 5.862	2.49	p<0.01
	Hayır	29	7	18.759 ± 6.717		
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evet	351	85	21.963 ± 5.863	4.74	p<0.001
	Hayır	60	15	18.117 ± 5.499		
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	371	90	21.649 ± 5.907	2.59	p<0.01
	Hayır	40	10	19.100 ± 6.046		
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	378	92	21.741 ± 5.874	3.97	p<0.001
	Hayır	33	8	17.515 ± 5.652		
Başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	202	49	20.678 ± 6.068	2.43	p<0.01
	Hayır	209	51	22.100 ± 5.786		
Başkalarından ilaç alır mısınız?	Evet	181	44	20.320 ± 5.818	3.30	p<0.001
	Hayır	230	56	22.252 ± 5.948		

*Genel n=411, *Yüzdeler sütun yüzdesidir

Tartışma

Bireylerin ilaç kullanım ilkeleriyle sağlık sorumluluğu arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışmada, ilaç kullanım ilkelerine uyan bireylerin sağlık sorumluluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve uymayan bireylerle aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır.

Yaşla ve sağlık sorumluluğu ile ilgili bulgular incelendiğinde, sağlık sorumluluğu düzeyinin yaşla paralel artış gösterdiği, en yüksek düzeyin ile "51 ve üstü" yaş grubuna, en düşük düzeyin ise "20-35" yaş grubunda olduğu ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu konuda çalışma yapan araştırmacılar, sağlık sorumluluğu düzeyinin yaşlılarda gençlere göre daha yüksek olduğunu ve saptamışlardır (10-13). Bununla birlikte, ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, yalnızca ilacı önerilen dozda alma ile yaş grupları arasında önemli bir ilişki

olduğu ve ilacın önerilen dozda kullanılması kuralına en fazla %97 ile 20-35 yaş grubunun, %90 ile en az 36-50 yaş grubunun uyduğu görülmüştür. Daha önce yapılan çalışmalarda da yaşlılarda ve genç erişkinlerde hekim önerilerine uymama durumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (14-16). Bir araştırmada, yaşlılarda reçete ile alınan bir ilacın günde dört kez kullanılmasının gerektiği durumda, hastaların %70'inin, üç kez kullanılması durumunda %60'ının, iki kez kullanılması durumunda %30'unun ve bir kez kullanılması durumunda ise %7'sinin ilaç alımında hata yaptıkları belirlenmiştir (16). Bu nedenle son zamanlarda bazı ilaçların günde bir kez olacak biçimde dozu değiştirilerek, hatalardan kaçınılmaya çalışıldığı belirtilmektedir.

Çalışma kapsamımızdaki bölge memur ağırlıklı olduğu için bireylerin çoğunluğunun (%84) var olan sağlık güvencesi ile sağlık sorumluluğu düzeyi arasında önemli bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. İlaç kullanım ilkelerinden, ilacın zamanında eczaneden

alınması ve başkalarından ilaç alma parametreleri ile sağlık güvencesi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda sağlık güvencesi olanların %95'inin, olmayanların ise, %83'ünün ilaçlarını zamanında eczaneden alabildikleri, sağlık güvencesi olanların %42'sinin, olmayanların ise, %55'inin başkalarından ilaç aldığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, ilaçlı tedaviye başlanması ve bu tedavinin sürdürülebilmesi için sağlık güvencesinin önemli bir etmen olduğunu, ayrıca sağlık güvencesi olan bireylerin başkalarından ilaç alma ya da verme eğiliminin daha az olduğunu göstermektedir. Sosyal refah düzeyi çok iyi olmayan bütün gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, bizim ülkemizde de bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanamadığı, özellikle sosyal ya da sağlık güvencesi olmayan bireylerin sağlık sorunlarını çözümlenmede güçlüklerle karşılaştığı bilinmektedir. Bu nedenle de, sağlık güvencesi olmayan bireylerin özellikle ilaç masraflarını karşılamada güçlük yaşadıkları, ilaçlarını uygun zamanda eczanelerden alamadıkları ve kendi olanakları çerçevesinde sorunu çözmeye çalıştıkları düşünülmektedir. Çavdaroğlu'nun (17) çalışmasında, sosyal güvencesi olan bireylerin %94'ünün, olmayanların ise %87'sinin reçete edilen ilacını zamanında eczaneden aldığı, sosyal güvencesi olan annelerin %28'inin başka çocuğun antibiyotiğini kendi çocuğuna kullandığı, %3'ünün kendi antibiyotiğini çocuğuna kullandığı saptanmıştır. Çavdaroğlu'nun (17) bulguları bizim bulgularımızı destekler nitelikte olup, sosyal güvencesinin önemli bir etmen olduğu görülmektedir.

Türkiye'de geleneksel komşuluk ve akrabalık ilişkileri içinde kişilerin birbirlerine ilaç önerdikleri ve hekime kendileri ve yakınları için reçete yazdırdıkları gibi durumların olduğu, belgelenmiş olmamasına karşın bilinmektedir (6). Erdem ve arkadaşları (14) ailelerin %53.7'sinin aynı sorunlara sahip olan bireylere kendi ilaçlarını verdiklerini belirlemişlerdir. Ayrıca sağlık sigortası sistemlerindeki yetersizlik ve geri ödeme koşullarındaki güçlük tüm dünyada akılcı olmayan reçete yazma nedenleri arasında sayılmaktadır (6). Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre,

herhangi bir sosyal ya da sağlık güvencesinin olmamasının uygun ve akılcı olmayan sağlık davranışlarına yol açabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda herhangi bir kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyleri arasında önemli bir fark olmamakla birlikte, kronik hastalığı olan bireylerin %86'sının, olmayanların ise %94'nün ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat ettikleri, kronik hastalığı olan bireylerin %58'inin, olmayanların ise %46'nın başkalarından kullanması için ilaç verdikleri ve kronik hastalığı olan bireylerin %53'ünün, olmayanların ise %40'ının başkalarından kullanmak için ilaç aldıkları ve bu parametreler ile kronik hastalığın olup olmaması arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin kendi rahatsızlıklarına yeterli önemi vermemeleri ya da yeterince duyarlı olmamalarından ya da rahatsızlıklarının ciddiyeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarından, ayrıca sürekli bir ilaç tedavisi görmeyen vermiş olduğu yılın ılıktan kaynaklanmış olabilir.

Eğitim düzeyi yüksek olan bu bölgede, bireylerin eğitim durumunun sağlık sorumluluğu düzeyine önemli bir etkisi olduğu, en yüksek düzeyin yüksekokul/fakülte mezunu olanlara, en düşük düzeyin ise ilkököl grubuna ait olduğu belirlenmiştir. Fakülte ve yüksekokul mezunlarının sağlık sorumluluğu düzeyi ile diğer gruplar arasında ve ortaokul-lise mezunları ile ilkököl mezunu olanlar ve olmayanlar istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu ve eğitim durumunun sağlık sorumluluğu düzeyi üzerine önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu konuda çalışma yapan araştırmacılar da, eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu arasında önemli bir ilişki olduğunu ve yüksekokul mezunlarının sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (11-13,18). Eğitimin, ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar üzerine etkili etmen olduğu ve ilacın zamanında eczaneden alınması dışındaki bütün parametreler ile bireylerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Buna göre, ilacın önerilen sıklıkta kullanılmasına "evet" diyenlerden %92'sinin "yüksekokul-fakülte" ile "ortaokul-lise

mezunları" olduğu bulunmuştur. Çavdaroğlu (17) ise eğitim düzeyi ilköğrenim ve okur-yazar olmayan annelerin %58'nin, eğitim düzeyi orta ve yüksek-öğrenim olan annelerin ise, %20'sinin ilacı önerilen sıklıkta kullanma ilkesine uymadıklarını saptanmıştır. Sonuçlarımız doğrultusunda, eğitim düzeyi yükseldikçe ilaç kullanım ilkelerinden önerilen sıklıkta kullanıma uyma davranışının arttığı söylenebilir. Çavdaroğlu'nun (17) bulguları da bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

İlacın önerilen dozda alınması ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, en fazla evet diyenlerin %98 ile yüksekokul-fakülte mezunu grubunda olduğu, en az evet diyenlerin ise %83 ile ilkökul mezunu grubuna ait olduğu saptanmıştır. Yine Çavdaroğlu (17), eğitim düzeyi ilköğrenim ve okur-yazar olmayan annelerin %31'inin, eğitim düzeyi orta ve yüksek öğrenim olan annelerin ise %27'sinin önerilen doz ilkesini ihlal ettiğini belirtmiştir. Bu sonuç Çavdaroğlu'nun (17) bulguları ile bizim bulgularımızın paralellik gösterdiğini; eğitimin, önerilen dozda ilaç alınması üzerinde önemli bir etmen olduğunu düşündürmektedir.

İlacın önerilen sürede bitirilmesi ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, yüksekokul-fakülte mezunlarının %89 ile evet dediği, en az evet diyenlerin ise %74 ile ilkökul mezunu grubu olduğu bulunmuştur. İlacın önerilen sürede bitirilmesi için önerilen dozda alınması gerekir. Dolayısıyla önerilen dozda ilaç alımında önemli bir etmen olan eğitim düzeyinin aynı etkiyi ilacın önerilen sürede bitirilmesi üzerinde de göstermesi beklenen bir sonuçtur.

İlacı kullanırken açıklık-tokluk ilkesine uyma ve ilacın son kullanma tarihlerine dikkat etme ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; bu kurallara en fazla yüksekokul-fakülte mezunları ve ortaokul-lise mezunlarının uyduğu belirlenmiştir.

Çavdaroğlu'nun sonuçlarına göre (17) bu iki ilkeyi, okur-yazar olmayan anneler %89, ilköğretim mezunu anneler %88, ortaöğrenim mezunu anneler %87, yükseköğrenim mezunu anneler ise %100 oranında ihlal etmiştir. Erdem (14) evlerde fazla ilaç bulundurma ile ilgili yaptığı araştırmasında, evlerdeki fazla ilaçların %22.7'sinin son kullanım tarihinin geçtiğini ve bu durum ile bireylerin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak ilişki

olmadığını saptamıştır. Sonuçlarımız Çavdaroğlu (17) ve Erdem'in (14) sonuçlarından farklı olup, bizim bulgularımıza göre, eğitim diğer tüm parametrelerde olduğu gibi burada da önemli bir etmendir.

Başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz sorusuna yüksekokul-fakülte mezunu grubun %62'si ortaokul-lise mezunu grubun %46'sı hayır yanıtı vermiştir.

Başkalarından ilaç alır mısınız sorusuna hayır diyenler en yüksek oranda (%69) yüksekokul-fakülte mezunları, daha sonra sırası ile ortaokul-lise mezunları, okuryazar, olmayanlar ilkökul gruplarından oluşmuştur. Çavdaroğlu (17) çalışması, eğitim düzeyi düşük ya da olmayan annelerin %16'sının kendi antibiyotiğini, %41'inin ise başka çocukların antibiyotiğini kendi çocuklarına kullandığını, eğitim düzeyi orta ya da yüksek olan annelerin ise %7'sinin kendi antibiyotiğini çocuğuna kullandığını, %25'inin ise başka çocuğun antibiyotiğini kullandığını göstermektedir. Çavdaroğlu'nun (17) bu bulguları bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Gelir durumu ile sağlık sorumluluğu arasında anlamlı bir ilişki ($p<0.001$) olmasına karşın, ilaç kullanım ilkeleri ile bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylere reçete edilen ilaçların kullanımını hakkında kim tarafından bilgilendirildikleri sorulduğunda, bireylerin %68.5'i doktor, %24'ü eczacı, %5.5'i hemşire, %2'si ise bunların dışındaki herhangi bir sağlık personeli ya da çevresindeki kişilerden bu bilgileri elde ettiğini belirtmişlerdir. Hastanede yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalar için kullandıkları ilaçların kullanımını hakkında hekimlerin ortalama 10.5 dakika, eczacıların 5.3 dakika, hemşirelerin ise 4.9 dakika harcadıklarını bildirmişlerdir (19). Erdem ve arkadaşları (14) çalışmalarında, ailelerin %96.6'sının ilaçlar konusunda bilgilendirildikleri ve bu bilgiyi %76.7 doktorlardan %13.4 eczacı, %7.1 ise hemşirelerden aldıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular da bizim sonuçlarımızla uyumlu olup, bireylerin reçete edilen ilaçlar konusunda en fazla doktorlar tarafından, en az da hemşireler tarafından bilgilendirildikleri belirlenmiştir.

Hekimin yükümlülüğü ve davranışı rasyonel ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur. Hekimin bilgi verişinde

birinci sırada oluşu bu nedenle beklenen bir sonuçtur. Ancak hastane içinde ilaç kullanımında ve polikliniklerde reçete ile ilgili olarak hekimin hastaya verdiği bilginin pekiştirilmesinde hemşire ve diğer sağlık hizmeti personelinin de katkısı vardır. Bu nedenlerle yalnızca hekimlerin değil, yukarıda söz edilen tüm sağlık meslek gruplarının belli bir sorumluluğu vardır.

Sonuç ve Öneriler

Akılci ilaç tedavisi sürecinin önemli bir bileşeni de, hastayı gerek hastalığı gerekse tedavisi ile ilgili olarak bilgilendirmektir. Tedavinin başarısı hastanın sürece katılmasına bağlıdır. Bu nedenle hastalar bu konuda kendisine düşen sorumluluklar hakkında bilgilendirilmeli ve eğitilmelidirler. Hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgi almaması ve/ya da tedavisi hakkında bilgi ve eğitim eksikliği, hastanın başka hekimlere yönelmesine, yetersiz tedavi edilmesine ya da tamamen yanlış uygulamalara yol açabilir. Bu nedenle, kişisel sağlık davranışlarını biçimlendiren nedenlerin, yapısal etmenler üzerinde yoğunlaşması ve insanların kendi sağlıkları ile ilgili tüm alanlara etkin aktif ve olumlu katılımlarının sağlanması için geniş kapsamlı sağlık eğitim çalışmaları önem kazanmaktadır. Bilinçsiz ilaç kullanımı ile ilgili sorunların çözülebilmesi için ayrıca soruna hekimlerin, eczacıların, hemşirelerin, diğer sağlık personelinin, hastaların, yani halkın, Sağlık Bakanlığı'nın, sağlıkla ilgili meslek örgütlerinin ve fakültelerin katkıları, nicelik ve nitelik açısından belirlenmelidir. Diğer taraftan bilinçsiz ilaç kullanımının hem bireylerin sağlığı, hem de ülke ekonomisi üzerine olan olumsuz etkilerinden dolayı, bu konuda kesin ve ciddi önlemlerin alınması gerekmektedir.

İletişim: Dr.Zeynep Güngörmüş

E-posta: gungormusz@yahoo.co.uk

Kaynaklar

1- Fielding JE, Hamoi S, Hossakis PC, Ashton D, Tye G: Halting the illegal sale of prescription medications in Los Angeles Country. J Public Health Management Practice 2001; 7:59-64.

- 2- Jhon A Astin: Why patients use alternative medicine: Results of a national study. JAMA. 1998; 279:1548-1553.
- 3- Fadiloğlu Ç, Yılmaz D, Yürekli A: Toplumda analjezik, antibiyotik ve trankilizan grubu ilaçların kullanımlarının ve bu konudaki bilgilerinin saptanması. Ege Üniv Hemş Yüksekokulu Derg 1989; 5:1-10.
- 4- Türker K, Kılıçtırgay K: Türkiye'de hatalı ilaç kullanımını aksettiren retrospektif bir araştırma. Ankara Tıp Bülteni 1982; 4:97-108.
- 5- İlaça yılda 2.5 milyar dolar. Güncel Eczacılık Derg 2001; 90:8.
- 6- Kayaalp O: Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. Oktay Ş. Rasyonel ilaç kullanımı. 9. Baskı, Cilt 2, Ankara 2000; 1659-1663.
- 7- Yalçın M, Bardak M: T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri. Yayın No:579.AÇSAP Gn. Müd. Basımevi, Ankara 1995; 99-101.
- 8- İdil O: Örnekleme teorisi ve işlemleri yönteminin uygulanması. İstanbul 1989; 242-246.
- 9- Pender NJ, Barkauskas VH, Heyman L, et al: Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook 1992; 40:106-120.
- 10- Esin N: Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1997.
- 11- Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL: Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. Nursing Research 1995; 44:20-24.
- 12- Kuster AE, Fong CM: Furter psychometric evaluation of the Spanish language health-promoting lifestyle profile. Nursing Research 1993; 42:264-269.
- 13- Sayan A: Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Erzurum, 1998.
- 14- Erdem Y, Karaaslan Y, Dilmen U: Ankara'nın bir bölgesinde evlerdeki fazla ilaçlar üzerine bir çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:171-174.
- 15- Conlon FM: Rx Drug abuse posing health crisis-NIDA. Drug Topics 2001; 145:58-59
- 16- Kaymakçalan Ş: Yaşlılık ve ilaçlar. Türkiye Klinikleri 1982; 2:205-215.
- 17- Çavdaroğlu D: Antibiyotik önerilen 0-6 yaşlar arasındaki çocuklarda annelerin ilaç kullanım ilkelerine uyma durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1990.
- 18- Yetkin A, Uzun Ö: Eğitimi sağlıkla ilgili olan ve olmayan yüksekökol öğrencilerinin sağlık davranışlarının karşılaştırılması. Atatürk Üniv Hemş Yük Ok Derg 2000; 3:1-10.
- 19- Alibhai SMH, Han RK, Naglie G: Medication education of acutely hospitalized older patients. J General Int Med 1999; 14:610-616.

Bir Sağlık Ocağına Başvuran Erişkinlerde Kronik Ağrının Araştırılması ve Whoqol-Bref-Tr ile Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

The Study of Chronic Pain among Adults Visiting a Health Center and Evaluation of Their Quality of Life by Whoqol-Bref-Tr



*Dr. K. Hakan Altıntaş**, *Dr. Funda Sevençan***, *Dr. Ömer Faruk Çiçek****,
*Dr. Ayla Özbakan****, *Dr. Perihan Özbek****, *Dr. Duygu Özdemir****

Öz

Amaç: Erişkinlerde kronik ağrının bazı özelliklerini ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı araştırmada Ankara ili Keçiören ilçesindeki 19 Mayıs Sağlık Ocağı'na 3-5 Haziran 2008 tarihleri arasında başvuran erişkinlerden çalışmaya katılmayı kabul eden 226 kişi ile yüz yüze görüşülmüştür. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kronik ağrı varlığı, şiddeti ve yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmıştır. On altı soruluk bir anket formu ve kronik ağrı şiddeti için "Görsel Ağrı Skalası" (VAS), yaşam kalitesi düzeyi için WHOQOL-BREF-TR kullanılmıştır. Veriler SPSS 15.0 ile analiz edilmiştir. Ki-kare testi ile istatistik ilişkiler test edilmiştir.

Bulgular: Başvuran erişkinlerin yaş ortalaması 40.6 ± 15.3 ve %74.8'i kadındır. Katılımcılar arasında kronik ağrı yakınması olanlar %57.1, ağrı şiddeti altı ve üzerinde olanlar ise %61.2'dir. Kronik ağrı yakınması olanların %60.5'inin ve olmayanların %33.0'ının WHOQOL-BREF-TR ile ölçülen yaşam kalitesi fiziksel alan değerlerinin dağılımına bakıldığında 74 ve altında puan aldıkları görülmüştür ($p < 0.001$). Kronik ağrı şiddeti altı ve üzerinde olanların ise %72.2'sinin ($p = 0.001$) yaşam kalitesi fiziksel alan değeri 74 puan ve altındadır.

Sonuç: Kronik ağrının görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkisi göz önüne alındığında birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların ağrı yönetimi daha iyi yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Erişkin, Kronik ağrı, WHOQOL-BREF-TR, Yaşam kalitesi, Sağlık ocağı

Giriş

Ağrı, vücuttaki herhangi bir örselenmeye ya da yaralanmaya eşlik eden duyum olarak tanımlanmaktadır (1). Ağrı, son derece kişisel ve bu nedenle de, nesnel değerlendirilmesi çoğu kez olanaklı olmayan bir duyumsamadır (2, 3). Canlı için potansiyel hasar verici olaylarda alarm işlevi gören ağrı, uyarı şiddeti ve süresi ile bağlantılı olarak uyarandan

Abstract

Objective: It was aimed to determine some characteristics of chronic pain in adults and its effect on their quality of life.

Material and Method: This descriptive study was conducted in Keçiören district of Ankara city during June 3-5, 2008. Adults visiting 19 Mayıs Health Center and who volunteered to characteristics were included in the face-to-face interviews (226 participants). The sociodemographic properties of the participants, presence of chronic pain and its intensity, and its effect on the quality of life were studied. A 16-item questionnaire, Visual Analogue Scale (VAS) and WHOQOL-BREF-TR were used to evaluate the sociodemographic characteristics, intensity of chronic pain and quality of life, respectively. The data were analyzed with SPSS 15.0 and chi-square test was used to test the statistical significance.

Results: The average age of the adults was 40.6 ± 15.3 and 74.8% were female. Among the participants, 57.1% had chronic pain and 61.2% of those who had chronic pain had a pain intensity of six or more. 60.5% of the participants with chronic pain, and 33.0% of those without had a score of 74 or below from the physical area of WHOQOL-BREF-TR ($p < 0.001$). Of the participants with a chronic pain intensity score of six or more, 72.2% had a score of 74 or below from the physical area of WHOQOL-BREF-TR ($p = 0.001$).

Conclusion: When the prevalence of chronic pain and its negative effect on the quality of life are considered, the chronic pain of patients visiting a primary health center should be managed more effectively.

Key words: Adult, Chronic pain, WHOQOL-BREF-TR, Quality of life, Health care center

bağımsız karakter kazanması ve en az altı ay sürmesi kronik ağrı olarak tanımlanmaktadır (4, 5).

Kronik ağrı toplumda çok yaygın görülen, fiziksel, ruhsal sorunlara, ciddi işgücü ve

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

**Uzm.; Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, Diyarbakır

***İnt.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara

ekonomik kayıplara neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (6). Kronik ağrı günümüzde başlı başına bir hastalık olarak kabul edilmekte ve hastaların yaşam kalitesinin yükselmesi için çeşitli yöntemlerle tedavi edilmektedir (3, 5, 7).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 ülkede yaptığı çalışmanın sonucunda birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlar içinde kronik ağrı sıklığı erkeklerde %16.2, kadınlarda %24.8, toplamda %21.5 (minimum=%5.5, maksimum=%33.8), Türkiye'de ise %28.9 olarak saptanmıştır (8). Toplumda bu denli sık görülen kronik ağrının insan yaşamı üzerine pek çok yönden olumsuz etkileri bulunmaktadır. Halsizlik ve bitkinliğe bağlı olan uyku bozuklukları, işsizlik ve kilo kaybı, psikomotor bozukluklar, hareketliliğin azalmasına bağlı eklem bozuklukları ve libido ile cinsel aktivite azalması bu olumsuz etkilerden birkaçıdır (9).

Günümüzde morbidite, mortalite gibi ölçütler sağlık göstergesi olarak yeterli olamamaktadır. Bu aşamada yaşam kalitesi kavramı, giderek üzerinde çalışılan bir konu haline gelmiştir. Kişinin sağlık durumu, sosyodemografik özellikleri ve daha pek çok etmeden etkilenen yaşam kalitesi kavramı, yaşam memnuniyeti ve mutluluk göstergesi olarak kabul edilmektedir (6, 10).

İnsan sağlığını yakından ilgilendiren kronik ağrının, önemli bir sağlık göstergesi olan yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi yadsınamayacak bir gerçektir. Oldukça geniş kapsamlı olan ve değişen yaşam koşullarıyla

birlikte giderek önem kazanan yaşam kalitesi kavramı farklı biçimlerde tanımlanabilmektedir. Bu tanımların ortak noktası ise yaşam kalitesi kavramının göreceli, bireysel ve çok boyutlu olduğudur. Yaşam süresinin yanında kalitesinin de öneminin kavrandığı günümüzde yaşam kalitesi kavramı yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılabilir (11, 12).

Fiziksel, ruhsal, sosyal yönlerden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanan insan sağlığını etkileyen pek çok etmeden biri olan kronik ağrı, gerek toplumda görülme sıklığı, gerekse yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır (9).

Tüm bu gerçeklerle araştırmada, bir sağlık ocağına 3-5 Haziran 2008 tarihlerinde başvuran erişkinlerde; kronik ağrı ile ilgili bazı özellikleri, kronik ağrının bazı sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisini ve kronik ağrının yaşam kalitesi üzerine olan etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 19 Mayıs Sağlık Ocağı'na 3-5 Haziran 2008 tarihleri arasında (3 iş günü) başvuran 18 yaş ve üstü erişkinlerden çalışmaya katılmayı kabul eden, okur yazar olan ve olmayan 226 kişi ile yüz yüze görüşülmüştür. Görüşmeler araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kronik ağrı varlığı, ağrının şiddeti ve yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmıştır.

Kronik ağrı şiddeti "Görsel Ağrı Skalası" (Visual Analogue Scale-VAS) ile, yaşam kalitesi düzeyi ise "Dünya Sağlık Örgütü Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu" (WHOQOL-BREF-TR) ile değerlendirilmiştir. VAS, hastanın ağrısının şiddetini bir ile on arasında numaralandırılmış bir ölçekte işaretlemesi temeline dayanır. Sıfır, ağrı olmadığını; on, olası en şiddetli ağrıyı göstermektedir. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100'ün 26 sorudan oluşan kısaltılmış formudur. WHOQOL-BREF-TR, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (13, 14). Ölçek; fiziksel, psikolojik,



Mecit Kaya Sağlık Ocağı 2007

sosyal ilişkiler ve çevre alanlarından oluşmaktadır ve likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Her alt alan için ayrı ayrı hesaplanan puanlar dört ile çarpılır ve 0-100 puanlamasına dönüştürülür. Böylelikle WHOQOL-100 ile karşılaştırılabilen bir değer elde edilmiş olur. Toplamda alınan puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Sorularda kişinin özneliği ön plandadır. Kişinin, hastalığının yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan; olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik, maddi

kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır (13-15).

Araştırmanın ön denemesi benzer özellikler taşıyan 20 kişinin katılımı ile yapılmıştır. Sağlık ocağı sorumlu hekimi ve katılımcılardan sözel izin alınmıştır. Kronik ağrısı olanlara uygun yönlendirme yapılmıştır. Anket sonrasında katılımcılara bilgilendirme broşürü verilmiştir. Toplanan veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ki-kare testi ile istatistik ilişkiler test edilmiştir.

Sonuçlar

Sağlık ocağına başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 226 kişinin yaş ortalaması 40.6 ± 15.3 (Alt-üst=18-80, ortanca=37.0) bulunmuştur. Katılımcılar arasında en büyük grubu 30-34 yaş grubu (%19.5, 44 kişi) oluşturmuştur. Erişkinlerin %74.8'i (169 kişi) kadındır. Araştırma grubunun %48.2'si (109 kişi) ilköğretim ve altı öğrenim düzeyindedir. Katılımcılar arasında gelir getiren işte çalışanların yüzdesi 18.6 (42 kişi) olarak bulunmuştur. Medeni durumları açısından bakıldığında erişkinlerin %79.2'sinin (179 kişi) evli olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan erişkinlerin %39.4'ünde (89 kişi) doktor tarafından tanı konmuş, sürekli tedavi gördükleri bir ya da daha fazla kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Bu hastalıklar arasında birinci sırada hipertansiyon (kronik hastalığı olanların %43.8'inde, 39 kişi), ikinci sırada diyabetes mellitus (kronik hastalığı olanların %24.7'sinde, 22 kişi) ve üçüncü sırada guatr (kronik hastalığı olanların %9.0'ında, sekiz kişi) yer almaktadır.

Katılımcılar arasında altı aydan uzun süredir olan, aralıklarla süren (kronik) ağrı yakınması olanların yüzdesi 57.1'dir (129 kişi). Vücuttaki dağılımına bakıldığında %44.2 ile baş-boyun en sık kronik ağrı görülen bölgedir.

Katılımcılardan her bir kronik ağrının şiddeti için bir ile on arasında değer vermeleri istendiğinde %27.1 (35 kişi) ile sekiz puanın en fazla verilen değer olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen yaşam kalitesi puanlarına dört temel alan için bakıldığında hesaplanan ortalama değerler fiziksel alanda 72.5 ± 17.0 (ortanca=75.0),

Tablo 1. Başvuran erişkinlerin kronik ağrı yakınması ile ilgili bazı özellikleri (19 Mayıs Sağlık Ocağı, Ankara, 3-5 Haziran 2008)

Kronik ağrı yakınmaları ile ilgili özellikler	Sayı	Yüzde
Ağrının Varlığı (n=226)		
Var	129	57.1
Yok	97	42.9
Ağrının Yeri (n=129)		
Baş-boyun	57	44.2
Eklemler	34	26.4
Bel	30	23.3
Ekstremiteler	14	10.9
Karın	12	9.3
Göğüs	4	3.1
Sırt	4	3.1
Ağrının Şiddeti (n=129)		
3	10	7.8
4	16	12.4
5	30	23.3
6	19	14.7
7	24	18.6
8	35	27.1
9	6	4.7
10	15	11.6

Ağrının yeri ve şiddeti ile ilgili yüzdeler 129 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2. Başvuran erişkinlerin WHOQOL-BREF TR ile ölçülen yaşam kalitesi değerleri (19 Mayıs Sağlık Ocağı, Ankara, 3-5 Haziran 2008)

Whoqol-Bref Tr ile Ölçülen Yaşam Kalitesi Değerleri	Ortalama	Alt Sınır	Üst Sınır	Ortanca	Standart Sapma
Alan					
Fiziksel	72.5	21.4	100.0	75.0	17.0
Ruhsal	69.8	12.5	95.8	70.8	15.0
Sosyal İlişki	71.4	0.0	100.0	75.0	18.9
Çevre	64.5	6.25	100.0	65.6	13.4

Tablo 3. Başvuran erişkinlerin yaşlarına göre kronik ağrı varlığının dağılımı (19 Mayıs Sağlık Ocağı, Ankara, 3-5 Haziran 2008)

Yaş	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
≤39	66	50.8	64	49.2	130	57.5
≥40	63	65.6	33	34.4	96	42.5
Toplam	129	57.1	97	42.9	226	100.0

$\chi^2=4.975$ $p=0.026$

Tablo 4. Başvuran erişkinlerin cinsiyetlerine göre kronik ağrı varlığının dağılımı (19 Mayıs Sağlık Ocağı, Ankara, 3-5 Haziran 2008)

Cinsiyet	Kronik ağrı					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erkek	23	40.4	34	59.6	57	25.2
Kadın	106	62.7	63	37.3	169	74.8
Toplam	129	57.1	97	42.9	226	100.0

$\chi^2=8.707$ $p=0.003$

Tablo 5. Başvuran erişkinlerin kronik ağrılarının varlığına göre WHOQOL-BREF TR ile ölçülen yaşam kalitesi fiziksel alan değerlerinin dağılımı (19 Mayıs Sağlık Ocağı, Ankara, 3-5 Haziran 2008)

Kronik ağrı	Yaşam kalitesi fiziksel alan değeri					
	≤74		≥75		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Var	78	60.5	51	39.5	129	57.1
Yok	32	33.0	65	67.0	97	42.9
Toplam	110	48.7	116	51.3	226	100.0

$\chi^2=16.730$ $p<0.001$

psikolojik alanda 69.8 ± 15.0 (ortanca=70.8), sosyal ilişki alanında 71.4 ± 18.9 (ortanca=75.0), çevre alanında 64.5 ± 13.4 (ortanca=65.6) olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerden yaş ortalamasının altında (39 ve altı) olanların %50.8'inde (66 kişi), yaş ortalaması ve üzerinde (40 ve üzeri) olanların %65.6'sında (63 kişi) kronik ağrı şikayeti olduğu görülmüştür ($\chi^2=4.975$, $p=0.026$) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan erkeklerin %40.4'ünde (23 kişi), kadınların %62.7'sinde (106 kişi) vücutlarının herhangi bir yerinde kronik ağrı yakınması olduğu belirlenmiştir

($\chi^2=8.707$, $p=0.003$) (Tablo 4).

Araştırmaya katılan bireylerden kronik ağrısı olanların %60.5'inin (78 kişi) ve olmayanların %33.0'ünün (32 kişi) WHOQOL-BREF TR ile ölçülen yaşam kalitesi fiziksel alan değerlerinin dağılımına bakıldığında 74 ve altında puan aldıkları görülmüştür ($\chi^2=16.730$, $p<0.001$) (Tablo 5).

Kronik ağrı ve özellikleri ile WHOQOL-BREF TR diğer alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı başka bir ilişki bulunmamıştır.

Tartışma

Başvuran bireylerin yaş ortalaması 40.6 ± 15.3 bulunmuştur. Katılımcıların %74.8'i

(169 kişi) kadın, %25.2'si (57 kişi) erkektir. Araştırma grubunun %48.2'si (109 kişi) ilkököl ve altı öğrenim düzeyindedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2003'e göre kentsel yerleşim yerinde öğrenim durumu ilkököl ve altında olan kişi yüzdesi 63.4'tür (16). Çalışmaya katılanların öğrenim durumu Türkiye değerinin üstündedir.

Başvuran bireylerin %57.1'inde (129 kişi) kronik ağrı yakınması olduğu görülmüştür.

Türkiye'de ağrı sıklığının araştırıldığı bir çalışmada ağrı prevalansının %63.7, bunun da %76.6'sının kronik ağrı olduğu bulunmuştur. Buradan yola çıkarak hesaplanan Türkiye'de kronik ağrı yüzdesi 48.8'dir (17). Bu çalışmada bulunan değerler prevalans değil, yüzde değeri olması kısıtlılıklardan birisi olmakla birlikte, katılan bireylerde kronik ağrı görülme yüzdesinin daha yüksek bulunması araştırmaya katılan bireylerin %74.8'inin (169 kişi) kadın olmasına, katılan bireylerin %39.4'ünde (89 kişi) doktor tarafından tanı konmuş sürekli tedavi gördükleri kronik hastalık varlığına, çalışmanın sağlık ocağına başvuran bireyler üzerinde yapılmasına bağlı olabilir.

Türkiye'de ağrı sıklığının araştırıldığı bir çalışmada ağrının en sık lokalizasyonunun %29.9 ile baş-boyun bölgesi olduğu (%26.2 baş, %3.7 boyun) görülmüştür (17). Genel nüfusta her üç kişiden birinin yaşamlarının bir döneminde boyun ağrılarında şikayetçi oldukları bildirilmektedir (18). Bu çalışmada da %44.2 ile baş-boyun bölgesi ilk sırada yer almaktadır. Bulunan bu sonuç literatür ile uyumludur.



Mecit Kaya Sağlık Ocağı 2007

Türkiye'de erişkinlerin ağrı sıklığının araştırıldığı bir çalışmada kadınlarda ağrı sıklığının %70, ağrısı olanların da %54.5'inin kadın olduğu görülmüştür (17). Yapılan bir çalışmada kadınlarda ağrı eşiği, ağrı toleransı ağrıya (deneysel) analjezik yanıtının erkeklerle göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (19). Dickens ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da benzer olarak kadınların erkeklerden daha çok kronik ağrısı olduğu saptanmıştır (20). Dolayısıyla bu çalışmada kadınlarda ağrı yüzdesinin erkeklerden daha yüksek bulunmuş olması literatür bilgisi ile uyumludur. Ayrıca katılımcıların %74.8'ini kadınların oluşturması da bu çalışmada kronik ağrı varlığının yüksek bulunmasını etkileyen etmenlerden biri olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada 40 yaş ve üzeri kişilerin daha sık kronik ağrı yaşadığı saptanmıştır. Bu durum yaşla birlikte kronik hastalıkların sayısının artmasından ve kişilerin ağrı ile ilgili algılarından kaynaklanıyor olabilir (21). Yapılan bu çalışmada kronik ağrı varlığının katılımcıların yaşam kalitelerini fiziksel alanda olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Ancak psikolojik, sosyal ilişki ve çevre alanlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaşam kalitesi fiziksel alanı değerlendirilirken, kişinin ağrıları nedeniyle yapması gerekenlerin ne kadar engellendiği, günlük işlerin yürütülebilmesi için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar gereksinim duyulduğu, günlük yaşamı sürdürebilmek için yeterli güç varlığı, hareket edebilme yeteneği, uyku düzeni, günlük uğraşları yürütebilme becerisi, iş görme kapasitesi sorgulanmaktadır. Kronik ağrının bu etmenler üzerine olan olumsuz etkisi göz önüne alındığında, kronik ağrısı olanlarda yaşam kalitesi fiziksel alan değerlerinin diğer alanlara göre daha düşük olması beklenen bir durumdur (3, 5, 9, 22).

Araştırmaya az sayıda kişinin katılmış olması, sağlık ocağına başvuranlara uygulanmış olması ve çoğunluğun kadınlardan oluşması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

Kronik ağrının görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkisi göz önüne alındığında, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlara konu ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi, sevk ve tedavilerinin yapılması uygun olacaktır.



Mecit Kaya Sağlık Ocağı 2007

İletişim: Dr. Funda Sevcen

E-posta: fundasevcen@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Ağrı. AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi Cilt 1. Ana Yayıncılık, İstanbul, 1986. syf:191-192.
- 2- Yentür EA. Ağrılı Hastanın ve Ağrı Tedavisinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007; 3 (45): 9-16.
- 3- Berker E, Dinçer N. Kronik ağrı ve rehabilitasyonu. Ağrı Dergisi 2005; 17(2):10-16.
- 4- Kurt E, Toker T. Ağrının Taksonomi ve Fiziopatolojisi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007; 3(45): 1-8.
- 5- Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. Ağrı Dergisi 2006; 18(4): 5-9.
- 6- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF. 3P Dergisi 1999; 7(Ek 2):5-13.
- 7- Sızlan A, Süzer A. Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Tedavi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007, 3(45): 17-21.
- 8- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. JAMA 1998; 280: 147-51.
- 9- Mete H, Noyan A, Sertöz Ö. Ağrının psikososyal yönü. Ağrı Dergisi 2006; 18(1): 20-25.
- 10- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H,

Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1999; 7: 23-40.

- 11- Poole HM, Murphy P, Nurmikko TJ. Development and Preliminary Validation of the NEPIQOL: A Quality-of-Life Measure for Neuropathic Pain. J Pain Symptom Manage. 2009, 37(2): 233-45.
- 12- Gerbershagen HJ, Özgür E, Straub K, Dagtekin O, Gerbershagen K, Petzke F, Heidenreich A, et al. Prevalence, severity, and chronicity of pain and general health-related quality of life in patients with localized prostate cancer. European Journal of Pain 2008; 12: 339-350.
- 13- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser Y, Elbi H, Göker E. WHOQOL-BREF TR: a suitable instrument for the assessment of quality of life for use in the health care settings in Turkey. Quality of Life Research 1999; 8(7): 647.
- 14- Dündar P, Fidaner C, Fidaner H, Oral A, Eser S, Aman UC et al. Comparing the Turkish versions of WHOQOL-BREF and SF-36. Convergent validity of WHOQOL-BREF and SF-36. Hippokratia 2002; 6 Suppl. 1: 37-43.
- 15- WHOQOL Programme On Mental Health User Manual. Scoring of The WHOQOL-100 and the WHOQOL BREF Chapter 8. 1998; syf:47.
- 16- Koç İ, Hancıoğlu A. Hanehalki Nüfusu ve Konut Özellikleri. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, 2003. 1. Baskı. Ankara 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ekim 2004; syf:21.
- 17- Erdine S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç E. Pain prevalence among adults in Turkey. Ağrı Dergisi 2001; 13 (2): 22-30.
- 18- Taş N. Boyun ağrısı. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, M Beyazova, YG Kutsal (Ed), Ankara, Güneş Kitabevi, 2000; 1426-1436.
- 19- Hellström B, Lundberg U. Pain perception to the cold pressor test during the menstrual cycle in relation to estrogen levels and a comparison with men. Integrative Psychological and Behavioral Science 2000; 35: 132-141.
- 20- Dickens C, Jayson M, Creed F. Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. Psychosomatics 2002b; 43(1): 42-48.
- 21- Sertel Berk HÖ, Bahadır G. Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları. Ağrı Dergisi 2007; 19(4): 5-15.
- 22- Yazıcı K, Tot Ş, Biçer A, Yazıcı A, Buturak V. Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 95-101.

Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Gelişiminde Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Riski

The Risk of Developing Lower Respiratory Tract Infections in Children Exposed to Second-Hand Smoke



Dr. Pembe Keskinoglu*, Dr. Dilek Cimrin**, Dr. Gazanfer Aksakoğlu***

Öz

Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) tanısı alan 2-12 yaş grubu çocukların sağlıklı kontrolleri sırasında idrar kotinin düzeyi saptanarak, ASYE oluşumunda sigara dumanından pasif etkilenim riskini saptamak amaçlanmıştır. Araştırma eşleştirilmiş örneklerle oluşturulan olgu-kontrol araştırmasıdır. 2-12 yaş grubu ASYE olan 150 çocuk ve bu çocuklarla yaş, cinsiyet, adrese göre eşleştirilmiş 150 sağlıklı çocuk katılmıştır. Veriler, anketle çocukların ailelerinden ve çocuklardan idrar örneği alınarak toplanmıştır. Pasif etkilenim değerlendirilmesi için çocukların idrar örneklerinde kotinin ölçümü yapılmıştır. Ölçümlerde 30ng/mg ve 60ng/mg kotinin/kreatinin sınır değerler olarak alınmıştır. Ailelerin bildirimine göre, olgu ve kontrollerin aile bireylerinin sigara içme durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. 30ng/mg sınır değerine göre ASYE'li çocukların yüzde 87.3'ü, kontrol grubun yüzde 84.7'si ($p=0.618$); 60ng/mg sınır değerine göre ASYE'li çocukların yüzde 76.7'sinin, kontrol grubunun ise yüzde 50.7'sinin ($p=0.000$) pasif içici konumunda olduğu saptanmıştır. ASYE'li çocukların pasif içicilikle karşılaşma boyutu, kotinin ölçüm değerlerine göre anlamlı olarak yüksektir. Kotinin eşik değeri yükseltildiğinde pasif içiciliğin çocukları anlamlı ölçüde etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, Alt solunum yolu enfeksiyonu, Kotinin, Pasif içicilik

Giriş

Sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) çocuk sağlığını olumsuz etkileyen bir toplum sağlığı sorunudur (1-6). Bu risk en fazla erken çocukluk yaşlarında görülmekle birlikte tüm çocukluk döneminde sürmekte, erişkinlerde de geçerliliğini korumaktadır (6). Pasif etkilenim tüm dünyada pnömoni, bronşiolit ve şiddetli astım nedeniyle çocukların hastaneye yatışlarının artmasına neden olmaktadır (1,6,7). Gebelikte annenin sigara içmesinin fetusta küçük ve dar hava yollarına, intrauterin gelişme geriliğine, düşük doğum ağırlığı ve/ya da erken doğuma yol açarak akciğer gelişiminin baskılanmasına ve solunum işlevinin azalmasına neden olduğu ve alt

Abstract

The objective of this study was to evaluate the effect of second-hand smoke on lower respiratory tract infections (LRTI) by comparing the urine cotinine levels of 2-12-year-old children with LRTI with healthy controls. A case-control study was conducted on matched-pair design. 150 children with LRTI and 150 healthy children match-paired on age, gender and address were included in the study. Data were collected via a questionnaire from the families and by urine samples from the children. Cotinine was measured in urine to determine the exposure to second-hand smoke. 30 ng/mg and 60 ng/mg of cotinine/creatinine were accepted as the cut-off levels. According to the parental reports, the difference in parental smoking prevalence between the children with LRTI and healthy children were insignificant. When the cut-off level was taken as 30 ng/mg, 87.3% of the children with LRTI and 84.7% of healthy children were found to be passive smokers ($p=0.618$), whereas at the 60 ng/mg cut-off level, the rates of passive smoking were 76.7% and 50.7% ($p=0.000$). For children with LRTI, exposure to environmental tobacco smoke was significantly high according to cotinine levels. When cotinine cut-off point was raised, the effect of passive smoking was found to be significantly higher.

Key words: Children, Lower respiratory tract infection, Cotinine, Passive smoking

solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) gelişimini kolaylaştırdığı bildirilmektedir (2,3,5,8). Doğum sonrası dönemde anne-babanın sigara içimi ile karşılaşan sıfır-bir yaş ve okul öncesi çocuklarda bronşiolit ve bronkopnömoni, okul çağlarında ise bronşit, bronşiolit, pnömoni gibi ASYE'nin daha çok görüldüğü ve yinelediği, astımın erken dönemde oluşum, sıklık ve şiddetinin arttığı saptanmıştır (2,9-12).

Pasif içicilik riski; sigara ile karşılaşma yoğunluğu, evde ailenin ve özellikle annenin sigara içimi, sigara içen kişi sayısı, içilen sigara sayısı, oda sayısı ve hacmi, havalanma durumu, evde yaşayan kişi sayısı ve bireysel metabolik farklılıklarla ilişkilidir (13,14).

*İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi, İzmir

**Yrd. Doç.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Biyokimya AD, İzmir

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

Dünyada çocukların sigara ile pasif karşılaşma sıklığı oldukça yüksektir (15). Türkiye’de yapılan araştırmalarda, çocuklarda pasif içicilik prevalansı yüzde 60-85 arasındadır (16-19). Prevalans araştırmaları, anket yoluyla yapılan sözlü bildirimlerin yanı sıra, çocuğun saç, tükürük, serum ya da idrar örneklerinde nikotinin ana metaboliti olan kotininin ölçümü ile yapılmaktadır. Sözlü bildirimlerin karşılaşma sıklığını belirlemede nicel ölçümlere göre daha az güvenilir olduğu görülmektedir (6,20). Alan araştırmalarında SDPE değerlendirilmesinde idrarda kotinin ölçümlerinin doğru ve yüksek duyarlılıkta bir yöntem olduğu ve serum kotinin değerlerine göre daha uzun süreli karşılaşmayı gösterdiği bildirilmektedir (1,13).

Araştırmada, ASYE tanısı alan okul öncesi ve okul çocuklarında (iki-12 yaş) ve bu çocuklarla adres, yaş, cinsiyet eşleştirmesi yapılmış sağlıklı kontrollerde idrar kotinin düzeyi saptanarak, ASYE oluşumunda pasif sigara içiciliğinin etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma İzmir Narlıdere’de olgu-kontrol araştırması olarak yapılmıştır. Örnek büyüklüğü, Statcalc programında, yüzde 95 güven aralığında, güç yüzde 80, olgu/kontrol=bir/bir, Olasılıklar Oranı (OR)=2.0 ve etkenle karşılaşma prevalansı yüzde 50 alınarak olgu ve kontrol grubunun her biri için 148 çocuk olarak hesaplanmış, en az örnek büyüklüğünü karşılayacak biçimde 150 olgu ve 150 kontrol araştırmaya alınmıştır. Örneklemin tamamına ulaşılmıştır (%100,0).

Olgular Ekim 2003-Mart 2004 tarihleri arasında Narlıdere’deki üç sağlık ocağı kayıtlarında ASYE (Bronşit, bronşiolit, bronkopnömoni, pnömoni, astım bronşiale akut atak) tanısı alan 2-12 yaş grubu okul öncesi ve okul çocuklarıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) ASYE için belirttiği tanı ölçütlerine uygun olgu tanımlaması gerçekleştirilmiştir (15). Bu tanı standardizasyonu için sağlık ocaklarında doktorlara eğitimler yapılmıştır.

Kontroller olgularla yaş, cinsiyet ve adres (aynı sokak) eşleştirmesi yapılan sağlıklı (ASYE tanısı almamış) çocuklardır. Veri toplandığı sırada kontrollerde herhangi bir sağlık sorunu olmadığı veriyi toplayan doktor tarafından fizik bakı ile belirlenmiştir. Bağımlı değişken ASYE’dir.

Bağımsız değişkenler:

1. Çocuk ve ailesinin soyodemografik ve ekonomik özellikleri,
2. Sağlık durumu (çocukta son iki yılda ASYE öyküsü, çocuk ya da ailede kronik hastalık),
3. Yaşam ortamı (ev tipi, kişi başı hava hacmi, ısınma, havalandırma, hayvan varlığı),
4. Pasif içicilik (evde günde içilen sigara sayısı, sigara içen kişi sayısı, annenin, babanın, diğer kişilerin günlük içicilikleri, idrarda kotinin ölçümü, annenin gebelikte sigara içme durumu).

Veri toplanması ve çözümlemesi:

ASYE tanısı alan olgulara üç gün içinde ulaşılarak anket yapılmış, idrar örnekleri toplanmıştır. Olgularla yaş-cinsiyet-sokak eşleştirmesi yapılan kontrollerden aynı anket ve aynı yöntemle idrar örnekleri alınmıştır. İdrarlar 3000 g’de 5 dk santrifüj edilerek, -20°C’de derecede saklanmıştır. İdrarda kotinin ölçümü Radioimmunoassay (RIA) yöntemiyle yapılmıştır. Kotinin yerine kotinin/kreatinin oranı (KKO) kullanılmış ve değerler ng/mg kreatinin olarak belirtilmiştir. Pasif içicilik sınır değeri kaynaklarda 30 ng/mg olarak bildirilmektedir (21). Yoğun etkilenim için 60 ng/mg sınır değerine göre de değerlendirme yapılmıştır. Gruplar gereken yerlerde eşleştirilerek çözümlenmiş, veri çözümlemesi SPSS 11.0 programı kullanılarak McNemar-Ki-kare, bağımlı grupta t testi ve Pearson korelasyon çözümlemesi ile yapılmıştır (22).

Sonuçlar

Olgu-kontrol çiftlerinin yaş ortalaması 5.08 ±2.7 (2-12 yaş)’dir. 192’si (yüzde 64.0) erkek, 108’i (yüzde 36) kız çocuğudur.

Olgu ve kontrollerin yaş gruplarına (2-5 yaş / 6-12 yaş) göre temel karıştırıcı etmenleri (demografik, ekonomik, yaşam ortalamaları) Tablo 1’de karşılaştırılmıştır.

İki-beş yaş grubu olgu-kontrol çiftlerinin Tablo 1’deki özellikleri incelendiğinde, tüm özelliklerinin benzer olduğu saptanmıştır.

Altı-12 yaş grubu olgu-kontrol çiftlerinin Tablo 1’deki özelliklerine bakıldığında olguların babalarının öğrenim düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p=0.041) ve ev içi havayı kirletici özellikteki ısınma araçlarını anlamlı olarak daha az kullandıkları saptanmıştır (p=0.013). Diğer özellikler benzerdir. Bu iki özellik ASYE’nin gelişmesini

Tablo 1. Olgu ve kontrollerin yaş gruplarına göre demografik, ekonomik ve yaşam ortamı özelliklerine göre dağılımları

Özellik	2-5 yaş grubu			6-12 yaş grubu		
	Olgu % (n=95)	Kontrol % (n=95)	p*	Olgu % (n=55)	Kontrol % (n=55)	p*
Kardeş varlığı						
Var	67.4	73.7	0.461	78.2	78.2	1.000
Annenin öğrenimi						
Hiç okula gitmemiş	29.5	24.2	0.473	29.1	21.8	0.388
Annenin işi						
İşsiz, ev kadını	88.4	88.4	1.000	85.5	72.7	0.167
Babanın öğrenimi						
Ortaokul ve altı	74.7	85.3	0.064	61.8	80.0	0.041
Babanın işi						
İşsiz, düzensiz işçi	50.5	52.6	0.736	29.1	41.8	0.118
Algılanan ekonomik durum						
Kötü	49.5	49.5	1.000	32.7	32.7	1.000
Yaşanılan evin tipi						
Gecekondu	55.8	56.8	1.000	32.7	34.5	1.000
Kişi başına evin hacmi						
49.9 metreküp ve altı	57.9	57.9	1.000	54.5	56.4	1.000
Isınma aracı (kirletici)						
Odun, kömür, gaz sobası	28.4	23.2	0.344	65.5	83.6	0.013
Evin havalandırması (pencere)						
Yok ya da yetersiz	28.4	23.2	0.424	18.2	18.2	1.000

*McNemar Ki-kare testi

Tablo 2. Olgu ve kontrollerin pasif sigara içicilik özelliklerine göre dağılımı

	Olgu (n=150) %	Kontrol (n=150) %	p*
Evde sigara içimi	71.3	72.0	1.000
Babanın içiciliği	54.7	61.3	0.289
Annenin içiciliği	34.7	39.3	0.489
Diğerlerinin içiciliği	9.3	9.3	0.843
İdrarda KKO ≥30ng/mg	87.3	84.7	0.618
İdrarda KKO ≥60ng/mg	76.7	50.7	0.000

McNemar Ki-kare testi

önleyen ya da etkilemeyen özellikler ve olgularda daha yüksek sıklıkta olduğu için, daha sonraki analizlerde yaş gruplarına göre ayrı değerlendirilmesinin anlamlı olmadığı düşüncesiyle tüm grup birlikte değerlendirilerek sonuçlar sunulmuştur.

Son iki yılda olguların (yüzde 42.7), kontrollere göre (yüzde 16.7) daha çok ASYE geçirdikleri saptanmıştır (p=0.000, Mc Nemar Ki-kare testi).

Olgu ve kontrollerin SDPE özellikleri Tablo 2'de incelenmiştir.

Bildirime göre, olguların yüzde 71.3'ünün, kontrollerin yüzde 72.0'ünün evinde sigara içilmektedir. Çocukların babalarının sigara içme sıklığı olgular arasında %54.7 ve kontroller arasında %61.3'tür. Benzer biçimde annelerin sigara içme sıklığı olgularda %34.7, kontrollerde %39.3'tür. Olguların %9.3'ünün, kontrollerin de %9.3'ünün evinde başka sigara içicisi olduğu saptanmıştır. KKO için sınır değer 30 ng/mg alındığında olguların %87.3'ü, kontrollerin %84.7'si pasif içicidir. Bildirime dayalı ve 30 ng/mg KKO'na göre pasif içicilik varlığında, olgu ve kontroller benzer özelliktedir (Tablo 2). KKO 60 ng/mg sınır alındığında ASYE'li çocuklar, kontrollere göre

Tablo 4. Olgularda bildirim dayalı içicilik ile laboratuvara dayalı içiciliğin karşılaştırılması

	KKO ≥ 30ng/mg		KKO < 30ng/mg		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Olgular					
Evde sigara içiliyor	96	89.7	11	10.3	0.001
Evde sigara içilmiyor	35	81.4	8	18.6	
Kontroller					
Evde sigara içiliyor	99	91.7	9	8.3	0.003
Evde sigara içilmiyor	28	66.7	14	33.3	
Toplam	131	87.3	19	12.7	

McNemar Ki-kare testi

Tablo 3. Olgu ve kontrollerin pasif içicilik ortalamalarına göre karşılaştırılması					
Özellik	Olgu		Kontrol		p
	Ortalama	Standart	Ortalama	Standart	
KKO (ng/mg)	141.78	11.9	108.95	10.6	0.040
Evde içilen sigara sayısı/gün	7.97	0.72	5.96	0.52	0.042
Annenin içtiği sayı/gün	4.44	0.58	3.56	0.48	0.244
Babanın içtiği sayı/gün	10.24	0.99	10.13	0.87	0.936
Diğer kişinin içtiği sayı/gün	1.96	0.60	1.17	0.36	0.258
Çocuk odasında içilen s./gün	2.62	0.36	2.13	0.27	0.279

*Bağımlı grupta t testi

pasif sigarayla anlamlı ölçüde daha yoğun karşılaşmaktadır ($p < 0.001$).

Olgularda evde içilen günlük sigara sayısı ortalaması (olgu=7.77, kontrol=5.96) ve KKO ortalaması (olgu=141.78, kontrol=108.95) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0.042$, $p=0.040$). SDPE riski açısından olgular daha dezavantajlıdır (Tablo 3).

Evde içilen sigara sayısı, KKO, evde aktif içici sayısı ve çocuğun yaşı değişkenleri arasında korelasyon ilişkileri değerlendirilmiştir. Başlıca sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

1. Evde içilen sigara sayısı arttıkça, olgu ve kontrollerin KKO değeri anlamlı olarak artmıştır (olgu $p=0.016$, kontroller $p=0.000$).

2. Evde içici kişi sayısı arttıkça, evde içilen sigara sayısı ve KKO değeri anlamlı olarak artmaktadır (olgu $p=0.007$, kontroller $p=0.000$).

3. Olgularda daha belirgin olmak üzere, çocuğun yaşı ile KKO değeri arasında anlamlı olumsuz korelasyon vardır (olgu $p=0.000$, kontroller $p=0.001$). Çocuğun yaşı küçüldükçe, KKO artmaktadır. Küçük çocukların çevresel sigara dumanından etkilenmesi daha fazladır.

Olgularda evde sigara içilmediğini belirten 43 olgunun 35'inde (%81.4) KKO 30 ng/mg'in üzerindedir ($p=0.001$). Kontrollerde evde sigara içilmediğini belirten 42 olgunun 28'inde (%66.7) KKO 30 ng/mg'in üzerindedir ($p=0.003$). Bildirim ve laboratuvar sonuçları arasındaki tutarsızlık olgularda daha belirgindir (Tablo 4). Annenin gebeliğinde sigara kullanımını olgu ve kontrollerde benzerdir.

Tartışma

Araştırmada idrar kotinin düzeyine göre çocukların SDPE riski yüksek (olgularda yüzde

87.3, kontrollerde yüzde 84.7) bulunmuştur. Türkiye'de laboratuvara dayalı araştırmalarda çocuklarda pasif içicilik bu araştırmada olduğu gibi yüksektir. İçicilik sıklığını Boyacı ve ark. (17) yüzde 76, Karadağ ve ark. (12) yüzde 80, Karakoç ve ark. (18) yüzde 74 bulmuştur. Başka iki araştırmada ailelerin bildirimine dayalı pasif içicilik daha düşük (yüzde 67) bulunmuştur (16,19). Araştırmada kaynaklarla uyumlu olarak, idrarda kotinin ölçümüne dayalı içicilik sıklığı, bildirim dayalı içicilik sıklığından yüksektir (1,6,20). Ailelerin bildiri ile nicel ölçüm sıklığındaki uyumsuzluk olgu grubunda daha yüksektir. Bunun olası nedenlerinin ailelerin içiciliği gizlemeleri, önemsememeleri ve ev dışında çocuğun sigara dumanı ile karşılaşma olasılığı olduğu düşünülmektedir.

ASYE gelişimini kolaylaştırıcı yaş, cinsiyet ve kalabalık yaşam koşulları gibi karıştırıcı etmenler bu araştırmada "yaş, cinsiyet, adres eşleştirmeleri" ile kontrol altına alınmıştır. Olgu ve kontrol gruplarının ev özellikleri, anne-babanın işi, kişi başına düşen hava hacmi, annenin öğrenim durumu, algılanan ekonomik durum gibi değişkenlerin etkisi benzerdir. Koch ve ark.'nın (10) yaptığı araştırmada sıfır-iki yaş grubu çocuklarda kalabalık yaşam; Priettsch ve ark.'nın (23) araştırmada sıfır-59 ay çocuklarda düşük anne öğrenimi, kötü çevre koşulları, düşük gelir ve kalabalık yaşam ASYE gelişiminde risk olarak bulunmuştur. Bu araştırmada planlamada yapılan eşleştirmelerle yaş, cinsiyet ve diğer çevresel etmenlerin etkisi kontrol edildiği için, yalnızca sigaranın doza bağlı etkisi gözlenmiştir.

Lux ve ark. (5) 18-30 ay çocuklarda, hisli solunumla birlikte enfeksiyonların gelişmesinde, annenin gebeliğinde sigara içicisi

olmasının etkisi olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada, annenin gebeliğinde sigara içiciliği ile ASYE arasında bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmaya alınan çocukların yaş grubunun ileri yaşta olmasının bu etkinin saptanmasını engellemiş olabileceği düşünülmektedir. Kaynaklarda annenin gebeliğinde sigara içiciliğinin daha çok erken çocuklukta ASYE geçirilmesine neden olduğu belirtilmektedir (2,4,5).

Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı kestirimine göre, Türkiye'de aktif içiciliğin 15 yaş üzeri kadınlarda yüzde 20-29, erkeklerde yüzde 60'ın üzerinde olduğu bildirilmektedir (24). Olgu ve kontrollerin anne-babalarının içicilik prevalansları birbirine yakındır. Araştırmada annelerin içicilikleri DSÖ kestiriminden yüksek (olgu: %34.7, kontrol: %39.3), babaların içicilikleri ise benzer sıklıkta saptanmıştır (olgu: yüzde 54.7, kontrol: yüzde 61.3).

Araştırmada pasif içicilik riski karşılaşma sıklığı olgu ve kontroller arasında benzer olmasına karşın, SDPE riskinin doza bağlı ilişkisini gösteren, bir günde evde içilen ortalama sigara sayısı ve idrar kotinin ortalaması olgularda anlamlı olarak yüksektir ve kaynaklardaki araştırmalarla uyumludur (3,11,13). İdrarda kotinin için sınır değeri 60 ng/mg alındığında pasif içiciliğin ASYE oluşumunu artırdığı ve doza bağlı nedensel ilişkiyi desteklediği görülmüştür. KKO 30 ng/mg'ın pasif sigara için sınır değer kabul edilmesi pasif sigara sıklığının düşük olduğu ülkeler için geçerli olabilir. Ülkemizdeki gibi sigarayla yoğun karşılaşmada daha yüksek sınır değerleriyle (60 ng/mg vb.) ilişkinin araştırılması gerekebilir. Olguların tanı konmuş kronik hastalıklarının kontrollerden daha fazla görülmesi, çevresel sigara dumanının çocuğun genel sağlık durumu üzerine etkisinin önemli bir belirteçidir. Çocukların kronik hastalıklarının %58.9'u yineleyen otitis media, rinit, adenoid hipertrofisi, kronik tonsillit gibi pasif içiciliğin etkili olduğu hastalıklardır.

Annenin içiciliğinin, ASYE ve astım akut atak şiddetini artırdığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (6,7,9,11). Okul öncesi çocukların evde anneleri ile daha çok zaman geçirmesine bağlı olarak etkilenimin artması beklenir, ancak bu araştırmada annenin içiciliği olgu ve kontrollerde benzerdir. Olgu ve kontrollerde annenin içiciliği ve içicilik dozunda bir fark olmamasına karşın, evde

günde içilen sigara sayısı ortalamasının olgularda daha yüksek oluşu çelişkili bir bulgudur.

Sonuç olarak; ASYE görülen çocukların evlerinde sigara içme sıklığının anlamlı olarak yüksek olması, ASYE oluşmasında pasif sigara içiciliğinin önemli bir risk etmeni olduğunu göstermektedir. Türkiye gibi evlerde yoğun sigara içilen toplumlarda pasif içicilikten etkilenmenin saptanmasında kotinin/kreatinin oranı sınır değerinin 30 ng/mg yerine 60 ng/mg olarak uygulanması önerilmiştir. Bu araştırmada olgu kontrol çalışmalarında sorun olan bazı kısıtlılıkların olduğu düşünülmektedir. Örneğin anne ve babanın evde içtiği sigara sayısının olgu ve kontrollerde farklı çıkmamasının nedeninin anımsamaya dayalı bir yan tutma olabileceğini düşündürmüştür.

Karıştırıcı etkenleri kontrol edebilmek için bire-bir eşleştirme yapılmıştır. Ancak bu eşleştirme çok fazla bağımsız değişken için yapılmıştır. Bu durum aşırı eşleştirme (overmatch) yaratmış olabilir. Aşırı eşleştirme sorunu da temel araştırılan nedenin de benzer sıklıklarda saptanmasına neden olmuş olabilir (kotinin 30 ng/ml kesme değerine göre olgu ve kontrollerin pasif içicilik sıklıkları benzerdir, ancak kesme değer 60 ng/ml kotinin değerine çıkarılınca fark saptanmıştır). Akut gelişen bir hastalıkta, kronik bir maruz kalım (pasif içicilik) araştırılmıştır. Pasif sigaraya kronik olarak maruz kalan kontrollerin de bu süre içinde olgu olabilme şansı vardır.

Kontrollerin verinin toplandığı 6 aylık süre içinde olgu olma durumu yalnızca sağlık ocaklarının kayıtları incelenerek yapılabilmektedir. Bu kontrollerden olgu olan ve sağlık ocağına başvurmayanlar olabilir. Bu olası sorun olgu ve kontrol grubunun etken açısından birbirine benzeşmesine neden olmuş olabilir.

İletişim: Dr. Pembe Keskinoglu

E-posta: pembe.keskinoglu@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Gergen PJ. Environmental tobacco smoke as a risk factor for respiratory disease in children. *Respir Physiol* 2001;128:39-46.
- 2- Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arc Dis Child* 2003;88:1086-90.
- 3- Landau IL. Parental Smoking: asthma and wheezing



Fotoğraf: "Hayata Tutunmak" Dr. Burhan Çanakçı, Ankara/ STED Fotoğraf Yarışması 2008 Arşivinden

- illnesses in infants and children. *Paediatr Respir Rev* 2001;2:202-6.
- 4- Li JSM, Peat JK, Xuan W, Berry G. Meta-Analysis on the Association Between Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure and the Prevalence of Lower Respiratory Tract Infection in Early Childhood. *Pediatr Pulmonol* 1999;27:5-13.
 - 5- Lux AL, Henderson SJ, Pocock SJ. Wheeze associated with prenatal tobacco smoke exposure: a prospective, longitudinal study. ALSPAC Study Team. *Arch Dis Child* 2000;83:307-12.
 - 6- Peat JK, Keena V, Harakeh Z, Marks G. Parental smoking and respiratory tract infections in children. *Paed Respir Rev* 2001;2:207-13.
 - 7- Strachan DP, Cook D. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal case control studies. *Thorax* 1998;53:204-12.
 - 8- Stein RT, Holberg CJ, Sherrill D, Wright AL, Morgan WJ, Taussig L, Martinez FD. Influence of parental smoking on respiratory symptoms during the first decade of life. *Am J Epidemiol* 1999;149:1030-37.
 - 9- Cook GD, Strachan DP. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997;52:1081-94.
 - 10- Koch A, Molbak K, Homeo P, Hjuler T, Olesan M E, Peji J, Pedersen F K, Olsen O V, Melbye M. Risk factors for acute respiratory tract infections in young Greenlandic children. *Am J Epidemiol* 2003;158:374-84.
 - 11- Strachan DP, Cook D. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997;52:905-914.
 - 12- Karadağ B, Karakoç F, Ceran O, Hamutçu R, İnan S, Dağlı E. Does Passive Smoke Exposure Trigger Acute Attack in Children? *Allergol Immunopathol (Madr)* 2003;31:318-23.
 - 13- Seccareccia F, Zuccaro P, Pacifici R, Meli P, Pannoza F, Freeman KM, Santaquilani A, Giampaoli S. Research Group of the MATISS Project. Serum cotinine as a marker of environmental tobacco smoke exposure in epidemiological studies: the experience of the MATISS Project. *Eur J epidemiol* 2003;18:487-92.
 - 14- Shiva F, Nasiri M, Sadeghi B, Padyab M. Effects of passive smoking on common respiratory symptoms in young children. *Acta Paediatr* 2003;92:1394-7.
 - 15- World Health Organisation. Case management acute respiratory infections in children in developing countries. Geneva, WHO, 1985. WHO/RSD/85.15.
 - 16- Güneşer S, Atıcı A, Alparslan N, Cinaz P. Effects of indoor environmental factors on respiratory systems of children. *J Trop Pediatr* 1994;40:114-6.
 - 17- Boyacı H, Etiler N, Duman C, Basyigit I, Pala A. Environmental tobacco smoke exposure in school children: parent report and urine cotinine measures. *Pediatr Int* 2006;48:382-9.
 - 18- Karakoç F, Dağlı E, Kut A, Pamukçu A. Çocuklarda pasif sigaraya maruziyetin serum kotinin düzeyi ile belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 1998;7:77-82.
 - 19- Ece A, Yakut Hİ, İşcan A, İğci MN, Özcan F. Anneleri sigara içmeyen ve seyrek içen çocuklarda solunum yolu infeksiyonları sıklığı. *İnfeksiyon Dergisi* 1997;11:221-4.
 - 20- Matt GE, Wahlgren DR, Hovell MF, Zakarian JM, Bernert JT, Meltzer SB, Pirkle JL, Caudill S. Measuring environmental tobacco smoke exposure in infants and young children through urine cotinine and memory-based parental reports: empirical finding and discussions. *Tobacco Control* 1999;8:282-9.
 - 21- Henderson FW, Reid HF, Morris R, Wang OL, Hu PC, Helms RW. Home air nicotine levels and urinary cotinine excretion in preschool children. *Am J Respir Dis* 1989;140:197-201.
 - 22- Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. İzmir: Dokuz Eylül Ün. 2006.
 - 23- Prietsch SO, Fischer GB, Cesar JA, Fabris AR, Mehanna H, Ferreira THP, Scheifer LA. Acute disease of the lower airways in children under five years of age: role of domestic environment and maternal cigarette smoking. *J Pediatr* 2002;78:415-21.
 - 24- World Health Organisation. Tobacco Atlas 10. (<http://www.who.int/tobacco/en/atlas/10.pdf>). Erişim Tarihi: 3.06.2007.



Dr. Nurhan Meydan Acımiş*, Dr. Mehmet Bostancı**

Öz

Karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi dünyada ve ülkemizde halen önemini korumaktadır. Dünya genelinde kaza ile ya da intihar amaçlı birçok CO zehirlenmesi yaşanmaktadır. CO zehirlenmesi önlenebilir bir ölüm nedeni olarak toplum sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Toplumun CO zehirlenmesine karşı bilinçli olması zehirlenmelerin önlenmesinde en önemli adımdır. Bu yazı ülkemizde sık karşılaşılan CO zehirlenmelerine karşı birinci basamak sağlık personelinin konuya daha duyarlı yaklaşması ve toplum bilinçlenmesine katkı sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar sözcükler: CO zehirlenmesi, Toplumsal bilinç, Birinci basamak.

Abstract

Carbon monoxide (CO) poisoning still continues to be an important issue in Turkey and also in the rest of the world. There are many cases of CO poisoning throughout the world resulting from accidents or suicide attempts. CO poisoning persists to be a public health problem as a preventable cause of death. Raising awareness in the society about CO poisoning is the most important step in the prevention of poisoning. This paper was written with the aim to establish a more sensitive approach among primary care health personnel towards CO poisoning which is frequently observed in Turkey and for them to contribute to raising awareness about CO poisoning.

Key words: CO poisoning, Social awareness, Primary care.

Karbonmonoksit

Tanımı

CO motorlu taşıtlarda ve ısıtıcılardaki fosil yakıtlarının tam olmayan yanmaları sonucu ortaya çıkan renksiz, kokusuz, tatsız, toksik bir gazdır.

Genel Özellikleri

CO'nun hemoglobine olan ilgisi oksijene göre 200-250 kez fazladır. Hemoglobinle kolay reaksiyona girer. İnsan vücudunda karboksihemoglobin (COHb) formunu alır. CO, kanın oksijen kapasitesini azaltır. Bu durum ekstraselüler dokuya oksijen salınımını bozar. Hemoglobine bağlanan CO yaklaşık yüzde 80-90 absorbe olabilmektedir. Absorbe edilenden geriye kalanı miyogloblin, sitokrom oksidaz ve sitokrom p-450 gibi diğer hem proteinlerine bağlanır. Sağlıklı kişilerde CO küçük miktarlarda hemoglobin ve diğer hem protein katabolizması ile oluşabilmektedir.

CO gazı; fosil yakıtı olan benzin, gazyağı, doğalgaz, propan, kömür, odun, mangal kömürü, dizel benzin, kağıt, tütün gibi

.....Otel oda arkadaşım Siirt Merkez Sağlık Ocağı hekimi Kaya. Çok candan çocuk, kafa dengi.Kaya benden biraz genç, bekar, Egelidir, sarışın. ...Ne yazık ki moral kursu sona erdi. Döndük ocaklarımıza. ...İlk cumartesi beni arayacaktı. Aramadı. Pazar da aramadı. Siirt'e gittim. Merkez ocakta aradım. Bulamadım. Sordum, kimse görmemiş. Kapısını çaldım. Hiç ses yok. Yükselip pencereden baktım.Yatağında yatıyor. Ama cansız gibi. ...Kapıyı kırdık, içeri girdik. ...Eyvah! Gerçekten Kaya ölmüş. Odada hala yanmamış kömür kokusu ...Ve mangalda yarı yanmış kömür var. Yüzünde geniş kırmızı lekeler. ...Ağzından sızan kanlı bir sıvı.Karbonmonoksit zehirlenmesi.Savcı "otopsi istiyorum!" dedi. ...Girdim içeri. Asistan gerekli hazırlığı yapmış. Öte yandan sekreter, kağıdı daktiloya geçirmiş bekliyor. Savcı onun arkasında saklanmış, görünümünden uzak durmaya çalışıyor. Gasil haneden çıkarken inanasım gelmedi, bu ben aynı ben miyim? Yoksa "iyi doktor" rolü oynayan bir bilmem mi?

(Kurtalan da Doktor Olmak.. İldeniz Kurtulan 2002).

*Uzm.; Denizli Devlet Hastanesi, Denizli

**Prof.; Pamukkale Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Denizli

ürünlerin tam olmayan yanmaları sonucunda oluşur (1,2). Tiner ve sprey boya ları gibi maddelerde bulunan metilklorürün cilt ve solunum yoluyla alındıktan sonra karaciğerde CO'ya çevrilerek yavaş salınımlı CO zehirlenmesine neden olabileceği de unutulmamalıdır (3). CO genel özelliğinden dolayı ortam havasında kolay fark edilemez. Evde ısınma araçları, mutfakta kullanılan ocaklar ve garaj içindeki çalışır durumdaki taşıtlar CO gazının iç ortamda tehlikeli düzeyde artmasına neden olabilirler. CO gazı zayıf baca bağlantıları, uygunsuz baca özellikleri ya da tıkanmış bir baca nedeniyle iç ortamda artabilir. Bacanın tıkanması is ya da kuruma bağlı olabileceği gibi kuş yuvalarına bağlı da olabilir.

CO Zehirlenmesi Belirtileri

CO gazı solunum yolu ile vücuda alındığında, kandaki oksijen ile yer değiştirerek COHb olarak bilinen forma dönüşür. Bu durum oksijenin vücuda alınmasını önler. CO gazının artması COHb düzeyini artırır. Bu durum insanda gaz etkilenimine bağlı hastalık durumunu artırır. CO gazının vücuttaki belirleyicisi COHb'dir. CO akciğerden atılır. Oda havasında yarılanma ömrü 3-4 saattir (1).

CO en çok oksijene gereksinimi fazla olan organlar olan beyin, kalp, büyük kaslarda etkili olur. Özellikle gebe kadınlarda, doğmamış bebekler ve infantlarda, yaşlılarda ve kalp hastalığı öyküsü olanlarda etkilidir (4). Düşük doz CO gazı kronik kalp hastalığı olanlarda güçsüzlük ve göğüs ağrısında artmaya yol açabilir. (5).

İlk zehirlenme bulguları baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, bulantı, düzensiz soluk alıp verme gibi grip benzeri belirtilerdir (1). CO gazının yüksek düzeylerinde uykuya eğilim, kusma, konfüzyon ve oriyantasyon bozukluğu; daha yüksek düzeylerinde bilinç kaybı ve ölüm görülür (6). CO gazının sağlığı etkileri kişinin genel sağlık durumu, cinsiyet, yaş, kilo ile bağlantılıdır. Bu gaza bağlı etkiler etkilenim dozuna ve etkilenim süresine bağlı olarak da değişmektedir. Ortamdaki CO gazı yoğunluğuna göre kişide farklı etkiler ortaya çıkar. 400 ppm'de 1-2 saat içinde frontal bir baş ağrısı üç saat içinde yaşam tehdidi gelişir. 800 ppm'de 20 dakika içinde bulantı ve konvüzyon gelişir; iki saat içinde ölüm

olabilmektedir. 1600 ppm'de; 10 dakika içinde bulantı bu yoğunlukta ölüm bir saat içinde gelişebilir. 12800 ppm'de ölüm 80 saniye içinde olur. Yeni çalışmalar kronik düşük doz etkilenimin ciddi sağlık risklerine de işaret etmektedir (1).

Epidemioloji

CO zehirlenmesi ilk kez 1857 yılında Claude Bernard tarafından doku hipoksisinin toksik etkileri olarak tanımlanmıştır. 1895 yılında Haldane'nin CO zehirlenmesi mekanizmasını ortaya koymasından bu yana bu konuda yapılan birçok çalışma CO zehirlenmesi konusundaki bilgilerimizi oldukça artırmıştır. Gerçek olguların yaklaşık üçte birinin tanınmadığı düşünüldüğünde, CO zehirlenmesi konusunda bir sıklık belirtmek oldukça güçtür (7).

CO dünya genelinde zehirlenmeler arasında ön sıralarda yer almaktadır. Dünyanın birçok bölgesinde, toplumların sosyoekonomik yapılarına ve mevsimsel özelliklerine bağlı olmak üzere, değişik nedenlerle her yıl binlerce CO zehirlenme olgusu ortaya çıkmaktadır. Bunların bir kısmı da ne yazık ki ölümle sonuçlanmaktadır. Yılda 10.000 kişi bu konuda tıbbi yardıma gereksinim duymakta ve en az bir gün iş ve güçten kalmaktadırlar. ABD'de kaza sonucu her yıl 600 CO zehirlenme olgusu bildirilmiştir. İntihar amaçlı girişimlerin ise bundan 10 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (1). Geniş serili bir araştırma, mortalite oranının yüzde 31'den yüksek olduğunu göstermekte iken, diğer araştırmalarda bu oran yüzde 1-2 olarak belirtilmiştir (1). Kaza sonucu oluşan olgular daha çok kış aylarında pik yaparken, intihar amaçlı olanlar yıl boyunca eşit dağılmaktadır (1). Ülkemizde CO zehirlenmeleri kış aylarında pik yapmakta, intihar olgularına ise az rastlanmaktadır. Dış ülkelerde kaza sonucu zehirlenmelerde motorlu araçlar ön sırada iken, ülkemizde ilk sırayı ısınma ve ısıtma sistemi araçları almaktadır. Soğuk ve dağlık bölgelerde yaşayanlarda, 75 yaş üzeri insanlarda, kardiyopulmoner sorunu olanlarda morbidite artmaktadır (7). Yenidoğan ve fetus, fetal hemoglobine bağlı olarak CO zehirlenmesine daha yatkındır. Yanan sigara CO için önemli bir kaynak oluşturur. Sigara dumanı içeriğinde yaklaşık olarak yüzde 4 oranında CO vardır. Sigara içenlerin COHb düzeyleri yüzde 4-9 arasındadır. Bir sağlık

profesyoneli COHb düzeyini yorumlarken sigara içme öyküsünü göz önünde bulundurmalıdır (1).

Tedavi ve Prognoz

CO zehirlenmesi bulgularının herhangi birini yaşadığını fark eden bir kişi hemen temiz havalı bir ortama çıkmalı ya da ısıtıcı araçlarını kapatıp kapı ve pencereyi açarak evden bir an önce ayrılmalıdır. Kişi hemen bir tıbbi merkeze başvurmalı ve tıbbi yardım almalıdır (1).

CO zehirlenmesi sonrasında prognoza ait verilerde ortak bir sonuca ulaşılamamasına karşın, ağır zehirlenmelerin yüzde 30'unun ölümcül sonuçlanacağı ileri sürülmektedir. Bilimsel anlamda Hastada Kardiyak arrest oluşması, koma, metabolik asidoz, ileri yaş, komorbid durum, nörolojik sekellerin ortaya çıkması ve yüksek COHb düzeyinin varlığı hastanın mortalitesini etkilemektedir (8). Etkilenim sonrası geç nörolojik sekellerin büyük çoğunluğunun ilk yılda iyileşebilmesine karşın, zehirlenme sonrasında hastaların yüzde 3-47'sinde geç nörolojik sekeller görülebilmektedir (8). Bu açıdan tedavi sunan tıbbi ekibin CO zehirlenmesi tanı ve tedavileri konusunda donanımlı olması gereklidir. Tedavi sonrasında hastaya yapılacak bilgilendirme, nöroloji uzmanı ve psikiyatrist tarafından yapılacak hasta kontrolü yararlı olacaktır (8).

CO Zehirlenmesine Karşı Öneriler

İç ortamdaki CO gazının zehirli etkilerinden korunmak için dikkat edilmesi gereken noktalar topluma iyi anlatılmalıdır. Bu çerçevede;

1. Bacalardaki pas ve su izi, is, kurum, pencere iç tarafındaki rutubetin ortamda CO varlığına ilişkin bize ipucu verdiği,
2. Yetersiz havalanma yaratacak biçimde bacanın yıkık olması, baca bağlantısının yetersiz ya da bozuk olmasının tehlikesi,
3. Bacadan sürekli kurum dökülmesi ya da ısıtma ve ısınma araçlarının bozuk olması hallerinde iç ortamda oluşabilecek CO tehlikesine karşı uyanık olmak gerekliliği,
4. Isınma ve ısıtma araçlarının yalnızca teknik servisi tarafından kurulması ve bu araçların her yıl bakımının yapılmasının önemi,
5. CO dedektörünün gazın iç ortamda ölümcül düzeye gelmeden kişilerin erken uyarılması konusunda yarar sağlayacağı; oda, garaj, araç, çadır içinde mangal kömürü yakılmamasının önemi vurgulanmalıdır.

CO zehirlenmesi konusunda en önemli adımın korunma olduğu topluma benimsetilmelidir (1).

CO her geçen gün daha fazla araştırma konusu olmaktadır. "Sessiz tehlike" ya da "bin yüzlü hastalık" olarak tanımlanan CO gazının zehirli etkileri konusunda oluşturulacak toplumsal bilinç, buna bağlı zararlarının önlenmesinde yarar sağlayacaktır.

Evlerde yoğun sigara içiminin ev ortamındaki CO yoğunluğunu artırması ile başta çocuklar ve yaşlılar olmak üzere uzun süre evde kapalı ortamda kalanların kronik CO zehirlenmesine maruz kalacağı açıktır. Bunun için evlerde sigara içilmemesi konusunda gerekenler yapılmalıdır.

İletişim: Nurhan Meydan Acıması
E-posta: nurhan88@hotmail.com

Nakış Öğretmeni Soba Zehirlenmesi Sonucu Öldü

Zonguldak'ta 15 Yıllık Nakış Öğretmeni, Sobadan Sızan Karbonmonoksit Gazından Zehirlenerek Yaşamını Yitirdi.

Bu Haberi Paylaş:

Zonguldak

İLGİLİ RESİMLER



Zonguldak'ta 15 yıllık nakış öğretmeni, sobadan sızan karbonmonoksit gazından zehirlenerek yaşamını yitirdi.

Kozlu beldesi 19 Mayıs Mahallesi'nde, yalnız yaşayan ve Kozlu Pratik Kız Sanat Okulu'nda nakış öğretmeni olarak çalışan Sevtap Turpçun'un(38) okula gitmemesinden şüphelenen mes arkadaşları, durumu polise habere verdi. Turpçun'un yalnız yaşadığı Akarsu Sokak'taki ikametine giren polis, öğretmeni baygın halde buldu. Çağrılan 112 Acil Sağlık ekipleri, yaptıkları incelemede Turpçun'un öldüğünü belirledi.

Sevtap öğretmenin cenazesi, Olay Yeri İnceleme ekipleri ve Cumhuriyet Savcısının evde yaptığı incelemelerin ardından Kozlu Belediyesine ait

www.haberler.com

Kaynaklar

- 1- www.cpsc.gov
- 2- Coburn R F. Co Toxicity. Handbook of physiology. Tenney SM. 1987: 439-456
- 3- Steward R D. Paint remover hazard. Jama 1976; 235:398-401
- 4- Longo L D. The biyolojik effect of carbon monooxide on the pregnant woman, fetus and newborn infant. American Journal of obstetric and gynecology. 1977; 129:69-103
- 5- Smith ÇJ, Steichen TJ. The atherogenetic potential of carbon monooxide Atherosclerosis.1993; 99: 137-149.
- 6- Hardy K R. Pathophysiology and treatment of CO posioning. J. Clin Toxicol 1994;32: 613-629
- 7- Ernst A. CO posioning.NJM 1998; 22:1603-1608
- 8- Dirim. Aylık Tıp Dergisi. Karbonmonoksit Zehirlenmesi ve Tedavisi.2003;4:32-41



Dr. Nazan Çakırer*

Öz

Yenidoğan ünitelerinde, hastane kaynaklı enfeksiyonlar ve kontrolü önemli bir konudur. Hastane kaynaklı enfeksiyonun kontrol stratejileri, sağlık hizmeti veren herkesi etkiler ve ilgilendirir. Hastane kaynaklı enfeksiyonu azaltmak için öncelikle sorunun boyutlarını belirlemek ve önlem almak gerekir. Hastanelerde bulunan her birimde hastane kaynaklı enfeksiyon riski vardır. Ancak yenidoğan servisleri enfeksiyon açısından daha büyük risk altındadır. İmmün sistemin yeterince gelişmemiş olması, düşük doğum ağırlıklı olma, prematüre olma, invazif işlemlere maruz kalma gibi durumlar yenidoğanda hastane kaynaklı enfeksiyon gelişme riskini artırmaktadır. Dünya genelinde yılda yaklaşık 4 milyon yenidoğanın öldüğü ve bu ölümlerin 1.5-2 milyonunun enfeksiyonlar nedeniyle olduğu hesaplanmaktadır. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, yenidoğan bebeklerde mortalite oranlarının artmasına neden olmanın yanı sıra, bebeklerin hastanede kalış sürelerinin de uzamasına ve hastane maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır.

Anahtar sözcükler: Yenidoğan, Hastane enfeksiyonu

Giriş

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) sık karşılaşılan önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya genelinde yılda yaklaşık dört milyon yenidoğanın öldüğü ve bu ölümlerin 1.5-2 milyonunun enfeksiyonlar nedeniyle olduğu hesaplanmaktadır (1). Çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların (<1500 g) yaşam oranları son 10-15 yılda, %75'ten %85'lere yükselmiştir. Ancak, birçok önemli sorunları olan ve bu nedenle YYBÜ de invazif yöntemlerle izlenmeleri gereken bu bebeklerde hastane kaynaklı enfeksiyon riski de önemli oranlarda artmıştır. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, yenidoğan bebeklerde mortalite oranlarının artmasına neden olmanın yanı sıra, bebeklerin hastanede kalış sürelerinin de uzamasına ve hastane maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır (2, 3, 4).

Abstract

Nosocomial infections and their control are important issues in the neonatal wards. Strategies to control nosocomial infections concern and affect all health care providers. In order to decrease the rate of nosocomial infections, it is first of all necessary to know the scope of the problem and to take precautions. All units in a hospital harbor a risk of infection. However, neonatal wards carry a higher risk. Neonates have even a greater risk of acquiring nosocomial infections since their immune system is immature and if they have low birth weight, are premature or undergo invasive procedures. It is estimated that 4 million newborns worldwide die every year and 1.5-2 million of them are due to infections. Other than increasing neonatal mortality, nosocomial infections also prolong the newborn's stay in the hospital and increase the costs.

Key words: Neonate, Nosocomial infection

Hastane kaynaklı enfeksiyonların tedavi maliyetlerine getirdiği yük hesaplanırken hastaneye, sağlık sistemine ve hastaya getirdiği ek yük olarak üç ayrı basamak dikkate alınmalıdır. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar uzun yatış süreleri, hastaneye yeniden başvuruları ve hastanenin günlük çalışma düzeninde meydana getirdiği zorunlu değişiklikler nedeniyle maliyeti artırmaktadır. Sağlık sistemi içinde doktora başvuru sayısında artma ve hemşire bakım süresinin uzaması nedeniyle ek mali yükler oluşmaktadır. Evde bakım süresinin uzaması, evde de antibiyotik kullanılması gibi nedenlerle hastaya ek maliyetler söz konusudur.

Yapılan çeşitli çalışmalarda hastane enfeksiyonlarının yalnızca hastaneye maliyetlerinin 1018 ile 2200 Amerikan doları arasında değiştiği bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da ortalama 1500 Amerikan doları ek maliyet olduğu bildirilmektedir (5, 6).

Tanım

Yenidoğan dönemi, doğumu izleyen dört haftalık süreyi içerir. Yenidoğan bebek, doğumu izleyen dakika, saat ve günlerde vücudunun hemen tüm sistemlerini içeren biyokimyasal ve fizyolojik değişiklikler ile ortama uyum sağlamak zorundadır. Başta preterm ve gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlıklı bebekler olmak üzere birçok yenidoğan bebekte dış ortama uyum güçlüğü olabilmesi ve prenatal, natal ve postnatal dönemdeki olumsuz etkenler bu dönemde morbidite ve mortalitenin yüksek olmasına neden olmaktadır (7, 8).

Hastane enfeksiyonları, hastaneye başvuru sırasında klinik enfeksiyonun var olmadığı ya da inkübasyon döneminde olmadığı, başvurudan 48 saatten fazla sürede ve taburcu olduktan sonra da ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır (CDC: *Center for Disease Control and Prevention*).

Ancak ilk hafta içinde gözlenen enfeksiyonların anneden kazanılmış olma olasılıkları da göz ardı edilmemelidir (9). Yenidoğandaki enfeksiyonlar doğumdan sonraki ilk 24-72 saatte ortaya çıkarsa bunlara erken başlayan enfeksiyonlar denir ve genellikle anneden kazanılan enfeksiyonlardır. Eğer enfeksiyon doğumdan sonraki 3-7 gün içinde ya da daha uzun sürede gelişmişse geç başlayan enfeksiyonlar olarak adlandırılır ve yenidoğan ünitesinden kazanılan mikroorganizmalarla oluştuğu varsayılırlar (3, 8).

Epidemiyoloji

Hastane kaynaklı enfeksiyon, ABD'de % 1.8-15.3 arasında rapor edilmektedir. Oran, 750 gramdan küçük bebeklerde en az % 42'dir. Eğitim hastanelerinde, yoğun bakım ünitelerinde daha yüksektir. Doğum tartısı 1500 gr altında olan yenidoğanlarda yapılan geniş kohort çalışmasında hastane kaynaklı enfeksiyon sıklığı % 20-25 arasında bulunmuştur. Hastane kaynaklı enfeksiyonların % 93'ü 1500 gr altındaki yenidoğanlarda görülür. Gestasyonel yaş ve/veya doğum tartısı azaldıkça sıklık artmaktadır (7) Satar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 1993-Temmuz 1996 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılarak tedavi gören 2617 bebeğin dosyası retrospektif olarak incelenmiş, bu bebeklerin 71'inde

Doğum tartısına göre hastane kaynaklı enfeksiyon sıklığı

Doğum tartısı (gr)	Hastane kaynaklı enfeksiyon sıklığı (%)
401 -750	43
751 - 1000	28
1001 - 1250	7

(%2.7) hastane kaynaklı enfeksiyon saptanmıştır (10).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, hastanede yatarak tedavi gören yaklaşık her 10 hastadan birinde hastane enfeksiyonu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelerde hijyenik koşulların yetersizliği, hastane enfeksiyonlarının ve enfeksiyon kontrolünün yeterince önemsenmemesi nedeniyle gelişmiş ülkelere oranla sorunun daha büyük boyutlarda olduğunu vurgulamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde dirençli patojenlerle oluşan hastane kaynaklı enfeksiyonların daha sık görülmesi şu nedenlere bağlanmaktadır:

- Hemşire başına düşen yatak sayısının fazlalığı; bu sayı ile orantısız olarak enfeksiyon kontrol önlemlerinin azlığı,
- Eğitim eksikliği; eğitim yeterli olsa bile el antiseptiklerinin yeterli olmayışı ya da pahalılığı gibi nedenlerle el yıkama alışkanlığının olmayışı,
- Hastanelerin altyapı noksanlıklarına karşın, yüksek teknoloji ile donatılması; yeterli enfeksiyon kontrolü olmayan hastanelerde en güç ve karmaşık operasyonların yapılabilmesi,
- Hastane eczanesinde geniş spektrumlu antibiyotiklerin bulunması ve herkes tarafından rahatça kullanılabilmesi; çoğu hastanede antibiyotik kullanımının kısıtlı olmayışı; kısıtlama uygulanan hastanelerde de bu antibiyotiklerin kullanımı konusunda yeterli bilgisi ve her hastaya ayıracak yeterli zamanı olan hekimlerin az sayıda oluşu,
- Klinikler ile mikrobiyoloji laboratuvarı arasında iletişim kopukluğu; klinisyenlerin laboratuvarından yeterli destek, zamanında ve doğru sonuç alamadıkları gerekçesiyle kültür örneği almaktan vazgeçmesi; profilaksi ve tedavi amacıyla antibiyotik seçiminde laboratuvar sonuçlarına güvenilmemesi;
- Hastane yöneticilerinin hastane enfeksiyonunu bir "sorun" olarak görmemesi.

Neonatal hastane kaynaklı enfeksiyonlarda risk faktörleri

Yenidoğan

Ağılık < 1500 gr

İmmün sistemlerinin tam gelişmemiş olması

Hastalığın altında yatan hazırlayıcı etmenler

Gastrik pH'nin yüksek olması

Yetersiz beslenme

Total parenteral beslenme (lipit)

Gavajla besleme

Çoklu antibiyotik kullanımı

Uygulanan girişimler

- Ventilatör
- IV kateter
- Şant
- Endotrakeal entübasyon

Hastanede uzun süre kalma

Çevre

Enfeksiyon kontrol tekniklerine uymama

- El yıkama
- Kullanılan malzeme
- Ölçekler
- Malzemelerin taranmaması

Fırsatçı mikroorganizmaların varlığı

Kalabalık

Çalışan sayısının yetersizliği

Kontamine atık imhasının yetersizliği (2, 9, 13, 14, 15)

Bu sayılan etmenlerin hemen hepsi Türkiye hastanelerinin neredeyse tümü için geçerlidir. (4, 12)

Satar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yenidoğanlarda hastane kaynaklı enfeksiyonların %63'ünün prematür, %37'sinin matür bebeklerde görüldüğü saptanmıştır. Hastaların başvuru anındaki tanıları incelendiğinde prematür bebeklerde respiratuvar distres sendromu, matür bebeklerde ise hipoksik iskemik ensefalopatinin ilk sırada olduğu belirlenmiştir (10).

Kanada'da 16 538 yenidoğan ile yapılan çalışmada; 1500 gr'dan düşük ağırlıklı, gestasyon yaşı 29 haftadan az, mekanik ventilasyona bağlı ve parenteral beslenen yenidoğanların yüksek riskli grupta olduğu belirlenmiştir (16).

Yenidoğan enfeksiyonlarının özelliklerini belirleyen pek çok etmen vardır:

1- Enfeksiyon etkenleri anneden fetüse ya da yenidoğana çeşitli yollarla geçebilir. Gestasyon süresinde farklı zamanlarda

transplental hematojen yayılma olabilir (intrauteri enfeksiyon). Enfeksiyon etkenin anneden bebeğe dikey geçişi doğumdan kısa bir süre önce ya da doğum sırasında da olabilir (intrapartum enfeksiyon). Doğumdan sonra ise yenidoğan hastanede ya da yaşadığı toplumda enfeksiyon etkenleri ile karşılaşabilir (postpartum enfeksiyon).

2- Yenidoğanlar bir ya da daha fazla immünolojik defekt nedeniyle enfeksiyona yanıt vermede daha az yeteneklidirler.

3- Eşlik eden bazı durumlar nedeniyle neonatal enfeksiyonların tanı ve tedavisi daha komplike olabilir.

4- Yenidoğan enfeksiyonunun klinik bulguları çok değişken olabilir. Subklinik enfeksiyon olabileceği gibi çok hafiften çok ciddiye kadar fokal ya da sistemik enfeksiyon bulgusu gösterebilir.

5- Enfeksiyon etkeniyle temasın zamanlaması, maruz kalınan etkenin miktarı, yenidoğanın bağışıklık durumu ve etkenin virülansı, fetüs ya da yenidoğandaki enfeksiyonun ciddiyetinin derecesini belirler.

6- Yenidoğanı çok geniş spektrumda ajanlar etkileyebilir (bakteri, virüs, mantar) (7).

Mikroorganizmaların bulaş biçimleri

Hastane kaynaklı patojenlerin olası bulaşma yolları; havayolu, temas yolu (direkt-indirekt-damlacık yolu ile), endojen olarak otoenfeksiyon, aletler ve vektörlerdir. Enfeksiyonun bulunduğu yerler; enfekte kişiler/kolonizasyonu olan bakıcılar, deri ve kateter giriş yerleri, periuteri deri ve mukoz membranlar, çevredeki sıvı maddeler, enfekte materyallerdir. Enfeksiyon kaynakları; havaya çıkan damlacıklar, bakıcının elinde bulunan enfeksiyondan drenaj, bakıcının elleri, fomitler, büyük solunum damlacıkları, damar içi kateterler, yerleştirilmiş üriner kateter, ya da ekstremler olarak kontamine olmuş IV sıvılar, enfekte donörlerden alınan kan ürünleri ve kontamine yiyeceklerdir (2, 8, 9).

Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, takılan yüzüğün tipinden bağımsız olarak yüzük takmanın sağlık personelinin elindeki gram pozitif bakteri kolonizasyonunu artırdığı görülmüştür. Hasta bakımı sırasında hemşirelerin yüzük takmasının, hastane kaynaklı bakterilerin sağlık personelinin elleri ile bulaşması için bir risk faktörü oluşturduğu

**Yenidoğan
Yoğun Bakım
Birimlerinde
Bebek Ölümleriyle
İlgili Komisyon
Raporu**
2 Aralık 2005



Türk Tabipleri Birliği

www.ttb.org.tr/kutuphane/bebek_olumlari

belirlenmiştir (18).

**Hastane kaynaklı enfeksiyonlardan
korunma ilkeleri**

1- Ünitelerde hasta sıklığının ve hasta sayısının azaltılması, enfeksiyon sıklığını azaltmak açısından son derece önemlidir.

2- Hasta sayısına yetecek düzeyde personelle çalışmak da enfeksiyonların ünite içerisinde taşınmasını en aza indirecek önemli bir önlemdir.

3- Bebeklerin beslenmesinde kullanılan formül sütlerin hazırlanması ve korunmasında titizlik gösterilmelidir.

4- Hastalardan kan alımlarının en aza indirilmesi, hastane kaynaklı enfeksiyonların azaltılması bakımından büyük önem taşır.

5- Tedavide kullanılan ilaçların tek kullanımlık dozlar halinde sağlanması kontaminasyonların azalmasına katkı sağlar.

6- Resusitasyon gereçleri ve aspirasyon malzemeleri her zaman kullanıma steril olarak hazır bulundurulmalıdır.

7- Hastane kaynaklı enfeksiyonların önemli bir nedeni olan santral kateterlerin ve ventilatörlerin kullanımı elden geldiğince en düşük düzeyde tutulmaya çalışılmalıdır.

8- Özellikle antenatal steroid ve postnatal erken surfaktan kullanımı, ventilatöre bağımlı günlerin sayısını azaltabilir.

9- Nazal, sürekli pozitif hava yolu basıncı uygulaması gibi daha az invaziv olan solunum desteği yöntemleri bebeklerin ventilatör gereksinimlerini en aza indirilebilir.

10- Enteral beslenmeye olabildiğince erken zamanda başlanarak santral kateter kullanım gereksinimi azaltılabilir.

11- Santral kateterlerin yerleştirilmesi ve bakımının uygun biçimde yapılması, asepsi ve antisepsiye dikkat edilmesi, kateter setlerinin en geç 72 saatte bir değiştirilmesi, lipid solüsyonu infüzyonu yapılan hastalarda setlerin 24 saat arayla değiştirilmesi önemli önlemlerdir.

12- Santral kateterlerle verilen sıvıların hazırlanmasında steriliteye dikkat edilmelidir. Kateterlerin yerleştirilmesinde antiseptik olarak klorheksidin kullanılmalıdır.

13- Son yıllarda erişkinlerde, antiseptik ve antibiyotik sıvanmış kateterlerin kullanılması gündeme gelmiştir, ancak, bu tür kateterler yenidoğanlar için henüz geliştirilmemiştir.

14- El yıkama, eldiven ve maske kullanım alışkanlığı tüm personele kazandırılmalıdır.

15- Bulaşma yollarına yönelik önlemler alınmalıdır.

16- Bebeklere dokunulması en aza indirilmelidir (2, 15, 17, 19, 20, 21).

İletişim: Nazan Çakırer

E-posta: nazancakirer@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Cengiz A B, Yenidoğan Sepsisi – Derleme, Çocuk Enfeksiyonları Dergisi, Eylül 2006
- 2- Alpay F, Yenidoğanda Hastane kaynaklı Enfeksiyonlar, Bölüm 4.4, http://www.gata.edu.tr/kitap/4_BOLUM/4_NEONATAL_sonD.pdf
- 3- Görak G. Yenidoğan Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolü, (Edt. Dağoğlu, Görak), Temel Neonatoloji Ve Hemşirelik İlkeleri, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002, 243-252
- 4- Çalangu S. Hastane Enfeksiyonlarının Önemi. Sterilizasyon Dezenfeksiyon Ve Hastane Enfeksiyonları Kitabında (Ed.ler: Günaydın M, Esen Ş, Saniç A, Leblebicioğlu H). SİMAD Yayınları 2002: 189-194
- 5- Coşkun D, Dağ Z, Göktaş P. Postoperatif Hastane kaynaklı Enfeksiyonların Maliyet Analizi. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 1998;2:164-166
- 6- Yalçın A N, Hastane Enfeksiyonlarının Maliyeti, Klimik Dergisi • Cilt 17, Sayı:1 • 2004, s:19-21
- 7- Gürsu H A, Yenidoğan Sepsisi Tanısında Serum Amiloid A (SAA)'nın Önemi Ve Crp İle Karşılaştırılması, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, I. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul-2005
- 8- Yıldız S. Yenidoğanda Hastane kaynaklı Enfeksiyonlar, 13 Ulusal Neonatoloji Kongresi ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi, 13-17 Nisan 2005, Kayseri, 455-460
- 9- Kültürsay N. Neonatal Sepsis Ve Menenjit, Temel Yenidoğan Sağlığı, Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, (ED. Arsan S), Mayıs 2005, Ankara
- 10-Satar M, Atıcı A, Türkmen M, Narlı N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane kaynaklı Enfeksiyonlar II, Türk Pediatri Arşivi, 1997, Cilt 32, Sayı 1, Sayfa(lar) 39-45
- 11-Boxwell G. Neonatal Infection, Neonatal Intensive Care Nursing, London and Newyork, 2002, s:259-270
- 12-Kaleli İ. Hastane enfeksiyonları. Galenos Dergisi, 2003; 7 (83): 17- 22
- 13-Roberton NRC Infection İn The Newborn, Textbook of Neonatology, Churchill Livingstone, Edinburg London, 1992, s: 943-947
- 14-Zenciroğlu A. Yenidoğan Yoğun Bakımlarda Çevre, Alet, Araç Temizlik ve Dezenfeksiyonu, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2007 567-577
- 15-İltuş F, Durmaz Akyol A. Dahili Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005;9(1-2):35-40
- 16-Aziz K, Mcmillan D D. Andrews W, Pendray M, Qiu Z. Karuri S. Lee S.K. and The Canadian Neonatal Network, Variations In Rates Of Nosocomial Infection Among Canadian Neonatal Intensive Care Units May Be Practice-Related, Published Online 2005 July 8. Doi: 10.1186/1471-2431-5-22
- 17-İlgün S, Owayolu N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Görülen Hastane Enfeksiyonları ve Alınması Gereken Önlemler, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005;9(1-2):14-19
- 18-Yıldırım İ, Barın Ç, Bağdat A, Seçmeer G. Taşlı Yüzük ve Alyans Takmanın Çocuk Hastanesinde Hasta Bakımı Veren Hemşirelerin El Hijyenleri Üzerine Etkisi, <http://www.guncelpediatri.com/yazilar.asp?yaziid=317&sayiid=10>
- 19-Çolak H. Hastane Kaynaklı Kan Dolaşımı Enfeksiyonları Klimik Dergisi Cilt 13, Özel Sayı, 2000, S:11-15
- 20- Preventing Nosocomial Infections http://www.reproline.jhu.edu/English/4moreh/4ip/IP_manual/20_Nosocomial.pdf
- 21-İlgün S, Owayolu N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Görülen Hastane Enfeksiyonları ve Alınması Gereken Önlemler, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005; 9(1-2):14-19



Dr. Kamer Gür, Dr. Leyla Küçük***

Öz

Zorbalık, öğrencilerin sosyal, psikolojik, akademik gelişimlerini ve sağlıklarını olumsuz etkileyen ciddi bir toplum ruh sağlığı sorundur. Bu sorun nedeniyle pek çok öğrencinin okulu sevmediği, devamsızlık yaptığı, dolayısıyla hem başarılarının düştüğü, hem de kendilerini değersiz hissettikleri gözlenmektedir. Bu sorun yalnızca zorbalığa uğrayan öğrencilerin değil, aynı zamanda zorbaca davranışları alışkanlık haline getiren çocukların da gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda derlemede; okul zorbalığı konusunda öğrencilerin, öğretmenlerin, yöneticilerin, velilerin ve zorbalığı tanılama ve önlemede önemli rolleri olan birinci basamak hekim ve sağlık çalışanlarının farkındalık düzeylerini artırmak amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Ergenlik, Zorbalık, Birinci basamak hekim ve sağlık çalışanları.

Abstract

Bullying is a serious community mental health problem which affects the social, psychological and academic development and health of the students. For this reason, it has been observed that many students have lost interest in school, have had absenteeism and thus lost their success-level and felt themselves insignificant. This matter does not only have an adverse effect on the development of the victims, but also on the students who have made an addiction out of bullying. In this respect, this review aims to increase the awareness level of the students, teachers, administrators, parents and primary care physicians and health care, professionals who play an important part in recognising and preventing bullying

Key words: Adolescence, Bullying, Primary care practitioners.

Okullarda meydana gelen saldırganlık olaylarının bir türü olan okul zorbalığı, yaşça daha büyük ya da fiziksel olarak daha güçlü olan öğrencilerin kendilerinden daha güçsüz olan çocukları sürekli olarak hırpalaması, eziyet etmesi ve rahatsız etmesidir. Zorba öğrenciler söz ve eylemleri aracılığıyla diğer öğrencileri korkutur, sahip olmaları gereken öğrenme haklarını ellerinden alır, dolayısıyla çocukların kendilerini okulda güvensiz hissetmelerine neden olur (1).

Eğitim-öğretim etkinliklerini olumsuz yönde etkileyen bu olgunun çocuklar üzerindeki psikolojik ve sosyolojik etkileri yalnızca okul yılları ile sınırlı kalmayıp, yaşamın sonraki dönemlerinde de sürmektedir (2). Bu etki yalnızca zorbalığa maruz kalan kurbanların değil, aynı zamanda zorbalığa tanık olanların ve zorbaca davranışları alışkanlık durumuna getiren çocukların da gelişimini olumsuz biçimde etkilemektedir (1, 3).

Okul zorbalığı konusundaki ilk tanım, bu konudaki ilk bilimsel çalışmalar Olweus (1978;

1999) tarafından yapılmıştır. Olweus tanımında, zorbalığın hem doğrudan fiziksel boyutunun (vurma, dövme, itme vb.) hem de dolaylı yani sözel (kızdırma, korkutma, ad takma vb.) boyutları olduğunu belirtmiştir. Ona göre bir eylemin zorbalık olarak tanımlanması için, zorba ve kurban arasında güç dengesinin eşit olmaması gerekir. Bir başka deyişle, eyleme maruz kalan kurbanın, zorbaya karşı çaresiz ve kendisini savunamayacak durumda hissetmesi gerekir. Bu güç dengesizliği bedensel olabileceği gibi psikolojik de olabilir (1,2).

Okul zorbalığı, bir ya da birden çok öğrencinin kendilerinden daha güçsüz olan öğrenciler bilerek ve isteyerek ve sürekli saldırganlık uygulanmalıdır. Fiziksel olarak (tekme atma, tokat vurma, itme, çekme vb.), sözel olarak (sataşma, alay etme, dalga geçme, kızdırma, hoş gitmeyen ad takma, küçük düşürücü sözler söyleme vb.), dedikodu ve söylenti çıkarıp yayarak, para ya da diğer eşyalarını zorla alarak ya da almakla tehdit ederek, eşyalarına zarar vererek ya da arkadaş

grubundan dışlayıp yalnızlığa terk ederek rahatsız etme biçiminde görülebilir. Kurbanın kendisini koruyamayacak durumda olduğu bir saldırganlık türüdür (4).

Zorbalığın ayırt edici özellikleri şunlardır:

- Zorbalık bilinçli ve istençli olarak yapılan ve kurbanı fiziksel, zihinsel, sosyal ya da psikolojik olarak zarar verme amacı güden söz ve eylemlerdir.

- Zorbalığın belli bir süre yinelenme özelliği vardır.

- Zorbaca davranışa maruz kalan kurbanın kendini koruyamayacak ve savunamayacak durumda olması söz konusudur.

- Zorbalar eylemlerini bireysel ya da grupla yapabilecekleri gibi, kurbanlar da bu eylemlerden bireysel ya da grup olarak zarar görebilirler.

- Zorbaların bu tür eylemlerinden dolayı genellikle kendilerine bazı çıkarlar sağladıkları görülür.

- Zorbalar, kurbanın ya da kurbanların acı çekmesinden genellikle haz duyarlar.

- Sıklıkla inatçı yapıdadırlar ve okul uyumu konusunda sıkıntı duyarlar.

Zorbaca davranışlar, doğası nedeniyle ciddiye alınmalı ve gerekli önlemler uygulanmalıdır (1, 5).

ABD'nin değişik bölgelerinde hem devlet, hem de özel okul öğrencilerini kapsayan bir çalışmada öğrencilerin %10'unun haftada en az bir kez zorbalığa maruz kaldıkları, %13'ünün aynı süre içinde diğer öğrencilere zorbaca davrandıkları, %6'sının ise aynı sürede hem zorbalık yaptıkları, hem de zorbalığa maruz kaldıkları bulunmuştur (6). İngiltere'de 331 ergenle yapılan bir çalışmada, %40'lık bir oranda ergenlerin ikinci kademe eğitimlerinde zorbalığa maruz kaldıklarını belirttikleri görülmüştür (7).

Herbert Scheithauer (2006) çalışmalarında öğrencilerin %12.1'inin zorbalık yaptıklarını, %11.1'inin zorbalığa maruz kaldıklarını, %2.3'ünün hem zorba, hem de kurban olduklarını ve erkeklerin kızlardan daha fazla



zorbalığa maruz kaldıklarını açıkladıklarını belirlemiştir (8).

Nelms (1997) çalışmasında, erkeklerin daha çok fiziksel, kızların daha çok yabancılaştırma ile ya da gözünü korkutarak zorbalıkta bulduklarını belirtmiştir (9).

Okul zorbalığı konusunda Kepenekçi ve Çinkır (2001), tarafından ülkemizde 1999-2000 öğretim yılında beş ayrı lisede, toplam 692 öğrenci üzerinde yapılan araştırma bulgularına göre, öğrencilerin %44'ünün sözel, %30'unun fiziksel, %18'inin duygusal ve %9'unun ise cinsel içerikli zorbalığa maruz kaldığı anlaşılmıştır (10).

Ülkemizde Pişkin (2002) tarafından 1164 ilköğretim öğrencisi üzerinde yapılan bir başka araştırmada, öğrencilerin %65'i herhangi bir

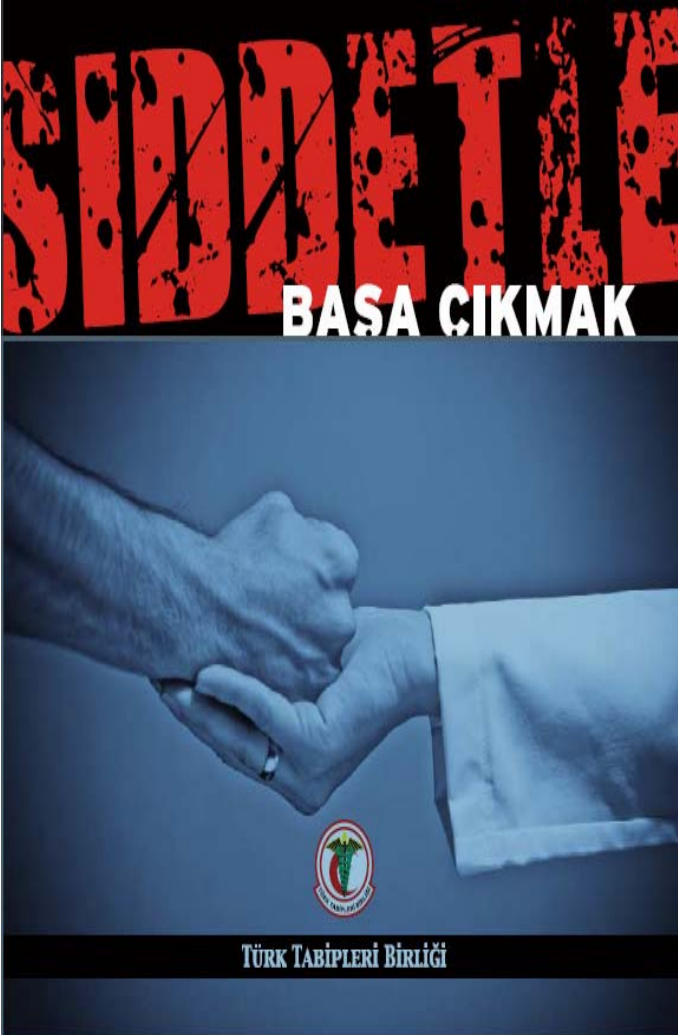
biçimde (örneğin fiziksel, sözel, vb.) zorbalığa uğradıklarını; %37'si de herhangi bir biçimde zorbalık yaptıklarını belirtmişlerdir. Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği bir ölçeğin kullanıldığı bu araştırmada, öğrencilerin %39'u fiziksel, %49'u sözel, %20'si iftira ve dedikoduya uğrama, %16'sı arkadaş grubundan dışlanma ve %13'ü de zorla paralarının ve eşyalarının alınması ya da eşyalarına zarar verilmesi biçiminde haftada en az bir kez zorbalığa uğradıklarını belirtmişlerdir. Bulgular fiziksel zorbalık yapan öğrenci oranının %20, sözel zorbalık yapanların oranının %22, kurbanlarını gruba almayıp dışlayarak zorbalık yapanların oranının %9, söylenti ve dedikodu çıkarıp yaymak suretiyle zorbalık yapanların oranının %6, öğrencilerin para ve eşyalarını zorla alan ya da diğer öğrencilerin eşyalarına zarar vererek zorbalık yapanların oranının ise %4 olduğunu göstermiştir (1).

Zorbalığa uğrayan öğrencilerin, kaygı, kızgınlık ve çaresizlik duyguları yaşadıkları, zorbalığın, intihara kalkışma, okula gitmek istememe ile sonuçlanabileceği ve hatta bazı kronik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir (9). Bu tür davranışlara maruz kalmanın etkisiyle öğrencilerin devamsızlıklarının arttığı, başarılarının düştüğü, özsaygılarının olumsuz biçimde etkilendiği belirtilmektedir. (5, 8, 11).

Okul yıllarında zorbaca eylemleri alışkanlık durumuna getiren öğrencilerin bu özellikleri onların yetişkinlik yaşamlarını nasıl olumsuz bir biçimde etkiliyorsa, kurban öğrencilerin okul yıllarında yaşadıkları zorbalık sonucu gelişen depresyon ve düşük özsaygı da kurbanların yetişkinlik yıllarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2, 12, 13).

Avustralya'da 13 ve 14 yaşlarındaki öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada, kurbanların depresyon ve kaygı belirtileri sergileme oranının diğer arkadaşlarına göre çok daha yüksek olduğu bulunmuştur (11).

Zorbalanın diğer öğrencilere karşı olumlu bir tavır sergileme gücüne çektikleri, başkalarının başarılarını kıskandıkları, eylemlerini sıkça savunma gereği duydukları, dolayısıyla kurbanların onları kıskırttıklarını iddia ederek suçu hep kurbanlara yükledikleri, yenilgiyi kabul edemedikleri, yaşamda yoğun kızgınlık yaşadıkları, kişiler arası ilişkilerde başarılı



http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddet_brosur.pdf

olmadıkları görülmektedir. Zorbaca davranışlara sıkça başvuranların genellikle yetişkinlere de karşı geldikleri, antisosyal kişilik özellikleri sergiledikleri, okul kurallarını sıkça ihlal ettikleri ve yaşamlarının sonraki yıllarında suç işleme potansiyeline sahip oldukları ortaya konmuştur (3, 5, 14).

Farklı ülkelerde yapılan araştırma bulguları okul personelinin zorbalığa karşı tepkisinin yetersiz olduğunu göstermektedir (3,10). Bunun nedeni kurbanların kişilik özellikleri gereği daha edilgen olmaları, sosyal beceri yetersizlikleri nedeniyle öğretmenleri yeterince haberdar edememeleri ve müdahale sürecine onları yeterince güdüleyememeleri olabilir.

Okul personelinin kendilerini yeterince koruyamadığına inanan kurbanların, kendilerini güvende hissetmedikleri ve sistematik olarak rahatsız ve huzursuz oldukları okul mekanını sevmeyecekleri açıktır. Bu durumda öğrencilerin çeşitli gerekçelerle okula devamsızlık yapmaları kaçınılmaz olmaktadır. Dolayısıyla, başta okul yöneticileri olmak üzere öğretmen, rehber öğretmen, okul hemşiresi ve diğer personelin, okulu, zorbalığa uğrayanları

destekleyecekleri, koruyacakları ve kendilerini özgür ve güvende hissedecekleri bir ortam haline getirme sorumlulukları vardır. Okullarda zorbalığı önlemek için bunu bir sorun olarak görmek, gerekli önlemleri almak ve uygulanabilecek girişim programları geliştirmek gerekmektedir (15).

Bu programlarda okul hemşirelerinin zorbalığı tanılama ve önlemede önemli rolleri vardır. Okul hemşireliğinin gelişmiş olduğu ABD'de okul hemşirelerinin, okulda öğrencilerin fiziksel, psikososyal sağlığını etkileyebilecek her türlü soruna ilişkin önlem alma, riskleri belirleme, iyileştirme ve rehabilitasyon aşamalarının her birinde görev yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir (16). Bu amaç doğrultusunda okul hemşireleri, davranış ve öfke kontrolü, kişiler arası sorun çözme becerileri, atılganlık eğitimi, empati eğitimi, cinsel farkındalık eğitimi ve sosyal beceri eğitimi gibi konularda eğitim ve danışmanlık verebilir (9). Koruyucu ve müdahale edici stratejileri birlikte barındıran bir programa tüm okul personelinin eğitimden geçirilerek katılmaları gerekir. Bu programlara yalnızca

Okulda dayak iddiası mahkemede!

Konu/Yazar ahmetcakil - Oca 21, 2010 - Yorum 1



Antalya'da bir ilköğretim okulu öğrencisi, arkadaşlarıyla birlikte yemek yediği sırada okuldaki bir öğretmenin kendisini dövdüğünü öne sürdü.

Öğretmen de öğrencinin kendisine saldırdığını iddia etti.

Bir ilköğretim okulunun 7'nci sınıf öğrencisi D.E. (14), sınıf öğretmeni Bekir T'nin polise yaptığı şikayet üzerine, Çocuk Şube Müdürlüğünce gözaltına alındı. Öğretmen Bekir T, öğrencinin kendisine hakaret ettiğini ve saldırıda bulunduğunu iddia ederken, D.E. de öğretmeni tarafından yumruklanarak,

dövdüğünü savundu.

Erenler'in annesi Nazan E. de sınıf öğretmeni Bekir T'nin oğlunu dövdüğünü iddia ederek, Antalya Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulundu.

Adliye'de gazetecilere açıklama yapan Nazan E, dün dersleri boş geçen oğlu D.E'nin de aralarında bulunduğu 7-8 öğrencinin, okuldaki boş bir sınıfta öğle saatinde simit yediklerini, bunu gören öğretmenlerden Bekir T'nin, öğrencilere hakaretlerde bulunduğunu, sınıftan küfür ederek çıkarttığı çocuklardan oğlunu sürükleyerek dövdüğünü iddia etti.

Oğlunun yüzünde yaralar meydana geldiğini ve bu yönde doktor raporu alındığını belirten Nazan E, buna karşın öğretmen Bekir T'nin saldırıya uğradığı yönündeki şikayeti üzerine oğlunun gözaltına alındığını söyledi.

Savcılığın olaya ilişkin soruşturması sürdürülüyor.

Antalya Millî Eğitim Müdürlüğü'nün de olayla ilgili inceleme başlattığı öğrenildi.

<http://www.antalyagunlugu.com/antalya-haber/okulda-dayak-iddiasi-mahkemede/>

öğretmen ve yöneticiler değil, aynı zamanda ebeveynler, bakıcılar, hizmetliler, kantin görevlileri ve servis araçlarının sürücülere gibi diğer personelin de katılımı sağlanmalıdır (3,9).

Zorbalar ve kurbanları için gerektiğinde bireysel ya da grupla psikolojik danışma hizmeti verilmelidir. Bu hizmetlerin, saldırgan davranışların yerine daha uygun davranışları yerleştirecek becerilerin geliştirilmesi ya da kaçınma ve geri çekilme davranışlarının yerine atılgan davranışların benimsenmesi amacıyla yönelik olması gerekir.

Okul zorbalığı konusunda aileler bilinçlendirilmeli, müdahale sürecine anne ve babaların katılımı sağlanmalıdır. Okulda öğretmenlerin çocukla yaşadıkları sorunun benzerini anne ve babaların da evde yaşadıkları ve genellikle evdeki kurbanın okulda zorba olduğu unutulmamalıdır. Anne ve babaların anne-baba eğitimine katılmaları, anne-baba olma ve çocuk yetiştirme becerilerini öğrenmeleri son derece önemlidir. Bu nedenle müdahale programları ev ve okul arasında eş güdümlü bir biçimde yürütülmelidir (3, 9).

Toplum içinde hizmet veren birinci basamak sağlık kuruluşları, çocuk ruh sağlığını etkileyen bu sorun karşısında bilinçli ve duyarlı olmalıdır. Birinci basamakta çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, hizmet verdikleri toplumda öğretmenlere ve ailelere rehberlik yaparak yol gösterici olabilirler.

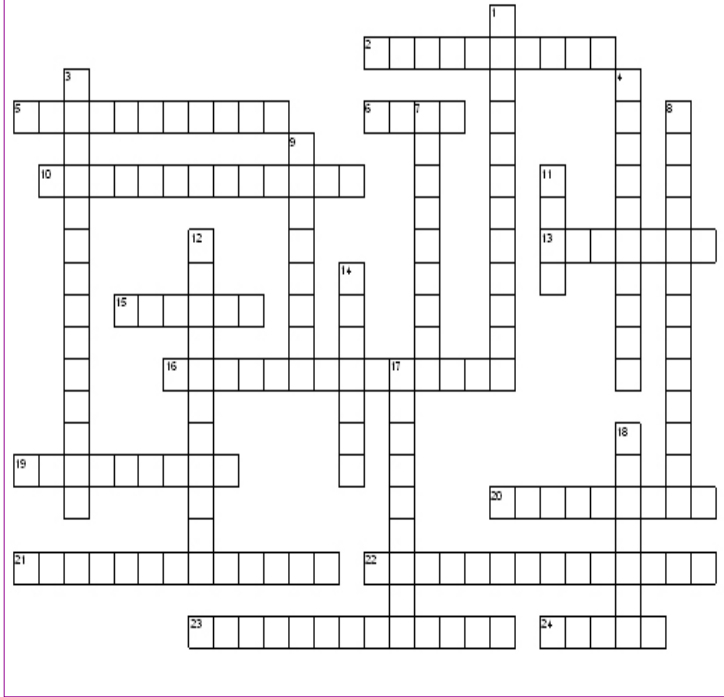
İletişim: Dr. Kamer Gür
E-posta: kamergur@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Pişkin M. Okul Zorbalığı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi 2002; 2: 533-551.
- 2- Olweus D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention. European Journal of Psychology of Education. 1997; 12: 495-510.
- 3- Pişkin M. Okul Zorbalığı: Tanımı, ilişkili Olduğu Faktörler ve Alınabilecek Önlemler. Kuramdan Uygulamaya Eğitim Bilimleri Dergisi. 2002; 2(2):531-562.
- 4- Guinness TM. Dispelling the myth of bullying. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2007;45(10):19-22.
- 5- Eisenberg M, Aalsma M C. Bullying and peer victimization: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health. 2005; 36: 88-91
- 6- Nansel T R, Overpeck M, Pilla R. Bullying Behaviour Among U S Youth: Prevalence and Association with psychosocial adjustment. Journal of the American Medical Association. 200; 285: 2094-2100.
- 7- Mynard H, Joseph S, Alexander J. Peer-victimisation and posttraumatic stress in adolescents. Personality and Individual Differences. 2000; 29: 815-821.
- 8- Herbert S, Tobias H, Franz P. Physical, verbal and relational forms of bullying among German students: Age trends, gender differences and correlates. Journal of Aggressive Behaviour. 2006 32(3):261-275.
- 9- Nelms R C. Helping Victims and Bullies. J Pediatric Health Care. 1997 11:205-206.
- 10- Kepenekçi Y, Çinkır Ş. Bullying among Turkish high school students. Child Abuse-Neglect. 2006; 30(2):193-204.
- 11- O'Moore M, Kirkham C. Self-Esteem and Its Relationship to Bullying Behaviour. Aggressive Behavior. 2001; 27: 269-283.
- 12- Viljoen JV, O'Neill M L, Sidhu A. Bullying behaviors in female and male adolescent offenders: prevalence, types, and association with psychosocial adjustment. Aggressive Behavior. 2005; 31(6):521-536.
- 13- Kapıcı EG. İlköğretim Öğrencilerinin Zorbaliğa Maruz Kalma Türünün ve Sıklığının Depresyon, Kaygı ve Benlik Saygısıyla İlişkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2004; 37 (1):1-13.
- 14- Gini G Bullying as a social process: The role of group membership in students' perception of inter-group aggression at school. Journal of School Psychology. 2006; 44:51-65.
- 15- James D J, Lawlor M, Courtney P at all. Bullying behaviour in secondary schools: what roles do teachers play? Child Abuse Review. 2008; 17(3):160-173.
- 16- Raskauskas J, Martin G. Identifying and Intervening in Relational Aggression. The Journal of School Nursing. 2004; 4:208-215.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi'nin hazırladığı "**Geriatri ve Gerontoloji II**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mayıs Haziran 2010** sayımızda yayımlayacağız.



olduğu bir hastalık, **5-** Yapılan bir çalışmada yüzük takmanın arttırdığı bakteri grubu, **6-** Vücutta bir yaralanmaya ya da örselenmeye eşlik eden duyum, **7-** Astım için risk faktörü olabilen bir virüs, **8-** CO zehirlenmesini tanımlayan bir kavram, **9-** Okul zorbalığının sözel boyutlarından biri, **10-** Okullarda meydana gelen bir saldırganlık türü, **11-** Bilgi alanlarının değerlendirilmesinde bir değerlendirme ölçeği (kısaltma), **12-** Demansa neden olduğu bilinen sistemik bir hastalık, **13-** Demansa yol açabilen, cinsel yolla bulaşan bir hastalık, **14-** Sigara içiminde prevalans araştırmaları için kullanılan ana metabolit, **15-** CO çıkışına neden olan bir ürün, **16-** Demanslı kişiler için önemli bir sorun olan etiketlenmenin tıbbi adı, **17-** En sık görülen demans tipi, **18-** DSM-IV'e göre demans tanısı koyduran bilişsel bozukluklardan biri, **19-** CO gazının yüksek düzeyde solunmasında ortaya çıkan bir bulgu, **20-** Hastane kaynaklı enfeksiyonların olası bulaş yollarından biri, **21-** Venöz ülserlerde kullanılan bir ilaç, **22-** Alzheimer hastalığındaki patolojik süreçlerden biri, **23-** CO zehirlenmesini tanımlayan bilim adamı, **24-** CO'in etkilediği organlardan biri.

1- Hastanelerde santral kateter takılırken kullanılması gereken bir antiseptik,
2- Neonatal hastane kaynaklı enfeksiyonlarda risk oluşturan bir girişim, **3-** İkinci sıklıkta görülen demans tipi, **4-** Sigara içmenin neden

Sted Ocak-Şubat 2010 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- İdrar Kültürü, **2-** Hipertrikoz, **3-** Septisemi, **4-** Nice, **5-** Misoprostol, **6-** Misoprostol, **7-** Kadın Sünneti, **8-** DMPA, **9-** Pelvis Fraktürü, **10-** Diazüokeükilemi. **11** Lökosit Esteraz, **12-** Dermoid Kist, **13-** Bilinçli Taksir, **14-** Vastus Lateralis, **15-** İnfübulasyon, **16-** Granüloma, **17-** Sosyal Destek, **18-** Transteoretik, **19-** Glokom, **20-** Kalça, **21-** Renal Skar, **22-** Siyatik, **23-** Pseudoefedrin, **24-** PFMT, **25-** Klitoridektomi, **26-** Sigara.