

Yayın Yönetmenleri

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

Yrd. 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 Büyükakkuş

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 Eskioçak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

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. Sultan Gemalmaz

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nevruz Gürçeğiz

Dr. Nesrin Erbüdü

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

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

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

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

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

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi:

Bu Sayıda

Cilt	18
Sayı	6
Kasım	
Aralık	2009

Araştırma

Kadınların Rahim İçi Aracı
Bırakma Nedenleri

Dr. Handan Zincir, Evrim Albayrak,
Mürüvvet Başer, Salime Mucuk 103

Üniversite Öğrencilerinin
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı
Hakları ile İlgili Bilgi ve Görüşleri

Dr. Gül Pınar 107

Üniversite Öğrencilerinde
Baş Ağrısı Sıklığı

Dr. Nilgin Polat, Dr. S. Aytaç Polat 113

Derleme

Paraneoplazik Bir Birliktelik:

Subakut Kutanöz Lupus

Eritematoz ve Küçük Hücreli

Akciğer Kanseri 118

Dr. Semih Tatlıcan, Dr. Filiz Canpolat,
Dr. Cemile Eren, Dr. Fatma Eskiöglü,
Dr. Okan Yeşilli, Dr. Pelin Kartal Durmazlar,
Dr. Atatürker Arıkök



Kapak Fotoğrafi
"Zor İşçilik"

Erdinç Yılmaz, İzmir
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008
Başarı Ödülü

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.



Merhaba,

Zor bir dönemin sonunda STED'in son sayısıyla bir yılı daha geride bırakıyoruz. Daha önce de yıl sonu yazıları yazdık. Bu yıl farklı bir içerik ve duyguda bir yazı kaleme almayı isterdik ama olmadı. Gene kan, gene gözyaşı, gene kıyım, gene ölüm gördük. Toplum olarak ölümler karşısında umarsızlığı kanıksadık; duyguları erteledik.

Gerçekten zorluklarla dolu bir yıl daha geçti. Ne yazık ki dünyamız ve onun insanları hak ettikleri huzur ve mutluluğu bu yıl da yaşayamadılar. Her yerde savaş ve şiddet vardı. Ekonomik bunalım bahane edilerek alabildiğine sömürü vardı. Eşitsizlik vardı. Sokak çocukları vardı. Onca yetişkin insan, koskoca devlet onları kucaklayamadığı için evlerinden, ailelerinden kaçmış, şiddet yorgunu minik insan yavruları sayısız tehlikeye açık sokaklarda yaşam savaşı veriyorlardı. Şiddet kol geziyordu. Hak arayan emekçiler her zamanki gibi görünürde kolluk gazabına uğradılsa da, emrin çok yukarılardan geldiği apaçık ortadaydı. Görünmez güçler emekçileri yabancılaştırma çabalarında başarılı oluyorlardı. Her koyun kendi bacağından asılıyordu. Empatiyi, dayanışmayı erteledik.

Avrupa ağırlıklı olarak gelişmiş dünya ülkelerini kapsayan bir araştırmada, Türkiye evrime inananlar açısından son sırada yer alıyordu. Başbakan ile Milli Eğitim Bakanı'nın H1N1 aşısına karşı açıklamaları, sorumsuz kimi

bilim insanlarının gereksiz kuşkular uyandıran tartışmalarıyla pekişince, toplumdaki kaygılar en üst düzeylere ulaştı. Sonuçta pandemik bir hastalık karşısında en etkili silahımızdan olduk. Aileler yüzde 95 oranında çocuklarının aşılmasına izin vermezken, sağlık personeli ve hekimler arasında bile aşından çekinenler oldu. Bilimi erteledik.

Sonra sağlıkta dönüşümün, aile hekimliğinin beklenen sonuçları ortaya çıkmaya başladı. Sağlıktaki kargaşa kimilerini şaşırtsa da, yıllardır bu durumu öngören biz TTB hekimlerini haklı çıkardı. "Türkiye'nin Sağlığını Okumak" sayfalarımızda izlenebildiği gibi, sağlık göstergelerimiz ve koruyucu önlemlere ilişkin verilerimiz daha kötüye gitti; bölgesel eşitsizlik uçurumları derinleşti. Eczacılar iktidarın son çağ dışı uygulamaları karşısında ayağa kalkarken, sosyal güvenlik kapsamında olan insanlar bir ay sonra ilaçsız kalma riskiyle karşı karşıya kaldı. Sağlığı erteledik.

Ama yıl boyunca güzel şeyler de oldu. Emekçiler yaşamsal sorunları karşısında haklı istemlerle seslerini yükseltmeye başladılar. Kamu emekçileri grevli toplu sözleşmeli sendika hakları için sonuca yönelik önemli bir adım attılar; uyarı grevi yaptılar. Hekimler de TTB çatısı altında bu savaşımın içinde yer aldı.

Bir yıl daha Türk Tıp Dizini'nde yer alarak STED'i yayımlayabildik. Bu durum haklı olarak kıvanç duyduğumuz bir başarıydı günümüz koşullarında. Ayrıca dergimizi, artık elektronik ortamda da yer alması sayesinde, daha geniş bir okur kitleleriyle buluşturarak pratisyen hekimliğe daha çok yansımalarını sağladık. Birinci basamak sağlık hizmetinin en önemli gereksinimlerinden biri olan araştırmaları daha fazla sayıda yayımlayarak bu alanda bir gelişme sağladık. Bu yıl STED'e daha çok araştırmacı çalışma gönderdi.

Bu yıl güzel şeyler de oldu demiştik. Özellikle en sonuncusu umut ve esin kaynağımızdı bir bakıma: Yayın yönetmenlerimizden Orhan Odabaşı ile Yayın Kurulu üyemiz Aysun Balseven Odabaşı'nın Deniz'i doğdu yılın son günlerinde. Deniz oğlan umudumuz oldu. Umarız ki, Deniz, Deniz'ler bizden daha güzel ve insanca bir dünyada daha mutlu yaşasınlar.

Bilimsel ve dostça, nice yıllara.



Fotoğraf: "Bebeğim" Dr. Murat Seyit, Denizli
STED Fotoğraf Yarışması 2008 Sergi Ödülü



Dr. Handan Zincir*, Evrim Albayrak**, Mürüvvet Başer***, Salime Mucuk****

Öz

Amaç: Bu çalışma, kadınların rahim içi aracı (RİA) bırakma nedenlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 20 Eylül 2005-30 Mayıs 2006 tarihleri arasında Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi /Aile Planlaması kliniğine RİA' yı çıkarmak için başvuran 15-49 yaş grubu 511 kadın arasında yapılmıştır. Veriler anket formu ile poliklinik defterinden toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki- kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 34.73±8.74 olan kadınların %82.23' si ilköğretim mezunu, %97.67' si ev kadınıdır. Kadınların ortalama evlilik süresi, ilk adet yaşı, gebelik sayısı, düşük sayısı sırasıyla: 15.83(±9.14), 12.74(±2.68), 3.57(±2.06), 1.74(±0.43) idi. Kadınların RİA' yı çıkarma nedenleri arasında sırası ile yan etkileri/sağlık kaygısı (%34.1), çocuk isteği (%10.6), süresinin dolması (%15.9) yer almıştır. RİA'sı çıkarılan kadınların kayıtları incelendiğinde ise, %29.4' ünün kendi isteği ile, %21.1' inin süresinin dolduğu için ve %20.2' ünün tıbbi nedenlerle çıkarıldığı saptanmıştır.

Sonuç: Kadınların RİA' yı tıbbi nedenlerle, süresinin dolması ve çocuk isteme nedenleriyle çıkarttıkları belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Rahim içi araç (RİA), RİA bırakma.

Giriş

Aile planlaması (AP) hizmetlerinin temel amacı aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmektir. Türkiye Nüfus-Sağlık Araştırması 2003 sonuçlarına göre; evlenmiş kadınlar arasında en fazla bilinen yöntemlerin rahim içi araç (RİA) (%98), hap (%98), kondom (%90) ve tüpligasyonu (%90) olduğu belirlenmiştir (1).

RİA evli kadınlar arasında hem en çok bilinen, hem de en çok tercih edilen (%42.5) etkin aile planlaması yöntemlerinden birisidir. RİA kullanımının kolaylığı, doğum ve düşükten hemen sonra kullanılabilmesi ve emziren kadınlar için de uygun bir yöntem olmasından dolayı sıklıkla seçilen bir yöntemdir. Fakat, mestruel düzensizlik, kanamada artmaya bağlı anemi, karın-kasık ağrısı ve enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı kullanımı bırakılmaktadır (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Abstract

Purpose: The objective of this study was to investigate the reasons of intrauterine device (IUD) discontinuation among married women who are 15-49 years of age.

Materials and Methods: The sample of this descriptive research was 511 women who visited the Family Planning Clinic of Kayseri Hospital Maternity and Pediatrics between September 20th 2005 and May 30th 2006 in order to have their IUD removed. Data were collected with a questionnaire form and from clinical records. In the assessment of data, the chi-square significance test was used.

Results: The mean age of the participants was 34.73±8.74, 82.23% were primary school graduates and 97.67% were housewives. The means of duration of marriage, age of menarch, number of pregnancies and number of abortions were 15.83 (±9.14), 12.74 (±2.68), 3.57 (±2.06) and 1.74 (±0.43), respectively. Women's reasons for discontinuation of IUD were side effects/ health concerns (34.1%), child expectations (10.6%) and expiration of the IUD (15.9%). According to the clinical records, women's reasons for discontinuation were self preference (29.4%), expiration (21.1%) and medical reasons (20.2%).

Conclusion: It was determined that women's reasons for discontinuation of IUD were medical reasons, child expectations and expiration of the IUD.

Key words: Intrauterine device (IUD), Discontinuation of IUD.

Bu çalışma, kadınların RİA'yı bırakma nedenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma 20 Eylül 2005-30 Mayıs 2006 tarihleri arasında Prof. Dr. Ferhan Özmen Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması polikliniğine RİA'yı çıkarmak için başvuran 15-49 yaş grubu 511 kadın üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nden yazılı izin ve kadınlara çalışmanın amacı açıklanarak sözlü izin alınmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından kadınların sosyodemografik, obstetrik, kontraseptif

*Öğr. Gör.; Erciyes Ü. Atatürk Sağlık YO, Kayseri

**Arş.Gör.; Erciyes Ü. Atatürk Sağlık YO, Kayseri

**Yrd. Doç.; Erciyes Ü. Atatürk Sağlık YO, Kayseri

Tablo 1. Kadınların RİA' yı çıkartma nedenleri ve tıbbi tanılarına göre dağılımları

Tıbbi tanı	RİA Çıkartma nedenleri		Tıbbi tanıları	
	n	%	n	%
Kanama Miktarının Artması	174	34.1	103	20.2
RİA'nın Kayması	54	10.6	97	19.0
Süresinin Dolması	81	15.9	108	21.1
Kendi İsteği-çocuk isteme	84	16.4	150	29.3
Menopoz	63	12.3	21	4.1
Diğer	55	10.7	32	6.3
Toplam	511	100.0	511	100.0

özellikleri ile RİA bırakma nedenlerini belirlemeye yönelik soruları içeren anket formu ile toplanmıştır. Anket formu perşembe ve cuma günleri polikliniğe başvuran kadınlarla yüz-yüze görüşme tekniği ile, ayrıca poliklinik kayıtlarından yararlanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler ortalama ve yüzde olarak gösterilmiş, istatistiksel analizinde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Kadınların yaş ortalaması 34.8 ± 8.7 olup, %82.2'i ilkökul mezunu, %97.7'si ev kadını, %57.5'inin sosyal güvencesi SSK, %54.4'ünün geliri giderine denk ve %68.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir.

Kadınların evlilik süresi 15.9 ± 9.1 , ilk adet ortalama yaşı 12.7 ± 2.7 , toplam gebelik sayısı 3.6 ± 2.1 , yaşayan çocuk sayısı 2.7 ± 1.3 , düşük sayısı 1.7 ± 0.4 , kürtaj sayısı 0.3 ± 0.7 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya alınan kadınların %41.1'i RİA'yı ilk kez arkadaşından duyduğunu, %53.6'sı RİA hakkında bilgisinin olduğunu, %88'i bilgiyi ebeden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, kadınların RİA'yı çıkartmak için kliniğe başvurma nedenleri, %34.1'kanama miktarının artması, %16.4 bebek istemesi, %15.9 RİA kullanım süresinin dolması olarak belirlenmiştir.

RİA'yı çıkarttıran kadınların kayıtlardaki tıbbi nedenleri incelendiğinde; %29.3 kendi isteği, %21.1 süresinin dolduğu için, %20.2 tıbbi nedenlerle, %19.0 ise RİA'nın kaydığı için çıkarıldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Yanikkerem ve arkadaşları (2005), Manisa'da yaptıkları araştırmada, kadınların %40.7'sinin kanama, ağrı, enfeksiyon gibi tıbbi nedenlerle RİA'yı bıraktığını

saptamışlardır (8). Pasinlioğlu ve arkadaşlarının (2003), gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların %85.7'si RİA'yı bırakmada neden olarak fazla kanamayı, %30.9'u ise enfeksiyonu neden olarak belirtmişlerdir (9).

Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılan benzer çalışmalarda da, RİA bırakılma nedenleri olarak birinci sırada yan etkileri /sağlık, ikinci sırada ise çocuk istemek yer almıştır (2, 7, 10, 11). Tüm bu çalışmalarda kadınların RİA'yı benzer nedenlerle bıraktıkları görülmüştür.

Tablo 2 ve Tablo 3 incelendiğinde de kadınların RİA'yı çıkartma nedenleri ve RİA kullanım sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; RİA'nın kullanım süresi uzadıkça, RİA yı bırakma oranının azaldığı görülmektedir. RİA'nın en çok bırakıldığı dönem ilk 1- 5 yıl olarak belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Çelik ve arkadaşları (2005), Sivas'ta yürüttükleri araştırmada, kadınların RİA'yı 2-5 yıl süre kullandıkları ve %37.5'inin yan etkilerinden dolayı bıraktıklarını saptamışlardır (12). Pasinlioğlu ve arkadaşlarının (2003) gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların %85.7'si RİA'yı bırakmada neden olarak fazla kanamayı, %30.9'u ise enfeksiyonu neden olarak belirtmişlerdir. Bu kadınlar arasında RİA'yı 1-5 yıl süreyle kullanma oranı %56.8'dir (9). Ersin ve arkadaşlarının (2003), Urfa'da yaptıkları çalışmada kadınların RİA'yı ortalama 24 ay kullandıkları saptanmıştır (7). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, RİA hakkında bilgi alanlarla, bilgi almayanlar arasında RİA yı çıkarmalarına neden olan tıbbi tanılarına ilişkin fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Akdeniz ve arkadaşlarının (2003) Antalya'da AÇS ve AP eğitim merkezinde yaptığı çalışmada, danışmanlık sonrası RİA çıkarmada azalma saptanmıştır (13). Balcı ve arkadaşlarının (2003), yaptığı çalışmada yöntem kullanmadan önce muayeneden geçme durumuna ve yan etki ya da dikkat etmesi gereken durumlara ilişkin bilgi alma durumlarına göre farklılık görülmemiştir (14).

Sonuç

Kadınların RİA'yı çıkartma nedeni; tıbbi nedenler, gebelik planlanması ve RİA süresinin dolması olarak belirlenmiştir. RİA'nın kullanım süresi uzadıkça, RİA yı bırakma oranının

Tablo 2. Kadınların RiA' yı çıkartma nedenleri ve RiA kullanım sürelerine göre dağılımı (N= 511)

RiA kullanımı süresi	Kadınlarda RiA'yı Çıkartma Nedenleri													
	Kanama miktarının artması		RiA'nın kayması		Süresinin dolması		Çocuk isteği		Enfeksiyon		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 yıl	108	41.9	29	11.2	2	0.8	57	22.1	41	15.9	21	8.1	258	50.5
6-10 yıl	38	22.4	25	14.7	44	25.9	27	15.9	18	10.6	18	10.6	170	33.3
10 yıl ve üzeri	28	33.7	-	-	35	42.2	-	-	4	4.8	16	19.3	83	16.2
Toplam	174	34.1	54	10.6	81	15.8	84	16.4	63	12.3	55	10.8	511	100

Tablo 3. RiA'yı çıkarttıran kadınların tıbbi tanıları ve RiA kullanım süresine göre dağılımı (N= 511)

RiA kullanımı süresi	RiA'yı Çıkarttıran Kadınların Tanıları													
	Kanama miktarının artması		RiA'nın kayması		Süresinin dolması		Kendi isteği		Menopoz		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 yıl	72	27.9	64	24.8	2	0.8	98	38.1	16	6.2	6	2.3	258	50.5
6-10 yıl	22	12.8	27	15.9	64	37.6	46	27.1	1	0.6	10	5.9	170	33.3
10 yıl ve üzeri	9	10.8	6	7.2	42	50.6	6	7.2	4	4.8	16	19.3	83	16.2
Toplam	103	20.2	97	19	108	21.1	150	29.4	21	4.1	32	6.3	511	100.0

Tablo 4. RiA'yı çıkarttıran kadınların tanıları ve RiA hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı (N= 511)

RiA hakkında bilgi alma durumu	RiA'yı Çıkarttıran Kadınların Tanıları													
	Kanama miktarının artması		RiA'nın kayması		Süresinin dolması		Kendi isteği		Menopoz		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilgi Alan	39	16.6	42	17.9	66	28.1	58	24.7	11	4.7	19	8.1	276	54
Bilgi Almayan	64	23.2	55	19.9	42	15.2	92	33.3	10	3.6	13	4.7	235	46
Toplam	103	20.2	97	19.0	108	21.1	150	29.4	21	4.1	32	6.2	511	100

azaldığı görülmektedir. RİA'nın en çok bırakıldığı dönem ilk 1-5 yıl olarak belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). RİA hakkında bilgi alanlarla, bilgi almayanlar arasında RİA yı çıkarmalarına neden olan tıbbi tanılarına ilişkin fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$).

Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara dayanılarak ;

- RİA'yı çıkarma nedenleri arasında birinci sırada yan etkilerini ve sağlık kaygısının görülmesinin, RİA takılmadan önce bireyin tıbbi öyküsünün doğru alınması ve laboratuvar muayenesinin yapılmasını.

- Danışmanlık yapılması ve özellikle yan etkilerin vurgulanmasını gerekli kılmaktadır.

İletişim: Dr. Handan Zincir

E-posta: hzincir @erciyes.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçları Hacettepe Ün. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye: 2003
- 2- Eroğlu, K, Akkuzu, G, Vural, G, ve ark. (2003). Postpartum ve Erken Postpartum Rahim İçi Araç (RİA) Uygulamaları İle Postpartum ve İnterval RİA Uygulamalarının Etkililik ve Komplikasyonlar Yönünden İncelenmesi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Proje No: 9902403001, Ankara .
- 3- Zincir H, RİA'ya Özel danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulanması ve Genital Hijyen Eğitiminin Vulvovajinal Enfeksiyonların Görülmesine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İzmir 2006. s 25-31
- 4- Hoşçalık, S. ve ark. Rahim İçi Araçlar (RİA) Kullanan Kadınlarda Servikal Sitolojik Değişikler, I. Uluslararası ve II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20.23 Nisan, Tayla Otel, Antalya, Bildiri Özet Kitabı, Dinamic Turizm ve Seyahat Acentası Basımı, s: 66.
- 5- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, III. Baskı. Cilt I, Damla Matbaacılık, Ankara.
- 6- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, III. Baskı. Cilt II, Damla Matbaacılık. Ankara.
- 7- Ersin F., gözükara F, ve ark. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5:(1) Haziran 2003) .
- 8- Yanikkerem E. ve ark. Manisa Doğum Evi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların RİA Çıkarma Nedenleri, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı 20-23-2005, Ankara, 233 .
- 9- Pasinlioğlu, T., Bülbül, F. Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6 (2): 40 - 49.
- 10- Türkistanlı, Ç.E., Mermer, M., Yıldız F. Evka 4 Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre kitabı, 23-28 Eylül 2002, Diyarbakır, 169-173.
- 11- Yurdakul, M., Vural, G. Geleneksel Yöntem Kullanma Nedenleri ve Hemşirenin Aile Planlaması Hizmetlerinde Etkinliği, Sağlık ve Toplum Dergisi, 11(1): 42-47.
- 12- Çelik, M. ve ark. RİA Taktiran Kadınların RİA Bırakma Nedenlerinin Belirlenmesi, IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara: 303.
- 13- Akdeniz M. Yorulmaz N. Ve ark. RİA çıkarma nedenleri , III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 172.
- 14- Balcı E., Öztürk A., Gün I., ve ark. Kayseri İli Talas İlçesinde 15-49 Yaş Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemiyle İlgili Şikayetlerinin Değerlendirilmesi, III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 183.

Sayılarını değil
Geleceklerini düşünün!

Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması

Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları ile İlgili Bilgi ve Görüşleri

The Opinions and Knowledge of University Students about Sexual and Reproductive Health Rights



Dr. Gül Pınar*

Öz

Amaç: Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıfta okuyan öğrencilerin "cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları" konusunda bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik, Fizik tedavi, Sosyal Hizmetler, Beslenme, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Spor Bölümü birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır (n=200). Verilerin toplanmasında, kişisel bilgi ve görüşlerin belirlenmesini içeren 19 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde yüzdeler ve ki kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %55'i, 17-21 yaş, %45'i 22-26 yaş, %90'ı kız, %93.7'inin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Öğrencilerin %46'sı cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hakları ile ilgili olarak eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin yalnızca %26'sı CSÜS hakları ile ilgili konularda bilgilerini yeterli bulmaktadır. Öğrencilerin CSÜS hakları ile ilgili verilen ifadelerle katılıp katılmadıkları değerlendirilmiştir. "Gençler cinsel ilişkide bulunup bulunmayacağı konusunda kendi kararlarını verir" ifadesine öğrencilerin %87'si katılıyor, "Gençlerin ilişkilerinde üreme ve cinsellik konularında konuşmalarına onay verilmemektedir" ifadesine %56'sı katılıyor, yanıtlarını vermişlerdir. "Size göre gençler CSÜS haklarını kullanmada sorun yaşıyorlar mı" sorusuna öğrencilerin %67'si evet yanıtı vermiştir.

Sonuç: Öğrenciler CSÜS haklarını yeteri kadar bilmedikleri ve CSÜS haklarına tam olarak erişemediklerini düşünmektedirler.

Anahtar sözcükler: Üreme, Cinsel sağlık, Üreme ve cinsel sağlık hakkı, Gençlik.

Giriş

Sorunun Tanımı ve Önemi

Üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir (1, 2). Bu aynı zamanda yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ile ilgili

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the opinions and knowledge of first year students of Faculty of Health Sciences of Baskent University about sexual and reproductive health rights.

Material and Methods: This is a descriptive study. The study covers first year students (n=200) of departments of Nursing, Physical Therapy and Rehabilitation, Social Services, Nutrition, Health Management and Sports, all of which comprise the Faculty of Health Sciences of Baskent University. In data collection, 19 questions regarding personal knowledge and opinions was applied. In data evaluation, percentiles and chi-square tests were used.

Findings: 55% of the students are 17-21 years of age, 45% are 22-26 years of age, 90% are female, 93.7% have health insurance. 46% of the students stated that they have been taught in school about sexual health and reproductive health (SHRH) rights. Only 26% of students find their knowledge about SHRH rights adequate. The students were asked whether or not they agreed with some given statements about SHRH rights. 87% of the students agreed with the statement "Young people make their own decisions as to have or not have sexual intercourse." and 56% with "Young people aren't given permission to talk about reproductive and sexual issues." The question "Do you think that young people have a problem with exercising their SHRH rights?" was answered positively by 67% of the students.

Results: The students think that they do not know enough about SHRH rights, and that they do not have full access to SHRH rights.

Key words: Reproduction, Sexual health, Reproductive and sexual health rights, Young people.

danışmanlık ve hizmetleri değil, amacı; yaşamı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan "cinsel sağlığı" da içermektedir (3, 4). Üreme sağlığı kişisel hakları temel alan bir kavramdır.

Cinsel gelişim gençlik döneminin normal bir parçasıdır. Cinselliği öğrenmek yaşam boyu sürmesi gereken bir süreçtir ve bireylerin sosyal gelişiminin temel bir parçasıdır (3, 5). Ancak, ebeveynler, çoğu zaman çocuklarına



cinsellik konusunda bilgi vermek için hazırlıksız ya da isteksizdirler. Bu nedenle, gençlerin cinsellik ve kendi CSÜS hakları konusunda doğru ve yaşlarına uygun bilgiye ulaşabilirlikleri önem taşımaktadır (6). Üreme haklarına saygı ve üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanması aynı zamanda yenidoğan sağlığı ve yaşamını, çocukların sağlığını ve gelişimini ve temelde tüm ailenin sağlığını pozitif yönde etkilemektedir (7, 8).

Gençlik dönemi, çocukluk döneminden getirdiği sağlık sorunları yanı sıra, her iki cins için de önemli bir dönem olup, özellikle genç kızlar bu dönemde cinsiyete bağlı ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar (9). Dünya çapında milyonlarca gencin yaşamı, cinsel gelişimleri boyunca gereksinimlerini olan bilgi, beceri, sağlık hizmetleri ve bakıma ulaşamadıkları için tehlike altına girmektedir (10, 11). Bu dönemde gençlerin sağlığını etkileyen riskler (menarş, toplumsal baskı, cinsel taciz ya da istismar, istenmeyen gebelikler ve bunun sonucunda görülen isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, anemi ve beslenme bozukluğu, madde bağımlılığı, paralı seks ve şiddet) konusunda uyanık davranılmalıdır (12, 13).

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF) tarafından hazırlanan "Bildiri, IPPF

Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi" 'nde 12 cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hakkı tanımlanmıştır (5). Ülkemizin de imzalamış olduğu CEDAW sözleşmesi ve Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformları sonucunda alınan kararlar nedeniyle gençlerin sağlığı alanında önemli gelişmeler olmuştur. Buna göre, gençlerin CSÜS Hakları şu biçimdedir (3-6):

Üreme Hakları ve Cinsel Haklar

Yaşama Hakkı: Tüm bireylerin yaşama hakkı vardır.

Özgürlük Hakkı: Tüm bireyler özgürlük ve güvenlik hakkına sahiptir. Bu bağlamda, tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir.

Eşitlik Hakkı: Tüm insanlar özgür, onurlu ve eşit haklara sahip olarak doğmaktadır. Kadınlar ve genç kadınlar, şiddetten korunma, yasalar, yönetmelikler, gelenekler, uygulamalar, sosyal ve kültürel davranış biçimleri yönünden erkeklerle eşit olmalıdır.

Mahremiyet Hakkı: Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet, üremeyle ilgili seçim, güvenli ve doyurucu cinsel yaşam ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır.

Düşünce Özgürlüğü Hakkı: Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğüne sahiptir.

Bilgilenme ve Eğitim Hakkı: Tüm bireyler, cinsel sağlık hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargılardan uzak, yansız ve çoğulcu bir biçimde sunulan eğitime ve doğru bilgiye ulaşma hakkına sahiptir.

Evlenme ve Aile Kurma Konularında

Seçim Yapma Hakkı: Tüm bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir.

Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar

Verme Hakkı: Tüm bireylerin sahip olacakları çocuk sayısını ve çocukları arasındaki zaman aralıklarını özgürce ve sorumluluğunun bilincinde olarak kararlaştırma ve bunun için gereken bilgi, eğitim alma ve yöntemleri öğrenme hakkı vardır.

Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın

Korunması Hakkı: Tüm bireylerin elde edebileceği en yüksek standartta fiziksel ve ruhsal sağlığa sahip olma hakkı vardır.

Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma

Hakkı: Tüm bireyler, infertilite, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını da kapsayan konularda üreme sağlığı teknolojilerinden yararlanma hakkına sahiptir.

Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma

Hakkı: Her bireyin barışçıl toplanma ya da örgüt kurma özgürlüğü vardır.

İşkence ve Kötü Muameleden Özgür

Olma Hakkı: Tüm bireylerin, işkence ya da acımasız, insanlık dışı ya da aşağılayıcı davranış ya da cezalardan, ayrıca özgür iradesi ve bilgisi dışında uygulanan tıbbi ya da bilimsel işlemlerden özgür olma hakkı vardır.

Bu hakların bilinmesi, sağlıklı bir biçimde kullanılmasında gençler önemli bir misyona sahiptir (6).

Amaç

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları konusunda bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Başkent Üniversitesi

Tablo 1. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Sayı	%
Yaş		
17-21	107	55,7
22-26	85	44,3
Cinsiyet		
Kız	173	90,1
Erkek	19	9,9
Okuduğu bölüm		
Hemşirelik	55	28,6
Fizik tedavi	39	20,4
Beslenme ve diyetetik	40	20,8
Sağlık kurumları işletmeciliği	30	15,6
Sosyal hizmetler	18	9,4
Spor bilimleri	10	5,2
Sosyal güvence		
Yok	12	6,3
SSK	43	22,4
Emekli sandığı	85	44,3
Bağkur	44	22,9
Özel sigorta	8	4,1
Aylık gelir		
Düşük	5	2,6
Orta	162	84,4
Yüksek	25	13,0
En uzun yaşadığı yer		
İl	147	76,6
İlçe	37	19,3
Köy	8	4,1
Toplam	192	100,0

Tablo 2. Öğrencilerin ebeveyn özellikleri

Ebeveyn özellikleri	Sayı	%
Baba eğitim düzeyi		
İlköğretim	29	16,1
Lise	59	30,7
Yüksekokul ve üzeri	104	54,2
Anne eğitim düzeyi		
Okur yazar	10	3,7
İlköğretim	55	28,6
Lise	70	36,5
Yüksek okul ve üzeri	60	31,2
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	51	26,6
Çalışmıyor	103	53,6
Emekli	38	19,8
Baba çalışma durumu		
Çalışıyor	128	66,7
Çalışmıyor	7	3,6
Emekli	57	29,7
Toplam	192	100,0

Sağlık Bilimleri Fakültesi altı bölümünün (Hemşirelik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Sosyal Hizmetler, Beslenme, Spor ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği) birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır ve birinci sınıfta okuyan toplam öğrenci sayısı 200'dür. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 192 öğrenci araştırma grubunu oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, CSÜS hakları ile ilgili bilgi ve görüşleri belirlemeye yönelik 19 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde yüzdeler, ki kare önemlilik testinden yararlanılmıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin CSÜS Hakları İle İlgili Özellikleri

CSÜS Hakları İle İlgili Özellikler	Sayı	%
CSÜS hakları ile ilgili bilgi aldınız mı?		
Evet	89	46,4
Hayır	103	53,6
CSÜS hakları ile ilgili bilgilerini yeterli buluyorlar mı?		
Evet	50	26,0
Hayır	39	19,4
Kısmen	103	53,6
Sizce gençler CSÜS haklarını kullanmada sorun yaşıyorlar mı?		
Evet	129	67,2
Hayır	63	32,8
Toplam	192	100,0

Tablo 4. Öğrencilerin CSÜS hakları ile ilgili verilen ifadelere katılma durumları

CSÜS Hakları İle İlgili İfadeler	Katılıyorum		Fikrim yok		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
Gençler cinsel ilişkide bulunup bulunmayacağı konusunda kendi kararlarını verir.	165	85.9	12	6.3	15	7.8
Gençlerin ilişkilerinde CSÜS konularında konuşmalarına onay verilmemektedir.	101	52.6	27	14.1	64	33.4
Bir genç CYBE'nun varlığını partnerinden saklama hakkına sahiptir.	6	3.1	9	4.7	177	92.1
Bir genç tatmin edici cinselliğe sahip olabilmelidir.	122	63.5	51	26.6	16	8.3
Erkekler kızları cinsel ilişkiye zorlayabilir.	22	11.5	9	4.7	161	83.9
Kızlar erkekleri cinsel ilişkiye zorlayabilir.	30	15.6	13	6.8	149	77.2
Gençler yasaların belirlediği yaştan itibaren evlenmekte özgürdür.	160	83.4	14	7.3	18	9.4
Gençlerin cinsel seçimini yapma hakkı vardır.	170	87.7	14	7.3	8	4.2
Gençlerin CSÜS ile ilgili bilimsel gelişmelerden haberdar olma hakkı vardır.	238	96.4	5	2.6	2	1.4
Gençlerin pornografik görüntü ve yayınlardan korunma hakkı vardır.	99	76.5	29	15.1	16	8.3

* 1. Katılıyorum, 2. Fikrim yok, 3. Katılmıyorum

Bulgular ve Tartışma

Tablo 1'de öğrencilerin sosyodemografik özellikleri görülmektedir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, öğrencilerin %93.7'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız sorusuna öğrencilerin %84.4'ü "orta" yanıtını vermiştir. Öğrencilerin %76.6'sının en uzun yaşadığı yer il ve öğrencilerin %56'sı evde aileleri/akrabaları ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 2'de öğrencilerin ebeveyn özellikleri verilmiştir. Buna göre; öğrencilerin çoğunun anne-baba eğitim düzeyinin yüksek olduğu ve çalışmayı sürdürdükleri görülmektedir.

Tablo 3'te öğrencilerin yarıdan fazlası CSÜS hakları ile ilgili yeterli bilgi almadıklarını belirtmiştir (%53.6). %26'sı CSÜS hakları ile ilgili konularda bilgilerini yeterli bulurken %19.4'ü yeterli bulmadığını, %53.6'sı ise kısmen yeterli bulduğunu belirtmiştir.

Tablo 4'te öğrencilerin CSÜS hakları ile ilgili verilen ifadelere katılıp katılmadıkları değerlendirilmiştir. Buna göre, "Gençler cinsel ilişkide bulunup bulunmayacağı konusunda kendi kararlarını verir" ifadesine öğrencilerin %85.9'u katılıyorum, %6,3'ü fikrim yok, %7.8'i ise katılmıyorum, "Gençlerin ilişkilerinde CSÜS konularında konuşmalarına onay verilmemektedir" ifadesine %52.6'sı katılıyorum, %14.1'i fikrim yok, %33.4'ü ise

katılmıyorum, "Gençlerin üreme sağlığı ile ilgili bilimsel gelişmelerden haberdar olma hakkı vardır" ifadesine %96.4'ü katılıyorum, %2.6'sı fikrim yok, %1.4'ü katılmıyorum yanıtını vermişlerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrenciler, "bir genç tatmin edici cinselliğe sahip olabilmelidir" (%63.5), "gençler yasaların belirlediği yaştan itibaren evlenmekte özgürdür" (%83.4), "gençlerin pornografik görüntü ve yayınlardan korunma hakkı vardır" (%76.5) şeklinde belirtilen ifadeler büyük oranda katılırken "erkekler kızları cinsel ilişkiye zorlayabilir" (%83.9) ya da "kızlar erkekleri cinsel ilişkiye zorlayabilir" (%77.2) ifadelerine katılmadıklarını belirtmişlerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,05$). Öğrencilerin, "bir genç cinsel yolla bulaşan enfeksiyonun varlığını partnerinden (eşinden) saklama hakkına sahiptir", "gençlerin cinsel seçimini yapma hakkı vardır" ifadelerine katılma ve katılmama oranlarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak da anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Konuyla ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, öğrencilere aşağıdaki olgu örneği verilerek bu olgudaki CSÜS haklarının ihlal edildiğini düşündükleri durumları belirtmeleri istenmiştir:

Olgu: "16 yaşında bir genç kız görücü usulüyle anne ve babasının ısrarı sonucu 35 yaşında bir erkekle evlendirilir. Genç kızın üreme sağlığı ile ilgili bilgileri oldukça sınırlıdır. Kendisi istemediği halde eşi ve kayınvalidesinin isteği ile evlendikten üç ay sonra gebe kalır. Genç kadının doğumu evde bir komşusu tarafından yaptırılır."

"Sizce bu olguda genç kadının hangi hakları ihlal edilmiştir" sorusuna; Öğrencilerin %74'ü yanıt vermiştir. Buna göre öğrenciler bu olguda sırasıyla; "çocuk sahibi olmaya karar verme hakkı" (%74.5), "evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı" (%12.5), "sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı" (%7.8), "kendini koruma ve başkası tarafından korunma haklarının (%5.2) ihlal edildiği düşündüklerini belirtmişlerdir.

Son yıllara kadar hep göz ardı edilmiş olsa da adolesan / genç sağlığı oldukça geniş ve kapsamlı bir biçimde ele alınması gereken bir konudur. Bütün genç insanların, eğitime, sağlığa ve güvenliğe ulaşma hakkı vardır. Eğer genç insanlara bilgi, seçme hakkı ve fırsatlar tanınırsa, daha sağlıklı ve üretken bir yaşama sahip olmaları olanaklı olacaktır. Bu anlamda, çalışmada gençlerin CSÜS haklarını kullanmada herhangi bir engel görüp görmedikleri araştırılmıştır. Buna göre, öğrencilerin %67'si gençlerin CSÜS haklarını kullanmada sorun yaşadıklarını düşünmektedirler. Bu sorunların sırasıyla; "yeterince bilgi sahibi olmama ve bu konuların konuşulmaması", "bilgisizliklerinden dolayı hata yapma olasılığının artması", "baskı yüzünden yanlış kararlar alma", "CSÜS hizmetlerinden yararlanamama", "istenmeyen gebeliklerin olması, CYBE'lerin olması, "toplum tarafından dışlanma, ayıplanma" şeklinde yer aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre hakların kullanımında yaşanan engeller karşılaştırıldığında, kız öğrenciler daha fazla oranda engelle karşılaştıklarını belirtmişlerdir ($p<0.05$). Bu sonuç literatürle uyumlu bulunmuştur (14). Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, gençlere hizmet sunumunda daha duyarlı olunması gerektiği ortaya çıkmaktadır (1). Kuşkusuz, sağlıklı bir toplumun gelecekte başarılı olması beklenemez. Gençler, kendi sağlıklarını koruma bilincine erişmeli ve kendi yaşamlarını etkileyecek her türlü çalışmanın planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi aşamalarına aktif olarak katılmalıdırlar (2, 3). Gençlere

sunulacak sağlık hizmetleri, onlar tarafından ulaşılabilir, karşılanabilir ve kabul edilebilir olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin verilisinde mahremiyetin önemi unutulmamalıdır. Hizmetler, yaş, medeni durum ve maddi duruma bakılmaksızın sağlanabilir (14).

Çalışmada öğrencilerin CSÜS haklarının kullanımı ile ilgili beklentileri ve engellerin çözümü ile ilgili düşünceleri araştırılmış, buna göre öğrenciler; "sosyal güvencesine bakılmaksızın CSÜS hizmetlerinden yararlanmalarının sağlanması", "gençlere saygılı, yargılayıcı olmayan bir yaklaşımın sağlanması", CSÜS hizmetlerinde kişisel bilgilerin gizli tutulması ve mahremiyete önem verilmesi" gibi önerilerde bulunmuşlardır. Yapılan değerlendirmede kız ve erkek öğrencilerin benzer beklentileri olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu sonuçlar; öğrencilerin konuyla ilgili beklentilerini ve bakış açısını ortaya koyma açısından oldukça önemli bulunmuştur. Özvarış da üniversite gençlerinin CSÜS hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen etmenler arasında hem kız, hem de erkek öğrencilerin geleneksel bakış açısının etkili olduğunu belirtmiştir (14). Aynı çalışmada öğrencilerin CSÜS hizmetlerinden beklentileri çalışmamızın bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Buna göre öğrenciler; "gizliliğe önem verilmeli", "önyargısız olmalı", "güvenilir" ve "ulaşılabilir" biçiminde beklentilerini ifade etmişlerdir. Ülkemizde uluslararası konferanslar ışığında gençlerin CSÜS alanında önemli gelişmeler yaşanmış ve bunların sonucunda gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır (4). Bu anlamda gençlerin CSÜS hizmetlerine kolay ulaşabilmeleri amacıyla "Genç Dostu Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı" gündeme gelmiştir, ancak bu gelişmelerin ortaya konulmasında halen sorunlar yaşanmaktadır. Bunun önlenmesi için ek yasal düzenlemelere, donanımlı sağlık personeline gereksinim duyulmaktadır (5).

"Sizce CSÜS haklarının bilinmesini ve uygulanmasının yararları nelerdir?" sorusuna öğrenciler; "daha sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlar", "yanlış inanışlarından kaynaklı yapılan hataları azaltır", "genç yaşta evliliği önler", "aile planlamasına katkı sağlar", "cinsel tercihlere saygı duyulur", "kişisel gelişimi ve kişinin kendisine saygısını artırır", "gelecekle ilgili planlamalara olanak tanır" biçiminde

belirtmişlerdir. Bu sonuç, öğrencilerin konuya kapsamlı bakabildiklerini göstermesi açısından olumlu görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Öğrenciler CSÜS haklarını yeteri kadar bilmediklerini ve CSÜS haklarına tam olarak erişemediklerini düşünmektedirler. Bu anlamda öneriler:

Gençlerin CSÜS haklarını yükseltmek ve sahip olduğu hakları kullanmasını sağlamak için öncelikle gençlerin bu konuda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Sağlık alanı başta olmak üzere, tüm insan haklarına yönelik toplumsal duyarlılığın artırılması için görsel ve yazılı medyanın kullanılması sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra birinci basamak hizmetleri/öğrenci sağlık merkezlerinin görev ve sorumlulukları içinde gençlerin bilinçlendirilmesi çalışmaları yürütülmelidir.

Ayrıca, gençlerin CSÜS hakkının elde edilmesinde büyük etkisi olan sivil toplum kuruluşlarının gerekli mekanizmaların içinde yer almaları sağlanmalıdır.



İletişim: Dr. Gül Pınar

E-posta: gpınar@baskent.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Özvarış ŞB, Akın A. "Üreme Sağlığı", Sağlık ve Toplum 1998; 8 (3-4): 23-26.
- 2- Fincancıoğlu N. "Kahire Konferansı Çerçevesinde Üreme Sağlığı", Gençlik, Cinsel Eğitim Ve Üreme Sağlığı, İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1995. s.35.
- 3- Haznedaroğlu D. Ergen Sağlığı Ve Gelişimi Konusunda Sağlık Bakanlığı Çalışmaları. III. Uluslararası Aile Planlaması Ve Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara: Bilimsel Araştırmalar Yayın Ve Ltd.Şti. 2003. s. 68-69.
- 4- Nalbant H, Bulut A. Gençler ve Üreme Sağlığı, Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6(1):30-36.
- 5- Açıklan İ. Türkiye'de Üreme Sağlığı Hizmetleri. Türkiye ve Avrupa Birliğinde Nüfus, Uluslararası Göç Ve Üreme Sağlığı Uluslararası Konferansı Özet Kitabı. İstanbul: TAP Vakfı. 2004. s. 20-21.
- 6- International Sexual and Reproductive Rights Coalition (2001). Sexual and Reproductive Health and Services for Adolescents. Accessed [09.01.2005], at http://www.crlp.org/pdf/pub_fac_adoles_sexedservices.pdf.
- 7- UNFPA. Supporting Adolescents and Youth. Accessed [07.05.2005], at <http://www.unfpa.org/adolescents/overview.htm>.
- 8- Bertan M. Introduction and Definitions of Adolescence. "Adolescence and Adolescent Reproductive Health." Ankara: Meteksan A.Ş., 2003. s. 1-3.
- 9- UNFPA and Young People. New York: UNFPA, 2003.
- 10- Derman O. Physical Growth and Sexual Development in Adolescence: Adolescence and Adolescent Reproductive Health. Ankara: Meteksan A.Ş., 2003. s. 60-71.
- 11- WHO. Child and Adolescent Health and Development. Accessed [09.01.2005], at <http://www.who.int/childadolescent-health/asrh.htm>.
- 12- UNFPA. Adolescents and Young People. "State of World Population 2004". 2004. s. 73.
- 13- Özalp S, Tanır HM. Reproductive Health Risks of Adolescents. "Adolescence and Adolescent Reproductive Health." Ankara: Meteksan A.Ş., 2003. s.33-35.
- 14- Adölesanların / Genlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Etmenler Projesi (Özet Rapor). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, WHO. 2004.



Dr. Nilgin Polat*, Dr. S. Aytaç Polat**

Öz

Baş ağrısı, hemen her yaştaki insanın, yaşam kalitesini ve günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkileyen, yaygın ve karmaşık bir sağlık sorunudur.

Bu araştırma; Kasım-Aralık 2006 tarihlerinde, Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerindeki, baş ağrısı tiplerini ve sıklığını saptamak amacıyla kesitsel, kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma süresince okulun kayıtlı 467 öğrencisinin tümü araştırma kapsamına alınmış, araştırmaya katılan öğrenci sayısı 429 olmuştur. Tanıları IHS (*International Headache Society*) ölçütlerine göre konulan öğrencilere ait veriler; bilgisayarda SPSS programına kaydedilmiş, hata kontrolleri ve istatistiksel analizleri yine bu programda yapılmıştır. Verilerin önemlilikleri ki-kare (χ^2) testi yapılarak sınanmış, dağılımların tanımlanmasında ise "yüzde" kullanılmıştır. Araştırmaya katılan 429 öğrencinin 272'si (yüzde 63.4) kız, 157'si (yüzde 36.6) ise erkektir. Öğrencilerin yaşları 18 ile 26 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 22.9 yıldır.

Öğrencilerin yüzde 42.2'sinde gerilim tipi baş ağrısı, yüzde 29.5'inde migren, yüzde 7.8'inde küme tipi baş ağrısı, yüzde 7.4'ünde sekonder baş ağrısı, yüzde 5.6'sında (baş bölgesi dışındaki) enfeksiyonlara bağlı baş ağrısı, yüzde 4.9'unda diğer tipte (sınıflandırılmayan) baş ağrısı, yüzde 2.6'sında ise, travmatik baş ağrısı saptanmıştır.

Migren sıklığı kız öğrencilerde, gerilim tipi baş ağrısı sıklığı ise erkek öğrencilerde anlamlı derecede yüksektir ($P<0.05$).

Baş ağrıları; görülme sıklıkları, tüm ağrılar arasındaki yerleri, yaşam ve eğitim kalitesini olumsuz olarak etkilemeleri ve meydana getirdikleri işgücü kayıpları nedeniyle, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Altta yatabilecek nedenlerin olabileceği de düşünülerek değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Baş ağrısı, Öğrenci, prevalans.

Giriş

Baş ağrısı; kafatası, yüz, yüzdeki yapılar ve farenksten kaynaklanan ağrı ya da rahatsızlıklara verilen isimdir (1-2).

Günümüzde hemen her yaştaki insanın, en sık karşılaştığı sağlık sorunlarından birisi olan baş ağrısı; sıklığı, yaşam kalitesini düşürmesi,

Abstract

Headache is a common and complex medical problem affecting almost all ages, which has adverse effects on both vital functions and the quality of daily life.

This study was carried out in Fırat University, Occupational College of Health Services between November 2006 and December 2006 in order to determine the types and frequencies of headaches among students. 429 students from all the registered 467 students were enrolled in the study. The diagnoses were established according to the IHS (*International Headache Society*) criteria and the data were entered in the SPSS program, where the error controls and statistical analyses were also carried out. Significance of the data were tested by chi-square test and percentages were used to describe the distribution of the data. Of the 429 students included in this research, 272 (63.4%) were females and 157 (36.6%) were males. Their ages were between 18 and 26 and the mean age was 22.9.

Among the students who had headache, 42.2% were tension-type headaches, 29.5% were migraines, 7.8% were cluster-type headaches, 7.4% were secondary headaches, 5.6% were infectious headaches of extracranial origin, 4.9% were unclassified headaches and 2.6% were traumatic headaches.

Migraine was significantly more common in females whereas tension type headache was significantly more common among males ($p<0,05$).

Headache is an important public health problem since it results in decrease in quality of life and education and in loss of labour and because of its frequency and place among other types of ache and pain. It should be evaluated, keeping in mind the possible underlying reasons.

Key words: Headache, Student, Prevalence.

neden olduğu işgücü kayıpları ve yüksek sağlık harcamalarından ötürü ülke ekonomisine getirdiği yükler nedeniyle, önemli bir halk sağlığı sorunudur (3-7). Baş ağrısı, bazen yaşamı tehdit eden bir patolojinin habercisi olabildiği gibi, bazen de bir enfeksiyonun,

psikojenik kökenli bir başka hastalığın ya da vücudun diğer bölümlerinin rahatsızlıklarının bir belirtisi olarak da karşımıza çıkabilir (6-8). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı, primer baş ağrıları arasında en sık karşılaşılan ağrı tipleridir (7).

Baş ağrılarıyla ilgili olarak yapılan bilimsel çalışmalarda, kültürel yapıya bağlı olarak değişmekle birlikte, toplumun yaklaşık olarak yüzde 80'inin zaman zaman baş ağrısından yakındığı saptanmıştır (3, 9-13). Amerika Birleşik Devletleri'nde, yılda 10 milyon kişinin baş ağrısı yakınması ile hekime baş vurduğu ve aile hekimlerinin en sık karşılaştıkları yakınmalardan birisinin, baş ağrıları olduğu rapor edilmiştir (14).

Baş ağrıları, her yaştaki bireyi etkilemekle birlikte en sık, genç erişkinlerde görülmektedir ve tekrarlayan baş ağrıları ergenlerde, psikolojik işlevselliği olumsuz yönde etkilemektedir (7, 15-21). Baş ağrısı çeken gençlerde; sinirlilik, gerginlik, çökkünlük, düşük kendilik değeri, somatik yakınmalar, arkadaş ilişkilerinde bozulma, okula devamsızlık gibi belirtilerin sağlıklı akranlarına kıyasla daha fazla olduğu bilinmektedir (22-25).

Araştırmamızın amacı, bir grup üniversite öğrencisindeki baş ağrısı sıklığını ve tiplerini saptamak ve bu önemli halk sağlığı konusuna dikkat çekmektir.

Gereç ve Yöntem:

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma; Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde, Kasım-Aralık 2006 tarihlerinde yapıldı. Araştırmanın evrenini, okulun kayıtlı 467 öğrencisi oluşturdu. Araştırma süresince 436 öğrenciye ulaşıldı.

7 öğrenci anket formunu cevaplandırmak istemedi. Bu nedenle araştırmaya katılan öğrenci sayısı 429 (yüzde 91.9) oldu. Öğrencilere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan anket ile, baş ağrısının varlığı ve tipleri sorgulandı. Baş ağrısının değerlendirilmesi, Uluslararası Baş ağrısı Topluluğu'nun (International Headache Society -IHS) 1998 yılı tanı ölçütlerine göre yapıldı. Öğrencilere ait veriler, bilgisayarda SPSS programına kaydedildi. Hata kontrolleri ve istatistiksel analizleri yine bu programda yapıldı. Verilerin önemlilikleri, ki-kare (χ^2) testi ile değerlendirildi. Dağılımların tanımlanmasında ise "yüzde " kullanıldı.

Sonuçlar

Araştırmaya katılan 429 öğrencinin 272'si (yüzde 63.4) kız, 157'si (yüzde 36.6) ise erkektir. Öğrencilerin yaşları 18 ile 26 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 22.9 ± 3.2 yıldır.

Araştırmamızda son bir yıl süresince baş ağrısı çeken öğrenci oranı yüzde 87.2 olarak bulunmuştur. Kız öğrencilerin yüzde 13.6'sı, erkek öğrencilerin ise yüzde 9.0'u her gün baş ağrısı çekmektedir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre, baş ağrısı sıklıklarının dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Bu güne kadar hiç baş ağrısı çekmeyen erkek öğrenci oranı yüzde 21.0 iken, bu oran kız öğrencilerde yüzde 8.1'dir. Kız öğrenciler, erkeklere göre baş ağrısından daha fazla yakınmaktadırlar ($P < 0.01$).

Tablo 2, öğrencilerin cinsiyetlerine göre baş ağrısı tiplerinin dağılımını göstermektedir. Öğrencilerin yüzde 42.2'sinde gerilim tipi baş ağrısı, yüzde 29.5'inde migren, yüzde 7.8'inde küme tipi baş ağrısı, yüzde 7.4'ünde sekonder baş ağrısı, yüzde 5.6'sında (baş bölgesi dışındaki) enfeksiyonlara bağlı baş ağrısı, yüzde 4.9'unda diğer tipte (sınıflandırılmayan) baş ağrısı, yüzde 2.6'sında ise, travmatik baş ağrısı bulunmaktadır. Migren sıklığı kız öğrencilerde, gerilim tipi baş ağrısı sıklığı ise erkek öğrencilerde, anlamlı derecede yüksektir ($P < 0.05$).



Tartışma

Araştırmamızda, son bir yıl içinde baş ağrısı çekenlerin oranı yüzde 87.2 olarak bulunmuştur. Tüzün ve arkadaşları, araştırmalarına katılan üniversite öğrencilerin yüzde 60'ında, son bir yıl içinde bir ya da daha fazla sayıda baş ağrısı yakınması olduğunu bildirmişlerdir (26). Aslantaş ve arkadaşları 15-17 yaş grubundaki öğrencilerde, baş ağrısı çekenlerin oranını benzer biçimde yüzde 77.9 olarak bulmuşlardır (15). Bekaroğlu ve arkadaşları araştırmalarında, haftada 1-2 kez ve üzerinde baş ağrısı çeken öğrenci oranının yüzde 60.7 olduğunu belirtmişlerdir (3). Haftada 1-2 kez ve üzerinde baş ağrısı çeken öğrenci oranı, bizim çalışmamızda yüzde 74.3'tür. Andrasik ve arkadaşları bir Amerikan üniversitesinde, kız öğrencilerin yüzde 62.9'unun, erkek öğrencilerin ise yüzde 39.7'sinin, haftada en az 1-2 kez baş ağrısına yakalandığını bildirmişlerdir (27).

Araştırmamızda baş ağrısı çeken kız öğrenci oranı yüzde 91.9, erkek öğrenci oranı ise yüzde 79.0 olarak bulunmuştur. Kız öğrenciler, erkeklere göre baş ağrısından daha

fazla yakınmaktadırlar ($P<0.01$). Aslantaş ve arkadaşları araştırmalarında kız öğrencilerdeki baş ağrısı sıklığının (yüzde 77.8), erkeklerden (yüzde 69.0) daha fazla bir oranda ve aradaki ilişkinin de ($P=0.01$) anlamlı olduğunu bulmuşlardır (15). Hollanda'daki bir çalışmada haftalık gözlenen baş ağrısının, lise dönemindeki kızlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (28). Buğdaycı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kız öğrencilerdeki baş ağrısı sıklığının erkek öğrencilere göre anlamlı derecede fazla olduğu bildirilmiştir (29). Karlı ve arkadaşlarının Bursa'da yaptıkları bir çalışmada, kız ve ileri yaşta olmak ile baş ağrısı sıklığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (30). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada da, yine kız öğrencilerdeki baş ağrısı sıklığının daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir (31). Bekaroğlu ve arkadaşları, araştırmalarında kız öğrencilerdeki baş ağrısı sıklığını yüzde 81.4, erkek öğrencilerdeki baş ağrısı sıklığını ise yüzde 37.0 olarak vermişlerdir (3). Ogunyemi, bir Nijerya üniversitesinde, kız öğrencilerin yüzde 60.7'sinin, erkek öğrencilerin ise yüzde 58.9'unun baş ağrısı yakınması olduğunu bildirmişlerdir (32). Attanasio ve Andrasik tarafından yapılan bir başka çalışmada da, bir Amerikan üniversitesi öğrencileri arasında baş ağrısı prevalansı, kız öğrenciler için yüzde 46.6, erkek öğrenciler için yüzde 32.4 olarak bildirilmiştir (33). Tüm bu oranlar, araştırmamızda bulunan oranlarla uyumludur.

Araştırmamızda öğrencilerin yüzde 42.2'sinde gerilim tipi baş ağrısı, yüzde 29.5'inde ise migren saptanmıştır. Migren sıklığı kız öğrencilerde, gerilim tipi baş ağrısı sıklığı ise, erkek öğrencilerde anlamlı derecede yüksektir ($P<0.05$). Bekaroğlu ve arkadaşları bir grup tıp öğrencisinde yapmış oldukları araştırmalarında, migren tipi belirtilerin, erkek öğrencilerde yüzde 16.9, kız öğrencilerde yüzde 30.7 ve aradaki ilişkinin ($P<0.05$) anlamlı olduğunu bulmuşlardır (3). Berilgen ve Atmaca, Bingöl ili ve çevresinde yaptıkları araştırmada, kadınlarda migren tipi baş ağrısının daha sık olduğunu bulmuşlardır (4). Migren tipi baş ağrısının kadınlarda daha fazla görüldüğünü bildiren başka çalışmalar da vardır (13,33). Tüzün ve arkadaşları üniversite eğitimi görmekte olan öğrencilerde yaptıkları araştırmada; migren grubunu oluşturan gruptaki öğrencilerin yüzde 81'inin, kronik



Tablo 1. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre, baş ağrısı sıklıklarının dağılımı.

Baş ağrısı sıklığı	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Günde 1 kez	19	7.0	4	2.6	23	5.4
Günde 2-3 kez	11	4.0	7	4.5	18	4.2
Günde 4 kez ve üzeri	7	2.6	3	1.9	10	2.3
Haftada 1-2 kez	54	19.9	26	16.5	80	18.6
Haftada 3 kez ve üzeri	86	31.6	22	14.0	108	25.2
Ayda 1-2 kez	31	11.4	20	12.7	51	11.9
Ayda 3 kez ve üzeri	14	5.1	7	4.5	21	4.9
Yılda 1-2 kez	19	7.0	27	17.2	46	10.7
Yılda 3 kez ve üzeri	9	3.3	8	5.1	17	4.0
Hiç olmayan*	22	8.1	33	21.0	55	12.8
Toplam	272	63.4	157	36.6	429	100.0

Toplam satırındaki yüzdeler satır, diğer yüzdeler sütun yüzdesidir. *P<0.01

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre, baş ağrısı tiplerinin dağılımı

Baş ağrısı tipleri	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gerilim tipi baş ağrısı*	84	36.4	74	51.7	158	42.2
Migren*	88	38.1	22	15.4	110	29.5
Küme tipi baş ağrısı	13	5.6	16	11.2	29	7.8
Sekonder baş ağrısı	17	7.4	11	7.7	28	7.4
Enfeksiyonlara bağlı baş ağrısı	13	5.6	8	5.6	21	5.6
Travma sonrası baş ağrısı	3	1.3	7	4.9	10	2.6
Sınıflandırılmayan Baş ağrısı	13	5.6	5	3.5	18	4.9
Toplam	231	100.0	143	100.0	374	100.0

Baş ağrısı olmayan 55 öğrenci tabloya dahil edilmemiştir. Yüzdeler sütun yüzdesidir. *P<0.05

gerilim tipi baş ağrısı grubunu oluşturan öğrencilerin ise yüzde 78'inin kadın olduğunu belirtmişlerdir (7). Teber ve arkadaşları, çocuk nörolojisi polikliniğine baş ağrısı yakınmasıyla müracaat eden 8-16 yaş grubundaki çocuklarda yaptıkları araştırmalarında; migren ve gerilim tipi baş ağrısının, yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermediğini belirtmişlerdir (16). Erermiş ve arkadaşlarının Çocuk Nörolojisi Anabilim Dalına baş ağrısı yakınmasıyla baş vuran çocuklarda, gerilim tipi baş ağrısının daha çok kız çocuklarında görüldüğünü belirtmektedirler (9). Sonuçlar arasındaki farklılıklar; araştırmaya alınan grupların sayılarının ve yaşlarının farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Hasta sayısının sınırlılığı (Teber 49, Erermiş 38 kişi), her iki araştırmada

da, araştırmacılar tarafından bir eksiklik olarak belirtilmiştir.

Primer baş ağrıları gerek şiddetleri, gerekse sıklıkları nedeniyle günlük yaşamı ve eğitim kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Meydana getirdikleri iş gücü kayıpları nedeniyle, aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunu olan baş ağrıları, altta yatabilecek nedenlerin olabileceği de düşünülerek önemsenmelidir. Her yaş grubundaki öğrencilere yönelik olarak, etkin bir biçimde verilecek olan okul sağlığı hizmetleri, sorunun çözümünde önemli bir yer tutabilir.

İletişim: Dr. Aytaç Polat
E-posta: aytacpolat@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Aji Dolli. Çocuklarda migren dışı baş ağrısına yaklaşım. Türk Pediatri Arşivi 2002; 37: 74-80.
- 2- Karabudak R. Temel Nöroloji. İçinde: Baş ağrısı. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1998, sayfa.123-48.
- 3- Bekaroğlu M, Coşar A, Livaoğlu M, Çiftçi A. Bir grup tıp öğrencisinde baş ağrısı sıklığı ve bazı özellikleri üzerine bir araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi 1994; 5 (3): 205-9.
- 4- Berilgen MS, Atmaca M. Bingöl ili ve çevresinde migren ve gerilim tipi baş ağrılarında sosyoekonomik özellikler ve ağrı. Fırat Tıp Dergisi 2001; 6 (3): 477-81.
- 5- Stovner LJ, Hagen K. Baş ağrısı hastalıklarının yaygınlığı, yükü ve maliyeti. Current Opinion in Neurology 2006; 1(3): 135-41.
- 6- Erkin Y. Baş ağrısı ve kraniyofasial nevrалjiler. Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi 2007; 3 (45): 34-46.
- 7- Tüzün EH, Karaduman A, Eker L. Migren ve gerilim tipi baş ağrısında kişilik özellikleri. Fizyoterapi Rehabilitasyon 2003; 14(2): 53-8.
- 8- Doksat MK. Baş ağrılarının psikiyatrik yönü. Nöroloji Dergisi 2005; 1(40): 50-6.
- 9- Erermiş S, Büküşoğlu N, Tütüncüoğlu S, Oksel F. Çocukluk çağı baş ağrılarının psikososyal açıdan değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2001; 40(1): 23-6.
- 10-Koçer B. Gerilim tipi baş ağrısı. Galenos 1998; 24: 69-72.
- 11-Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in Northern Finland. Headache1978; 18: 137-45.
- 12- D'Alessandro R, Benassi G, Lenzi PL et al. Epidemiology of headache in the Republic of San Marina J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1988; 51(1): 21-7.
- 13- Linet MS, Stewart WF, Celentona DD et al. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. JAMA 1989; 261(15): 2211-6.
- 14- National Ambulatory Medical Care Survey: 1991 Summary. Hyattsville, MD: Centers for Disease Control and Prevention/National Center For Health Statics, 1994; 21. DHSS Report no. (PHS): 94-177.
- 15-Aslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir kırsal kesim öğrencilerinde baş ağrısı sıklığı ve etkileyen etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007; 16(1): 1-5.
- 16-Teber S, Yılmaz S, Bilgiç A, Deda G, Kılıç EZ. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerde emosyonel problemler. Çocuk Dergisi 2006; 6(1): 33-8.
- 17- Sarioğlu B, Erhan E, Serdaroğlu G, Doering BG, Erermiş S, Tütüncüoğlu S. Tension-type headache in children a clinical evaluation. Pediatrics International 2003; 45: 186-9.
- 18-Diamond S, Feinberg DT. The classification, diagnosis and treatment of headaches. Med Times 1990; 118: 15-27.
- 19-Deleu D, Khan MA, Humaidan H. et al. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students in Oman. Headache 2001; 41: 798-804.
- 20-Monteiro JM, Matos E, Calheiros JM. Headaches in medical school students. Neuroepidemiology 1994; 13: 103-7.
- 21-Rhee H. Prevalence and predictors of headaches in US adolescents. Headache 2000; 40: 528-38.
- 22-Anlar Ö, Tombul T, Çakşen H. Van ilindeki ilkököl çağı çocuklarında baş ağrısı. Çocuk Dergisi 2003; 3(2): 136-8.
- 23-Deda G, Çakşen H, Öcal A. Headache etiology in children. A retrospective study of 125 cases. Pediatrics International 2000; 42: 668-73.
- 24-Carlsson J, Larsson B, Mark A. Psychosocial functioning in schoolchildren with recurrent headaches. Headache 1996; 36: 77-82.
- 25-King NJ, Sharpley CF. Headache activity in children and adolescents. J Pediatr Child Health 1990; 26: 50-4.
- 26-Tüzün EH, Eker L, Karaduman A. et al. Prevalence and clinical characteristics of headache in university students in Turkey. The Pain Clinic 2003; 15(4): 397-404.
- 27-Andrasik F, Holroyd KA, Abell T. et al. Prevalence of headache within a college student population: a preliminary analysis. Headache 1979; 19:384-7.
- 28-Bandell-Hoekstra Inez ENG, Abu-Saad H, Passchier J. Prevalence and characteristics of headache in dutch schoolchildren European Journal of Pain 2001; 5: 145-53.
- 29-Buğdaycı R, Özge A, Şaşmaz T. et al. Prevalence and factors affecting headache in turkish schoolchildren. Pediatrics International 2005; 47: 316-22.
- 30-Karlı N, Akış N, Zarifoğlu M, Akgöz S. et al. Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student based epidemiological study in Bursa. Headache 2006; 46(4): 649-55.
- 31-Aj Jumah M, Awada A, Al Azam S. Headache syndromes amongst schoolchildren in Riyadh, Saudi Arabia. Headache 2002; 42: 281-86.
- 32-Ogunyemi AO. Prevalence of headache among Nigeria universty students. Headache 1984; 24:127-30.
- 33-Attanasio V, Andrasik F. Further examination of headache in a college student population. Headache 1987; 27: 216-223.

Paraneoplazik Bir Birliktelik: Subakut Kutanöz Lupus Eritematozus ve Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

A Paraneoplastic Association:

Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus and Small Cell Lung Cancer



*Dr. Semih Tatlıcan**, *Dr. Filiz Canpolat**, *Dr. Cemile Eren***, *Dr. Fatma Eskiöğlü****,
*Dr. Okan Yeşilli**, *Dr. Pelin Kartal Durmazlar**, *Dr. Atatürker Arıkök*****

Öz

Subakut kutanöz lupus eritematozus, lupus eritematozusun bir alt tipidir ve paraneoplazik bir sendrom olarak nadiren rapor edilmektedir. Kutanöz paraneoplazik sendromlar genellikle dahili kanser saptandıktan sonra teşhis edilirler. Küçük hücreli akciğer kanseri kötü bir prognoza sahiptir ve bu nedenle küçük hücreli akciğer kanseri ile birlikte görülen kutanöz paraneoplazik sendromlardan haberdar olmak küçük hücreli akciğer kanserinin erken tanısı için önemlidir. Biz yüzünde ve üst gövdesinde son dört aydır döküntüleri olan bir hasta sunuyoruz. Hastanın ayrıca son ayda kötüleşen öksürüğü ve göğüs ağrısı vardı. Derinin histopatolojik değerlendirilmesi subakut kutanöz lupus eritematozus ile uyumluydu. Anti-RO/SS-A antikoru dışındaki laboratuvar testleri normal sınırlar içindeydi. Subakut kutanöz lupus eritematozus tanısı konuldu. Bilgisayarlı akciğer tomografisi sağ akciğerde bir kitle gösterdi. Kitleden alınan bronkoskopik biyopsi küçük hücreli akciğer kanseri tanısı ile sonuçlandı. Kemoterapinin birinci ayında deri lezyonlarında orta düzeyde bir düzelme varken hasta öldü. Bu olgu ile subakut kutanöz lupus eritematozusu paraneoplazik sendrom olarak sunarken, dermatozun özellikle akciğer kanseri olmak üzere dahili kanserin erken tanısındaki rolüne dikkat çekmek.

Anahtar sözcükler: Küçük hücreli akciğer kanseri, Subakut kutanöz lupus eritematozus, Paraneoplazik sendrom.

Giriş

Subakut kutanöz lupus eritematozus (SKLE), eritemli-skuamli papüler lezyonlar ya da annüler/polisiklik plaklarla karakterize ve genellikle güneş ışıklarına maruz kalan deri bölgelerini tutan bir hastalıktır (1). SKLE nadiren bir paraneoplazik hastalık olarak bildirilmiştir. Meme, uterus, akciğer kanserleri ve lenfomalar ile birliktelik göstermektedir (2).

Abstract

Subacute cutaneous lupus erythematosus is a subtype of lupus erythematosus and occasionally has been reported as a paraneoplastic syndrome. Cutaneous paraneoplastic syndromes are generally diagnosed after the diagnosis of the internal malignancy. Small cell lung cancer has a poor prognosis, so the awareness of cutaneous paraneoplastic syndromes associated with small cell lung cancer is of importance in providing its early diagnosis.

Here, we report a patient presenting with rash over his face and upper torso for the last four months. In addition, he had chest pain and cough for the last month, which were worsening. Histopathologic examination of the skin was compatible with subacute cutaneous lupus erythematosus. Laboratory tests were in normal limits, except for an anti-Ro/SS-A antibody positivity. Subacute cutaneous lupus erythematosus was diagnosed. Computerised tomography of the thorax revealed a mass in the right lung. Bronchoscopic biopsy from the mass resulted with the diagnosis of small cell lung cancer. He died one month after chemotherapy had been initiated, when he had moderate improvement in his subacute cutaneous lupus erythematosus lesions. With this case, we find the opportunity to present subacute cutaneous lupus erythematosus as a paraneoplastic syndrome and call attention to its role in the early diagnosis of internal malignancies, especially of small cell lung cancer.

Key words: Small cell lung cancer, Subacute cutaneous lupus erythematosus, Paraneoplastic syndrome.

Küçük hücreli akciğer kanseri, tümör hücrelerinin hızlı çoğalmasıyla karakterize kötü prognoza sahip olması nedeniyle erken tanının çok önemli olduğu bir hastalıktır (3).

Subklinik kanser olgularında akantozis nigrikans, edinsel iktiyozis, palmar

*Uzm.; SB. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araş. Hast., Dermatoloji Kliniği Ankara

**Asist.; SB. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araş. Hast., Dermatoloji Kliniği Ankara

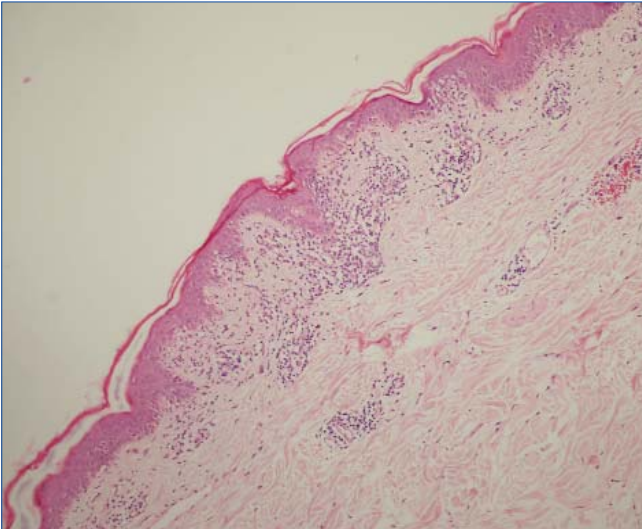
***Kln. Şefi; SB. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araş. Hast.,

Dermatoloji Kliniği Ankara

****Patoloji Uzm.; SB. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araş. Hast., Dermatoloji Kliniği Ankara.



Şekil 1. Burun sırtını ve yanağı tutan eritemli-skuamlı papüler lezyonlar



Şekil 2. (H&E, X10) Epidermal atrofi, bazal tabakada vakuolar dejenerasyon ve dermiste lenfositik infiltrasyon ve ödem

hiperkeratozis, Bazex'in paraneoplazik akrokeratozu, dermatomyozit, eritema giratum repens, büllöz ekzantemler ve gezici flebitler paraneoplazik dermatozlar olarak iç organ kanserlerinin erken tanısında yardımcı olurlar (1). Bu nedenle paraneoplazik dermatozları tanımlamak ve ilgili olgularda dikkatli olmak önemlidir.

Burada önce SKLE lezyonları ile başvurmuş ve sonrasında küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konmuş bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

51 yaşında erkek hasta dört aydır var olan döküntüler nedeniyle başvurdu. Hasta 45

paket/yıl sigara içme öyküsüne sahipti ve herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Son bir ayda artmış olan göğüs ağrısı ve öksürükten yakınıyordu.

Dermatolojik muayenesinde yanaklar, burun üzeri, saçlı deri ve gövdenin üst kısmında eritemli-skuamlı papüler lezyon ve plaklar belirlendi (Resim 1). Lezyonlu deriden alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde SKLE için tanısız özellikler olan epidermal atrofi, bazal keratinositlerde vakuolar dejenerasyon, dermal ödem ve kan damarları çevresinde lenfositik infiltrasyon görüldü (Resim 2). İmmünofloresan çalışmada bazal keratinositler yakınında immunoglobulin G birikimi saptandı.

Tam kan sayımı ve rutin biyokimyasal testler normal sınırlar içindeydi. Eritrosit sedimentasyon hızı 54 mm/saat idi ve romatoid faktör negatifti. Anti-Ro/SS-A antikoru dışındaki serolojik testler negatifti ve kompleman düzeyleri normaldi. Klinik, patolojik ve laboratuvar sonuçlara dayanarak SKLE tanısı konuldu (4).

Akciğer tomografisinde sağ akciğer lobunda 7 cm çapında kitle görüldü. Kitleden alınan bronkoskopik biyopsi, küçük hücreli akciğer kanseri için tipik hücreleri gösterdi. Uzak organ yayılımı belirlenmedi.

Hastaya sisplatin, etoposide ve deksametazon tedavisi verildi. Hasta üçüncü doz kemoterapisini aldıktan sonra öldü.

Tartışma

SKLE, lupus eritematozusun karakteristik Klinik, serolojik ve genetik bulguları olan bir alt tipidir (5). Akciğer kanseri akantozis nigrikans, dermatomyozit, eritema giratum repens, paraneoplazik akrokeratoz, büllöz ekzantem, gezici tromboflebit, el ve ayakların punktat keratodermisi, hipertrofik osteoartropati gibi çeşitli kütanöz paraneoplazik sendromlarla birliktelik gösterebilir (6,7). Sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarında yapılan çalışmalarda, özellikle non-Hodgkin lenfoma, akciğer kanseri ve hepatosellüler karsinoma için artmış risk bulunmuştur. Burada belirtilmiş kanserlerin SLE tanısının ilk yılında ortaya çıkmış olması da SLE'nin paraneoplazik olma ihtimalini artırmaktadır (8). Ancak bu raporların SKLE değil SLE hastalarını kapsadığı da gözden kaçırılmamalıdır.

Mc Lean'ın tanımı uyarınca bir dermatozun paraneoplazik olarak değerlendirilebilmesi için tümörden sonra gelişmesi ve her iki hastalığın paralel bir seyir izlemesi gerekir (9). Dermatozun gelişiminin kanserden sonra olması, dermatozu oluşturacak bir tümör kitlesinin oluşması için bir süreye ya da uyarıcı bir antijen yükünün oluşmasına gereksinim duyulması ile açıklanmıştır (2,9).








Bizim olgumuzda SKLE lezyonları ile akciğer kanseri tanısı arasında dört aylık bir latent süre bulunmaktadır. Küçük hücreli akciğer kanserinin ortalama ikiye katlanma zamanının 90 gün olduğu ve tanı anında tümör kitlesinin yedi cm olduğu göz önüne alınırsa, tümörün SKLE lezyonları ortaya çıktığında subklinik olduğunu söylemek durumundayız (10). Hasta kemoterapi aldıktan belirli bir süre sonra öldüğü için, bu süre içinde lezyonlarda görülen ılımlı iyileşmeyi ilaçların doğrudan etkisine ya da kanserin tedavisine mi bağlamak gerektiğine karar vermek olanaklı değildi. Olguların, dermatozun kanser ile paralel seyir göstermesi gerekliliği olarak ifade edilen ikinci ölçütlere uyumlu olup olmadığına, sistemik kemoterapi ilaçlarının dermatozlara da etki etmesi nedeniyle hastanın kaybedilmediği durumlarda bile karar vermek olanaklı değildir (9).

Bu güne kadar paraneoplazik sendrom olarak tanımlanmış sınırlı sayıda SKLE olgusu çoğunlukla akciğer kanserleri ile birliktelik göstermektedir (2,11). Her iki hastalığın birbiriyle ilintisiz ortaya çıkışı tamamen ortadan kaldırılamasa da, SKLE'nin akciğer kanserine oranla görece az görülme sıklığı SKLE'li olgularda altta yatan bir kanser –özellikle küçük hücreli akciğer kanserini düşündürmelidir. Bu olgular akciğer kanserine yönelik olarak sorgulanmalı ve gerekli görülürse bir üst basamağa sevk edilmelidir.

İletişim: Dr. Semih Tatlıcan
E-posta: semihatatlican@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Mclean DI, Haynes HA. Cutaneous Manifestations of Internal Malignant Disease: Cutaneous Paraneoplastic Syndromes. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Goldsmith LA, and Katz SI, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. McGraw Hill; 2003. p.1783-94.
- 2- Chaudhry SI, Murphy L-A, White IR. Subacute cutaneous lupus erythematosus: a paraneoplastic dermatosis? Clin Exp Dermatol 2005; 30: 655-8.
- 3- Minna JD. Neoplasms of the Lung. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. McGraw Hill ; 2001.p.562-70.
- 4- Costner MI, Sontheimer RD. Skin manifestations of rheumatologic multisystem diseases: Lupus erythematosus. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Goldsmith LA, and Katz SI, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. McGraw Hill; 2003. p. 1681-89.
- 5- Kundakci N. Skin and mucosal lesions associated with systemic lupus erythematosus. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005; 1: 16-25.
- 6- Poole S, Fenske NA. Cutaneous markers of internal malignancy. II. Paraneoplastic dermatoses and environmental carcinogens. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 147-64.
- 7- Weismann K, Graham RM. Paraneoplastic syndromes. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Textbook of Dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998. p. 2713-21.
- 8- Bernatsky S, Boivin JF, Joseph L, et al. An international cohort study of cancer in systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 2005; 52: 1481-90.
- 9- McLean DI. Cutaneous paraneoplastic syndromes. Arch Dermatol 1986; 122: 765-7.
- 10- Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, editors. Neoplasia. In: Robins and Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2005. p. 272-5.
- 11- Jasim ZF, Walsh MY, Armstrong DK. Subacute lupus erythematosus-like rash associated with oesophageal adenocarcinoma in situ. Clin Exp Dermatol 2007; 32: 443-5.

	STED'den	I		İletişim	X
	STED Yazarlarına Bilgi	II		<i>Dr. Nureddin Özden</i>	
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak "Bölgelerimizde Doğum Öncesi Bakım"	IV		Dergilerden "Pandemik İnfluenza H1 N1"	V
	<i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>			<i>Dr. Özen Aşut, Dr. Yılmaz Yıldız</i>	
	Yaşlı Sağlığı "Yaşlılarda Üriner İnkontinans"	V		Ödüllü Bulmaca	XIV
	<i>Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Ferhat Kılınç,</i> <i>Dr. Hakan Yaman</i>				

STED Yazarlarına Bilgi

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce 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 Dizini'ndedir. 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.

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 yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

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

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

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

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili ön bilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemelidir, 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 vermeyiniz.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz.

Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

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

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel 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 increasead risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3.

ya da

.... 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Kitap

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

Kitap bölümü

Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer -Verlang; 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 kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ??

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla 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 çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi

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

Yazılar; "STED, TTB, GÖM Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil 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'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

Türkiye'nin Sağlığını Okumak

"Bölgelerimizde Doğum Öncesi Bakım"



Dr. Onur Hamzaoğlu*

Tablo: Demografik bölgelere göre doğum öncesi dönemde bakım alamayan gebeler (%) eşitsizlik göstergeleri ve değişim

	1988	2008	Değişim (1988 2008)
Bölge			
Batı	38.2	3.2	11.9
Güney	63.5	5.4	11.8
Orta	57.6	5.6	10.3
Kuzey	62.6	4.3	14.6
Doğu	77.6	20.9	3.7
Doğu/Batı	2.03	6.53	3.2
TAR(%)	33.5	60.0	1.8
Toplam	57.4	8.0	7.2

Yukarıdaki tabloda aynı metodoloji ile yapılmış, ülke kapsamındaki iki araştırmadan elde edilen verilerden gebelikleri döneminde doğum öncesi bakım alamayan anne adaylarımızın 20 yıl arayla durumunu izleyebiliyoruz.

Tablo'da ülke genelinde, 1988 yılında, yüz gebeden 57'si doğum öncesi bakım alamamışken, 2008'de yüz gebemizden sekizinin alamadığını görüyoruz. Özetle, yaklaşık 20 yılda %700'ü geçen bir iyileşmeden söz edebiliriz. Mağdur bırakılan, mağdur kalan gebelerimizin sıklığında önemli bir azalma söz konusu. Verilere demografik bölgelerimiz üzerinden baktığımızda ise 20 yıl öncesine göre her bir bölgemizde sorunun gerilediği görülüyor. Bu pembe tabloya karşın, bizlere sunulanın arkasına bakma alışkanlığımızı da sürdürüelim. Bakalım arkada görülmesi gereken başka şeyler var mı?

Öncelikle bölgelerimizdeki gelişmelere bakalım. Gebelikleri döneminde doğum öncesi bakım alamayan anne adaylarımız için, 1988-2008 yılları arasında geçen yirmi yıllık süre içinde, Kuzey bölgemizde %1460, Batı bölgemizde %1190, Güney bölgemizde %1180, Orta bölgemizde %1030'luk bir değişim söz konusuysen, Doğu bölgemizde yaşayan anne adaylarımız için bu değişimin yalnızca %370 olduğunu fark ediyoruz.

Bin dokuz yüz seksen sekiz yılında Batı bölgemizde gebelik döneminde bakım

alamayan bir anne adayımıza karşılık, Doğu bölgemizde iki anne adayı doğum öncesi bakım alamıyordu. İki bin sekiz yılında ise, Batı bölgemizde gebelik döneminde bakım alamayan bir anne adayımıza karşın, Doğu bölgemizde yaklaşık yedi anne adayı doğum öncesi bakım alamaz duruma gelmiştir. Söz konusu farklılık, 20 yılda %320 artmış bulunuyor.

Dilerseniz bir de sorunun-gebelikleri döneminde bakım alamamanın- önlenebilir olan boyutunu inceleyelim. Gebeliği döneminde doğum öncesi bakım alamamış olan 100 gebeden 1988 yılında yaklaşık 34'ü engellenebilirken, 2008 yılında doğum öncesi bakım alamamış 100 gebelikten 60'ı engellenebilir duruma gelmiş. Doğum öncesi bakım alamayanlar içinde engellenebilir olanlar, yirmi yılda %180 artmış. Oysa ülkenin bütün bölgeleri Batı bölgemizin sosyoekonomik düzeyine gelebilseydi- ki koşulları sağlandığında gelebilir- bunlar engellenebilecekti. Doğu ile Batı bölgemiz arasındaki farklılıktaki bu artış 20 yıllık süre içinde, iki bölgemiz arasındaki sosyoekonomik farkın, Doğu bölgemiz aleyhine daha da arttığını gösteriyor. Türkiye'de 24 Ocak 1980 ekonomik kararları çerçevesinde uygulanmaya konan, emeği ile yaşayanları yoksulluğa, açlığa mahkum etmeyi hedefleyen neoliberal politikaların uygulaması sürdürüldükçe bu tablo daha da kötüleşecek. Bu karanlık tablonun aydınlığa dönmesi, "güneşin emeği ile yaşayanlar için doğması" için birlikte yapabileceğimiz çok şey var; hem kendimiz, hem çocuklarımız için... Bir kez daha uçup gitmesine seyirci kalmayalım.

Kaynakça

Kunt AE, Mackenbach JP. Measuring Socioeconomic Inequalities in Health: Copenhagen EUR/ICP/RPD 416, WHO; 1994.JP. 28.

Hacettepe University Institute of Population Studies. Turkish Population and Health Survey 1988. Ankara: 1989.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Ön Rapor, Kızılcahamam, Ankara: Mart 2009.

İletişim:

Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta:

ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr



Dr. Melahat Akdeniz*, Dr. Ferhat Kılınç**, Dr. Hakan Yaman***

Üriner inkontinans (Üİ) toplumda sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sıkıntı verici ve düşünlüğe neden olabilen bir sorundur. Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society) üriner inkontinansı "istemsiz idrar kaçırma yakınması" olarak tanımlamaktadır (1). İdrarın öksürürken ya da gülerken küçük miktarlarda sızmasından, çok güçlü acil idrar yapma isteğine kadar geniş bir yelpazede görülebilir.

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklerden daha sık olarak görülmekte, görülme oranı da yaşla birlikte artmaktadır. Ancak sorun hastalar tarafından utanma ve damgalanma (stigmatizasyon) korkusu nedeniyle genellikle dile getirilmez ve bu nedenle sık görülmesine rağmen tanımlanmamış kalır. Özellikle yaşlı hastalar inkontinansın yaşlanmanın normal bir sonucu olduğuna ve cerrahi dışında tedavisi olmadığına inanırlar (2). Bu nedenle de hekimler sormadıkça Üİ bir yakınma olarak dile getirilmez. Üriner inkontinansı olan hastaların sadece üçte biri tıbbi tedavi aramaktadır (3). Yapılan çalışmalarda idrar kaçırması olup olmadığı doğrudan sorulan hastalar arasında prevelans 15 – 65 yaş arası kadınlarda %0.2, erkeklerde %0.1; 65 yaş üzerinde ise kadınlarda % 2.5, erkeklerde % 1.3 bulunmuştur. Posta ile yapılan bir araştırmada ise 15- 65 yaş arasındaki kişilerde bu oranlar sırası ile kadınlarda %8.5; erkeklerde 1.6; 65 yaş üzerindeki kadınlarda 11.6 ve erkeklerde %6.9 olarak bulunmuştur (4).

İnkontinans prevalansı üzerine yapılan araştırmaları çalışmanın farklı popülasyonlarda yapılması ve farklı tanı ölçütlerinin kullanılması nedeniyle değişik sonuçlar vermektedir. Özellikle yaşlılarda yapılan çalışmalar bu yaş grubunda inkontinansın önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Burgio ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aşağıda

belirtilen sonuçlar bulunmuştur (5).

Üriner inkontinans alt üriner yolun işlevinde bir anormallik ya da farklı durumlarda idrar kaçırmaya neden olan hastalıkların bir sonucu olarak görülür. Kadınlarda özellikle menopozdan sonra görülen vajina ve üretra epitelinin incilmesi ve kuruluğu, doğumlara bağlı pelvik kaslarda ortaya çıkan esneklik kaybı ve zayıflık, erkeklerde büyümüş prostat ve prostat cerrahi girişimleri, bazı ilaçlar, kronik kabızlık, fekal tıkaç, mesaneye ve mesaneyi kontrol eden kaslara basıncı artıran aşırı kilo, üriner enfeksiyonlar, vasküler hastalıklar, diyabet, Alzheimer hastalığı ve multipl skleroz gibi kronik hastalıklar özellikle yaşlılardaki üriner inkontinansın en sık nedenleridir (6).

Üriner inkontinansın terminolojisine baktığımızda farklı tipleri bulunmaktadır.

Sıkışma inkontinansı (Urge inkontinence): Aniden ortaya çıkan ve engellenmesi güç idrar yapma gereksinimini izleyen idrar kaçırma yakınmasıdır. İlerleyen yaş ve bilişsel işlev bozuklukları ile sıklığı ve şiddeti artar. Yaşlılarda genellikle en sık nedenler idrar yolu enfeksiyonu, üreter alt uç taşları ve aşırı aktif mesanedir. Aşırı aktif mesane, enfeksiyon ve nörolojik sorunların ekarte edildiği, mesane detrusör kasında idiyopatik olarak gelişen ani ve istemsiz kasılmalar sonucu oluşan durumdur ve klinikte idiyopatik detrusör aşırı aktivitesi olarak tanımlanmaktadır. İnme, Parkinson hastalığı, demans, hipnotik ya da narkotikler gibi ilaçların kullanımı, hipoksi ve ensefalopati gibi metabolik hastalıklar, malignansi, atrofik vajinit ve üretrite ikincil olarak da görülebilir.

Stres inkontinans: Öksürük, gülme, ağır bir şey kaldırma ya da bedensel etkinlikler gibi alt karın kaslarındaki ani basınç artışı nedeniyle idrar kaçırmadır. Genellikle kadınlarda doğumlara bağlı pelvik kasların zayıflaması sonucunda ortaya çıkar. Alfa blokerler, cerrahi travma ya da radyasyona bağlı hasar nedeniyle mesane iç sfinkterinde yetersizlik sonucu da görülebilir.

Mikst inkontinans: Bir hastada hem stres, hem de sıkışma inkontinans yakınmalarının birlikte bulunması durumudur.

Populasyon alt grup	Yaklaşık prevalans %
Bakım evinde kalanlar 65 yaş üzeri	50
Evden çıkamayan 65 yaş üzeri kişiler	50
Hastaneye yatan 65 yaş üzeri kişiler	25-30
Toplum içinde yaşayan 60 yaş üzeri kişiler	10-15
15-64 yaş arası kadınlar	1-5

Kaynak: Burgio K, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol 1991;146: 1255-9.

*Yaşlılarda Üriner İnkontinans başlıklı çalışmanın devamı Ocak-Şubat 2010 sayımızda yayımlanacaktır.

**Yrd. Doç.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Antalya

***Doç.; Başkent Ü. Adana Hast., Üroloji Kliniği, Adana

****Prof.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Antalya

Fonksiyonel inkontinans: Normal idrar kontrolü olmasına karşın tuvalete zamanında gitmekte sorun yaşayan kişilerde görülen idrar kaçırma tipine verilen addir. Özellikle yaşlılarda inme, nörolojik hastalıklar, artritler ve hareket yeteneğini kısıtlayan hastalıklarda hastanın tuvalete gitmeyi geciktirmesi nedeniyle ortaya çıkar.

Bunların dışında klinik uygulamada kullanılan bazı tanımlamalar da vardır:

Devamlı idrar kaçağı: Hastanın üretral yoldan sürekli bir idrar kaçağı yakınmasının olmasıdır. Bu üretral sfinkterin hasar gördüğü durumlarda karşılaşılan bir durumdur.

Nokturnal enürezis: Gündüz idrar kaçırma olmaz ama uyku sırasında idrar kaçırma vardır. Genellikle çocukluk çağında görülür.

Dolu-taşma inkontinansı (Overflow incontinence): İdrar retansiyonu ile birlikte olan idrar kaçırma yakınmasıdır. Oransal olarak az görülür; ancak hidronefroz ve böbrek hasarına yol açması nedeniyle özellikle klinik uygulamada önemli bir konudur. Daha çok erkeklerde görülür. Prostat büyümesi ya da üretra darlığına bağlı olarak mesanede belirgin rezidüel idrar kalabilir. Bu grup hastalarda obstrüksiyon nedeni ortadan kaldırıldığında rezidüel idrar miktarı azalacağından inkontinans yakınmaları kaybolacaktır. Hastalarda işlemeyi izleyen ultrasonografik değerlendirmede mesanede belirgin rezidüel idrar saptanması tanıda anlamlıdır ve klinik yaklaşıma yön verir. Diyabetik nefropati gibi mesanenin inervasyonunu etkileyen durumlarda görülen detrusor kas denervasyonunda, tümör, radyasyon ve cerrahi gibi mesane inervasyonunu bozan durumlarda da ortaya çıkabilir.

Ekstraüretral inkontinans: Üretra dışı yollardan kaynaklanan idrar kaçırmasıdır. Vezikovajinal fistül ya da ektopik üreter gibi durumlarda karşılaşılan bir tablodur.

Üriner sistemde yaşlanma ile ilişkili değişiklikler: Yaşlanma üriner yolda Üİ tiplerinin hepsini etkileyen birçok değişikliklere neden olur:

- Mesanenin esneyebilme yetisini ve buna bağlı mesane kapasitesini azaltarak daha sık idrar yapmaya neden olur.
- Detrusor kasın gücü azalır ve mesanenin tam boşalamamasına neden olur.
- Spontan detrusor kas kontraksiyonları artar.
- Üretra kapanma basıncı azalır.

- Böbreklerin idrarı yoğunlaştırma yetisi azalır ve idrar volümü artar.

Özellikle yaşlı erkeklerde görülen inkontinanslarda, üretrada obstrüksiyon yapıcı nedenlere bağlı overflow inkontinans ekarte edilmeden denenecek tıbbi tedaviler hastayı üriner retansiyona sokabilir. Bu durum, rezidüel idrar miktarının daha da artması ve buna bağlı olarak üriner enfeksiyon atakları ve daha ileri durumlarda böbrek yetersizliğine gidebilecek tablolara neden olabilir.

Kadınlarda inkontinans

Yaşlı grupta kadınların oransal olarak daha fazla olması ve üriner inkontinansın kadınlarda daha fazla görülmesi nedeniyle üriner inkontinans kadınlarda daha çok araştırılmıştır. Genç ve orta yaş grubu kadınlarda stres inkontinans, yaşlı kadınlarda mikst inkontinans daha sık görülmektedir. Tüm yaş grupları toplu olarak ele alındığında stres inkontinans en sık rastlanan sorundur (%49). Mikst inkontinans %29 sıklıkla görülürken, yalnızca sıkışma inkontinansı %21 oranında saptanmaktadır (9). Pek çok yaşlı kadında mikst inkontinans vardır. Ancak kliniğe başvuran kadın hastalar değerlendirildiğinde, kadınların özellikle sıkışma inkontinansından yakındıkları görülür. Hatta mikst inkontinans yakınmaları olan kadınların sıkışma inkontinanslarının düzeltilmesinin tek başına hastaların oldukça memnun olmalarına neden olduğu gözlemlenmektedir. Bu grup kadınlar bu yakınmalarından o kadar sıkıntılıdır ki günlük etkinlikleri sırasında tuvaletleri olan belli merkezleri tercih edecek kadar yaşam biçimleri etkilenmektedir.

Yöntem

Hastaların değerlendirilmesi: Üriner inkontinansın tanısı çoğu hastada tıbbi öykü, fizik muayene, idrar tetkiki sonuçları ve işeme sonrası rezidüel idrar volümüne dayanarak konur. Yönetim de bu bulgulara göre düzenlenir. Ancak hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerine idrar kaçırma yakınmasından çok, eşzamanlı kronik hastalıklarına bağlı yakınmalar nedeni ile başvururlar. Bu nedenle, birinci basamağa başka nedenlerle başvuran yaşlı hastalarda üriner inkontinans sorgulanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü üriner inkontinansı yaşlılık döneminin dört dev sorunundan biri olarak tanımlamıştır (10). Birincil bakımda yaşlı hastaların daha etkin bakım almalarını sağlamak amacı ile DSÖ tarafından geliştirilen

yaşlı dostu birinci basamak enstrüman setindeki 10 dakikalık tarama testi, birinci basamağa başvuran hastalarda muayene öncesi hekim dışı sağlık personeli tarafından uygulanabilen, yaşlı hastaları etkileyen depresyon, demans, düşme ve üriner inkontinansdan oluşan dört dev sorunu taramaya yönelik sorular içerir. Birinci basamak hekimleri bu enstrümanları kullanabilirler (11). Üriner inkontinansı taramak amacı ile sorulan iki soru vardır:

1. Soru "Geçen yıl içinde hiç idrar kaçırdınız mı ya da islandınız mı?"
Evet ___ Hayır ___ (Eğer evetse diğer soruyu sorun.)
2. Soru: "Geçen hafta içinde idrar kaçırdınız mı?"
Pozitif değerlendirme: her iki sorunun yanıtı evet

Bu iki soruya verilen olumlu yanıt hekimi, hastayı bu açıdan daha ayrıntılı değerlendirmesi için uyarır. Hekim hastayı aynı enstrüman setindeki inkontinans değerlendirme enstrümanlarına göre değerlendirir ve değerlendirme sonucunda tedavi ya da sevk kararı alır.

DSÖ yaşlı dostu Birincil Bakım enstrüman seti üriner inkontinans değerlendirme enstrümanına
www.ailehek.org adresinden erişilebilir.

Üriner inkontinansı olan hastaları değerlendirmenin ilk hedefi geçici inkontinans nedenlerini tanımlamak ve etkin tedaviyi planlayabilmektir. Değerlendirmenin ikinci hedefi özel değerlendirme gerektiren durumların tanımlanması ve hastanın uzman bakımı için sevk edilip edilmeyeceğine karar verilmesidir.

Öykü: Başlangıç değerlendirmede hastanın ayrıntılı öyküsü alınmalıdır. İnkontinans sıklığı, ciddiliği ve yaşam kalitesi üzerine etkileri sorgulanmalıdır. Tıbbi öykü diyabet, inme, lomber disk hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik kabızlık ve fekal tıkaç, bilişsel bozulma gibi inkontinansa katkı yapan etmenleri tanımlayacak nitelikte olmalıdır. Kadınlarda jinekolojik öykü gebelik ve doğum sayısını, sezaryen doğumları, doğumlar arası aralığı, daha önce geçirilmiş vajina ya da mesane cerrahisi, pelvik travma ve HRT alıp almadıkları sorulur. Hastalar nörolojik bir hastalık ve diyabet açısından sorgulanmalıdır. Özellikle nörolojik öyküleri olan grubun değerlendirmesinde ürodinamik ve daha ayrıntılı incelemeler gerekeceğinden, ürologlara yönlendirilmesi daha etkin tedavinin seçilmesi açısından uygun olacaktır.

Hastaların değerlendirmesinde işeme

sırasında sorunların sorgulanması önem taşımaktadır. Postmenapozal kadınlarda nadiren de olsa atrofik vajinite eşlik eden üretral darlık saptanabileceğinden bu hastalarda işeme sırasında zorlanma ve idrar kalibrasyonunda azalma olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bu tür yakınmaları olan hastalarda idrar akım hızını ölçen üroflowmetri testinin yapılması tanı koymada yararlı olacaktır. Ayrıca yakın zamanda geçirilmiş cerrahi ve travma öyküleri ile kullandıkları ilaçlar sorgulanmalıdır. Özellikle mesane ve sfinkter üzerine nörolojik yolla ya da doğrudan etki edebilecek cerrahi yaklaşımlar, abdominoperineal rezeksiyonlar, radikal histerektomi ve spinal cerrahiler sorulmalıdır. Radyasyon tedavisi de mesane üzerine olası etkilerinden dolayı araştırılması gereken diğer bir konudur.

Yaşlıların kronik hastalıkları için kullandıkları ilaçlar da önem taşımaktadır. İlaç öykülerinde üriner sistem üzerine etkileri bilinen ilaçlar özellikle sorgulanmalıdır. Antikolinergikler, sedatif ve hipnotik ilaçlar, antidepresanlar, antipsikotikler, antihistaminikler, kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler, narkotikler ve alkol, mesane kasını gevşeterek taşıma inkontinansına neden olabilir. Alfa adrenerjik agonistler sfinkteri gevşetirler. Diüretikler ve kafein kontraksiyonları uyarırlar ve sıkışma inkontinansına yol açabilirler. ACE inhibitörleri öksürük yan etkisi nedeniyle stres inkontinansı ağırlaştırabilir. Klonidin, fenoksibenzamin, terazosin, alfuzosin, doxazosin gibi sempatolitik ilaçlar stres inkontinansa ya da stres inkontinans yakınmalarının daha da artmasına yol açabilirler. Efedrin, psödoefedrin gibi sempatomimetikler ve imipramin gibi trisiklik antidepresanlar mesane çıkım obstruksiyonuna ve üriner retansiyona yol açabilirler. İlaçların kesilmesi inkontinansı düzeltir (12).

Mesane Günlüğü: İlk değerlendirmede kullanılır. Hastalar en az üç gün gün içinde yaptıkları rutin etkinliklerini yazarlar. Günlük ortalama idrar volümü, idrar yapma sıklığı, inkontinans epizotlarının yapısı, alınan sıvının volümü ve tipi konularında bize bilgi sağlar. Hastalardan kendi seçtikleri bir 24 saat boyunca yaptıkları idrar miktarını, sıklığını, aldıkları sıvı miktarını ve ilaçları yazmaları istenir. Mesane günlüğü hekimlerin sıvı alımının tipi ve miktarına göre yardımcı önerilerde bulunmasını sağlar. Önemli noktürisi

olan hastalar akşam yemeğinden sonraki sıvı azaltımından yararlanabilirler. Mesane günlüğü idrar yapma sıklığının ve inkontinans epizotlarını miktarını değerlendirmek için güvenilir bir yöntemdir (13, 14).

Fiziksel değerlendirme: Üriner inkontinans hastalarında başlangıç fizik muayene özellikle fekal sıkışma, atrofik vajinit gibi geri döndürülebilir nedenleri saptamaya yönelik olmalıdır. Geri döndürülebilir nedenlerin dışlanması sonrası diğer nedenler için muayeneler yapılır. İnkontinans hastaları fiziksel değerlendirmede kolay bulgular veren bir hasta grubu değildir. Özellikle stres inkontinans hastaları jinekolojik muayene masasında belirgin pelvik relaksasyon ve özellikle sistosel açısından muayene edilmelidir. Hastalar muayene sırasında öksürtülerek inkontinans gözlemlenebilir. Kadınlarda ani sıkışma hissi uyandıran üretral karünkül gibi lezyonlar üretra muayenesi sırasında saptanabilir. Sistemik nörolojik hastalıkları ya da spinal sorunları dışlamak için nörolojik muayene yapılır.

İletişim: Dr. Hakan Yaman
E-posta: hakanyaman@akdeniz.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al: The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37-49.)
- 2- Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:374-8.
- 3- Santiago SK, Arianayagam M, Wang A. Urinary incontinence Pathophysiology and management outline. *Australian Family Physician* 2008;37(3), 106-8
- 4- Thomas T M, Plymat K R, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence *Br Med J* 1980;281:1243-1245
- 5- Burgio K, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146: 1255-9.
- 6- Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. *Am Fam Physician* 1998;57(11):2665-2687.
- 7- Urinary Incontinence, The Merck Manual of Geriatrics,. Edit. Abrams WB et all. Second Edit Merck research Laboratories C15, pp 169-199
- 8- Mc Kertich K. Urinary incontinence, Assessment in Women: stres, urge or both. *Australian Family Physician* 2008;37(3);112-17
- 9- Burgio K Hunskaar S, , Diokno AC, et al: Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds): *Incontinence (2nd Edition)* 2nd International Consultation on Incontinence. United Kingdom, Health Publications, 2002, pp 165-201
- 10- Yaman H (Çeviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı. Cenevre: DSO. 2007. <http://www.ailehekk.org>. Erişim tarihi: 04.09.2009
- 11- Yaman H. Yaşlı Sağlığı: Bütüncül Geriyatrik Değerlendirme. *STED*. 2008;17(11);8-11
- 12- Urinary Incontinence: Epidemiology, Pathophysiology, Evaluation, and Overview of Management. Campbell-Walsh Urology, Ed. Wein A. J. 9th ed. 2007 Saunders Elsevier
- 13- <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byType&type=2&status=3>
- 14- Culligan J, Heit M. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *American Family Physician* 2000;62:2433-44
- 15- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*. 3rd International Consultation on Incontinence. Plymouth, Mass: Health Publication Ltd.; 2005
- 16- Bo K, Kvarstein B, Nygaard I. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstet Gynecol*. 2005;105(5):999-1005.
- 17- Victrup L Addressing the Need for a Simpler Algorithm for the Management of Women With Urinary Incontinence. *Medscape Family Medicine* 2005 Erişim: <http://www.medscape.com/viewarticle/506898> Erişim tarihi 28.09.09
- 18- Sand PK, Richardson DA, Staskin DR, Swift SE, Appell RA, Whitmore KE, et al. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:72-9.
- 19- Fantl AJ. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management/urinary incontinence in adults. Guideline Panel Update. Rockville, Md.: US Department of Health and Human Services, 1996; Agency for Health Care Policy and Research; Clinical Practice Guideline Number 2: AHCPR publication no. 96-0682.
- 20- Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, Blaivas JG, Hadley HR, Lubner KM, et al. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. The American Urological Association. *J Urol* 1997;158(3 pt 1):875-80.
- 21- Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265:609-13.
- 22- Zinner N, Gittelman M, Harris R, et al, Trosipium Study Group: Trosipium chloride improves overactive bladder symptoms: A multicenter phase III trial. *J Urol* 2004a;171(pt 1):2311-2315.
- 23- Weiss BD. Selecting medications for treatment of urinary incontinence. *American Family Physician*. 2005;71:315-22,329.
- 24- Strohbehne, K. Shades of Dry — Curing Urinary Stress Incontinence. *N Engl J Med*. 2007; 356;21: 2198-2220.



Kadim dost STED'e merhaba,
1993 ya da 1994'te Mardin'de çalışıyordum. Diyarbakır'da Gazeteciler Cemiyeti'nin lokalindeyiz. Füsun Sayek çekici halesi çevresinde toplamış gençten doktorları. Aslında diğerleri de sıralarını bekliyor. Masa masa dolaşiyor sevgili Füsun abla. STED'i soruyor: Sağlık ocağına geliyor mu? Tanyor musunuz STED'i?

"Fotoğraf gönderin, yazı yazın, araştırmalarınızı gönderin, hiç olmadı anılarınızı yazın, yayımlayalım" diyor. Oysa anılar, o günlerde sansürlediğimiz, bilinçaltının 10 yıl sonrasına itelediğimiz anlar ve anılar. Bir daha asla yaşamak istemediğimiz anılar... Darp ve cebir muayeneleri, otopsi, ölenler ve öldürenler... Aşısız çocuklar, çocuk yaşta gebeler, dayak yiyen kadınlar, eğitimsiz toplumsal cinsiyette hapsolmuş erkekler... Miyokard enfarktüsü ya da bir gebe götürdüğümüzde sırat köprüsü Mardin-Diyarbakır yolu, Dargeçit Sağlık Ocağı'nda kalaşnikofa tansiyon aletinin manşonunu sardığımız, G3'ün namlusuna adrenalin ampulünü yerleştirdiğimiz günlerden kalan anılar...

Öyle coşku ve sevgi doluydu ki Füsun Sayek, etkilenmemek olası değildi. Trahom anlatıyordu ekibiyle, tıp fakültesinin öğretmediği kirpik çevirme becerisini kazandırıyor sırayla koca koca doktorlara. O gün saz çalan bir ozan vardı. Ondaki "Mavi yelek mor düğme" şarkısını istedi. Hep birlikte eşlik ettik. STED'i intörlüğümüzden, "Kırsal hekimlik" stajından tanıyordum, Cerrahpaşa günlerinden. Bir-iki yazı yazmıştım, sonra birkaç fotoğraf... Daha sonra Mardin'de bağımlısı oldum. Sağlık ocağında, Midyat'ta, Dargeçit'te, Ortaköy'de, hattâ E tipi cezaevinin revirinde hep karşıladı beni STED. Yalnız bırakmadı, benden önce gitmişti.

"Bilimsel ve dostça." Farkında olmadan imzam oldu bu iki sözcük. Arkadaşlarıma bilimsel ve dostça kalın diyordum artık, mektuplarımın, iletelerimin sonunda. Sağlık ocağı ana kucağıydı, ekmek gibi, tarhana gibi, ana kucağı gibi sıcak. STED bu sağlık ocağının demirbaşığıydı. Hekim belleğinin doktordan doktora aktarılmasıydı. En azından ben öyle gördüm. Derken kader sürüklendi, halk sağlığı uzmanlık öğrencisi oldum. Gülseren hocamın kütüphanesinde STED'in eski sayılarını buldum. Bana göz kırptılar. Bölümde bazen kalabalıklar içindeki yalnızlığımla paylaştılar... Sonra fotoğraf yarışmalarına takıldı gözüm. Fotoğraf çekiyordum, sergim de vardı.

Ama yarışmalara fotoğraf göndermiyordum. Mardin'de tanıklık ettiğim görüntüleri yolladım. Bir gün telefonum çaldı. Dost bir ses fotoğraflarımın hem sergileme, hem de jüri özel ödülü aldığını bildirdi.

Ankara'ya halk sağlığının mabedindeki Nusret Fişek Anma Gününe davet edilmiştim. Ödülümü almak üzere, Hacettepe'ye gittim. Ne güzel gündü, ne anlamlı konuşmalar... Büyük bir onur olmuştur benim için. Gazanfer hocamın o gün Hepatit aşısı ile ilgili söyledikleri kulaklarımda, benim aşı ile ilgili şiirimi anımsıyor mudur bilmem. STED'i gördüğüne o da sevinmiştir. Bundan adım gibi eminim. Ayşen Bulut hocam bilim ödülünü almıştı aynı gün.

Yıllar sonra Füsun Sayek kürsüdeydi. Bu kez TTB başkanıydı. Murathan Mungan'dan bir şiiir eklemişti konuşmasına, dostça yanı ağır basan bir konuşmadı. Sonra o ve Ayşe Akın, Ayşen Bulut üçünü ablukaya almış birşeyler anlatıyorum.

"Sizinle kesinlikle Mardin'de bir etkinlik yapalım" diyordum. Mardin'de bir kongre, sempozyum hayalim ve isteğim hâlâ capcanlı, dipdiri. Vazgeçmedim, vazgeçmeyeceğim. Bilimsel ve Dostçaydık hep birlikte. Samsun'dan bir sağlık ocağı en iyi sağlık ocağı ödülü almıştı o gün.

Bir gün dergi geldi, poşetini açtım. Fotoğrafım kapak olmuştu. Meryem ana kilisesinin bahçesinde, çan kulesinin gölgesinde kırmızı koltukta bir kadın oturuyor. Yaşa yaşam katmış bir kadın. Modern giysili. Dostça gülümsemişti objektifime.

Bir dergi, STED... Benim için bir dergiden de öte, nerelere götürdü beni, siz bu satırları okuyanları... Uzun zamandır gelmiyordu, yayımlanmıyordu, yayımlanamıyordu. Bir borç gibi birikmişti. Borcuna sadık bir yayın ekibinin çabalarıyla bugün yeni sayılarını gördüm.

Bugün eski bir arkadaşımı, dostumu görmüş gibiyim, inanılmaz mutlu oldum.

Emeği geçen tüm arkadaşlara teşekkür ederim. Soruyorum yalnızca bir dergi mi STED? Basılmalı, sürdürülmeli, elime almalıyım, mürekkebinin koklamalıyım. Mürekkebinin koklamalı sağlık ocağındaki yeni hekimler. Taşın altına ayağımı koymaya hazırım.

Bilimsel ve daha çok dostça kalın. Selam, sevgi ve saygılarımla...

*Dr. Nureddin Özdeğer/Halk Sağlığı Uzmanı,
İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi Adana*



Ağrı ve Ateş Tedavisi için Enjekte Edilebilir İbuprofen FDA Tarafından Onaylandı

Çoğunun yalnızca ağızdan formunun bulunması nedeniyle ağızdan alamayan hastalarda kullanımı sınırlı kalan steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçların enjekte edilebilir formlarının ağrı ve ateş tedavisinde kullanışlı olabileceğini belirten uzmanlar, bu formdaki ibuprofenin birçok hastada opioid analjezi gereksinimini azaltabileceğini düşünüyor. Akut ağrı için önerilen enjekte edilebilir ibuprofen doz şeması altı saatte bir 30 dakika içinde verilecek infüzyon şeklinde 400-800 mg iken ateş tedavisi için 400 mg'lık başlangıç dozunu takiben 4-6 saatte bir 400 mg ya da dört saatte bir gerektiğinde 100-200 mg şeması ile sürdürebileceği öneriliyor. Sık karşılaşılan yan etkiler arasında bulantı, karında şişkinlik, kusma ve baş ağrısı yer alırken hipertansiyon, ciddi deri reaksiyonları ve ciddi alerjik reaksiyonlar da görülebiliyor. Aynı gruptaki diğer ilaçlarda olduğu gibi enjekte edilebilir ibuprofenin de konjestif kalp yetmezliği ve böbrek sorunu olan, pıhtılaşma yönünden yüksek risk altındaki hastalarda, peptik ülser ve gastrointestinal kanama öyküsü olanlarda dikkatli kullanılması gerekiyor.

Medscape Medical News 2009-08-05

Memantin Diğer Demanslarda da Kullanım Alanı Olabilir

Randomize bir faz 2 çalışmasının sonuçlarına göre, orta ya da ağır şiddetteki Alzheimer hastalığı tedavisinde sıkça kullanılan bir NMDA antagonisti olan memantin, Parkinson hastalığı ile ilişkili demans ve Lewy cisimcikli demans tedavisinde de yarar sağlıyor. Uzmanlar, daha geniş, randomize, plasebo kontrollü ve çok merkezli bir çalışmanın henüz analiz aşamasında olduğunu, ancak bu küçük ama anlamlı bulgunun özellikle seçenekleri zaten kısıtlı olan Lewy cisimcikli demans hastaları için bir umut olabileceğini belirtiyor.

Lancet Neurol. 2009; 10 Haziran 2009 tarihli çevrimiçi basım.

Pelvik Taban Stimülasyonu, Stres İnkontinanslı Kadınlarda Yararlı Olabilir

British Journal of Urology'de yayınlanan bir çalışmaya göre, pelvik taban kaslarının kasılma kuvveti yetersiz olan kadınlarda pelvik tabanın elektromanyetik olarak uyarılması, stres inkontinansında düzelme sağlıyor. Çalışmacılara göre bu tedavi, pelvik taban kaslarını çalıştırma egzersizlerinden fayda görmeyen, tedavi başlangıcındaki kasılma kuvveti düşük olan hastalara yarar sağlayabilir.

BJU Int 2009; 103:1386-1390.

Depresyon, İnsülin Duyarlılığında Azalma ile İlişkili Bulundu

Connecticut Üniversitesi'ndeki araştırmacılar, depresyonun insülin duyarlılığında azalma ile ilişkili olduğunu ve depresyon tedavisinin insülin direncini azalttığını bildiriyor. Yaş ortalaması 46 ± 13 , beden kitle indeksi ortalaması 39 kg/m^2 ve %90'ı kadın olan, tip 2 diabetes mellitus yönünden risk altındaki 56 obez birey üzerinde yapılan çalışmada depresyonu tedavi edilen bireylerdeki insülin direncinin depresyonu olmayanlar ile aynı düzeye indiği bulundu. Fiziksel aktivitedeki farklılığın bu ilişkiyi etkilemediği görüldü. Hastaların kilo aldıkça depresyon düzeylerinin arttığını, depresyondaki hastaların fiziksel hareketliliğinin azaldığını ve böylece kilolarının arttığını, bu kısır döngüyü kırmak gerektiğini açıklayan uzmanlar, depresyon tedavisinin bu yönden yararlı olabileceğini, ancak depresyon tedavisinin insülin direncini azalttığı görülse de tip 2 diabetes mellitus gelişimini engellemesi ya da geciktirmesi konusunda araştırmaların sürmesi gerektiğini belirtiyorlar.

American Diabetes Association (ADA) 69th Scientific Sessions: Abstract 1850-P. Sunum tarihi 8 Haziran 2009.



Pandemik İnfluenza A (H1N1)

Türk Tabipleri Birliği (TTB), pandemik influenza A (H1N1) (domuz gribi) ile ilgili gelişmeler doğrultusunda 14 Ekim 2009'da Prof. Dr. Murat Akova ve Doç. Dr. Alpay Azap'ın katılımıyla bir basın toplantısı düzenledi. Toplantının içeriği <http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/179-ttb/1725-dgsoruyanitb> adresinde soru-yanıt biçiminde sunulmuş ve aşağıda özetlenerek verilmiştir.

Domuz, kuş ve insan influenza virüslerinin bir karışımı olarak ilk kez Mart 2009'da Meksika'da insanlar arasında görülmeye başlayan pandemik influenza A (H1N1) virüsü hızla yayılmış ve bunun üzerine Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Haziran 2009'da faz 6 pandemi alarmı vermiştir. Kuzey yarım kürede influenza mevsiminin yaklaşması nedeniyle ülkemizde de olguların artması beklenmektedir.

Pandemik H1N1'in öldürme hızı binde 3-5 ile normal mevsimsel gripten daha düşük seyretmekte, klinik belirtileri ise farklılık göstermemekte, ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı ve daha arka planda burun akıntısı, ishal, bulantı, kusma

görülebilmektedir. Ancak virüs bazı gruplarda normal influenzaya kıyasla daha fazla ölüme yol açmakta, toplumun büyük bir kesiminin bu yeni virüs ve benzerleriyle karşılaşmamış olması nedeniyle toplumda daha hızlı yayılmaktadır. Hastalık 6 ay – 24 yaş arası çocuk ve gençleri, gebeleri ve hastalarla ilk temas edebilecek hizmet gruplarını daha çok etkilemekte, 65 yaş üzerindeki kişilere ise kolay bulaşmamaktadır. 1918'de ortaya çıkıp 1950'lere kadar dünyada dolaşan grip virüsü bugünkü virüse oldukça benzediği için 65 yaş üzerindeki kişilerin bu virüse karşı kısmi bağışıklık geliştirdiği kabul edilmektedir. Diğer influenza A virüsleri gibi pandemik H1N1'in de çok kolay yapı değiştirilebilmesi nedeniyle, ilerleyen süreçte hastalığın seyrinin daha ağır olup olmayacağı hakkında yorum yapmak güçtür. Yirminci yüzyıldaki grip salgınlarında başlangıçta hafif enfeksiyonlara neden olan virüsün zamanla daha ölümcül hastalık yapma yeteneğine kavuştuğu bilinmektedir.

Öncelikli risk grubu olarak kabul edilen çocuklar ve gençlerin hastalıktan korunmaları için en önemli yöntem, kişisel hijyenin sağlanmasıdır. Okullarda el hijyenine son derece önem verilmeli, eller sık sık yıkanmalı, küçük yaş gruplarında bu sağlanamıyorsa alkollü el dezenfektanları kullanılmalıdır. Çocukların bir arada bulunduğu ve zorunlu olmayan sınıf dışı faaliyetler ile okul gezileri sınırlandırılmalı, çocukların sınıflarda birbirlerinden olanaklı ise uzak oturmaları sağlanmaya çalışılmalıdır. Okulların kapatılması için belirli bir ölçüt olmamakla birlikte DSÖ, bu önlemin salgının başlangıcı sırasında alınmasının yayılmayı yavaşlatabileceğini belirtmektedir.

Grip olduğu düşünülen ya da bilinen kişilerle temas edenlerde virüs varlığının taranmasına gerek yoktur. Bu kişiler grip belirtileri açısından izlenmeli, belirtilerin başlaması durumunda da tedavi yönünden değerlendirilmelidir. Ancak, hastaların önemli bir kısmının tedaviye gereksinim duymayacağı, yalnızca belirli risk faktörleri taşıyan ya da ağır hastalık geçirmekte olan kişilerin tedaviye



alınacağı unutulmamalıdır. Hastalık saptanan çocuklar okula gönderilmemeli, genellikle yedi gün süren tamamen iyileşme sürecinin sonuna dek evde tutulmalı, hastalığın uzadığı durumlarda ise ateş düştükten en erken 24 saat sonra okula gönderilmeli, bu çocukların iyi beslenmesi ve bol sıvı alması sağlanmalıdır.

Pandemik H1N1 için geliştirilen aşı yaklaşık beş bin çocuk ve erişkinde denenmiş ve belirgin bir yan etkisi gözlenmemiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) aşılardan içinde adjuvan madde kullanımına bazı hukuki nedenlerle onay verilmemekle birlikte adjuvanların alerjik reaksiyonlara, bazı romatolojik hastalıklara nadiren yol açtığına ilişkin iddialar bilimsel olarak kanıtlanamamıştır. Türkiye de dahil olmak üzere, ABD dışındaki tüm ülkelerde kullanılacak aşılar da büyük olasılıkla adjuvan madde bulacaktır. Bağışıklık yanıtını kuvvetlendirmek amacıyla kullanılan bu adjuvan maddelerin zararlı olup olmayacağına ilişkin kesin bir yanıt verilemese de, Avrupa'da aşılar da adjuvan madde olarak skuallen ya da alüminyum yıllardır kullanılmakta olup ciddi bir yan etki bildirilmiş değildir. Aşının başka organizmalarda kontamine olmasını engelleyen civalı bileşikler de ABD'de üretilen aşılar da bulunmamaktadır. Civanın varlığı da büyük önem taşımamakta, çünkü ancak arka arkaya çok dozda aşı yapıp civanın vücutta birikmesi durumunda çocuklarda bir takım rahatsızlıklar görülebilmektedir.

Pandemik H1N1 için geliştirilen aşının 50 yıldan daha uzun süredir üretilmekte olan mevsimsel grip aşılarından daha fazla yan etkisi olduğu bugüne dek belinmememiştir. Aşının kanser yaptığı iddiaları söylenceden ibarettir. Kızarıklık, şişlik, ağrı gibi lokal yan etkiler görülebilir. Ciddi yan etki görülme olasılığı çok düşüktür; mevsimsel grip aşılarında beklenenden fazla değildir. 1976'da ABD'de grip aşısının Guillain-Barre sendromu gelişimini artırdığı savı, grip aşılarının üzerine haksız bir kötü şöhret olarak yapışıp kalmıştır. Fakat yıllar içinde yüz binlerce aşı uygulaması değerlendirildikten sonra grip aşılarının bu riski artırmadığı, tersine bir miktar azalttığı belirtilmiştir. Ancak böylesine kapsamlı bir aşılama etkinliği dünyada ilk kez gerçekleşeceği için milyonda bir ya da daha nadir görülebilen yan etkilerin de ortaya çıkma olasılığı vardır ve DSÖ tarafından izlenecektir.

Adjuvana ya da diğer bileşenlere bağlı nadir yan etkilerin görülüp görülmeyeceği bilinmeden spekülasyon yaratmak doğru bir yaklaşım değildir. Nadir yan etkilerin görülebileceği kaygısıyla insanlar aşından mahrum kalmamalıdır. Diğer bir deyişle, aşının faydası, olası yan etkinin yaratabileceği zarardan çok daha büyüktür ve bu kaygıyla aşı yaptırmamak büyük hata olur. Aşının alternatifi hastalığa yakalanmaktır ve bunun sonuçları daha kötü olabilir.

65 yaş altı tüm nüfusun belli bir öncelik sırasına göre aşılanması gereklidir. Sıranın başında hastalığa en açık kesim olarak nitelenen 6 ay – 24 yaş arasındaki kişiler, gebeler, altta yatan kronik hastalığı olanlar ve hastalıkla öncelikli karşılaşabilecek hizmet grupları (sağlık çalışanları, itfaiye, güvenlik görevlileri vs.) yer almalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü: Sağlıklı insanlara A (H1N1) gribi için antiviral tedavi gerekli değil

Dünyada tipik grip belirtilerini gösteren hastalar bir hafta içinde hiçbir medikal tedavi kullanmadan iyileşir. Son olarak geliştirilen yeni kılavuza göre, konunun uzmanlar komplike olmayan hastalıkta antiviral kullanımına gerek olmadığı konusunda görüş birliği sağlamışlardır.

Yeni kılavuz, virüs salgınında oseltamivir ve zanamivir gibi ilaçların kullanımının ağır hastalığı ve ölümleri önlediğini, hastaneye yatış gereksinimini ve hastanede kalış süresini azalttığını vurgulamaktadır. Oseltamivir doğru reçetelendiğinde pnömoni riskini böylece mevsimsel ve pandemik influenzadan ölümleri önemli ölçüde azaltır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) durumu ciddileşen ya da bozulmaya başlayan insanlarda en kısa sürede ilaç kullanımını önermektedir. Bu durumda oseltamivir, ulaşamıyorsa zanamivir verilebilir.

Bu hafta başında WHO , Birleşmiş Milletler İnsani İşler Koordinasyon Ofisi (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs-OCHA) , BM Çocuk Fonu ve konu ile ilgili diğer kuruluşlar tüm hükümetleri ve toplumları virüsün etkisini en aza indirmek için eylem çağrısı yaptı.

Kaynak

UN news centre

<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=31827&Cr=H1N1&Cr1=21-8-2009>

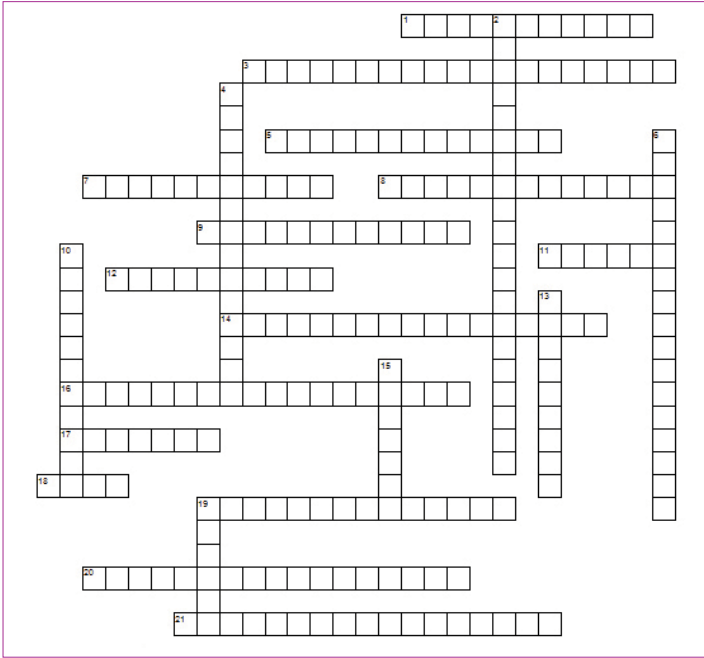
Araştırma/Derleme	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Manisa İlinde Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-24 Aylık Çocukların Annelerinin Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi Hakkında Bilgi Tutum ve Uygulamaları	Dr. Nimet Pınar Baysan, Dr. Pınar E. DüNDAR, Dr. Asiye Özgür, Dr. Mustafa Aslan, Dr. Serkan Manisalı	1	1
Şehir İçi Minibüs Sürücülerinin Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi	Dr. Reha Demirel, Dr. Ömer Geçici, Dr. Murat Emül	1	8
Tıp ve Mitoloji	İnt. Dr. Emrah Şeyhoğlu	1	12
Erciyes Üniversitesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Düzeyleri	Dr. Melis Naçar, Dr. Zeynep Baykan, Şule S. Akyan, Mehmet A. Narsat, Tuncay Önal, Celal Özdamar	2	20
Erbaa Yöresindeki Gebelerde HBsAg Sıklığı	Dr. İbak Gönen, Dr. Handan Sezer , Çelik, Dr. Samettin Çelik	2	24
Tanınız Nedir (Niemann Pick Hastalığı Tip B Akciğer Tutulumu)	Dr. Nilgün Erkek, Dr. Saliha Şenel, Dr. Burçak Kitiş Çelik, Dr. Candemir Karacan, Dr. Aysel Yöney	2	27
Kızamık	Dr. Meda Kondoloç, Dr. S. Songül Yalçın	2	28
Birinci Basamakta Sürekli Tıp Eğitimi	Dr. Erol Gürpınar, Dr. Mustafa K. Alimoğlu, Dr. Sümer Mamaklı, Dr. Levent Dönmez	2	32
Mesleki Deri Hastalıkları 1: Mesleki Kontak Dermatitler	Dr. Semih Tatlıcan, Dr. Cemile Eren, Dr. Fatma Eskioğlu	2	36
Bir Kayıt Araştırması; Gebe İzlemleri, Gebenin ve İzlemi Yapan Kişinin Niteliğe Etkisi	Ayşe Nur Kuşcu Tuncal, Dr. Gazanfer Aksakoğlu	3	40
Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörü Dağılımı	Hem. Sibel Sevinç, Dr. Asiye Durmaz Akyol	3	46
Yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü	Dr. Raika Durusoy	3	52

Mesleki Deri Hastalıkları 2:			
Kontakt Dermatit Dışı Mesleki Deri Hastalıkları	Dr. Semih Tatlıcan, Dr. Cemile Eren, Dr. Fatma Eskioğlu	3	56
Bir Sağlık Ocağına Başvuran Erişkin Hastalarda Kuş Gribi İle İlgili Bilgi, Görüş ve Davranışlar	Dr. K. Hakan Altıntaş, Dr. Sema Atilla, Dr. Funda Sevenscan, Dr. Elif Didem Ulusoy, Dr. Hasan aldır, Dr. Mehmet şakir Kaya	4	59
Gebe Kadınlar ile Yeni Doğanlarının İdrarla İyot Atım Durumlarının İlişkisi	Eda Köksal, Gülden Pekcan	4	66
Son Trimestir Kanamalarının Yönetimi	Selma şen, Dr. Aynur Saruhan	4	72
Afyonkarahisar Kocatepe niversitesi'ndeki ğrencilerin Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi	Meltem Demirgöz, A. Serhan Cevrioğlu	5	80
Sivas İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında alışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanserine İlişkin Bilgileri	Dr. Güngör Güler, Dr. Hatice Ulusoy, Songül Avcı, Emine Aksoy	5	85
Okul ağı çocuklarının Korkulu Rüyası: Okul Fobisi	Ayşe S. Kurt, Dr. Serap Balcı	5	90
Birinci Basamakta Antibiyotik Kullanımı	Dr. Hasan Canlı, Dr. Ferit Erdoğan, Dr. Kşat şahin	5	94
Çocuklar, Bilgisayar ve İnternet	Dr. Meltem Kürtüncü Tanır, ağrı vener, Dr. Sema Kuğuoğlu	5	97
Kadınların Rahim İçi Aracı Bırakma Nedenleri	Dr. Handan Zincir, Evrim Albayrak, Mürüvvet Başer, Salime Mucuk	6	103
Üniversite ğrencilerinin Cinsel Sağlık ve reme Sağlığı Hakları ile İlgili Bilgi ve Görüşleri	Dr. Gl Pınar	6	107
Üniversite ğrencilerinde Baş Ağrısı Sıklığı	Dr. Nilgin Polat, Dr. S. Aytaç Polat	6	113
Paraneoplazik Bir Birliktelik: Subakut Kutanöz Lupus Eritematozus ve Kk Hücreli Akciğer Kanseri	Dr. Semih Tatlıcan, Dr. Filiz Canpolat, Dr. Cemile Eren, Dr. Fatma Eskioğlu, Dr. Okan Yeşilli, Dr. Pelin Kartal Durmazlar, Dr. Atatürker Arıkök	6	118

Tanınız Nedir? 30 Yaşındaki Erkek Hastadada Sarılık Sigara ve Sağlık "Sigara Bırakırken Dikkat Edilmesi Gereken Beslenme Önerileri"	Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir	5	V
Türkiye'nin Sağlığını Okumak		Dr. Onur Hamzaoğlu	
Sağlık Harcamaları		1	IV
Yataklı Tedavi Kurumları		2	IV
Kamu Sağlık Harcamaları		3	IV
Komşular		4	IV
Bölgelerimizde Bebek Ölümleri		5	IV
Bölgelerimizde Doğum Öncesi Bakım		6	IV
Yaşlılık ve Sağlık			
Yaşlılıkta Yeterli ve Dengeli Beslenme		1	VII
Yaşlılıkta Bedensel Etkinlik Uygulamaları	Dr. Emrah Atay, Asuman Şahan	2	X
Yaşlılarda İlaç Kullanımı	Dr. Füsun Toraman, Dr. Aylin Yaman	4	VII
Yaşlılık ve Engelilik	Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Aylin Yaman, Dr. İsmail Tufan, Dr. Hakan Yaman	5	VII
Yaşlılarda Üriner İnkontinans	Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Ferhat Kılınç, Dr. Hakan Yaman	6	VII
Diğer			
Alandan "Bitmeyen Umudun Sözü Sağlık Ocakları Kapatılamaz"	Dr. Birtürk Özkavak	1	VII
Yayın Yönetmeni'ne Mektup "TDr."		2	VI
Sevgili Selahattin Şenol		3	VI
Söyleşi "Kurum Tabipliği"	Dr. Figen Şahpaz	3	VIII
Günlüğümden "Doktorlar Karışınca"	Dr. M. Şükrü Güner	3	XI
Yayın Yönetmeni'ne Mektup "TDr."		2	VI
Klavyem, Stetoskopum ve Ben "PDF Dosyalarla Çalışmak"	Dr. Şamih Demli	4	XII
Ne Yapmalı?	Dr. Orhan Odabaşı, Av. Mustafa Güler	4	XIII



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 "**Geriatrı ve Gerontoloji II**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mart Nisan 2010** sayımızda yayımlayacağız.



1- Gençlerin CSÜS haklarından biri,
2- RİA'ı bırakma nedenlerinden biri,
3- Aniden ortaya çıkan ve engellenmesi güç idrar yapma gereksinimini izleyen idrar kaçırma yakınması, 4- SLE'li hastalarda görülme riski artan bir kanser grubu,

5- Grip aşısının neden olduğu iddia edilen bir sendrom, 6- Gündemi miz olan hastalık, 7- Pandemik influenza bulgularından biri, 8- Pandemik influenzada en önemli korunma yöntemi, 9- İnsanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacaklarını belirleyen kavram, 10- Aile planlaması yönteminin kabulünde önem verilmesi gereken bir yöntem, 11- TNSA-2003'e göre evli kadınların kullandığı aile planlaması yöntemlerinden biri, 12- Pandemik influenza aşısında bulunup tartışmalara neden olan maddeler, 13- Kafatası, yüz, yüzdeki yapılar ve farenksten kaynaklanan ağrı ya da rahatsızlıklar, 14- Pandemik influenza aşısı için öncelikli bir grup, 15- Stres inkontinansa neden olabilen bir semptom, 16- SKLE'nin birlikte olabildiği bir paraneoplastik sendrom, 17- SKLE'nin birlikte olduğu bir hastalık grubu, 18- Eritemli-skuamli papüler lezyonlar ya da annuler/polisiklik plaklarla karakterize bir hastalık (kısaltma), 19- Üriner inkontinans nedeni olabilen kronik bir hastalık, 19- Primer baş ağrısı tiplerinden biri, 20- İstemsiz idrar kaçırma yakınması, 21- Taşma inkontinansına neden olabilen bir ilaç grubu.

STED Kasım Aralık 2009 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları

1- Mamografi, 2- İkiyüzbin, 3- Enürezis, 4- Acil Kontrasepsiyon,
5- Depresyon, 6- Okul Fobisi, 7- Meme Kanseri, 8- Engellilik, 9- Bilişişsel,
10- Jung, 11- Yaşlanma, 12- KKMM, 13- Kabus, 14- Utangaçlık, 15- Barthel,
16- Tar, 17- Gevşeme, 18- Salvarsan, 19- ASYE, 20- Tonsillofarenjit,
21- İmipramin, 22- Bilgisayar, 23- Antibiyotikler.