

Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Şamih Demli

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Tolga İnce

Prof. Dr. Songül Yalçın

Stj. Dr. Berkan Kaplan

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Dr. R. Ekrem Kutbay

Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Mehmet Özen

Dr. Adnan Yüce

Dr. Murat Sincan

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 Çalikoğlu (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 Büyükkakuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sankaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülten Aykanat

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nevruz Gürceğiz

Dr. Nesrin Erborü

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Bu Sayıda

Cilt	18
Sayı	5
Eylül	
Ekim	2009

Araştırma

Afyonkarahisar Kocatepe

Üniversitesi'ndeki Öğrencilerin Acil

Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve

Tutumlarının İncelenmesi

80

Meltem Demirgöz, A. Serhan Cevrioğlu

Sivas İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında

Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme

Kanserine İlişkin Bilgileri

85

*Dr. Güngör Güler, Dr. Hatice Ulusoy,**Songül Avcı, Emine Aksoy*

Derleme

Okul Çağı Çocuklarının Korkulu Rüyası:

Okul Fobisi

90

Ayşe S. Kurt, Dr. Serap Balcı

Birinci Basamakta Antibiyotik

Kullanımı

94

*Dr. Hasan Canlı, Dr. Ferit Erdoğan, Dr.**Kürşat Özşahin*

Çocuklar, Bilgisayar ve İnternet

97

*Dr. Meltem Kürtüncü Tanır,**Çağrı Çövener, Dr. Sema Kuşoğlu*

Kapak Fotoğrafı

"Yağmur"

Dr. İsmail Aydın, Mersin

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008

Galeri Sanat Yapım Ödülü

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil 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 İpkaş Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi:

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından

birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin

sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.



Merhaba,

Meslek örgütümüz TTB'de pratisyen hekimlik alanında çalışan hekimler, birinci basamak alanında yapılanlara karşı çıktılar yıllar boyunca. Çünkü sağlıkta gerekli olan özelleştirme değil, tam tersi yaklaşımlardı, daha net anlatımla kamu hizmetiydi.

Sağlık alanının özelleştirme programından çıkarılmasının gerekliliği birçok kez örgütümüz tarafından dile getirilmiştir. Ancak bu sese kulak verilmedi. Bugün sağlıkta dönüşüm ve onun birinci basamaktaki uygulaması olan aile hekimliğinin ilk deneme sonuçlarını somut biçimde görüyoruz. Sonuçlar tam da TTB'nin ve uzmanlık kuruluşlarının, halk sağlığı uzmanlarının öngördüğü biçimde oluyor. Dönüşümün sahibi olan Sağlık Bakanlığı, yakın zamanda uygulamanın yaygınlaştırılmasını duraklatmak zorunda kaldı.

TTB'de çalışan pratisyen hekimler ise pratisyen hekimlik ve yeterli birinci basamak sağlık örgütlenmesi için gerekli olan tüm düzenlemeleri ortaya koymaya çalışıyor. Bir yandan genel pratisyenlik meslek eğitimi çağdaş ölçülerde geliştirmeye ve uygulamaya, aynı zamanda sağlık ocaklarını korumaya ve iyi hekimlik uygulayarak işletmeye çaba gösteriyorlar.

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) hekim kitlesinin meslek örgütü kanalıyla olumsuz gelişmelere doğrudan bir yanıtı ve olaylar karşısında sessiz kalmayacağını, gerekirse görevlerin üstlenileceğinin bir somutlaşmasıdır. TTB GPE, özünde meslek örgütümüzün genel pratisyenler kanalıyla birinci basamak sağlık

hizmetine ve örgütlenmesine bir müdahalesi anlamını taşımaktadır. GPE, birinci basamakta toplumsal tıbbın en akılcı uygulama biçimi olan kamucu sağlık hizmetine yönelik bir eğitimi planlayıp uygulamayı hedeflemektedir. Bu nedenle

GPE, kendi eğitimcileri aracılığıyla, kamu sağlık hizmetinin ülkemizdeki uygulama biçimi olan sosyalleştirmeye, onun birinci basamak örgütlenmesi olan sağlık ocaklarına uygun bir eğitimi yaygınlaştırma çabası içindedir.

GPE'nin "Geçiş Dönemi Eğitim Programı" oluşturulmuş ve uygulamaya konmuştur. GPE meslek eğitimi çalışmaları, 1998'de GPE'nin kuruluşundan sonra başladı. Programlar oluşturuldu, 2000'de de eğitimci eğitimleri başladı. Çünkü meslek eğitiminin ölçütlerinden biri de eğitimi verecek olanların genel pratisyen olmasıdır. Bu nedenle, eğitimci eğitime öncelik verildi. Bir yandan da alanda uygulanacak geçiş dönemi eğitiminin başlaması öngörüldü. Bu eğitime yönelik programlar hazırlandı. Eğitimci eğitiminden farklı olan geçiş dönemi eğitim programı Kasım 2004'te Ankara'daki eğitimlerle başladı.

Temel ve klinik modüller bölümleri olan programın ilk uygulaması Ankara ve İstanbul'daki pratisyen hekim grupları tarafından tamamlanacak, böylece program uygulamalı olarak son biçimine getirilmiş olacaktır. Önümüzdeki süreçte GPE genel pratisyenlik geçiş dönemi eğitimi çağdaş ölçülere ve uluslararası normlara uygun biçimde sürecekler kargaşayı olumlu yönde etkileyecektir.

Hiç kuşkusuz pratisyen hekimlerin bu çabalarında, Türk Tabipleri Birliği'nin belirleyici önemde payı vardır. Dünyanın pek çok başka ülkesinde de meslek eğitimi programlarının oluşturulması ve uygulanmasında meslek örgütünün işlevi ve sorumluluğu bulunmaktadır. Ancak bu ülkelerde meslek örgütü ve pratisyen hekimler devletin tüm desteğini almaktadırlar. Planlanan ve uygulanan eğitim programları, resmi geçerliliği bulunan ve bu doğrultuda bireysel ve toplumsal sonuçları olan programlardır. Oysa ülkemizde özellikle genel pratisyenlik meslek eğitimi konusunda Sağlık Bakanlığı'nın desteği sağlanamamıştır. Kısa süreli yetersiz eğitimler yerine, TTB'nin birikiminden yararlanmak akılcı bir yaklaşım olacaktır.

Bilimsel ve dostça kalın...



Fotoğraf: "Cirit" Dr. İsmail Aydın, Mersin STED Fotoğraf Yarışması 2008 Sergi Ödülü

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesindeki Öğrencilerin Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi

A Study on the Knowledge and Attitudes of the Students of Afyonkarahisar Kocatepe University about Emergency Contraception



Meltem Demirgöz*, A. Serhan Cevrioğlu**

Öz

Bu araştırma, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi bünyesinde öğrenim görmekte olan değişik fakülte ve enstitülerdeki öğrencilerin acil kontrasepsiyon (A.K.) konusundaki bilgi ve tutumlarını incelemek üzere planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

Tabakalı örneklem seçimi ile 900 öğrenci üzerinde anket yöntemi ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaş ortalaması 21,7'dir ve %91,2'si bekar. Öğrencilerin %73,4'ü acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi olduğunu belirtmiş ve %81,9'u tarafından acil kontrasepsiyonun kondom kazalarında, korunmasız ilişkide ve tecavüzde uygulanması gerektiği bilinmektedirler. Öğrencilerin olgu sunumu ve yöneme özgü sorularla acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi ve tutumları incelendiğinde; acil kontrasepsiyon için kombine ağızdan kontraseptifleri %65,8'i, rahim içi araç kullanımını %19,8'inin bildiği saptandı. Buna karşılık, öğrencilerin yalnızca %20,9'unun acil kontrasepsiyon yöntemlerinin uygulama zamanını doğru olarak bildiği belirlendi.

Anahtar sözcükler: Acil kontrasepsiyon, Rahim içi araç.

Giriş

Acil kontrasepsiyon, korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra, sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası bir gebeliğin implantasyondan önce önlenmesidir. Erken dönem postkoital kontrasepsiyon, korunmasız koitus sonrası ilk 72 saati, geç dönem postkoital kontrasepsiyon ise, korunmasız koitus sonrası 120 saati (ilk beş gün) içermektedir (1).

Her yıl milyonlarca kadın istenmeyen gebelik yaşamakta ve yaklaşık 40 milyon kadının gebeliği terminasyonla sonlanmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, her yıl 200 bin kadın yaşamını sağlıklı ortamlarda yaptığı düşük nedeniyle yitirmektedir (3,4). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre, ülkemizde hiç çocuğu olmayan evli kadınların %76,1'i isteyerek düşük yapmaktadır. Her yüz

Abstract

This is a descriptive study which was conducted to examine the knowledge and attitudes of students who are studying in different academic departments of Afyonkarahisar Kocatepe University, about emergency contraception. 900 students have been selected by stratified sampling and surveyed by means of a questionnaire. The students included in the study have an mean age of 21.7 and 91.2% of them are single. It has been determined that 73.4% of the students had previously heard about emergency contraception and 81.9% of them knew that emergency contraception is indicated in condom accidents, unprotected sexual intercourse and in sexual rape. When the knowledge and attitudes of the students were tested using case presentations and method-specific questions, it was determined that 65.8% of the students knew how to use combined oral contraceptives and 19.8% knew how to use intrauterine devices. However, only 20.9% had correct knowledge about the timing of emergency contraceptive methods.

Key words: Emergency contraception, Intrauterine device.

gebelikten yalnızca biri ölü doğumla sonuçlanırken 11'i isteyerek olmak üzere toplam 21'i düşükle sonuçlanmaktadır (5).

Çiftler korunma konusunda bilinçli ve istekli olsalar bile planladıkları gebelik riski ile karşı karşıya kalabilirler. Günümüzde sürdürülmesi kesinlikle istenmeyen olası gebeliğin implantasyondan önce önlenmesi için acil kontrasepsiyonun kullanılması önerilmektedir (6,7).

Bu araştırmada amaç; böylesine önemli bir konuda belirli bir eğitim düzeyine ve evlenme çağına gelmiş gençlerimizin acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi ve bilgi eksiklerinin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi bünyesinde eğitim almakta olan fakülte ve enstitülerdeki 900 öğrenci ile yürütülmüştür. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF), Fen Edebiyat Fakültesi (Fen-Edb. Fak.), Sağlık Yüksekokulu birinci ve

*Bil. Uzm.; İstanbul Ü. Florence Nightingale HYO Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD, İstanbul
**Doç. Dr.; Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul

dördüncü sınıfları ile yüksek lisans eğitimi almakta olan öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada bilgi toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Acil kontrasepsiyon konusunda bir olgu örneği verilmiş ve olgu ile ilgili önermeler sunulmuştur. Öğrencilerin önermelere doğru, yanlış ve bilmiyorum olarak yanıt verecekleri biçimde hazırlanmıştır. Anket soruları öğrencilere uygulanmadan önce Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alınmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 10,0 (*Statistical Package for Social Sciences*) programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, χ^2 testi kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi " $p < 0,05$ " ve $p < 0,01$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırma toplam 900 öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Öğrencilerin %91,2'si bekar ve yaş ortalaması 21'dir. Öğrencilerin %36,1'i erkektir.

Öğrencilerin %73,4'ü, korunmasız ilişkiden hemen sonra gebe kalmamak için acil kontrasepsiyon adı verilen bazı yöntemlerin varlığı hakkında fikir sahibi olduklarını belirtmiş ve enstitü öğrenimi sürmekte olan öğrencilerde bu oran daha yüksek olarak saptanmıştır (%84) ($X^2 = 9,591$, $sd=3$, $p < 0,05$)

Öğrencilerin %81,9'u tarafından acil kontrasepsiyona tecavüz, kondomun yırtılması ve korunmasız ilişki sonrası ayırım yapılmaksızın başvurulabileceği bilinmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin bu bilgiye sahip olma durumları birinci sınıf öğrencilerine göre daha yüksektir (%82,7) ($X^2=9,591$, $sd=3$ $p < 0,05$).

Öğrencilerin cinsiyetlerine, yaş gruplarına, medeni durumlarına, göre acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi olma ve kullanım amaçlarını bilme durumları değişmemektedir.

Öğrencilerin eğitim düzeyi ve devam ettikleri sınıf yükseldikçe acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi olma ve kullanım amaçlarını bilme durumları doğru orantılı olarak yükselmiştir ($p < 0,05$).

Öğrencilerin %33,1'i acil kontrasepsiyonun düzenli doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmayacağını bilmektedir. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin (%44,0) ($X^2=15,061$ $sd=3$ $p < 0,01$), kız öğrencilerin

(%37,6) ($X^2=14,263$, $sd=1$ $p < 0,01$) ve evli öğrencilerin (%45,7) ($X^2=69,64$ $sd=2$ $p < 0,01$) acil kontrasepsiyon yöntemlerinin düzenli olarak kullanılmayacağı bilgisine daha yüksek oranda sahip oldukları saptanmıştır.

Öğrencilerin %44,7'si acil kontrasepsiyon yöntemleri kullanıldığı zaman cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için ek bir yöntem başvurmak gerekliliğinin ortadan kalktığını düşünmektedirler. Sağlık Yüksekokulu öğrencileri (%71,5) ($X^2=33,751$ $sd=3$ $p < 0,01$) ve kız öğrenciler (%59,8) ($X^2=13,004$, $sd=1$ $p < 0,01$), acil kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kesinlikle korumayacağı bilgisine daha yüksek oranda sahiptirler. Öğrencilerin acil kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyucu etkisinin olduğunu düşünmesi kaygı verici bir durumdur. Öğrenciler acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi olsalar bile, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu hakkında yanlış bilgi sahibidirler. Ancak Sağlık Yüksekokulu grubunda bilgi düzeyinin yüksek oluşu aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda daha fazla eğitim almalarına bağlanabilir.

Öğrencilerin %65,8'i acil kontrasepsiyon için kombine doğum kontrol haplarının kullanılması gerekliliği bilgisine sahiptir. Sağlık Yüksekokulu öğrencileri (%54,5) ($X^2=48,528$ $sd=3$ $p < 0,01$) ve 4. sınıf öğrencileri (%38,4) ($X^2=4,7450$ $sd=1$ $p < 0,05$) daha yüksek oranda bu bilgiye sahiptirler.

Öğrencilerin %20,9'u acil kontrasepsiyon için hap kullanımının ilk 72 saat içinde alınması gerektiği bilgisine sahiptir. Bu bilgiye en yüksek oranda sahip olan okul Sağlık Yüksekokuludur. (%20,9) ($X^2=20,194$ $sd=3$ $p < 0,01$) Acil kontrasepsiyonun kullanım zamanını bilme durumunun sağlık eğitimi almakta olan Sağlık Yüksekokullarında daha fazla olması beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir.

İlk beş gün içinde rahim içi araç takılarak gebe kalmanın önlenebileceği bilgisine öğrencilerin %19,8'i sahip iken; cinsiyetlerine, yaş gruplarına, sınıflarına, medeni durumlarına, okullarına göre bilme durumu değişmemektedir.

Öğrencilerin %62,3'ü gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi küretajın riskli olduğunu bilmekte ve bu oran Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde en yüksek düzeydedir.

(%69) ($X^2=12,86$ $sd=3$ $p<0,01$) Öğrencilerin %46,4'ü küretajı uygun bulmazken, %38,8'i uygun bulmuş ve %14,9'u fikir beyan etmemiştir. Dördüncü sınıf (%40,8) ($X^2=10,47$ $sd=2$ $p<0,01$) ve 22-27 yaş grubu öğrenciler (%50,0) ($X^2=10,75$ $sd=4$ $p<0,05$) küretaja daha pozitif bir tutum sergilerken, küretajın riskli olduğunu bilenlerin (%54,7) ($X^2=48,35$ $sd=2$ $p<0,01$) daha yüksek oranda "uygun değil" yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Tartışma

Acil kontrasepsiyon 1974 yılında Kanadalı jinekolog Albert Yuzpe ve arkadaşları tarafından ortaya atılmış olup, özellikle ABD ve Avrupa'da yaygın olarak kullanılan acil kontrasepsiyon yöntemidir (8,9,10). Ancak potansiyel kullanıcıların, genellikle acil kontrasepsiyon varlığından haberdar olmaması ya da bunu bilseler bile, nereden, nasıl, ne zaman, alınacağını bilmemeleri yönetime kısıtlama getirmektedir (4,11). Avrupa'da potansiyel kullanıcıların, yaş grubunun ve eğitim düzeyinin daha yüksek olan gruplardan oluştuğu saptanmıştır (4).

Araştırma grubumuzda öğrencilerin acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi olma durumları incelendiğinde; %73,4'ünün fikir sahibi olduğu ve bu oranın enstitü öğrencilerinde daha yüksek olduğu görülmüştür ($P<0,05$). Eğitim düzeyi ve yaş arttıkça acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi olma oranlarının artması, beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Yine üniversite öğrencileri üzerinde Sorhaindo ve arkadaşlarının çalışmasında %84 (12), askeri personel üzerinde Royen ve arkadaşlarının çalışmasında %64 (13), kadınlar üzerinde Smith ve arkadaşlarının çalışmasında %94 (14), aile planlaması danışmanları üzerinde Bildircin'in çalışmasında %100 (15), kadınlar üzerinde Tokuç ve arkadaşlarının çalışmasında %77,4 (16), Glasier ve arkadaşlarının çalışmasında %75 (18) olarak saptanmış olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ancak, bu oran Kırımlı ve arkadaşlarının çalışmasında %5 (17), Soğukpınar ve arkadaşlarının çalışmasında %3,3 (19), Muia ve arkadaşlarının çalışmasında %15 (20) olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Eğitim düzeyi arttıkça acil kontrasepsiyon hakkında fikir sahibi olma durumu artmaktadır.

Acil kontraseptif yöntemlere hangi

durumlarda başvurulması gerekliliği konusunda ise, 81,9'u kondom kazalarında, korunmasız ilişkide ve tecavüzde ayırım yapılmaksızın acil kontrasepsiyon uygulanması gerektiğini bilmektedir. Acil kontraseptif yöntemlere başvurulması gereken durumlar olarak, Shawe ve arkadaşlarının (21), Arowojulu ve arkadaşlarının (22), Sawyer ve arkadaşlarının (23), Virjo ve arkadaşlarının (24), Bennet ve arkadaşlarının (25), Bildircin'in çalışmasında (15) ilk üç sırayı benzer bir biçimde kondomun yırtılması, korunmasız ilişki ve tecavüz almakta olup sonuçlar araştırmamızda saptanan sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Acil kontrasepsiyon kullanım amaçlarının öğrenciler tarafından oldukça iyi düzeyde bilinmekte olması, gelecek için oldukça pozitif olarak değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin %34,2'sinin acil kontrasepsiyon için yüksek doz kombine doğum kontrol hapı alınabileceğini bildiği saptanmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan Arowojulu ve arkadaşlarının çalışmasında %32,4 (22), Harper ve arkadaşlarının çalışmasında %26 (26), Baiden ve arkadaşlarının çalışmasında %11,3 (27) olarak bulunan sonuçla çalışmamızın sonucu benzerlik göstermektedir. Üniversite öğrencileri acil kontrasepsiyonun varlığından haberdar olsa bile, nasıl uygulanacağı konusunda yetersiz bilgiye sahiptir.

Yüksek doz kombine doğum kontrol hapının ilk dozunun korunmasız ilişki sonrası ilk 72 saatte alınması gerekliliğini 20,9'u bilmektedir, Bu bilgi, askeri personel üzerinde Royen ve arkadaşlarının çalışmasında %15 (13), üniversite öğrencileri üzerinde Harper ve arkadaşlarının çalışmasında %12 (26), Arowojulu ve arkadaşlarının çalışmasında %11,5 (22), Baiden ve arkadaşlarının çalışmasında %11,3 (27), kadınlar üzerinde Aziken ve arkadaşlarının çalışmasında %18 (28) olarak saptanmış olup çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Öğrenciler acil kontrasepsiyona yabancı olmasalar bile, ayrıntılar hakkında yeterli bilgi sahibi değildiler.

Acil kontrasepsiyon ile ilgili en çok kaygı duyulan edilen durum düzenli olarak kullanılmasıdır. Öğrencilerin %33,1'inin acil kontrasepsiyonun düzenli olarak kullanılmayacağını ve yalnızca özel durumlarda başvurulması gerektiğini bildiği

saptanmıştır. Uzuner ve arkadaşlarının üreme çağındaki kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada (29); gençlerin acil kontrasepsiyondan haberdar olmalarının onların gebelik önleyici metotlardan vazgeçerek düzenli olarak acil kontrasepsiyon yöntemlerini kullanacakları kaygısı (%49) saptanmıştır. Bu saptama çalışmamızda bulunan sonuçlarla benzerlik göstererek ciddi bir sorun yaratmaktadır. Ancak Glasier ve arkadaşları tarafından yapılan kontrollü bir çalışmada, acil kontrasepsiyon bilinse bile düzenli olarak kullanılmadığı saptanmıştır. Ayrıca acil kontrasepsiyon yöntemlerinin düzenli olarak kullanımının hem pahalı olması, hem bulantı ve kusmaya neden olması nedeniyle, hem de verilecek eğitimlerle bu kaygının önüne geçilebileceği düşünülmüştür.

Acil kontrasepsiyon yöntemlerinin bilinmesi korunmasız koitus ve böylece cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olabileceği riskini gündeme getirmiştir (31). Öğrencilerin %44,7'si kullanılan yöntemlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyacağına inanmaktadırlar. Çalışmamızda öğrencilerin yarısı kadar yüksek bir bölümünün acil kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu olabileceğini düşünmeleri kaygı vericidir. Bu nedenle hem cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hem de aile planlaması eğitimi birlikte verilmelidir.

Öğrencilerin acil kontrasepsiyon için, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk beş gün içinde rahim içi araç takılabileceğini bilme durumları incelendiğinde; %19,8'inin bildiği, saptanmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde Arowojulu ve arkadaşlarının çalışmasında (22) bu konuyu bilme oranı %19,8 olup, çalışmamızla oldukça uyumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızdaki RİA bilme oranı RİA'nın acil kontrasepsiyon için oldukça güvenilir olması nedeniyle olumlu değerlendirilmiştir. Eğitimle bu oranın oldukça artabileceği düşünülmüştür.

Öğrencilerin gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortusun (küretaj) riskli olduğunu bilme durumu incelendiğinde; %62,3'ünün doğru bildiği saptanmıştır. Bennet ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada riski %63,3'ünün bildiği bulunmuş olup çalışmamızda elde ettiğimiz orana oldukça yakın olduğu görülmektedir (25). Türkiye'deki kadınlar üzerinde yapılan Soğukpınar ve

arkadaşlarının çalışmasında ise; küretaj riskli olduğunu bilme oranı %12,7 olup çalışmamızdan düşüktür (19).

Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortus (küretaj) öğrencilerin %38,2'sinin "uygun buluyorum" yanıtını verdiği saptanmıştır. Gebeliği sonlandırma yöntemlerinden cerrahi abortusa (küretaj) ilişkin tutumlar incelendiğinde; küretajın riskli bir yöntem olduğunu bilenlerin %54,7'si "uygun değil" yanıtını verdikleri saptanmıştır. (P<0,01). Küretajın riskli olduğunu bilme durumu eğitimle doğru orantılı olarak artmakta ve küretajın riskleri bilindikçe küretajı onaylama oranı azalmaktadır. Bu sonuç olumlu olarak nitelendirebileceğimiz bir durumdur. Öğrencilerin aile planlaması ve acil kontrasepsiyon konusundaki bilgileri arttıkça, küretaja giden yollar kapatılabilir.

Yirmi yedi ve üzeri yaş grubu öğrencilerin (%50) küretajı daha yüksek oranda uygun bulduğu saptanmıştır (p<0,05). Bu durum, öğrencilerin yaşları ilerledikçe üremenin kontrol edilmesi gerektiği yönündeki tutumlarının arttığını ortaya koymakla birlikte; bu kontrolün küretajla sağlanabileceğinin kabul görmesi olumsuz olarak değerlendirilebileceğimiz bir sonuçtur.

Eğitim düzeyi ve yaş ilerledikçe, oluşan her fazladan gebeliğe negatif tutum artarken, bunun küretajla önlenmeye çalışılması daha yoğun ve etkin aile planlaması eğitimi verilmesinin zorunluluğunu göstermektedir.

Sonuç

Korunmasız bir ilişkiden sonra kullanılabilir olan acil kontraseptif yöntemlerin üniversite öğrencileri arasında bilinme durumu orta düzeydedir. Aile planlaması ve acil kontrasepsiyonu kapsayan yoğun eğitim programları ile istenmeyen gebeliklerin ve tehlikeli düşükler gibi sonuçlarının görülme sıklığı azaltılabilir.

Üniversite düzeyinde eğitim almakta olan ve evlenme çağına gelmiş gençlerin bilgi eksikliğinin kapatılması gerekmektedir. Üniversite eğitimi içinde aile planlaması ile ilgili derslerin konması ve bilimsel yöntemlerle periyodik olarak değerlendirilmesi sağlanabilir.

Küretajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için yapılan küretajın ana sağlığı yönünden kanama, enfeksiyon gibi erken, infertilite gibi geç dönemde ortaya çıkabilecek riskleri anlatılmadığı.

İletişim: Meltem Demirgoz

E-posta: meltemdemirgoz@gmail.com

Kaynaklar

- 1- Yuzpe A.A, Lancee W.J: Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive.Fertil steril 28, 932-6, 1977.
- 2- The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility, women society and abortion worldwide, Washington. 1999.
- 3- WHO.Complications of abortion technical and managerial guidelines prevention and treatment 19-1995.
- 4- Trussell J, Stewart FH, Guest F: Emergency contraceptive pills:a simple proposal to reduce unintended pregnancies. Family Planning Perspectives 24, 269-73,1992.
- 5- Tezcan S, Çavlin Bozbeyoğlu A, Düşükler ve Ölü Doğumlar, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması –2003 Analiz Sonuçları Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara. 2004.
- 6- Koçoğlu GO: İsteyerek düşüklerde yeni bir yaklaşım. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni.21,4 2000.
- 7- Hugh JF: Use of hormonal emergency contaseption at university health centre over a 6 year period, The Journal of Family Planning and Reprod Health Care 27, 47-48,2001.
- 8- Narrigan D: Postcoital contraception.Has it day come?.J Nurse Midwifery 39, 363-9. 1994.
- 9- Açıkalın İ, Türkiye’de ana sağlığı ve aile planlaması, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Kontraseptif Yöntemler (3,basım), Damla Matbaacılık. Ankara. 2000
- 10- <http://www.tapd.org.tr>
- 11- Pham A: Emergency contraception (postcoital contraception). J Okla State Med Assoc 95, 371-4. 2002.
- 12- Sorhaindo A, Becker D, Fletcher HÇ, et al: Emergency Contraception among univercity students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge attitudes and practises. Contraception 66, 261-268, 2002.
- 13- Royen AR, Calvin CK, Lightner CR: Knowledge and attitudes about emergency contraception in military population. Obstet Gynecol 96, 921-5, 2000.
- 14- Smith B.H., Gurney E.M., Aboulele L., et al: Emergency contraception: a survey of women’s knowledge and attitudes. Br J Obstet Gynaecol 103,1109-16, 1996.
- 15- Bildircin M. Aile planlaması danışmanlarının acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi tutum ve uygulamaları. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2002.
- 16- Tokuç B., Eskiocak M., Ekuklu G., ve ark: Edirne İl Merkezinde 15-49 yaş grubu Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve yöntem kullanım oranları,. Edirne. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002.
- 17- Kırımlı E., Uzuner A., Eker E., ve ark: Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, Kullanım Sıklığı. İstanbul. 3.Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi. 85.Poster 2002.
- 18- Glasier A: Emergency Contraception: time for de regulation?. J Obstet Gynaecol 100, 611-2. 1993.
- 19- Soğukpınar N. , Türkistanlı E.C., Saydam B.K: Postcoital Contraception İn Turkey. Int J Obstet Gynecol 80,159-160,2003.
- 20- Muia E., Blanchard K., Lukhando M., et al: Evaluation of emergency contraception introduction project in Kenya.Contraception 66, 255-60, 2002.
- 21-Shawe J., Ineichen B., Lawrenson R: Emergency contraception: Who are the users?.. Reprod Health Care 27,209-212, 2001.
- 22-Arawojulu A.O., Adekunle A.OPerception and practice of emergency contraception by post-secondary school students in southwest Nigeria.Afr J Reprod Health 4, 56-65, 2000.
- 23-Sawyer R.G., Fong D., Stankus L.R., et al: Feasibility of telephone follow-up on use of emergency contraceptive pills in a collage health center.J, Am Coll Health 44, 145-9, 1996.
- 24-Virgo I., Virtala A. Why do university students use hormonal emergency contraception? Eur J Contracept Reprod Health Care 8,139-44, 2003.
- 25-Bennet W., Petraits C., D’Anella A., et al: Pharmacist knowledge and diffuculty of obtaining emergency contraception, Contraception 68, 261-267, 2003.
- 26-Harper C.C., Ellertson C.E. The emergency contraceptive pill: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. Am J Obstet Gynecol 173, 1438-45,1995.
- 27- Baiden F, Awini E., Clerk C: Perception of university students in Ghana about emergency contraception.Contraception 66,23-6, 2002.
- 28-Aziken M.E., Okonta Pl., Ande A.B:Knowledge and perception emergency contraception among female Nigerian undergraduates. Int Fam Plan Percept 29, 84-87, 2003.
- 29-Uzuner U., Ünalın P, Akman M., ve ark: Aile Planlaması Hizmeti Sunan Sağlık Personelinin Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri. İstanbul. 3.Uluslar arası Üreme Sağlığı Kongresi, 79.Poster,2002.
- 30-Glasier A., Baird D: The effects of self administering emergency contraception.N Engl J Med 2, 11-4,1998.
- 31- Perslev A., Rorbye C., Boesen H.C., et al: Emergency Contraception: knowledge and use among Danish women requesting termination of pregnancy, Contraception 66, 427-431, 2003.

Sivas İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri İlişkin Bilgileri

Knowledge of Midwives and Nurses Working in Primary Health Care Centers in Sivas, about Risk Factors, Symptoms and Diagnostic Methods of Breast Cancer



Dr. Güngör Güler, Dr. Hatice Ulusoy*, Songül Avcı***, Emine Aksoy*****

Öz

Bu araştırma, Sivas il merkezindeki sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanserinde risk faktörleri, belirtiler ve tanı yöntemlerine ilişkin bilgilerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Sivas il merkezindeki tüm sağlık ocaklarında çalışan 30 yaş ve üzeri toplam 73 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tamamının örnekleme alınması planlanmış, ancak çeşitli nedenlerle örnekleme 30 yaş ve üzeri 57 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu ile 2006 yılı şubat ayında toplanmıştır.

Ebe ve hemşireler tarafından en fazla bilinen meme kanseri risk faktörleri genetik (yüzde 64.9) ve erken ya da geç doğumdur (yüzde 43.9). Meme kanseri belirtilerinden en fazla bilinenler kitle (yüzde 82.5) ve akıntıdır (yüzde 68.4). En yaygın bilinen tanı yöntemi mamografidir (yüzde 73.7). Kendi kendine meme muayenesi ve ultrasonografi yüzde 29.8 oranında belirtilmiştir. Kendi kendine meme muayenesi yapmaya başlama yaşını yüzde 47.3'ünün, yapma sıklığını yüzde 22.8'inin bilmediği, kendi kendine meme muayenesinin aşamalarını yalnızca yüzde 10.6'sının doğru olarak tanımladığı belirlenmiştir. Katılımcıların yüzde 75.4'ünün kendi kendine meme muayenesi yaptığı, bunların yüzde 32.6'sının düzenli olarak yapmadığı belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, Erken tanı yöntemleri, Ebe ve hemşireler.

Giriş

Meme kanseri dünya genelinde kadınlar arasında en sık görülen ve kanserle ilgili ölümlerin en yaygın nedenidir. Meme kanseri, kansere bağlı ölümler içinde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelir (1). Her yıl 1.1 milyondan fazla kadına meme kanseri tanısı konmaktadır (2). Kadınlarda görülen kanserlerin yüzde 30'unu ve kansere bağlı ölümlerin yüzde 18'ini meme kanseri oluşturmaktadır (3). Dünyada her 11 dakikada bir kadın meme kanseri nedeniyle yaşamını yitirmekte ve her üç dakikada bir kadına yeni meme kanseri tanısı konmaktadır (4). Meme

Abstract

This descriptive study was performed to determine the knowledge of midwives and nurses on risk factors, symptoms and diagnostic methods of breast cancer. The universe of the study was composed of all the 73 midwives and nurses working in the primary health care centers in Sivas who were 30 years of age or older. The aim was to encompass the whole universe in the study, but for several reasons 57 of them could be included in the sample. The data were collected in February 2006 via a questionnaire form developed by the researchers.

The most commonly known risk factors of breast cancer by the midwives and nurses in the sample were genetic factors (64.9%) and early or late births (43.9%). The most known breast cancer symptoms were mass (82.5%) and discharge (68.4%). Mammography (73.7%) was the most commonly known diagnostic method. Breast self examination and ultrasonography were mentioned by 29.8%. 47.3% of them did not know the age at which breast self examinations should begin and 22.8% did not know how frequently they should be done. Only 10.6% could correctly describe all the stages of breast self examination. It was also found that 75.4% did perform breast self examinations but 32.6% of these did not do them regularly.

Key words: Breast cancer, Early diagnostic methods, Midwives and nurses

kanseri mortalitesi ülkeden ülkeye değişmekte olup, İngiltere ve Galler'de en yüksek, Japonya ve Tayland'da en düşük düzeydedir (3). Meme kanseri ülkemizde kadınlardaki tüm kanser olguları içinde yüzde 24.1'lik bir oran ile ilk sırayı almaktadır (5).

Günümüzün önemli sağlık sorunlarından biri olan meme kanserinin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Yaygın ve mortalitesi yüksek olan bu hastalığa erken tanı konularak ölümler azaltılabilir (3,6). Meme kanserinin erken tanısında kullanılan yöntemler; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), fizik muayene ve mamografi olarak gösterilmiştir. Mamografi meme kanserinin erken tanısında etkili bir yöntemdir. Ancak özellikle kaynakları sınırlı olan ülkeler için kendi kendine meme

*Yrd. Doç.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sivas

**Cumhuriyet Ü. Hemşirelik YO Mezun Hemşireleri, Sivas

muayenesi basit, herkes tarafından uygulanabilen, özel araç ve gereç gerektirmemesi ve maliyetinin olmaması nedeniyle erken tanıda önemli bir yöntemdir. Düzenli yapılan kendi kendine muayenesi ve taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde belirlenen yaşam süresi uzatılabilmektedir (5,6,7). Memedeki kitlelerin yaklaşık olarak yüzde 80'i kadınların kendileri tarafından bulunmaktadır (8). Bu nedenle kadınların erken tanının önemini bilmeleri ve bu yönden bilgilendirilmeleri çok önemlidir.

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de meme kanseriyle ilgili olarak kadınların eğitiminde ebe ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Çünkü sağlık sistemimizde toplum içinde çalışan, özellikle sağlık ocaklarında ve evlerde kadınlarla birebir iletişim kuran sağlık personeli ebe ve hemşirelerdir. Ebe ve hemşirelerin de

kadın olmaları, meme kanseri açısından riskli olmaları, diğer kadınlara eğitim yapma ve rol modeli olma gibi önemli sorumluluklarının olması nedeniyle bu konuda bilgileri önem taşımaktadır. Bu araştırma, Sivas il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan ebe ve hemşirelerin meme kanserinde risk faktörleri, belirtiler ve tanı yöntemlerine ilişkin bilgilerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Şubat 2006'da Sivas il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan ebe ve hemşireler arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Sivas il merkezindeki tüm sağlık ocaklarında çalışan 30 yaş ve üzeri toplam 73 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tamamının araştırmaya alınması planlanmış, ancak verilerin toplandığı tarihte ebe ve hemşirelere ulaşamama, soru formunu yanıtlamayı istememe gibi nedenlerle 16 kişi araştırma dışı kalmıştır. Böylece örnekleme 57 ebe ve hemşire oluşturmıştır.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, 20 sorudan oluşan soru formu kullanılmıştır. Soru formu uygulanmadan önce il sağlık müdürlüğünden gerekli yazılı izin sağlanmıştır. Ebe ve hemşirelerden sözel olarak onay alınmıştır. Soru formu ebe ve hemşirelere araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 10.0 paket programında değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

Araştırmaya alınan ebe ve hemşirelerin yüzde 86'sı 30-39 yaş grubunda, yüzde 91.2'

Tablo 1. Ebe ve hemşirelerin meme kanserinde risk faktörlerine ilişkin bilgileri (N=57)

Risk Faktörü	Bilen		Bilmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
Genetik	37	64.9	20	35.1
Ailede kanser öyküsü olması	16	28.1	41	71.9
Yaş	12	21.1	45	78.9
Sigara, alkol vb. alışkanlıklar	20	35.1	37	64.9
Menstrual faktörler	6	10.5	51	89.5
Cinsiyet	7	12.3	50	87.7
Hormonlar	10	17.5	47	82.5
Erken-geç doğum yapma	25	43.9	32	56.1
Beslenme biçimi	13	22.8	44	77.2
Diğer organlarda kanser olması	1	1.8	56	98.2
Hiç emzirmemiş olmak	22	38.6	35	61.4
Radyasyon	21	36.8	36	63.2

Tablo 2. Ebe ve hemşirelerin meme kanserinin belirtilerine ilişkin bilgileri (N=57)

Meme Kanseri Belirtileri	Bilen		Bilmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
Memede kitle	47	82.5	10	17.5
Memede çekilme	12	21.1	45	78.9
Meme başında akıntı	39	68.4	18	31.6
Koltuk altında kitle	9	15.8	48	84.2
Memede ülserasyon-ödem	7	12.3	50	87.7
Meme derisinde kaşıntı	-	-	57	100.0
Memede portakal kabuğu görünümü	16	28.1	41	71.9
Memede anormal-asimetrik görünüm	28	49.1	29	50.9

Tablo 3. Ebe ve hemşirelerin meme kanserinde tanı yöntemlerine ilişkin bilgileri (N=57)

Tanı yöntemi	Bilen		Bilmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
KKMM*	17	29.8	40	70.2
Mamografi	42	73.7	15	26.3
Ultrasonografi	17	29.8	40	70.2
Klinik muayene	7	12.3	50	87.7
Biyopsi	12	21.1	45	78.9

*: Kendi Kendine Meme Muayenesi

si evli, yüzde 43.9'u sağlık meslek lisesi mezunu, aynı oranda kişi ön lisans mezunu, yüzde 38.6'sının çalışma yılı 11-15 yıl olup, yaklaşık olarak üçte ikisi (yüzde 59.6) 2-3 çocuğa sahiptir. Ebe ve hemşirelerin meme kanserinde risk faktörlerine yönelik en fazla belirttikleri; genetik etmenler (yüzde 64.9), erken ya da geç doğum yapma (yüzde 43.9), hiç emzirmemiş olma (yüzde 38.6), radyasyon (yüzde 36.8), alışkanlıklar (yüzde 35.1) ve ailede kanser öyküsü olmasıdır (yüzde 28.1). Daha az oranda bilinen risk faktörleri ise, yaş, menstruasyona ilişkin etmenler, cinsiyet, hormonal etmenler, beslenme ve diğer organlardaki kanserlerdir (Tablo 1).

Ebe ve hemşirelerin meme kanseri belirtileri arasında en fazla bildikleri kitle (yüzde 82.5), akıntı (yüzde 68.4) ve asimetridir (yüzde 49.1) (Tablo 2). En fazla bilinen tanı yöntemi yüzde 73.7 ile mamografidir. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve ultrasonografiyi yalnızca yüzde 29.8'i belirtmiştir. Biyopsi yüzde 21.1 oranında, klinik muayene ise yalnızca yüzde 12.3 oranında olduğu belirtilmiştir (Tablo 3).

Ebe ve hemşirelerin yüzde 47.3'ünün KKMM yapmaya başlama yaşını, yüzde 22.8'inin KKMM sıklığını bilmediği ortaya çıkmıştır. Yüzde 61.4'ü KKMM'nin aşamalarını eksik tanımladığı, yalnızca yüzde 10.6'sının doğru olarak tanımladığı, yüzde 50.9'unun mamografi çektirmeye başlanması gereken yaşı, yüzde 42.1'inin ise mamografi sıklığını bilmediği belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin tümü KKMM hakkında daha önce bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Yüzde 75.4 oranında ebe ve hemşire KKMM yaptığını, ancak bunların yüzde 32.6'sı düzenli olarak biçimde yapmadığını belirtmiştir (Tablo 5).

Tartışma

Bu araştırmada ebe ve hemşirelerin meme kanserinde risk faktörleri konusundaki bilgilerine ilişkin bulunan sonuçlar (Tablo 1), Soyer, Çiçeklioğlu ve Ceber'in (2007), Kırdök, Budakoğlu ve Maral'ın (2004) bulduğu sonuçlardan çok daha düşüktür. Ancak bu araştırmada ebe ve hemşirelerin alkol vb. alışkanlıklar ile yaş faktörünü bilme oranı Soyer ve arkadaşlarının (2007) çalışmasına oranla daha fazladır. Bu araştırmada özellikle beslenme, çeşitli alışkanlıklar, doğum yapma yaşı ve radyasyon gibi korunulabilir ya da büyük oranda kontrol altına alınabilir risk faktörleri konusundaki bilgilerin yeterli olmaması önemli bir bulgudur. Çünkü bu etmenleri topluma öğretmek ve bu yolla da toplumun sağlığını korumaya katkı vermek için ebe ve hemşirelerin öncelikle kendilerinin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaları gereklidir.

Ebe ve hemşirelerin meme kanseri belirtileri arasında en fazla bildikleri kitle, akıntı ve asimetridir. Meme kanserinin diğer belirtileri daha az oranda bilinmektedir (Tablo 2). Bu bulgu, yapılan diğer benzer çalışma sonuçları ile uyumludur (10, 11, 9). Ancak bu araştırmada ebe ve hemşirelerin bu belirtileri bilme oranları diğer araştırmalardaki oranlardan daha fazladır. Bu durum, ebe ve hemşirelerin araştırmanın verileri toplanmadan kısa bir süre önce bu konuda bilgi almalarından kaynaklanmış olabilir. Meme derisinde kaşıntıyı ebe ve hemşirelerin hiçbirisi bilmemektedir (Tablo 2).

Meme kanserinde tanı yöntemleri arasında ebe ve hemşireler tarafından en fazla bilinen mamografidir. Önemli bir tanı yöntemi olarak klinik muayeneyi bilenler yalnızca yüzde 12.3 oranındadır. Yüzde 29.8'i KKMM ve ultrasonografiyi tanı yöntemi olarak belirtmiştir (Tablo 3). Oysa KKMM'nin özellikle Türkiye

Tablo 4.Ebe ve hemşirelerin KKMM ve mamografi yöntemlerine ilişkin bilgileri

KKMM, Mamografi Bilgileri	Sayı	%
KKMM yapmaya başlama yaşı		
20 yaş ve üzeri ¹	29	50.9
Diğer ²	27	47.3
Yanıtsız	1	1.8
KKMM yapma sıklığı		
Ayda bir ¹	44	77.2
Diğer ²	13	22.8
KKMM aşamaları		
Doğru tanımlayan*	6	10.6
Yanlış tanımlayan**	8	14.0
Eksik tanımlayan***	35	61.4
Yanıt vermeyen	8	14.0
Mamografi çektirmeye başlama yaşı		
40 yaş ve üzeri ¹	28	49.1
Diğer ²	29	50.9
Mamografi çektirme sıklığı		
Bilen ¹	33	57.9
Bilmeyen ²	24	42.1
KKMM hakkında bilgi alma durumu		
Bilgi alan	57	100.0
Bilgi almayan	-	-
Toplam	57	100.0

¹Doğru yanıt verenleri kapsamaktadır
²Doğru yanıt dışındaki yanıtları kapsamaktadır
* İnceleme ve palpasyonun her ikisini de tanımlayanları içermektedir
** Palpasyon ve incelemeyi yanlış tanımlayanları içermektedir
***Palpasyon ya da incelemenin herhangi birisini tanımlamayanları içermektedir

Tablo 5.Ebe ve hemşirelerin KKMM'ye ilişkin uygulamaları (N=57)

Uygulamalar	Sayı	%
KKMM		
Yapan	43	75.4
Yapmayan	14	24.6
KKMM düzenli olarak yapma durumu		
Düzenli yapan*	29	67.4
Düzenli yapmayan**	14	32.6

*Ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapanları kapsamaktadır.
**Ayda bir kereden daha geç aralıklarla kendi kendine meme muayenesi yapanları kapsamaktadır.

gibi kaynakları sınırlı olan ülkeler için, meme kanserinin erken tanısında kolay uygulanabilen ve maliyeti düşük bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Tek başına bir tanı yöntemi olarak kullanılmasının sınırlılıklarına karşın yanı sıra diğer yöntemlerle birlikte kullanıldığında oldukça yararlı bir tanı yöntemi olarak önerilmektedir (7). Ayrıca, KKMM'nin

kadınların meme kanseri konusundaki farkındalıklarını artırması ve erken tanı uygulamalarına yönelik motivasyonlarını sağlaması bakımından da yararlı olduğu belirtilmektedir (2, 12).

Soyer ve arkadaşları (2007) birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler arasında yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yüzde 93'ünün KKMM'ne başlama yaşını bildiklerini ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada ebe ve hemşirelerin yarısına yakınının KKMM yapmaya başlama yaşını, beşte birden fazlasının KKMM sıklığını bilmediği ortaya çıkmıştır. Ebe ve hemşirelerin yüzde 61.4'ünün KKMM'nin aşamalarını eksik, yalnızca yüzde 10.6'sının doğru olarak tanımladığı belirlenmiştir (Tablo 4). Oysa, Kırdök ve arkadaşları (2004) hemşire ve ebelerin yüzde 67'sinin KKMM'nin aşamalarını doğru olarak bildiğini saptamıştır. Bu çalışmada ebe ve hemşirelerin KKMM'nin aşamalarını doğru bilme oranı, Kırdök ve arkadaşlarının çalışmasından oldukça düşüktür.

Mamografi meme kanserinin tanısında çok önemli bir yöntemdir ve Amerikan Kanser Derneği tarafından 40 yaş ve üzerindeki kadınların düzenli olarak yılda bir kez mamografi çektirmeleri önerilmektedir (12). Bu çalışmada ebe ve hemşirelerin yarısının mamografi çektirmeye başlama yaşını, yarıya yakınının ise mamografi çektirme sıklığını bilmediği belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin tamamının kendi kendine meme muayenesine ilişkin daha önce bilgi almasına karşın, yalnızca yüzde 10.6'sının kendi kendine meme muayenesinin aşamalarını doğru olarak tanımlaması dikkat çekici bir bulgudur (Tablo 4). Çünkü ebe ve hemşirelerin toplumdaki kadınlara bu uygulamayı doğru olarak öğretebilmeleri için öncelikle kendilerinin KKMM'nin aşamalarını doğru olarak tanımlamaları gereklidir. Bu sonuçlara göre, ebe ve hemşirelerin bu konuda aldıkları bilginin etkili olmadığı söylenebilir.

Ebe ve hemşirelerin yüzde 75.4'ü kendi kendine meme muayenesi yaptığını, ancak bunların yüzde 32.6'sı bu muayeneyi düzenli olarak yapmadığını belirtmiştir (Tablo 5). Kabalcıoğlu, Kurçer ve Şimşek'in (2005) Şanlıurfa'da hemşire ve ebeler arasında yaptığı çalışmada kendi kendine meme muayenesi yapanların oranı yüzde 82.1, bu muayeneyi düzenli olarak yapanların oranı ise yüzde 15.4

olarak bulunmuştur. Aydemir'in aynı grup üzerinde yaptığı araştırmada (1997) kendi kendine meme muayenesi yapma oranı yüzde 69.2, Kırdök ve arkadaşlarının araştırmasında (2004) yüzde 79.8, Çiçeklioğlu, Ege, Soyer ve Çimat'ın (2005) araştırmasında ise yüzde 82.3 bulunmuştur. Uzun, Karabulut ve Karaman'ın hemşirelik öğrencileri arasında yaptıkları araştırmada, (2004) öğrencilerin yalnızca yüzde 31'i her ay düzenli olarak KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu araştırmada ebe ve hemşirelerde kendi kendine meme muayenesi yapma oranı, Çiçeklioğlu ve arkadaşlarının, Kabalcıoğlu ve arkadaşlarının araştırmalarında buldukları orandan daha düşük iken, Aydemir'in, Uzun ve arkadaşlarının buldukları orandan daha yüksektir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmanın sonucunda, toplumdaki kadınları meme kanserinden korunma ve erken tanı konusunda bilgilendirmede önemli sorumlulukları olan ebe ve hemşirelerin meme kanserinde risk faktörleri, belirtiler ve tanı yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerine daha fazla ağırlık verilmesi, bu konuda onlara düzenli olarak, daha etkin ve uygulamalı eğitimler yapılması, ebe ve hemşirelerin kendi meme muayenelerini de düzenli olarak yapmaları konusunda teşvik edilmeleri önerilmektedir. Meme kanseri konusunda bilgilendirilen ebe ve hemşirelerin hem kendilerini, hem de toplumdaki kadınları meme kanserinden korumada çok önemli katkıları olabilir.

İletişim: Dr. Güngör Güler

E-posta: gguler@cumhuriyet.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Aydiner A, Topuz E. Meme Kanseri Tanı-Tedavi-Takip, İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitabevleri; 2006.
- 2- Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, et al. Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the breast health global initiative 2005 guidelines. *Breast J* 2006; 12 Suppl. 1: S3-S15.
- 3- Darendeliler E, Ağaoğlu FY. Meme Kanseri. İçinde: Topuz E, Aydiner A, Dinçer M, ed. Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003.
- 4- Kocabaş NA. Meme kanseri ve epidemiyolojisinde yer alan faktörler. *Sağlık Dergisi* 2001; 10: 38-42.
- 5- Nahcıvan N, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7: 33-7.
- 6- Aydıntuğ S. Meme kanserinde erken tanı. *Sted Dergisi* 2004; 13: 226-9.
- 7- Seçginli S, Nahcıvan NO. Breast self examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 521-3.
- 8- Sevil A, Ünsal Ş. Meme kanserinde risk faktörleri ve erken tanı. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2002; 5: 32-9.
- 9- Soyer TM, Çiçeklioğlu M, Ceber E. Breast cancer awareness and practice of breast self examination among primary health care nurses: influencing factors and effects of an in-service education. *J Clin Nurs* 2007; 16, 707-715.
- 10- Kırdök E, Budakoğlu İ, Maral I. Hekim dışı kadın sağlık personelinin meme kanseri hakkındaki bilgi ve davranışları. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2004; 14: 42-7.
- 11- Özkan S, Yılmaz E. Hemşireler meme kanseri hakkında bilgilerini yaşamlarına yansıtıyorlar mı? 8. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı. İstanbul; 2005.
- 12- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American cancer society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 31-44.
- 13- Kabalcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z. Şanlıurfa il merkezinde görev yapan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma davranışları ve etkileyen faktörler. *Hemşirelik Formu Dergisi* 2005; Ocak-Şubat: 31-5.
- 14- Aydemir G. Hemşirelerin meme ve jinekolojik kanserlerin tanımlanması ve önlenmesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları ve taşıdıkları risk faktörleri. *Türk Hemşireler Dergisi* 1997; 47: 7-10.
- 15- Çiçeklioğlu M, Ege EC, Soyer MT, ve ark. Birinci basamaktaki hemşire/ebelerin eğitiminde akran eğitimcilerin kullanılması; Meme kanseri erken tanı eğitim programı geliştirme deneyimi. *Sted Dergisi* 2005; 14: 249-55.
- 16- Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7: 33-4.



Ayşe S. Kurt*, Dr. Serap Balcı**

Öz

Okul fobisi, okula karşı duyulan aşırı korku ve kaygı olarak tanımlanmaktadır. Bağlandığı bir kişi, anne baba ya da evden ayrılma anksiyetesi olarak da bilinir. Tanımı bu kadar basit oluşu konunun önemini gizlemektedir.

Hastalık ilk olarak 1913'te tanımlandı. Önceleri okula gitmekten kaçınma ve kaygıyı içeren bir çocukluk çağı sendromu olarak tanımlanırken, günümüzde bunaltı, depresyon gibi birçok bozuklukta saptanabilen bir belirti olarak kabul edilmektedir.

Çocuklarda akademik başarıyı kötüleştiren bir durum, tüm dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde yaygın ve ciddi bir sorun olup okul yaş grubu nüfusunun yaklaşık %5' ini etkilemektedir. Oranlar her ne kadar az gibi görünse de, okul çağı çocuklarında en sık karşılaşılan sorunlardan biridir ve toplum nüfusunun ortalama %28'i yaşamı boyunca en az bir kez bu sorunu yaşamıştır. Eğer tedavi edilmezse, bu durumdan etkilenen çocuklarda uzun süreli zararlı sonuçlar oluşturmaktadır. Psikoanalitik, psikodinamik, farmakolojik ve davranışsal yaklaşım gibi çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Fakat bu yaklaşımların çoğunun kullanımı hala tartışmalıdır.

Anahtar sözcükler: Okul fobisi, Çocuk, Okul sorunları.

Giriş

Okul hakkındaki bir miktar korku ve kaygının çocuklar için normal olmasına karşın, bazı çocuklar aşırı anksiyete yaşayabilirler. Kuvvetli kaygı nedeniyle çocuğun okula gitmeyi reddetmesi ya da bu konuda isteksiz görünmesi, okul fobisi olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Bu basit tanım nedeniyle konu da basit algılanmakta ve birçok önemli sorun atlanmaktadır (3).

Hastalık ilk olarak 1913'te Jung tarafından duygudurum bozukluklarının erken bir işareti olarak tanımlanmıştır (4). Jung'ın dikkat çektiği bu hastalığı, ilk olarak Melanie Klein ve Anna Freud psikoterapi ile tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Broadwin (1932) hastalığın nedenlerini araştırmış ve sonuç olarak çocuğun okula gitmekten ve evden ayrılmaktan

Abstract

School phobia is defined as feelings of excessive fear and anxiety towards school. It is also known as anxiety of separation from the parents or home. The significance of this problem is concealed by this simple definition. The disease was first defined in 1913. In the past, school phobia was defined as a childhood syndrome characterized by avoidance of going to school and accompanying anxiety, whereas today, school phobia is accepted as a symptom that can be seen in various other conditions such as anxiety disorders and depression.

This condition, which hinders the academic success of affected children, is a common and serious problem throughout the world, especially in developed countries where it affects nearly 5% of school-age children. Though the numbers may seem small, it is one of the most commonly encountered problems in school children, and approximately 28% of the whole population have encountered this problem at some point in their lives. If not treated properly, school phobia may cause unwanted long-term consequences in affected children. Various treatment modalities can be used, including psychoanalytic, psychodynamic, pharmacologic and behavioural approaches. However, the utilization of many of these methods is still subject to debate.

Key words: School phobia, Child, School problems.

korktuğunu belirlemiştir (2, 4, 5). Patridge (1939) bu çocukların annelerinden ayrılmamak için okula gitmek istemedikleri düşüncesini ileri sürmüştür (4).

"Okul fobisi" yakınması önceleri okula gitmekten kaçınma ve kaygıyı içeren bir çocukluk çağı sendromu olarak tanımlanırken (5), günümüzde bunaltı, depresyon gibi birçok bozuklukta saptanabilen bir belirti olarak kabul edilmektedir (5, 6). Bu konudaki gözden geçirme yazıları incelendiğinde, çocukluk çağına köklülük ve kaygı bozuklukları nedeniyle tedavi edilen hastaların büyük bir bölümünün okul fobisi yaşadığı görülmektedir (4).

Çalışmalar, özellikle ilkökul döneminde olan çocukların %5' inin okul fobisi yüzünden okuldan geri kaldığını göstermektedir. Durum,

*Arş. Gör.; İstanbul Ü. Florence Nightingale HYO. Çocuk Sağ. ve Hast. Hem. AD, İstanbul

**Öğr. Gör.; İstanbul Ü. Florence Nightingale HYO. Çocuk Sağ. ve Hast. Hem. AD, İstanbul

ilköğretim ikinci devrede ve lisede de görülebilmektedir (7).

Bu yazı, okul çağı çocukları için önemli olan bu konunun incelenmesi amacıyla yazılmıştır. Kaygıyı artırma nederler:

- Okulun yatılı olması (1, 5, 13).
- Okul, sınıf ya da öğretmen değişiklikleri, yeni bir çevreye girme (5, 10) ve diğerleri.

Sıklık

Çocuklarda akademik başarıyı etkileyen kronik yorgunluk sendromu ile karakterize bu durum tüm dünyada görülen yaygın ve ciddi bir sorundur (14). Tüm okul çağı çocuklarının yaklaşık %1-5' inde (7, 15), çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuranların %5-8'inde görülür. 10-11 yaşlarından sonra bu oranlar düşmektedir (3). Belirtiler, en sık erken çocukluk yıllarında gözlenmekte olup cinsiyetler arası fark görülmemektedir (1, 7, 9). Ancak prepubertal dönemde belirtiler kızlarda daha sık görülür (7).

Oranlar her ne kadar az gibi görünse de, okul çağı çocuklarında en sık karşılaşılan sorunlardan biridir ve toplum nüfusunun ortalama %28'i yaşamı boyunca en az bir kez bu sorunu yaşamıştır (8).

Okul fobisinin en sık görüldüğü dönemler:

- a. Ayrılma anksiyetesinin en yoğun yaşandığı, okula başlama ve hemen sonrası dönem (7, 9).
- b. Okul değişimi yaşı olan 11 yaş dönemi.
- c. 14 yaş ve sonrası dönem (7, 16).

Okul Fobisi Olan Çocukların Ortak Özellikleri

Bu çocuklar genellikle sosyal ilişki kurmakta güçlük çeken, içe kapanık, utangaç çocuklardır (5, 7). Başarı kaygısı duyarlar; uslu, uyumlu evde kendisini fazlasıyla kabul ettiren ve aşırı onay bekleyen yapıları vardır. Bu çocuklar ailelerine özellikle annelerine bağımlıdırlar. Anne ve babaları olmadan bir yere gitmek, bir şey yapmak istemezler. Her istedikleri anında karşılanmış olan ya da istekleri karşılanmadığında hileye başvuran yapıdadırlar (7). Adolesanlar ve daha büyük çocuklar kavgacı/sinirli bir yapıya sahiptirler. Depresif belirtiler, diğer davranış sorunları ya da nadiren bir psikotik hastalık görülebilir (1, 5, 13).

Sonuç olarak, okul fobisi olan çocuklarda üç temel kişilik özelliği dikkat çeker:

1. Anne-babaların koruyucu olması sonucu bağımlı bir birey olarak gelişirler (5).
2. Tüm gereksinimlerinin karşılanması,

çocuğun çok isteyen ve hileye başvuran bir birey olmasına yol açar. Bu tür çocuklar istedikleri her şeye istedikleri an kavuşurlar (7).

3. Anne-babanın disiplin konusundaki başarısızlıkları nedeniyle çocuğun isteklerine set çekilememesi onda egemenlik duygusunun gelişmesine neden olur (5, 13).

Bu kişilik özelliklerine sahip çocuklarda yaşam alanında ortaya çıkan herhangi "örseleyici" bir durum "kriz" olarak yorumlanabilir ve hastalığı başlatabilir (7, 10).

Klinik özellikler

Başlangıç yaşı kesin değildir. Okul öncesi yaşlarda başlayabileceği gibi ergenlik dönemine kadar da sarkabilir (1). Belirtileri genellikle yavaş gelişir (7). Küçük çocuklarda akut başlangıçlıdır. Fakat daha büyük çocuk ve adolesanlarda sıklıkla daha sinsi başlangıçlıdır (13). Tipik olarak alevlenme ve iyileşmelerle seyreder. Olası ayrılıklara karşı anksiyete ve ayrılığı içeren durumlardan kaçınma davranışları ile birlikte yıllarca sürebilir (5). Belirtiler bir hastalık ya da tatil sonrasında başlayabilir (1).

Var olan belirtiler;

- O sabah ortaya çıkan korkulu görünüm, okula gitmekte isteksizlik, yalvarma ve cezalandırmaya karşın okula gitmeyi reddetme (6).

- Aşırı kaygılı çocuklarda sosyal fobi, depresyon, öğrenme bozuklukları ve enürezis varlığı (5).

- Panik belirtiler, ağlama nöbetleri, sinirli davranışlar (1, 17).

- Kendine zarar verme (7).

- Somatik belirtiler; karın ağrısı, baş ağrısı, bulantı- kusma, çarpıntı, baş dönmesi ve halsizlik hissi vb. (1, 5, 7).

- Uykuya dalmada zorluk ve korkularını yansıtan (bir yangında, cinayette ya da büyük felakette ailenin zarar görmesi vb.) gece kabusları.

- Okula yaklaştıkça artan, eve gelmeyle iyileşen fizyolojik belirtiler (13).

Bu çocuklarda okula ortalama zeka seviyesi (IQ) normal ya da daha iyidir (7).

Tedavi ve Yaklaşım

Tedavideki temel amaç, okul fobisi olan çocuğu en kısa zamanda okula döndürmektir (4, 6, 16). Çocuğun yaşı ne kadar küçükse, tedavi de o kadar kolay olmaktadır (7).

Okul fobisinin tedavi edilebilmesi için nedenin saptanması ve uygun bireysel tedavi stratejilerinin belirlenmesi gerekir (8, 15).

Genel olarak tedavi iki biçimde yapılır: Psikoterapi ve ilaç tedavisi

1. Psikoterapi: Etkili bir tedavi yöntemidir (18). Her bir tedavi programı, bireysel olarak hazırlanıp ortalama dört hafta sürmektedir (16).

Tedavi programında;

a) Çocuk terapisi:

b) Ebeveyn/öğretmen eğitimi ya da her ikisi birlikte uygulanmaktadır (18).

a) Çocuk terapisi; Çocuğa yönelik terapi yöntemlerini içerir. Her oturumu 50 dakikalık olup;

- Gevşeme terapisi,
- Sosyal beceri terapisi,
- Bilişsel terapi ve
- Okul çalışanlarına karşı uyumluluğu içerir.

Gevşeme terapisi, çocuğun okulda arkadaşları tarafından sorulan sorulara ya da okul çevresinde karşılaştığı durumlara yönelik kullanabileceği baş etme becerisini geliştirmeyi sağlar. Sosyal beceri terapisi, çocuklara okula gitmeme nedeni ile ilgili sorulan soruları nasıl yanıtlayacağına yönelik kaygılarını gidermeyi içerir (18). Bilişsel terapi anksiyete oluşumunu azaltmayı amaçlar. Okul çalışanlarına karşı uyumluluk, sağlıklı okul ortamı ve olumlu öğretmen-öğrenci ilişkilerinin oluşmasını amaçlar (11). Tedaviye öğretmenin de katılması çocuklarda iyileşmeyi hızlandırmaktadır (7, 13).

Çocuk okula gitmediği için suçlanmamalıdır. Bu durumun pek çok çocukta görülebildiği ve tedavi edilebileceği anlatılmalıdır (19).

b) Ebeveyn/ öğretmen eğitimi: Bireysel tedavi ile birlikte aile terapisi de önemlidir (13, 18, 20). Okul çalışanlarına danışmanlık ve ebeveynlere yönelik klinik oturumları içerir. Her bir oturum en fazla 50 dakika olmalıdır. Çocuk terapisi ve ebeveyn/öğretmen eğitiminin birlikte uygulanması duygusal sıkıntıları daha etkili azaltarak okula hazır oluşu hızlandırmaktadır. Yalnızca aileye verilen eğitim bile çocuğun okula dönüşünü önemli ölçüde kolaylaştırmaktadır (18).

II. İlaç tedavisi: Okul fobisine yol açan ciddi ayrılma anksiyetesi ya da depresyonun tedavisinde ilaç tedavisi düşünülebilir fakat tek başına ilaç tedavisi yeterli değildir (1). Gittleman-Klein' in altı haftalık çift kör çalışmasında 7-16 yaş okul fobili erkek ve kız çocuklarında imipraminle (antidepresan) iyileşme sağladıkları bildirilmektedir (10). Farmakoterapi düşünülüyorsa EKG

monitorizasyonu yapılmalıdır (7).

Okul fobisinin kesin tedavisinde sağlık ekibi, ebeveyn ve öğretmen işbirliği şarttır. Bu işbirliği kapsamında sağlık ekibinin görevi tedaviyi yönlendirmek ve aile/öğretmeni eğitmektir (14).

Ailenin görevleri;

- Çocuk okula başlamadan önce okul hakkında bilgi verilmeli ve okul gezdirilmelidir (20).

- Çocuğun okula gitmesi konusunda sabırlı, tutarlı ve kararlı davranılmalıdır (13). Okula devam etme çocuk için kendi gündemini oluşturmasını sağlayarak, çocuğun korku nedeniyle yaşadığı belirtilerli azalacak ve tüm bunların sonunda çocuk okula gitmekten yeniden zevk almaya başlayacaktır (4).

- Çocuğun okuldan uzak kalmamasına önem verilmeli. Çocuk derse girmese bile okul bahçesinde bulunmalıdır. Evde kalış uzadıkça okula dönüş güçleşir (14).

- Okula gitme zamanı yaklaştıkça ebeveynlerin kaygılarını kontrol etmeleri gerekir. Çocuğun okula gideceği gün, aile üyeleri sıradan bir gün gibi davranmalı, korkuyu çağırıştırarak ya da tetikleyecek davranışlardan uzak durmalıdır (4).

- Yaşadığı korku ve nedenleri hakkında çocukla konuşulmalıdır. Ancak, bu durum sürekli olarak bu korkuyu konuşmaya ve gündem oluşturmaya dönüşmemelidir (1).

- Çocuğun akranlarıyla ilişkileri desteklenmelidir. Böylece kendini güvende hissetmesi sağlanabilir (4).

- Öğretmene, varsa okuldaki sağlık çalışanlarına durumla ilgili bilgi verilmesi ve işbirliği yapılması tedaviyi kolaylaştıracaktır (1).

Öğretmenin görevleri;

- Okul fobisi olan çocukların annelerinin de okula gelmeleri ve çocuk kendini rahat hissedene kadar sınıfta kalmaları sağlanabilir (20).

- Çocuğun okulda kalma süresi önce bir saat, sonra yarım gün, sonunda tam gün olarak kademeli biçimde artırılabilir (19).

- Her türlü olumlu ve olumsuz duygunun sınıfta paylaşılmasına olanak sağlanmalıdır (20).

- Çocuklar arasında kıskançlık ve düşmanlık duygularını artıracığından, bir öğrenci sınıfın gözdesi durumuna getirilmemelidir.

- Sıcak ilgi ve eğlenceli oyunlar çocuğun kısa bir süre içinde gevşeyip rahatlamasını sağlayabilir (19).

Çocuğun okula gitmesi desteklenirken, bir yandan da aile içi ilişki ve iletişimdeki sorunlar ve bu korkuya yol açan nedenler, çocuk ve aile ile birlikte ele alınarak çözümlenmeye çalışılır (4).

Prognoz

Okul fobisinin kısa ve uzun dönemde bazı sorunlara yol açtığı bilinmektedir (15). Kısa dönemde oluşan sorunlar; akademik başarının düşmesi, aile ilişkilerindeki bozukluk ve buna bağlı yaşanan güçlüklerdir. Uzun dönemdeki sonuçları ise, akademik başarısızlık, çalışma yaşamında zorluklar ve psikiyatrik hastalıklar gibi riskleri içerir (3, 7, 16).

Sonuç

Okul yaş grubundaki her çocuk okul fobisi açısından risk altındadır. Okula alışma döneminin (2-3 hafta) sağlıklı bir biçimde geçirilmesi, çocuğun yaşına uygun bir öğrenme, anlama, kavrama düzeyine ve ruhsal olgunluk erişmiş olması gerekir (1). Bu olgunluğun gelişmesinde özellikle ailelere büyük görevler düşmektedir (5).

Okul fobisinde asıl amaç fobi oluşmadan önce önlem almaktır. Bu önlemler kapsamında okul yönetimi, öğretmenler, aileler, okul sağlığı konusunda eğitilmiş sağlık çalışanları (doktor, hemşire vb.) sürekli iletişim içinde olmalı ve çocuğa ait sorunların çözümlenmesinde işbirliği yapmalıdır.

İletişim: Ayşe S. Kurt

E-posta: asonaykurt02@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Ball JW. Child Health Nursing. Cilt 2. Pearson Education Inc. 2006. p.1390
- 2- Chitiyo M, Wheeler JJ. School Phobias: Understanding a Complex Behavioural Responser, Journal of Research in Special Educational Needs. 2006; 6: 87-91
- 3- Tyrrell M. School Phobias. J Sch Nurs. 2005; 21(3): 147-51
- 4- Soysal Ş, Bodur Ş. Bir Büyüme Masalı: Okul Korkusu. STED. 2004; 13(6): 234-6
- 5- Özcan Ö, Kılıç BG, Aysev A. Okul Korkusu Yakınması Olan Çocukların Ana Babalarında Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17(3): 173-80
- 6- King NJ, Bernstein GA. School Refusal in Children and Adolescent: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006; 40: 197-205.
- 7- Fremont WP. School Refusal in Children and Adolescents. American Family Physicians. 2003; 68(8): 1555-61
- 8- Kearney CA, Albano AM. The Functional Profiles of School Refusal Behavior. Behavior Modification. 2004; 28(1): 147-161
- 9- Büküşoğlu N. Çocuklarda Okul Fobisi Gelişimine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Ege Pediatri Bülteni. 2004; 11(2): 125-34
- 10- Kearney CA, Bates M. Addressing School Refusal Behavior: Suggestions For Frontline Professionals. Children & Schools. 2005; 27(4): 208-16
- 11- Büküşoğlu N, Aysan F, Erermiş S. Okul Fobisi Olan Çocukların Davranışsal Özellikleri, Annelerinin Ruhsal Belirti Düzeyleri ve Aile Fonksiyonlarının İncelenmesi, Ege Tıp Dergisi. 2001; 40(2): 99-104
- 12- Martin JL, Ford CB, Dyer-Friedman J, Tang J, Huffman LC. Patterns of Agreement between Parent and Child Ratings of Emotional and Behavioral Problems in an Outpatient Clinical Setting: When Children Endorse More Problems. J Dev Behav Pediatr. 2004; 25: 150-5.
- 13- Winkelstein MC. Health Problems of School-Age Children and Adolescents. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, ed. Wong's Essentials of Pediatric Nursing. 7th Edition. Mosby. 2005. p.540
- 14- Miike T, Tomoda A, Jhodoi T, Iwatani N, Mabe H. Learning and Memorization Impairment in Childhood Chronic Fatigue Syndrome Manifesting as School Phobia in Japan. Brain & Development. 2004; 26: 442-7
- 15- McShane G, Walter G, Rey JM. Characteristics of Adolescents with School Refusal. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2001; 35: 822-6
- 16- Henry KL. Who's Skipping School: Characteristics of Truants in 8th and 10th Grade. Journal of School Health. 2007; 77(1): 29-35
- 17- Çengel Kültür ES, Tiryaki A, Ünal F. Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Olan Çocuklarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2003; 10: 3-8
- 18- Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Rollings S, Young D, Pritchard M, Ollendick TH. Evaluation of Child Therapy and Caregiver Training in The Treatment of School Refusal. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2002; 41(6): 687-95
- 19- Kreipe RE, McAnarney ER. Adolesan Dönemi, Behrman RE, Kliegman RM, ed. Nelson Essentials of Pediatrics. Tuzcu S, çev. Tuzcu M, çev ed. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001. p.259-60.
- 20- Türkbay T, Söhmen T. Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Bireysel ve Ailesel Etmenler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2001; 8: 77-8.



Dr. Hasan Canlı, Dr. Ferit Erdoğan*, Dr. Kürşat Özşahin**

Öz

Antibiyotikler mikrobiyolojik etkene yönelik, tedavi hedeflerine uygun kullanıldığında büyük yararlar sağlarken, gereksiz ve uygunsuz kullanıldığında hem konağa, hem de antibiyotiklere önemli zararlar verebilir.

Antibiyotiklerin üçte biri solunum yolu enfeksiyonlarında kullanılmaktadır. Solunum yolu enfeksiyonlarının çoğu viral kaynaklıdır ve antibiyotikler hastalık sürecini etkilemez. Antibiyotik kullanımı hızla artmaktadır. Antibiyotiklerin artan kullanımı, toplumdaki edinilmiş patojenlerdeki antibiyotik direncini artık küresel düzeyde bir sorun durumuna getirmiştir. Bir hastayı nasıl tedavi edeceğimize karar verirken, göz önüne alınması gereken çok sayıda etmen vardır.

Doktor enfeksiyonlu bir hastaya antibiyotik tedavisi reçetelemeyen önce, akılcıca adım adım oluşan bir yaklaşım tarzı benimsemelidir.

Anahtar sözcükler: Antibiyotik, Birinci basamak, Aile hekimi.

Giriş

Antibiyotikler, mikroorganizmaların diğer mikroorganizmaları baskılamak için ürettikleri maddelerdir. Antibiyotikler birçok kişi tarafından mucize ilaçlar olarak görülmüştür. Çünkü doğrudan hastalık etkenine etki ederek, tam tedavi sağlayabilen ilaçlardır (1).

Çeşitli çalışmalar göstermiştir ki; ayakta tedavi edilen hastalara verilen antibiyotik reçetelerinin önemli bir kısmı viral hastalıklar için yazılmıştır. Bunun nedeni, medikal ve sosyal etmenlerle ilişkilidir (1). Solunum yolu enfeksiyonları sık görüldüğü ve antibiyotikler bu hastalıklarda, kullanıldığı için de hataların en fazla yapıldığı durumlardır. Birinci basamakta antibiyotiklerin üçte biri akut solunum yolu enfeksiyonlarında kullanılmaktadır. Antibiyotikler mikrobiyolojik etkene yönelik, tedavi hedeflerine uygun kullanıldığında büyük yararlar sağlanabilirken, gereksiz ve uygunsuz kullanıldığında hem konağa, hem de antibiyotiklere önemli zararlar verebilir (2).

Antimikrobiyal İlaçların Kısa Tarihi

Hastalık yapan mikroorganizmalara karşı insanlar yüzyıllar boyunca çaresizdi. İlk kez 20. yüzyılın başlarında sifiliz tedavisinde kullanılan arsenik (salvarsan) bilimsel kayıtlara geçti (Ehrlich). Bunu sülfonamidlerin atası sayılan ve

Abstract

Just as antibiotics may be of great value when used appropriately to fulfill treatment objectives against a targeted causative agent, they may also cause important damage both to the host and to the efficacy of other antibiotics if used inappropriately or unnecessarily.

One third of antibiotics are used for respiratory tract infections. Most respiratory tract infections are caused by viruses and antibiotics do not alter the course of the disease. Antibiotic use is rapidly increasing and this has turned the antibiotic resistance in community-acquired pathogens into a global health problem. There are so many factors to consider when deciding how to treat a patient. The physician should adopt a rational step-by-step approach before prescribing antibiotics to treat an infected patient.

Key words: Antibiotic, Primary care, Family physician.

tedavide kullanılan ilk sulfa bileşiği olan prontosil kırmızısı izledi (1927, Domagk). Antibiyotik tanımına uyan ilk madde ise bilindiği gibi penisilindir. Daha sonra Sir unvanı alacak olan Alexander Fleming'in 1927'de rastlantısal bulduğu bu madde, 1940'tan sonra kullanıma girmiş ve mucize ilaç olarak ün kazanmıştı. İnsanlık tarihinin bu önemli gelişmesini 1940'ta bulunan ve tüberküloza karşı etkili olan streptomisin izlemişti (Walksman). Bu tarihten sonra hızla ilerleyen çalışmalar sonucu, 1948'de terasiklin grubunun öncüsü aureomisin, 1952'de makrolidlerin öncüsü eritromisin ve glikopeptidlerin öncüsü vankomisin, 1959'da sefalosporinlerin öncüsü sefalosporin C gibi birçok farklı gruplardan antibiyotikler bulunmuş; ancak bu araştırmalar 1970'lerden sonra hedeflerin başka alanlara kayması ve belki de yeni antibiyotiklere gereksinim kalmadığı düşüncesiyle hızını yitirmişti (3, 4). 1980'lerde ise antibiyotiklerle rahatlıkla tedavi edilen bakterilerin artık eskisi gibi olmadığı anlaşıldı; bir biçimde hızla değişmeyi başarıyorlardı ve bu değişim sonucunda bakteriler antibiyotiklere karşı özgün bir savunma yöntemi geliştiriyorlardı. Bu nedenle, antibiyotik işlemez süper mikropların salgınlara yol açmasından ve 'antibiyotik sonrası dönem'in gelmesinden korkulmaktadır (5).

Antibiyotiklerin Yaygın Kullanımı

Antibiyotiklerin üçte biri solunum yolu enfeksiyonlarında kullanılmaktadır. Birinci basamakta yazılan antibiyotiklerin %75'i şu beş tanıya yöneliktir: akut otitis media (AOM), sinüzit, bronşit, tonsillofarenjit ve spesifik olmayan üst solunum yolu enfeksiyonu (6). Kanada da Pennie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile hekimleri ve birinci basamakta çalışan pediatristler akut solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan 2 467 çocuğun %67'sine hemen antibiyotik başlamışlar. Antibiyotik verilen olguların %80'den fazlası AOM, A. Bronşit, A. Farenjitdir. Bununla birlikte, akut solunum yolu enfeksiyonlarının çoğunun viral kaynaklı olduğu, antibiyotiklerin hastalık süresini, belirtilerin şiddetini etkilemediği ve ikincil enfeksiyonların gelişimini engellemediği son yıllarda yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (7). Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda 145 milyon ayaktan antibiyotik tedavisi reçete ediliyor. Bunun yalnızca %20 ila 50'sinin gerçekten gerekli olduğu tahmin ediliyor (6). İsviçre'de hekimlere yapılan bir ankette; antibiyotik ile tedavi edilebilir en sık görünen enfeksiyon hastalıklar sorusuna ise şu biçimde yanıt geldi:

Sistit %20, sinüzit %14, akut bronşit %12, streptokoklara bağlı tonsillofaranjit %9, eksazerbe olan kronik bronşit %8, otitis media %6. İlginç olan, akut bronşitin viral kökenli olmasına karşın, antibiyotik ile tedavi edilen üçüncü. sıklıktaki enfeksiyon hastalığı olarak geçmesi ve antibiyotik kullanımının tartışmalı olduğu akut sinüzitin ikinci sırada geçmesidir (8). Yine ABD'de hastalık kontrol ve önleme merkezince, birinci basamak hekimlerinin 100 milyon antibiyotik tedavisi reçetelediği ve bunların %50'sinin gereksiz olduğunu saptanmıştır (9).

Türkiye'de ise antibiyotik tedavisi sık reçete ediliyor. Bir araştırmada, polikliniklere başvuran

hastaların önemli bir kısmına (%15-48) antibiyotik yazdığı belirlenmiş. Yazılan antibiyotiklerin yalnızca %2-2.5'i kültür sonucuna göre veriliyor (10). İlaça ilişkin rakamlara bakıldığında, ülkemizde ilacın hem üretim ve tüketim miktarının, hem de maliyetinin yıllar içinde arttığı görülmektedir. Örneğin; Türkiye'deki ilaç üretimi 1996 yılında 841 milyon kutu iken, 1998 yılında 993 milyon kutuya ve 2000 yılında %9.5 artarak 1 milyar 94 bin kutuya ulaşmıştır (11). Toplam ilaç satışı ise 2000 yılında 1 milyar 37 milyon kutu olmuştur (12). Türkiye'de 2000 yılı verilerine göre ilaç kullanım oranlarına bakıldığında, antibiyotiklerin %19 ile ilk sırayı aldıkları görülmektedir. Toplam ilaç tüketimi 1999 yılında 2.519 milyon dolar, 2000 yılında 2.737 milyon dolar olarak gerçekleşmiştir (11). Antibiyotiklerin artan kullanımı, toplumdan edinilmiş patojenlerdeki antibiyotik direncini artık küresel düzeyde bir sorun durumuna getirmiştir. Dirençli bakteri klonlarının ortaya çıkmasına yol açan antibiyotik tedavisi, konağın taşıyıcılık durumunu da belirler. Dolayısıyla, dirençli klonların prevalansı, antibiyotik direncinin toplum içinde tedavi edilmemiş kişilere bile taşınmasına yol açar. Bu nedenle, birinci basamak hekimleri tek bir hastaya antibiyotik tedavisi reçetelemenin ya da bundan kaçınmanın yararlarını tartarken, daha geniş kapsamlı düşünerek toplumu da göz önünde bulundurmalarıdır (13).

Akılca Antibiyotik Kullanımı

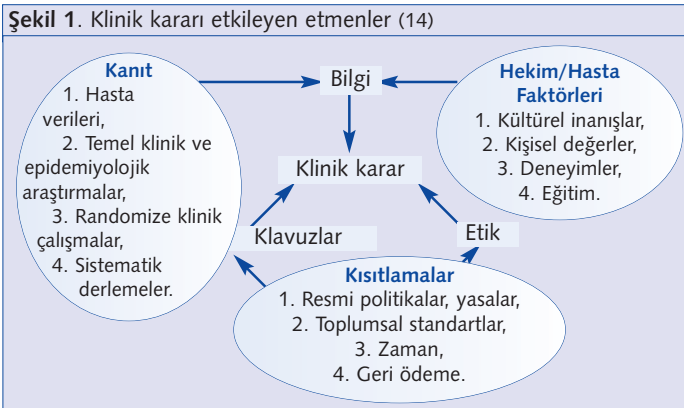
Bir hastayı nasıl tedavi edeceğimize karar verirken göz önüne alınması gereken çok sayıda faktör vardır (Şekil 1). Hasta/hekim faktörleri, kanıt ve kısıtlayıcıların hepsi son karara katkıda bulunur. Epidemiyolojik bilgiler, randomize klinik çalışmaların sonuçları ve sistematik derlemeler karar vermek için yetersiz kalabilir. Kültürel ve kişisel inanışlar, hastanın geçmiş deneyimi de dikkate alınır. Eczane ve tedavi komitelerinin kısıtlamaları ve maliyet ile geri ödeme biçimi son kararın biçimlenmesinde rol oynayabilir (14).

Doktor enfeksiyonlu bir hastaya antibiyotik tedavisi reçetelemeden önce, akılcı ve adım adım oluşan bir yaklaşım tarzı benimsemelidir.

Bu yaklaşım tarzı Tablo 1'de özetlenmiştir (15).

1. Adım: Dikkatli bir öykü ve fizik muayeneye dayalı bir ön tanı konmalıdır. Her zaman yalnızca klinik özelliklerine bakarak bakteriyel ve viral hastalığı ayırt etmek zordur. Klinik ve laboratuvar bulguları bakteriyel olma

Şekil 1. Klinik kararı etkileyen etmenler (14)



Tablo 1. Antibiyotik tedavisi düşünölen hastaya yaklaşım (15)

Öykü ve fizik muayeneye dayalı, deneyime bağlı tanı koymak
Antibiyotik tedavisinin gerekli olup olmadığını belirlemek
Aşağıdaki özellikleri dikkate alarak uygun antibiyotik ajanını seçmek:
- Hastalığıtaki patojene karşı antibiyotiğin in vitro aktivitesini bilmek,
- Hastalıkla ilgili klinik deneyimlere göre antibiyotięin etkinliği ve güvenilirlięi bilmek,
- Antibiyotięin yan etkilerini bilmek (Alerjik reaksiyonlar, ilaç-ilacı etkilenmesi, ilaç-yemek etkilenmesi),
- Olabildięince, en ucuz ve en dar spektrumlu antibiyotięi kullanmak.

Tablo 2. Ampirik antibiyotik tedavisinde temel ilkeler (17)

1. Gerekli endikasyonun bulunması,
2. En olası etken ya da etkenlerin düşünölməsi,
3. Etken olabilecek mikroorganizmaların antibiyotik duyarlılık paterninin bilinmesi,
4. Seçilecek antibiyotięin farmakolojik özelliklerinin bilinmesi,
5. Tedavi verilecek olan hastaya ait özelliklerin gözden geçirilmesi.

olasilığı olan hastaları seçmede yardımcı olabilir. Amaç hastalığın gerçek mikrobiyolojik nedenini bilmektir, daha önemlisi antibiyotik tedavisinin hastalığın gidişatına etkisi olup olmayacağıdır (15) Örneğin; Mycoplasma ya da Chlamydia Pneumoniaenin neden olduğu akut bronşitin gidişatına, antibiyotik tedavisi az etkilidir (16).

2. Adım: Antibiyotięi bu belirli enfeksiyonda kullanacağımıza karar vermeliyiz. Eğer hastalık etkeni mikrobiyolojik olarak kanıtlanmamışsa, ampirik antibiyotik tedavisi verilir. Belirli endikasyonlarda klinik belirti ve bulgulara dayanarak ve antibiyotik kullanım ilkelerine uygun olarak, olası enfeksiyon etkenine yönelik antibiyotik tedavisi, ampirik antibiyotik tedavisi olarak tanımlanır. Ampirik antibiyotik tedavisinde temel ilkeler Tablo 2’de verilmiştir (17).

Ampirik antibiyotik tedavisinin başarılı olabilmesi için doğru antibiyotiğin, doğru dozda ve doğru sürede kullanılması gerekir (17).

3. Adım: Doktor olası yan etkileri ya da ilaç etkileşimlerini değerlendirmelidir. Sonuçta, güvenilirlikte eşit etkinlikte ve emniyetlikte ilaçlar arasından en az ucuzunu seçmelidir (15).

4. Adım: Doktor, hastaya hastalığın gidiş hakkında ve uygun antibiyotik kullanımı hakkında bilgi vermeli. Antibiyotięini tanımlanan doz ve sürede kullanmasının önemi anlatılmalıdır. Eğer viral bir enfeksiyon düşünüyorsak, hastaya antibakteriyel ilaçların viral enfeksiyonlarda etkili olmadığını ve gereksiz antibiyotik kullanımının birçok nedenle zararlı olabileceği açıklanmalıdır (15,18). Birçok çalışma göstermiştir ki; yersiz

antibiyotik kullanımı dirençli organizmalarla enfeksiyonu ve klonizasyonu açısından risk faktörüdür (19). Yersiz antibiyotik reçetelenmesi hastaları ilacın olası yan etkilerine karşı korumasız bırakmaktadır (15).

İletişim: Dr. Hasan Canlı

E-posta: aerdoğan38@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Hooton TM, Levy SB. Antimicrobial resistance: a plan of action for community practice. Am Fam Physician 2001; 63: 1087 – 1096.
- 2- Gonzalez R, Bartlett JG, Besser RE, Cooper RJ, Hickner JM, Hoffman JR, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute respiratory tract infections in adults: background, specific aims, and methods. Ann Intern Med 2001;134:479-86.
- 3- Topallı R. Akılcı antibiyotik kullanımı. 1.Ulusal Aile Hekimliği Günleri. Edirne 2001; 121-130.
- 4- Kayaalp O. Kemoterapötiklere giriş enfeksiyon tedavisinin farmakolojik ve farmakokinetik esasları. Farmakoloji 2000; 175-202.
- 5- Sanyel D. Antibiyotik direnci. Bilim Ve Teknik, Mart 1999: 376; 34-43
- 6- World Health Organization Report on Infectious Diseases 2000, Overcoming Antimicrobial Resistance. WHO, Geneva, 2000.
- 7- Özer C. Akılcı antibiyotik kullanımı. 1.Ulusal Aile Hekimliği Günleri. Edirne, 2001; 131-136
- 8- Frei R, Zimmerli W, Krahenmann J, Auckenthaler R. Antibiotika-sinnvoll eingesetzt. Medical Tribune Seminare. 1999 Januar; 7-11
- 9- Gonzalez R, Bartlett JG, Besser RE, Cooper RJ, Hickner JM, Hoffman JR, et al. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute respiratory tract infections in adults: background, specific aims, and methods. Ann Intern Med 2001;134:479-86.
- 10- Vural O, Dikici N, Atabek E. Hastanemizdeki poliklinik hastalarına yazılan antibiyotik reçetelerinin irdelenmesi. İlaç ve Tedavi Dergisi 2000; 13 (1): 17 – 22.
- 11- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İ.E.İ.S.). Türkiye’de ilaç 2001.
- 12- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İ.E.İ.S.). Aylık Rapor 2001; 13: 111
- 13- Brook I. Microbial factors leading to recurrent upper respiratory tract infections. Pediatr. Infect Dis j. 1998; 17(8suppl):62-67
- 14- Mulrow CD, Cook DJ, Davidoff F. Systematic reviews: Critical links in the great chain of evidence. Ann Intern Med. 1997; 126: 389-391
- 15- Colgan R, Powers JH. Appropriate antimicrobial prescribing: approaches that limit antibiotic resistance. Am Fam Physician 2001; 64: 999-1004
- 16- Gonzalez R, Sande MA. Uncomplicated acute bronchitis. Ann Intern Med 2000;133:981-91.
- 17- Çevik MA, Tülek N. Birinci basamak hekimlikte ampirik antibiyotik tedavisi. İnfeksiyon Gündemi 2000; 1: 131-144
- 18- Center for Disease Control and Prevention. Educational tools. Retrieved June 2001, from: <http://www.cdc.gov/antibioticresistance/tools.htm>.
- 19- Kristinsson KG. Effect of antimicrobial use and other risk factors on antimicrobial resistance in pneumococci. Microb Drug Resist 1997;3:117-23.



Dr. Meltem Kürtüncü Tanır, Çağrı Çövenner*, Dr. Sema Kuğuoğlu***

Öz

Bilgisayar teknolojisinin, yaşamımızın her alanında önemli bir yeri olduğu yadsınamaz. Bilgisayarlar okuldan işe, bankacılıktan alışverişe, günlük yaşamımızın birçok alanına girmiş durumdadır. Çocukların toplumsal, ekonomik ve politik açıdan yeni ve farklı bir dünyaya uyum sağlayabilmeleri için belli oranda bilgisayar kullanmaları gerektiği düşünülmektedir. Bilgisayar teknolojisine yönelik araştırmalarda birçok ebeveyn ve çocuk uygun olmayan reklam, cinsel ve şiddet içerikli programlara karşı bilgisayar ve İnterneti yaşamlarında pozitif bir güç olarak gördüklerini bildirmek. Ülkemiz gençleri üzerinde yapılan araştırmalarda, bilgisayar kullanımının, daha sıklıkla İnternet girişlerinin temel nedeni, kolay ve hızlı bilgiye ulaşmak ya da bilimsel araştırmalar değil de, İnternette arkadaş edinme ve diyalog kurma, sanal ortamda dolaşma (özellikle cinsellik yönü ağır basan sitelerde) olarak ortaya çıktığı saptanmıştır.

Kontrolsüz ve uzun süre bilgisayar kullanımı özellikle televizyon gibi diğer ekran teknolojileriyle de birleştiğinde çocukların fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişimleri üzerinde zararlı etkilere neden olmaktadır. Çocukların üretken, mutlu ve sağlıklı birer erişkin olabilmeleri için fiziksel etkinliğe, sosyal etkileşime ve sevgiye gereksinimleri vardır. Ekran önünde geçirilen zaman süresi uzadıkça çocuklar gelişimleri için yararlı olan spor ve diğer sosyal etkinliklerden yoksun kalmaktadırlar.

Bu makalede genel olarak bilgisayar ve İnternetin çocuklar üzerindeki olumlu/olumsuz etkilerinden ve bu olumsuzluklardan çocukları korumak için ebeveynlere yönelik önerilerden söz edilmiştir.

Anahtar sözcükler: İnternet ve çocuk, İnternet bağımlılığı, İnternetin çocuklara etkileri.

Teknoloji yüzyıllar boyunca insan yaşamında önemli bir yere sahip olmuştur. 1900'lü yılların başlarında filmler, 1920'lerde radyo, 1940'larda televizyon, geçtiğimiz yüzyılın medya teknolojisinin önemli ürünleriydi. Bu teknoloji ürünlerinin çocukların eğitimleri üzerindeki yararlarından söz edilirken, aynı zamanda çocukların uygun olmayan reklam, cinsel ve şiddet içerikli programlara maruz kalmalarından da

Abstract

It goes without saying that computer technology plays an important part in all aspects of our lives. Computers are integrated into countless areas of daily life, including school, work, banking, shopping, installment planning etc. It is considered that children should use computers to some extent in order to adapt to a socially, economically and politically new and different world. Computer technology also brings lots of concerns along with its advantages. Studies on computer technology state that many parents and children consider computers and the Internet as a positive force in their lives despite inappropriate commercials and sexual or violent content. Studies conducted on the young people of our country have determined that the main reason for Internet use is usually online friendship, chatting and surfing, especially in sites featuring mainly sexually content, rather than using the Internet for scientific research or as a gateway to easy and rapid access to information.

Excessive and unsupervised use of computers, especially when combined with use of other screen technologies, such as television, can place children at risk for harmful effects on their physical, social, and psychological development. Children need physical activity, social interaction, and the love and guidance of caring adults to become productive, happy and healthy adults. As the time spent in front of a screen increases, children may be deprived of time for sports and other social activities that are beneficial to their development. In this article, positive and negative effects of computers and the Internet on children are discussed and suggestions are included for parents to protect the children from these negative effects.

Key words: Internet and child, Internet dependency, Effects of the Internet on children.

korkulmuştur. Bugünün teknolojisinde ise bu ürünlere bilgisayarlar da eklenmiştir. Böylece teknoloji geçmişten günümüze çocukların sağlığı ve gelişimi üzerinde olumlu etkileri sağlamakla birlikte, bazı kaygıları da birlikte getirmiştir. Bugünün yeni medyasında bilgisayar oyunları, CD-ROM'lar ve web, medya tartışmalarının odak noktasını oluşturmaktadır. Bilgisayar teknolojisini

*Araş. Gör.; Marmara Ü. Hemşirelik YO Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, İstanbul

**Prof.; Marmara Ü. Hemşirelik YO Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, İstanbul

destekleyen kişiler karşılıklı etkileşimin sosyal ve eğitimsel yararlarına dikkati çekerken, diğerleri olası zararlarından söz etmektedir. Çocukların bilgisayar kullanımı hakkındaki kaygılar; aileler, yazılı basın ve toplumsal örgütler arasında artarak sürmektedir (1).

Son yıllarda çocukların ve gençlerin etrafını saran kitle iletişim araçları hızla değişmiştir (2). Tüm bu iletişim araçlarının seçimi, kullanma süresi ve zamanı; çocuk ve gençlerin inanış, tutum ve davranışlarını ebeveynlerinden, okullarından ve öğretmenlerinden daha fazla etkileyebilmektedir.

Bilgisayar ve İnternet Erişiminin Önemi

Bilgisayar teknolojisinin, yaşamımızın her alanında önemli bir yeri olduğu yadsınamaz. Bilgisayarlar okuldan işe, bankacılıktan alışverişe, taksit ödemeye gibi günlük yaşamımızın birçok alanına entegre olmuş durumdadır. Aynı zamanda kütüphanelere gitmeden birçok bilgiye ulaşmanın yanı sıra, postane ya da telefonun yerini de alarak bireysel haberleşmede etkin duruma geçmiştir. Radyo, televizyon ve gazetelere erişim de bu yolla sağlanabildiğinden günlük haberlere de kolaylıkla her yerden ulaşılabilir (3, 4).

Çocukların sosyal, ekonomik ve politik açıdan yeni ve farklı bir dünyaya uyum sağlayabilmeleri için belli oranda bilgisayar kullanmaları gerektiği düşünülmektedir. Bilgisayar erişimi aynı zamanda çocukların eğitim becerilerini de geliştirmektedir (3,4). Yararlarının yanı sıra kaygıları da getiren bilgisayar teknolojisine yönelik araştırmalarda, birçok ebeveyn ve çocuk, uygun olmayan reklam, cinsel ve şiddet içerikli programlara karşın bilgisayar ve İnternet'i yaşamlarında pozitif bir güç olarak gördüklerini belirtmektedirler. Aynı zamanda birçok ebeveyn İnternet'in çocuklarının ev ödevlerini yapmalarında, etkileyici ve kullanışlı şeyleri keşfetmelerinde yardımcı olduğuna inanmaktadırlar (3).

Ülkemiz gençleri üzerinde yapılan araştırmalarda, bilgisayar kullanımının, daha sıklıkla İnternet girişlerinin temel nedeni, kolay ve hızlı bilgiye ulaşmak ya da bilimsel araştırmalar değil de, İnternet'ten arkadaş edinme ve diyalog kurma, sanal ortamda (özellikle cinsellik yönü ağır basan sitelerde) dolaşma olarak ortaya çıktığı saptanmıştır.

İnternet kullanımının çocuklara çekici gelen yönlerini ise sıralayabiliriz:

- İletişim kurmada kolaylık sağlaması,

- İnternet sayesinde yeni arkadaşlıklar edinme, pek çok yeniliği ilk kez keşfetme,
- Sosyal ortam sunması (bir gruba ait olduklarını hissetme),
- Çocuk ya da gencin, olmak istediği kişi gibi davranabilmesi,
- Ucuz ve uzun süre birçok bireyle aynı anda iletişim olanağı sunmasıdır (5).

Amerikalı 8-17 yaş arasındaki çocukların yüzde 60'nın evlerinde bilgisayar bulunmaktadır ve bunların birçoğunun bilgisayarında İnternet bağlantısı vardır (1). Yapılan başka bir çalışmada, 8-16 yaş grubu çocukların yüzde 20'sinin bilgisayarlarının ve bunların yüzde 11'inin İnternet erişimi olduğu belirlenmiştir (3). Ayrıca 1999 ve 2000 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ailelerin evlerinde bulunan bilgisayar oranının yüzde 2 (yüzde 68'den yüzde 70'e) ve İnternet'in yüzde 11 (yüzde 41'den yüzde 52'ye) arttığı görülmüştür (6).

2000 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, 2-17 yaş arası çocukların evlerinde günde ortalama 34 dakika bilgisayar kullandıkları ve bunun yaşla arttığı saptanmıştır. Bu oran ortalama olarak günde 2-5 yaş arasında 27 dakika 6-11 yaş arasında 49 dakika ve 12-17 yaş arasında 63 dakikadır (3).

Ülkemizde 3-18 yaş grubu çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, ailelerin yüzde 35.7'sinin evinde bilgisayar ve yüzde 21.7'sinin evinde İnternet bulunduğu ve anne baba eğitim düzeyi arttıkça evdeki elektronik kitle iletişim araçlarının sayısının da arttığı saptanmıştır. Çocukların evde günde ortalama olarak bilgisayar kullanmaya 18 dakika, İnternet kullanmaya 7 dakika, bilgisayar oyunlarına 14 dakika ve video oyunlarına 10 dakika zaman ayırdıkları saptanmıştır. Çocukların yaşları arttıkça bilgisayar kullanma, İnternet kullanma ve bilgisayar oyunlarına ayırdıkları sürelerin de arttığı bulunmuştur. 11-13 ve 14-18 yaş grubundaki çocuklar ise bilgisayar kullanma ve bilgisayar oyunları oynamaya diğer etkinliklerden daha fazla zaman ayırmaktadırlar (2).

Bilgisayar ve İnternet'in Çocuklar Üzerindeki Etkileri

Kontrolsüz ve uzun süre bilgisayar kullanımı özellikle televizyon gibi diğer ekran teknolojileriyle de birleştiğinde çocukların fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişimleri üzerinde zararlı etkilere neden olmaktadır. Çocukların

üretken, mutlu ve sağlıklı birer erişkin olabilmeleri için fiziksel etkinlikte, sosyal etkileşime ve sevgiye gereksinimleri vardır (3). Ekran önünde geçirilen zaman süresi uzadıkça, çocuklar gelişimleri için yararlı olan spor ve diğer sosyal etkinliklerden yoksun kalmaktadırlar (1,3). Ayrıca çocuklar ileriki yaşamlarında da onları olumsuz yönde etkileyebilecek şiddet, cinsel ya da reklam / ticari içerikli programlara, ürünlere maruz kalabilirler. Hem okulda, hem de evde uygun ve sağlıklı bilgisayar kullanımını sağlamak için bilgisayar kullanımı sınırlandırılmalı ve gözetim altında olmalıdır (3).

Bilgisayar ve İnternet'in etkilerini genel olarak üç başlık altında inceleyebiliriz:

1. Fiziksel Etkileri

Uzun süre bilgisayar kullanımı çocukların görme, duruş-iskelet ve el bileklerinde sorunlar, radyasyon riski, uyku sorunları, kabuslar, verim azlığı ve yorgunluk gibi zararlı etkilere neden olmaktadır (3, 5, 7). Bilgisayar ya da ekran önünde çok fazla zaman geçiren çocuklarda, sağlıklı gelişimleri için gerekli fiziksel aktivitelerin yerini bu araçlar almaktadır ve bu durum obezite riskini de artırmaktadır (3, 8). Yapılan araştırmalarda günde beş saat ya da daha fazla bilgisayar kullanan çocuklar ve obezite arasında ilişki saptanmıştır. Ekran önünde sedanter bir zaman geçirme de benzer bir riski ortaya çıkarmaktadır. Bilgisayarlar çocuklar için tasarlanmış araçlar olmadıkları için çocukların bu zararlı etkilere maruz kalma riskleri daha fazladır (3). Bilgisayarların çocuklar üzerindeki zararlı fiziksel etkilerini önlemek için Şekil 1'de de gösterildiği gibi şunlara dikkat edilmelidir (5):

- Zaman zaman gezinmeler ve küçük egzersizler yapılmalıdır.
- Bilgisayarın bulunduğu masa üstü ergonomik olmalıdır.
- Fare, klavyeye çok yakın ve aynı yükseklikte olmalıdır.
- Masa ve klavye çok yüksek olmamalıdır.
- Klavyede yazı yazarken bilekleri herhangi bir yere dayamadan çalışılmalıdır.
- Ekran sürekli olarak bakılmamalıdır.
- Ekran ile göz aynı hizada olmalı ve gözden en az 50 cm, ideal olarak 75 cm uzakta olmalıdır.
- Boyun sürekli gergin tutulmamalı, ara sıra boyun egzersizleri yapılmalıdır
- Oturulan koltuk, omurganın doğal biçimini almalı ve sırtı desteklemelidir.

- Koltuğa oturulduğunda arkaya rahat dayanılabilmeli, ayaklar yerden kesilmemelidir.
- Dizler rahatça oynatılabilmelidir.
- Oturma yeri ile koltuk arkalığı arasındaki açı 85-120° arasında olmalıdır.

2. Psikolojik Etkileri

İnternet'in çekiciliğine kapılıp, zamanın çoğunu bilgisayar önünde geçiren çocuklarda bir süre sonra "İnternet bağımlılığı" oluşmaktadır. İnternet bağımlılığı, TV bağımlılığı, kumar bağımlılığı, aşırı yemek yeme gibi davranışsal bir bağımlılıktır. Buna bir tür "teknolojik bağımlılık" da diyebiliriz. Teknolojik bağımlılıklar, pasif (TV bağımlılığı) ya da aktif (bilgisayar bağımlılığı) olabilir (9). İnternet iletişimi ve etkileşimli oyunlar bazı çocukları o kadar bağlar ki çevrimiçi ortamda geçirdikleri zamanı fark edemezler (10). Çocuğun bilgisayarda giderek daha çok zaman harcaması, içe kapanma ve göz iletişiminde zorluk çekme, İnternet bağlantısı engellendiğinde aşırı tepki gösterme, yaşlılarıyla ilişkilerinde azalma ve ileri geri sallanma, parmaklarıyla gereksiz oynama gibi yinelemeli beden hareketleri yapması, okul başarısının düşmesi, saldırgan davranışlar, dikkat ve konsantrasyon sorunları bilgisayar bağımlılığının göstergeleri arasındadır (5,11,12).

3. Sosyal Etkileri

Aşırı bilgisayar kullanımı çocukların sosyal gelişimlerini de etkileyebilir. Yaklaşık yedi yaşından itibaren aile, akran, okul, toplum ve medya; çocukların kişiler arası becerilerinin gelişiminde ve toplumsal uyumun sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Günümüzde insan ilişkilerinin yerini elektronik ilişkilerin alacağına yönelik kaygılar giderek artmaktadır (3). İnternet'in sanal arkadaşlıklar, sosyal aktivitelerde azalma ve aile ilişkilerinde bozulmalar gibi olumsuz sosyal etkileri de görülmektedir (5). Sekiz-16 yaş grubu çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, yüzde 20'sinin bilgisayarının yatak odalarında ve bunların da yüzde 11'nin İnternet erişimi olduğu; bu durumunda da sosyal izolasyona neden olduğu belirlenmiştir (3).

İnternet Kullanımının Olumsuz Etkilerini Olumluya Çevirme

Bilgisayarlar ve İnternet gibi araçlar çocuk ve gençlerin öğrenmeleri için onlara gelişimsel olarak uygun ve sınırsız bir çevre sağlarken (13), bazen de çocuklar ve gençler bu araçlar aracılığı ile olumsuz cinsel bilgiler, şiddet

davranışları, alkol ve sigara alışkanlıkları, kumar, sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi istenilmeyen alışkanlıklar edinebilirler (2,7, 14). Ebeveynler, İnternet'in çocukları için yeni eğitim fırsatları sunan heyecan verici bir dünya olduklarını düşündükleri için ilk başta evlerinde İnternet bağlantısı olmasına sıcak bakmışlardır. Ancak çoğu ebeveyn, çocuklarının İnternet'i ev ödevleri ya da araştırma için kullanmadığını fark etmişlerdir. Çocuklar genellikle arkadaşlarıyla anlık ileti gönderip alarak, çevrimiçi oyunlar oynayarak ya da sohbet odalarında yabancılarla konuşarak saatler geçirmeye başlamışlardır. Çocukların İnternet kullanımı ile diğer etkinlikler arasında sağlıklı bir denge kurmasına yardımcı olmanın bazı yolları şöyle belirtilebilir (10):

- **İnternet bağımlılığı belirtilerini aramak:**

Çocuğun kişiler arası iletişim becerilerini etkileme durumu ebeveynler tarafından gözlenmelidir (örn: okul performansı, aile ve arkadaş ilişkileri) (10).

- **Profesyonel yardım almak:** Çocukların bilgisayarda sohbet etme, İnternet'te çok fazla zaman geçirmeleri sonucunda okul başarılarının ve sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesi gibi İnternet bağımlılığı belirtileri göstermeleri durumunda profesyonel yardım alınmalıdır (5,10). Doksan üç aile üzerinde İnternet kullanımının etkileri ile ilgili yapılan bir çalışmada, ergenlerin İnternet başında daha çok zaman geçirdikleri ve bunun sonucunda sosyal etkileşimlerinin azaldığı, depresyon ve yalnızlık duygularının arttığı belirlenmiştir (3).

- **Ebeveynlerin bilgisayar/İnternet kullanım alışkanlıklarını belirlemek:** Çocuklar ebeveynlerini rol modeli olarak gördükleri için, ebeveynlerin alışkanlıkları doğrudan onların davranış biçimlerini etkileyecektir (10).

- **Bilgisayar/İnternet kullanımını yasaklamak:** Çocuklara İnternet kullanımında yasaklar koymak yerine, buna ilişkin kurallar koyulabilir ve aile ile çocuk arasında bilgisayar/İnternet kullanım sözleşmesi oluşturulabilir.

- **Bilgisayarı açıkta tutmak:** Bilgisayarı çocuğun odasında değil, evin ortak kullanım alanlarından birine kurulması daha uygun olmaktadır (10). Yapılan bir çalışmada evlerinde bilgisayar bulunan ailelerin yüzde 21.3'ünde bilgisayarın çocuğun odasında bulunduğu ve eve bilgisayarın daha çok çocukların okul ödevlerini yapması (ders çalışmak) amacı ile

alındığı saptanmıştır. Ancak çocukların yalnızca yüzde 19.7'sinin bilgisayarı okul ödevleri için bilgi toplamak ve ödev yapmak için kullandıkları belirlenirken, yüzde 7.8'inin İnternet sitelerine girmek, yüzde 13.6'sının eğlenmek, yüzde 5.7'sinin *chat* yapmak, yüzde 22.6'sının oyun oynamak amacı ile kullandıkları saptanmıştır. Bu oyun CD'lerinden de en çok spor (yüzde 12.7) ve macera (yüzde 10.8) oyunlarının tercih edildiği görülmüştür (2).

- **Çocukların sosyalleşmesine yardımcı olmak:** Çocukların diğer etkinliklere katılması desteklenmeli ve özendirilmeli; özellikle de diğer çocuklarla zaman geçirmesi sağlanmalıdır (10).

- **Çocukları izlemek:** İnternet kullanımını izleyen ve kısıtlayan yazılımlar araştırılmalıdır. Filtreleme ve izleme araçları kullanışlı olmalarına karşın, bu araçların deneyimli bir bilgisayar kullanıcısı tarafından devre dışı bırakılabileceği unutmamalıdır. Buradaki amaç, çocukların İnternet'te kendine hakim olma, disiplin ve sorumluluk gibi beceriler geliştirmesine yardımcı olmaktır (10).

Ebeveynler için öneriler:

- Öncelikle, çocuğunuzla karşılıklı güvene dayalı, iletişime açık ve tutarlı bir ilişki kurmalısınız (12,16,17). Böylece çocuğunuz İnternet ortamlarında rahatsız edici kişi ya da durumlarla karşılaştığında sizden yardım alabileceğine inanır (16,17).

- Çocuğunuz kadar İnternet'i tanımalı ve kullanabiliyor olmalısınız. Böylece çocuğunuzun İnternet'te neler yaptığı hakkında bilgi sahibi olarak yersiz kaygılardan kurtulursunuz (17).

- Çocuğunuzla birlikte İnternet'te zaman geçirmeli ve ona İnternet'i kullanma biçimleri konusunda model olmalısınız. Birlikte bilgi aramak, kişisel İnternet sayfası hazırlamak ya da resim ve müzik dosyaları bulup indirmek, çocuğunuzla kaliteli zaman geçirmenizi sağlar (10,17).

- Çocuğunuzun İnternet'te şiddete, pornografi ya da benzer olumsuz uyarılara maruz kalmaması için, öncelikle İnternet erişimi için gerekli filtreleme programlarının bilgisayarda olmasını sağlamalısınız (7,10,17).

- Evdeki kişisel bilgisayarınızı herkesin gözü önünde ortak bir yaşam alanında buldurmalısınız (7,10,17).

- İnternet'in olumsuzlukları ve İnternet'te

çocuğunuzun karşılaşabileceği istenmedik durumlarda neler yapabileceği hakkında onu bilgilendirmelisiniz. Örneğin, çocuğunuzun rahatsız eden iletişimleri sonlandırabileceğini hatta gerekirse İnternet'ten çıkabileceğini söylemeniz bile çocuğunuzun kendine güvenmesini ve kontrolün kendisinde olduğu inancının gelişmesini sağlar (16,17).

- İnternet kullanımı çocuğunuzun ders çalışmasına, sosyal ilişkilerine, sizinle olan iletişimine engel olacak biçimde artmadan İnternet kullanımını belli ölçülerde sınırlamalısınız. Yasaklar koymak İnternet kullanımını daha çekici hale getirir (10,16,17).

- Çocuğunuzda İnternet bağımlılığı gelişmemesi için onu yetenekleri doğrultusunda yaratıcı etkinlikler, spor, oyunlar ve kitap okuma gibi değişik uğraşlara yönlendirebilirsiniz (7).

- İnternet kullanımı çocuğunuzun gündelik yaşamını engelleyecek bir düzeye geldiye okuldaki rehber öğretmene ya da bir uzmana başvurarak durumla başa çıkabilmek için profesyonel yardım almalısınız (17).

İletişim: Dr. Meltem Kürtüncü Tanır

E-posta: meltemkurtuncu@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Wartella EA, Jennings N. Children and computers: New technology-old concerns. Children and Computer Technology Fall/Winter 2000; 10(2):31-43.
- 2- Arnas Aktaş Y. 3-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin interaktif iletişim araçlarının kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi. The Turkish Online Journal of Educational Technology, October 2005; 4(4), Article 9.
- 3- Shields MK, Behrman RE. Children and computer technology: analysis and recommendations. Children and Computer Technology Fall/Winter 2000;10(2):4-30.
- 4- Roschelle JM., Pea RD., Hoadley CM., Gordin DN., Means BM. Changing how and what children learn in school with computer-based Technologies. Children and Computer Technology Fall/Winter 2000; 10(2):76-101.
- 5- Bozkurt D., Şimşek Karabulut C. Bilgisayar internet ve çocuklarımız. 8. Ulusal Rehberlik Sempozyumu, 25 Mart 2006, İrmak Okulları Caddebostan / İstanbul.
- 6- Woodard EH ve Gridina N. Media in the home. The fifth annual survey of parents and children. <http://www.appcpenn.org/mediainhome/survey/survey7.pdf> (Erişim tarihi:27.03.2007)
- 7- Bar-on ME, Broughton DD, Buttross S, Corrigan S, Gedissman A, Gonza'lez de Rivas MR, Rich MO, Shifrin D (Committee on Public Education). Media violence. Pediatrics 2001;108(5): 1222-1226.
- 8- Lajunen HR, Rahkonen AK, Pulkkinen L, Rose RJ, Rissanen A, Kaprio J. Are computer and cell phone use associated with body mass index and overweight? A population study among twin adolescents. BMC Public Health February 2007;7(24):1-8.
- 9- İnternetin Çocuklar Üzerindeki Etkileri. <http://www.cukolej.com/kategoriler> (Erişim tarihi:21.03.2007)
- 10- Çocuklarınız internet bağımlısı mı? <http://www.microsoft.com/turkiye/athome/security/children/kidwebaddict.msp> (Erişim tarihi: 14.03.2007)
- 11- Yalçın N. İnterneti doğru kullanıyor muyuz? İnternet bağımlısı mıyız? Çocuklarımız ve gençlerimiz risk altında mı? <http://ab.org.tr/ab06/bildiri/113.doc> (Erişim tarihi: 27.03.2007)
- 12- Gümüşel O: Kitle İletişim Araçlarında Şiddet ve Teknolojik Bağımlılık. http://www.mcatürk.com/mca_icerik_detay.php?icerikid=280 (Erişim tarihi: 26.03.2007)
- 13- Specht, J., Wood, E., Willoughby T. What Early Childhood Educators Need to Know About Computers in Order to Enhance the learning Environment. Canadian Journal of Learning and

Şekil 1. Bilgisayar kullanırken doğru oturma pozisyonu



Kaynak: <http://www.kemalozlu.com.tr/2008/05/bilgisayar-kullanırken-salnzdan-olmayn.html>

Technology. Winter / Hiver 2002; 28(1).

Accessed March 29, 2007 at

http://www.cjlt.ca/content/vol28.1/specht_etal.html

14- Cantor J. Media Violence. Journal of Adolescent Health 2000;27 (2), Suppl 1 :30-34.

15- Çocukları çevrimiçi olduklarında korumaya yönelik aile anlaşmaları yapmak.

<http://www.microsoft.com/turkiye/athome>

/security/children/famwebrules.msp

(Erişim tarihi: 14.03.2007)

16- Aile çocuk internet kullanım sözleşmesi.

<http://www.egitim.com/genel/0000.ailecocukinternetkullanimkontrati.p01.asp>

(Erişim tarihi: 14.03.2007)

17- Demirutku K. Çocuklar için güvenli internet broşürü. Türk Psikologlar Derneği, Ankara Mayıs 2006.

İnternet Kullanım Sözleşmesi

- Ailemin benim güvenliğimi ve sağlığımı düşündüklerini biliyorum. Bu yüzden, bilgisayar ve İnternet konusundaki kurallara uymam konusunda ailemle işbirliği içinde olacağım. İnternetle ilgili yapmamı istemedikleri bir şey olduğunda onların sözünü dinleyeceğim (15,16).

- İnterneti ne zaman ve ne kadar süre ile (____ dakika ya da ____ saat) kullanabileceğim konusunda annem ve babamla konuşacağım (15).

- Adımı, adresimi, telefon numaramı, okulumu, ailemin adını, adresini, telefon numarasını ya da başkalarının beni bulmasını kolaylaştıran herhangi bir bilgiyi (tuttuğum takım, gittiğim yerler vb.), İnternette tanıştığım kişilere vermeyeceğim (15,16).

- Aileme sormadan İnternet aracılığıyla hiçbir şey satın almayacağım ve hiçbir kredi kartı numarası vermeyeceğim (15,16).

- Ailemle konuşmadan İnternet aracılığıyla sorulan sorulara yanıt vermeyeceğim. Hiçbir form doldurmayacağım ya da hiçbir yarışmaya katılmayacağım. Ayrıca girdiğim sitenin bir güvenlik ilkesi olup olmadığını kontrol edeceğim. Verdiğim bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı konusunda güvence verip vermediğine bakacağım. Aksi halde hiçbir şekilde kişisel bilgi vermeyeceğim (16).

- Bazı insanların kötü niyetli olabileceklerini ve çocuk olmadıkları halde çocuk gibi davranabileceklerini biliyorum. Bu nedenle İnternette tanıştığım kişileri aileme söyleyeceğim. Ayrıca yeni tanıştığım kişilerden aldığım mesajları aileme gösterecek ve onların onayı olmadan bu mesajlara yanıt vermeyeceğim (15,16).

- İnternette iyi bir dil kullanacağım ve nazik olacağım (16).

- Yalnızca şaka yapıyor olsam bile kimseyi korkutmayacağım ya da tehdit etmeyeceğim (15,16).

- Bilgisayarıma herhangi bir disk ya da İnternette bir bilgi yüklemeyi önce virüs kontrolü yapacağım (16).

- Ailem bana daha önce çok büyük bir tepki göstermeyeceğine söz verdiği için İnternet yüzünden başıma ne gelirse gelsin, onlara söyleyeceğim (16).

- İnternet parolalarımı annem ve babam dışında kimseye (en iyi arkadaşlarıma bile) vermeyeceğim (15).

- Uygun izni almaksızın disketlerden, CD'lerden ya da İnternette hiçbir şey yüklemeyecek, kurmayacak ya da kopyalaymayacağım (15).







- Annemi ve babama aşağıdaki İnternet oturum açma ve sohbet adlarımı bildireceğim (15).

Adı (çocuk): _____

Ebeveyn ya da veli: _____

Oturum açma adı: _____

Tarih: _____

	STED'den	I		Yaşlı Sağlığı	VII
	STED Yazarlarına Bilgi	II		"Yaşlılık ve Engellilik"	
				<i>Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Aylin Yaman, Dr. İsmail Tufan, Dr. Hakan Yaman</i>	
	Türkiye'nin Sağlığını Okumak	IV		Ödüllü Bulmaca	XI
	"Bölgelerimizde Bebek Ölümleri"				
	<i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>				
	Sigara ve Sağlık	V			
	"Sigara Bırakırken Dikkat Edilmesi				
	Gereken Beslenme Önerileri"				
	<i>Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir</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 işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır.
- Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
- Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes 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 önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer 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 vermelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

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

Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980-3.

ya da

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

Kitap

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

Kitap bölümü

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

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

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

9. Tablolar: Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı 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 değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için özgün kaynak belirtilmelidir.

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları 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 yazılışla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özette kısaltma kullanılmamalıdır.

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

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

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

Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların 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, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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

Türkiye'nin Sağlıkını Okumak

"Bölgelerimizde Bebek Ölümleri"

Dr. Onur Hamzaoğlu*



Tablo. Yıllara ve demografik bölgelere göre bebek ölüm hızı (binde, eşitsizlik göstergeleri ve değişim)

Bölge	1978	2003	2008	Değişim (1978-2008)	Değişim (2003-2008)
Batı	108	22.0	9.4	11.5	2.3
Güney	109	29.0	21.8	5.0	1.3
Orta	151	21.0	18.5	8.2	1.1
Kuzey	141	34.0	11.4	12.4	2.9
Doğu	147	41.0	25.3	5.8	1.6
Hız oranı (Doğu/Batı)	1.36	1.86	2.69	2.0	1.4
TAR (%)	19.4	27.6	46.6	2.4	1.7
Türkiye	134.0	29.0	17.6	7.6	1.6

Yukarıdaki tablo ülkemizde canlı doğup birinci doğum gününü göremeden yitirdiğimiz bebeklerimizi gösteriyor. Bin dokuz yüz yetmiş sekiz yılında canlı doğan bin bebeğimizden 134'ü, o tarihten 25 yıl sonra 29'u ve otuz yıl sonra, 2008 yılında da 18'i birinci doğum günlerini göremeden ölmüşler. Batı bölgemizde de, Doğu bölgemizde de ya da bölgelerimizin hepsinde benzer bir durumdan söz edebiliriz. "Otuz yıllık süre içinde ülke genelinde ve bölgelerimizde birinci doğum gününü göremeden yitirilen bebeklerimiz azalmıştır" saptamasını yapabiliriz.

Bununla birlikte, uzunca bir süredir bu köşedeki çalışmalarımızla, sayılara yalnızca bakmakla yetinmemek, arkasındaki gerçekleri görebilmek için çaba harcıyoruz. Yukarıdaki tabloya da görmek için baktığımızda, bizim için "yeni" olmamakla birlikte, farklı bazı bulgularla da karşılaştığımızı söylemeliyiz. Otuz yıl önce, Batı Bölgemizde birinci doğum gününden önce bir bebeğimizin ölümüne karşılık, Doğu Bölgemizde 1.4 bebeğimizi yitiriyorduk. Bu durum 2003 yılında 1.9'a yükseldi. Diğer bir değişle, Batı bölgemizde bir bebek ölümüne karşılık Doğu bölgemizde 1.9 bebeğimizi yitirmeye başladık. İki bin sekiz yılına geldiğimizde de Batı bölgemizde birinci doğum gününü göremeden yitirdiğimiz her bir bebeğimize karşılık Doğu bölgemizde 2.7 bebeğimizi yitirdik. Yıllar içinde doğu ile batı farkı artarken, önlenemez, başka bir ifadeyle "pisi pisine" bebek ölümlerimizin de artmış olduğuna tanıklık ediyoruz.

Önceki çalışmalarımızda paylaştığımız olmamıza karşın, birlikte, yeniden gözden geçirmemizde yarar var. Bildiğiniz gibi, Toplumda Atfedilen Risk (TAR), sağlık alanındaki eşitsizlikleri saptamak için kullandığımız göstergelerden birisidir. Tablomuzdaki örnek üzerinden açıklayacak olursak; bebek ölüm hızı en yüksek bölgenin sosyoekonomik durumu, bebek ölüm hızı en düşük bölgenin sosyoekonomik düzeyine getirilebilse ölmüş yüz bebekten kaçının ölümünü engellememizin olanaklı olabileceğini göstermektedir. Yukarıdaki tabloda, Türkiye'de gerçekleşmiş 100 bebek ölümünden 1978 yılında

19'unun, 2003 yılında 28'nin ve 2008 yılında da 47'sinin engellenebilir ölümler olduğunu görüyoruz. Bu veriler bizlere ülkemizde "pisi pisine" bebek ölümlerinin yıllar içinde artmakta olduğunu gösteriyor. Son otuz yılda sağlıkta sosyoekonomik temelli eşitsizlikler çığ gibi büyüyor. İyileşmeler herkese, her bölgeye farklı farklı yansıyor; mağdurlar daha da mağdur oluyorlar.

Bu sonuçların yanında, eşitsizlik göstergelerindeki değişimi de görelim istedik. Son otuz yıl içinde bebek ölüm hızı açısından Batı ile Doğu bölgelerimiz arasındaki farklılık %200, ölen bebeklerimiz arasında engellenebilir olanların ("pisi pisine" ölenlerin) payının da %240 artmış olduğunu görüyoruz.

Bunların yanı sıra, sağlıkta "büyük başarılar elde ettiği", "bu başarılar sonucunda" 2007 genel seçimlerinde oylarını artırdığı söylenen AKP Hükümetleri dönemini de incelemeye çalıştık. Sonuçlar hiç de kamuoyuna yansıtıldığı gibi değil. Ülke yönetimine geldikleri zamandaki durum ile beş yıl sonrasında, 2003-2008 yılları arasında bebek ölüm hızı açısından ülke genelinde %160'lık bir iyileşme yaşanmasına karşın, Batı ile Doğu bölgelerimiz arasındaki farklılık %140, ölen bebeklerimiz arasında engellenebilir - "pisi pisine" - olanların payının da %170 artmış olduğunu görüyoruz.

Bu veriler AKP Hükümetlerinin de mağduru daha mağdur ettiğinin, hatta önceki dönemlere göre bunun şiddetinin daha da arttığının kanıtı olarak okunmalıdır. Yazılı ve görsel medyanın önemli ideolojik araçlar olduğuna bir kez daha günlük yaşantımızda tanıklık etmiş oluyoruz. Kararı nasıl da AKmış gibi gösteriyorlar değil mi?

Kaynaklar

Hacettepe University Institute of Population Studies, Turkish Population and Health Survey 1978, Ankara.

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

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Ön Rapor Toplantısı Sunum Dökümanları, 13 Mart 2009, Kızılcahamam, Ankara.

İletişim:
Dr. Onur Hamzaoğlu
E-posta:
ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr



Dr. Dilek Aslan, Dr. Nazmi Bilir***

Türkiye, 19 Temmuz 2009 itibariyle dünyada sayılı ülkede var olan biçimde restoran, bar ve kahvehaneleri de kapsamak üzere, bütün kapalı yerleri sigara dumanından arındırmıştır. Bu yasanın uygulamaya girmesinden sonra sigara içme davranışını bırakmak isteyen birey sayısında artış eğilimi beklenmektedir. Bu durum, bu kitleye yönelik yaklaşım ve hizmetlerin standart ve sürekli bir biçimde sunulması gereksinimini doğurmaktadır. Sigara bağımlılığı bir hastalık olarak kabul edildiği için hekimlerin ve sağlık çalışanlarının sorumlulukları önem kazanmaktadır. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2005 yılında 31 Mayıs Dünya Sigara İçmeme Günü teması olarak **tütün kontrolünde sağlık çalışanlarının rolünü** ayrıntılı olarak ele almıştır (1). Sigara içen bireylerin çoğunluğu sigara içmekten hoşlanmamakta, tamamına yakın bölümü sigaranın yarattığı sağlık sorunlarını bilmektedir. Ancak sigarayı bırakmak isteyenlerin bazı çekinceleri ve kaygıları vardır. Bunlar arasında kilo almak gibi bir neden de ileri sürülmektedir. Doğru beslenme alışkanlıklarının kazanılmasıyla bu çekincenin kolaylıkla zihinlerden silinmesi olanaklıdır. Sağlık çalışanları bu konuda doğru bilgileri kamuoyuna ve gereksinim duyan bireylere gerçekçi ve kanıta dayalı verilerden yararlanarak aktarabilmelidirler.

Sigarayı bırakmak isteyen, ancak bu konuda kilo almaktan çekinen bir bireye yönelik hekim tarafından sunulacak hizmet/yaklaşımlar şöyle özetlenebilir (2):

1. Sigarayı bırakma girişiminden dolayı bireyi kutlayınız.
2. Sigarayı bırakma nedenini öğreniniz.
3. Kilo alma konusundaki kaygı gereçlerini sorunuz.
4. Sigarayı bırakma zamanını kararlaştırınız.

5. Sigarayı bırakmayı kolaylaştıracak mesajlarınızı sıralayınız:

- a. Çevredeki sigarayı anımsatan imgelerin, (kül tablası vb.) kaldırılmasını öneriniz.
- b. Daha önce sigara içerken yaptığı davranışlardan bir süre kaçınmasını söyleyiniz (örneğin; sigara ve kahve, çay içimi)
- c. Sigarayı bırakmak için özel bir gün belirlenebileceğini belirtiniz (doğum günü, evlilik yıldönümü, vb.).
- d. Sigarayı bırakmaya karar verdiğini yakınlarına açıklamasını öneriniz.
- e. Sigarayı bırakma kararından sonra sigara içse bile, bu kararı **yeniden** alabileceği bu konuda geri adım atmaması gerektiğini belirtiniz.

Sigara bağımlılığının bir hastalık olduğuNU, bundan kurtulmak için destek alabileceği kişiye anlatılmalıdır. Desteğin farklı yöntemleri bulunmaktadır. Dünyada kabul görmüş yöntemler arasında davranış tedavileri, danışmanlık, telefon ve İnternet tabanlı destek, tıbbi destek yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü son olarak 7 Mayıs 2009'da nikotin replasman tedavisinin iki formunu (transdermal yamalar ve nikotin sakızları) DSÖ'nün temel ilaçlar listesine eklemiştir (3, 4).

6. Sigarayı bırakan bir kişi sigara içme davranışı her aklına geldiğinde el-ağız hareketinin yerini doldurmalıdır. Bu konuda en basit ve sağlıklı yaklaşım su içilmesinin önerilmesidir.

7. Sigara içmek akla geldiğinde yapılması önerilen bir başka davranış da kişinin bulunduğu pozisyonu değiştirmesidir. Kişi oturuyorsa yerinden kalkabilir, ya da yürüyebilir vb.

8. Fizik egzersiz sağlıklı yaşam davranışları arasında çok önemli bir yere sahiptir. Düzenli fizik egzersizi kişinin yaşam davranışı olarak

*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi

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



benimseyebilmesi, sigarayı bırakmasını da kolaylaştırır. Bu sayede kişi fazla kilolarından da kurtulacaktır. Bu öneri için yaş sınırı bulunmamaktadır. Ancak kişinin yaşına, cinsiyetine, herhangi bir hastalığının olup olmamasına göre egzersiz süresi, tipi, miktarı, yoğunluğu değişebilir. Bu konuda hekimlerin yönlendiriciliği önem taşımaktadır.

9. Genel sağlıklı beslenme kuralları sigarayı bırakan bireyler için de geçerlidir. Sık ve az yemek yemek, öğün atlamak, besin çeşitliliğine dikkat etmek, yeterli sıvı (su) tüketmek gibi adımlar her bireye önerilmelidir. Sağlık için beslenmenin yeterli ve dengeli olması gerekir.

10. Beslenme önerileri sigarayı bırakmak isteyen ergenlik dönemindeki genç kızlara ve erkeklere yönelik de olabilir. Çünkü kilo alamamak özellikle genç kızların sigaraya başlama gerekçeleri arasında, şişmanlamamak

gibi nedenler öne sürülmektedir. Tütün endüstrisi gençlere yönelik taktiklerini (film, sinema, magazin, vb) süreklilik içinde uygulamaktadırlar (5).

11. Beslenme ile ilgili olumlu mesajlar sigara paketleri üzerine de yerleştirilebilir. DSÖ 31 Mayıs 2009 Dünya Tütünsüz Günü temasını sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıların etkinliğine ayırmıştır. Paket üzerine beslenme ile ilgili önerilerin yerleştirilmesi konu ile ilgili toplumda duyarlılığın, bilgi düzeyinin ve farkındalığın artmasını kolaylaştırabilir (6).

Sonuç olarak, sigara bağımlılığından kurtulmak için kilo alma kaygısı bir engel değildir. Doğrusu beslenme alışkanlığı ve düzenli fizik egzersiz ile bu kaygı giderilebilir. Konu ile ilgili hekimler ve diğer sağlık çalışanları topluma bilgi akışını sürekli olarak sağlamalıdır.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- World No Tobacco Day 2005. <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/en/index.html>. Erişim tarihi: 7 Eylül 2009.
- 2- Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Tools for Public Health. http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html. Erişim tarihi: 7 Eylül 2009.
- 3- Two forms of nicotine replacement therapy chosen as WHO "Essential Medicines". http://www.who.int/tobacco/communications/highlights/nrt_therapy/en/index.html. Erişim tarihi: 7 Eylül 2009.
- 4- Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf. Erişim tarihi: 7 Eylül 2009.
- 5- http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2008/fyer_english.pdf. Erişim tarihi: 6 Eylül 2009.
- 6- <http://www.who.int/tobacco/wntd/2009/materials/en/index.html>. Erişim tarihi: 6 Eylül 2009.



Dr. Melahat Akdeniz, Dr. Aylin Yaman**, Dr. İsmail Tufan***, Dr. Hakan Yaman**



Sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi, bireysel ve toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısı sonucu, erken ölümlere yol açan hastalıkların kontrol altına alınmasına paralel olarak, tüm dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi artmaktadır. Buna bağlı olarak da tüm dünyada 60 yaş ve üzeri kişilerin oranının diğer yaş gruplarından daha hızlı bir biçimde arttığı gözlenmektedir (1). 2030'a kadar yaklaşık olarak Kuzey Amerikalıların %20'si, Avrupalıların %24'ü ve Asyalıların %13'ü 65 yaşın üzerinde olacaktır (2). Ülkemizde de yaşlı nüfusun giderek arttığı görülmektedir; 2005 yılında yüzde 5,7 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranının, 2050 yılında yüzde 17,6'ya ulaşacağı öngörülmektedir (3)

Yaşlanma, bedensel, ruhsal ve sosyal tüm işlevlerde azalmaya neden olan geri dönüşsüz fizyolojik bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yetisinde azalma olarak tanımlamaktadır. Yaşlanma birçok sağlık ve

sosyal sorunlar, bağımlılık, engellilik, düşkünlük ve bakıma muhtaçlık ile birlikte bulunmaktadır (4, 5). Kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme, diyabet, kanser, KOAH, kas-iskelet sorunları (osteoporoz, artritler gibi), ruhsal sağlık sorunları (demans ve depresyon gibi), görme ve işitmede bozulmalar yaşlanma ile birlikte sık görülen sağlık sorunlarıdır (4). İşlevsellikte azalma, engellilik ve düşkünlük de yaşlanma ile ortaya çıkan durumlardır (4, 5).

Engellilik, kendi kendine bakım için gerekli olan görev ve roller, ev işleri, kişinin yaşam kalitesi için önemli etkinlikler gibi, bağımsız yaşamada gerekli olan etkinlikleri başarmada zorluk ya da bağımlılık olarak tanımlanır (4). DSÖ, engellilik sınıflamasını iki alandaki yeti kısıtlılığına dayandırır: Beden işlevleri ve yapısı, etkinlik ve katılım. İşlevsellik terimi tüm beden işlevlerini, etkinliklerini ve katılımı vurgulayan, yetersizlik, etkinlik sınırlamaları ve katılım kısıtlılığını kapsayan bir terimdir. Kişinin hem beden düzeyinde, hem de sosyal düzeyinde sorunu olabilir (4). Engellilik kişinin bedensel ve ruhsal özellikleri ile yaşadığı tüm çevrenin özellikleri arasındaki etkileşimdir ve engelliğin bazı yönleri büyük oranda yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler, eşzamanlı hastalıklar ve yetersizlikler gibi içselken, bazı yönleri sosyal, davranışsal ve ekonomik etmenler gibi dışsal olabilir.

DSÖ'nün işlevsellik modeline göre, işlevsel yetkinlik erken erişkinlikte doruk düzeye ulaşır ve daha sonra ilerleyen yaşla birlikte azalır. Bazı azalma noktalarında engellilik eşliğine ulaşılır. İşlevsellik yetkinliğindeki azalmanın oranı ve hızı kişiden kişiye, içsel etmenler ve çevresel etmenlere bağlı farklılıklar göstermekle birlikte genel olarak ilerleyen yaşla işlevsel yetkinlik bozulur ve günlük temel yaşam etkinliklerini yapabileme yetisinde kısıtlılıklar ortaya çıkmaya başlar (4). Yetmiş yaş



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

**Yrd. Doç.; Antalya Eğitim ve Arş. Hast., Nöroloji Kliniği, Antalya

***Doç.; Akdeniz Ü. Fen-Edebiyat Fak. Gerontoloji Bölümü, Antalya

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

ve üzerindeki nüfusta hareketlilik, aletli ve temel günlük yaşam etkinliklerinde engellilik oranının %20-30 olduğu bildirilmiştir (6, 7).

Ülkemizde engellilik durumuna ilişkin ilk kapsamlı araştırma 2002'de DiE'nin yaptığı Türkiye Özürlülük Araştırmasıdır (8, 9). Bu araştırmaya göre Türkiye'de tüm nüfus dikkate alındığında engelli oranı %12,3'tür. 2000 ile 2005 arasında engelli kişi sayısı 8.4 milyondan 8.9 milyona çıkmıştır. Bu kişilerin büyük çoğunluğu yaşlı kişilerdir. Engelli kişilerin yarısı sağlık hizmetlerine erişememektedir.

Birleşmiş Milletler kaynaklarında (10), Türkiye'de 1985 nüfus sayımına göre engelli kişilerin yaş ve cinsiyete göre dağılımları şöyledir:

Yeni kanıtlar engellilik olgularının yarısının kronik hastalıklar, komorbidite ve düşkünlükle birlikte yavaş geliştiğini, diğer yarısının ağır sağlık olaylarını izleyen ani yetersizlik süreçleri olarak ortaya çıktığını göstermektedir (11). Hastaneye yatma, düşme gibi olaylar da engellilik için hazırlayıcı risk etmenleridir.

Yaşlılık döneminde engellilikle ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılıkla ilişkili olan, yaşlı kişilerdeki yaşlanmayla bağlantılı durumların prevalansı ve bu durumların sağlık ve engellilik üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, bilişsel bozulma, düşmeler, enkontinans, görme ve işitme yetersizlikleri ve banyo yapma, giyinme, yeme, ulaşım ve tuvaleti kullanma gibi günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık durumları değerlendirilmiştir. 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %49,9'u bir ya da daha fazla yaşlılığa bağlı bir duruma sahip bulunmuştur. Yaşlılığa bağlı durumlar ile günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık arasındaki ilişki güçlü ve önemli bulunmuştur (6, 7, 11)

Engellilik (disability) ve düşkünlük (frailty) tanımları genellikle birbirleri ile karıştırılır. Her ikisi de yaşlanan bireylerde sık görülen klinik özelliklerdir ama eşanlamlı değildir.

Düşkünlük çoklu organ sistemlerini etkileyen fizyolojik rezervlerin tüm olarak bozulmasına bağlı güçsüzlük ve yaralanabilirlik durumu olarak tanımlanır. Düşkün kişilerde içsel ve çevresel stres yaratıcı durumlara dayanma yeterliliği bozulur, fizyolojik ve psikolojik homeostazisi sürdürmede zorluk, yeterlikte kısıtlılık ortaya çıkar (7). Yaşlı nüfusta düşkünlük 75 yaş üzerinde %20-30 oranında bulunmuştur ve oran ilerleyen yaşla birlikte artar (7). Düşkünlüğün, bağımlılık, engellilik, hastaneye yatma, kurumlara yerleşme ve mortalite riskinin artışı gibi uzun süreli sağlıkla ilişkili olumsuz sonuçlarla birlikte olduğu belirtilmiştir. Düşkünlük düşük bedensel etkinlik, azalmış kas gücüne bağlı güçsüzlük, yorgunluk/tükenmişlik, tüm hareketlerde ve özellikle yürümede yavaşlama ile karakterize çoklu sistem patolojileri olarak ortaya çıkar (7).

Yaşlanma ile birlikte artan düşkünlük ve engellilik hem yaşlı birey hem de bireyin ailesi ve toplum için önemli bir bakım sorunu ortaya çıkarmaktadır. Engellilik ve altında yatan bedensel, bilişsel ve duyuşsal kısıtlılıklar yaşlanmanın kaçınılmaz sonuçları değildir. Yaşlılıkta engellilik, uygun bakım ve sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri ile önlenbilir ya da geciktirebilir (12). DSÖ yaşlı kişilerin daha bağımsız olabilmeleri için "etkin yaşlanma" kavramını geliştirmiştir (1). DSÖ'nün tanımına göre:

"Etkin yaşlanma, kişiler yaşlandıkça yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım ve güvenlik için fırsatları en iyi duruma getirme sürecidir." Etkin yaşlanma, düşkün, engelli ve bakıma gereksinimi olan kişiler dahil, yaşlandıklarında tüm kişiler için bağımsızlık, özerklik, sağlıklı yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi sağlamayı amaçlar. Bu çerçevede içinde DSÖ tarafından yaşlı kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini artırma ve daha iyi sağlık hizmeti almalarını sağlama amacı ile "Yaşlı Dostu Birincil Bakım Enstrümanı" geliştirilmiştir (www.ailehek.org) (13). Bu enstrüman yaşlı kişilerle iletişim kurma, geriyatrik değerlendirme, geriyatrinin dev sorunları olan ve engelliliğe en çok neden olan sorunlarının (demans, depresyon, düşme, enkontinans,

Birleşmiş Milletler kaynaklarında (10) Türkiye'de 1985 nüfus sayımına göre engelli kişilerin yaş ve cinsiyete göre dağılımları şöyledir:

Tüm alanlar	Toplam (%)	1-14 yaş (%)	15-59 yaş (%)	60 yaş ve üstü (%)
Toplam	1.4	0,6	1,4	5,0
Erkek	1.7	0.7	1.9	6.0
Kadın	1.1	0.6	1.0	4.1

Kaynak: State Institute of Statistics, Census of Population, Social and Economic Characteristics of Population.
<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disform.asp?studid=115>



hipertansiyon ve diyabet) taranmaları ve sağlıklı yaşam biçimlerinin kazandırılması için rehberlik sağlayan enstrümanlar içerir. Bu enstrümanlarla, sık görülen sağlık sorunları için riskte olan kişiler erken tanımlanarak, sorunun uygun yönetimi sağlanabilir ve engellilik önlenebilir ya da geciktirilebilir.

Bir yakınması olmasa da, yaşlı kişilerin periyodik sağlık muayenesi bağlamında geriyatrik değerlendirmelerinin yapılması, engelliliğe yol açabilecek sağlık sorunlarının ve risk etmenlerinin erken saptanmasını sağlar. Böylece daha sağlıklı ve etkin bir yaşlanma sürecini destekleyecek uygun koruyucu ve tedavi edici girişimlerin planlaması yapılabilir (5, 14). Birincil bakım hizmeti veren hekimler, kendilerine bağlı nüfusun önemli bir kısmını oluşturan yaşlı kişilerin kapsamlı sağlık değerlendirmesini ya da taramasını yapmak için geliştirilmiş pek çok enstrüman kullanabilirler (5, 13, 14, 15, 16). Tüm hasta ve sağlıklı kişi muayene ve taramaları doğal olarak tam bir öykü ve fizik muayene yapılması ile başlar. Ancak sağlık personeli tarafından hekim muayenesi öncesinde yapılabilecek özellikte olan on dakikalık tarama testi (13, 17, 18) Birinci basamakta yoğun iş yükü ve kısıtlı zamanı olan hekime yol gösterici niteliktedir. On dakikalık tarama testi birinci basamak hekimine öykü ve muayenede dikkat edilmesi gereken alanları işaret eder. Hastadan tam bir öykü alan ve muayenesini tamamlayan hekim bir sorun olabileceği işaret edilen bu alanların taranmasında kullanılan testleri uygulayarak, hastanın sağlık durumunu değerlendirir ve yönetim planını oluşturur.

Yaşlı hastalar pek çok nedenle büyük oranda düşme riskindedirler. U.S. Preventive Services Task Force (USPST) yaşlı hastaların düşmeye bağlı yaralanmalardan korunabilmeleri için duyuşsal algılama açısından değerlendirilmesini önerir (19). Ruhsal durum muayenesi ve bilişsel yetkinlik için değerlendirme, engelliliğin erken tanımlanması ve sağlığın korunması bağlamında önemlidir.

Geriyatrik değerlendirme enstrümanları, bütüncül bakımın bir parçası olarak hastadan bilgi almayı standartlaştırır. Hekimin hastasının işlev düzeyini, bilişsel düzeyini ve güvenlik düzeylerini değerlendirmesinde etkili olabilirler. Hekim hastanın o andaki durumunu

ortaya koyduktan sonra sağlığı geliştirme için ya da koruma için gerekli girişimlerde bulunabilir. Yaşlılarda bu amaçla kullanılan sağlığı değerlendirme enstrümanları aşağıda belirtilmiştir:

A. Demans ve depresyon tarama enstrümanları:

1. Mini mental durum değerlendirme testi (MMST)

2. Saat çizme testi (CDT)

B. Geriyatrik depresyon skalası (GDS)

C. İşlevsel durum değerlendirme enstrümanları

1. Barthel günlük yaşam etkinlik indeksi

2. Geriyatrik sağlık anketi

3. Katz günlük yaşam etkinliklerinde (ADL) bağımsızlık indeksi

4. Aletli günlük yaşam etkinliği skalası (IADL)

D. Yürüme, immobilité/düşme testi:

1. Kalk ve yürü testi

2. Tinetti hareketlilik testinin parçası olarak performans yönelimli dengeyi ve yürüyüşü değerlendirme

E. Duyu algılama alanında ise görme ve işitme değerlendirmesi: Görmenin muayenesi için Snellen kartı kullanılır. İşitme muayenesi için fısıltı testi ve yaşlılarda işitme engeli düzeyini tespit etme testi [*Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening*] (HHIE-S)] kullanılabilir. Ancak en güvenilir yöntem otoskop ve odiyometredir ve yaşlıların yılda bir kez görme ve işitme açısından muayene olmaları sağlanmalıdır.

Engelliliği değerlendirme için DSÖ'nün önerdiği, yaşlı kişinin kendi kendine uyguladığı ve görüşmeci tarafından uygulanan testler de vardır. Bu testlere DSÖ'nün web sayfasından ulaşılabilir (20).

(<http://www.who.int/icidh/whodas/index.htm>)

Yaşlılık, artan sağlık sorunları ve engellilik riski ile kaçınılmaz bir süreçtir. Birincil bakımda sağlık hizmeti sunan birincil bakım hekimleri yaşlı kişilerin en kolay erişebilecekleri bütüncül sağlık bakımı sunan kişilerdir. Yaşlı hastalarını engellilik ve diğer sağlık sorunları için tarama ve değerlendirme için uygun konumdadırlar. Değerlendirme sonrası önlenebilir sağlık sorunlarının uygun yönetimi, etkin tedavi ve rehabilite edici girişimler sunarak yaşlı kişilerin daha uzun süre toplumun etkin, üretken ve onurlu üyeleri olarak yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olabilirler.

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

Kaynaklar

- 1- Active Ageing-A Policy Framework. Geneva:WHO.2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Erişim tarihi: 15.08.2009.
- 2- Kinsella, K. Velkoff, VA. An Aging World: 2001. Washington DC: U.S. Government Printing Office; 2001.
- 3- Yaman H, Akdeniz M, Kanevetçi Z. Ülkemizde Beklenen Demografik Değişime Hazırlık: Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri. RNA Aile Hekimliği Dergisi.2008; 2(2):14-21.
- 4- WHO International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001. Erişim: www.who.int/classifications/icf/ erişim tarihi: 07.09.09
- 5- Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıt dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2009;13(1);27-38
- 6- Hardy SE, Dubin JA, Holford TR, Gill TM: Transitions between states of disability and independence among older persons. Am J Epidemiol 2005; 161: 575-584.
- 7- Topinková E. Aging, Disability and Frailty. Ann Nutr Metab 2008;52(1):6-11.
- 8- Devlet İstatistik Enstitüsü" (DİE) (2002) Türkiye Özürlüler Arastırması.Yayın no: 2913. Ankara: DİE yayınevi.
- 9- Tufan I, Yaman H, Arun Ö. Disability in Turkey: Suggestions for overcoming. International Social Work 2007; 50; 839.
- 10- State Institute of Statistics, Census of Population, Social and Economic Characteristics of Population. Erişim:<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disform.asp?studyid=115> Erişim tarihi 05.09.09.
- 11- Cigolle C T, Langa K M, Kabeto MU et al. Geriatric Conditions and Disability: The Health and Retirement Study. Ann Intern Med. 2007;147:156.
- 12- Yaman H, Akdeniz M. Etkin yaşlanma: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Sağlığına Yeni Bir Bakış. STED 2009;17(6);12-13.
- 13- Yaman H (Çeviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrümanı. Cenevre: DSO. 2007. <http://www.ailehek.org>. Erişim tarihi: 04.09.2009.
- 14- Yaman H. Yaşlı Sağlığı: Bütüncül Geriatrik Değerlendirme. STED. 2008;17(11);8-11.
- 15- Miller KM, Zlystra RG, Standridge J.BJ. The Geriatric Patient: A Systematic Approach to Maintaining Health. Am Fam Physician 2000;61:1089-104.
- 16- Gray, L.C, Newbury, J.W. Health assessment of elderly patients. Australian Family Physician. 2004;33(10):795-97.
- 17- Spalding, M.C, Sebesta, S.C. Geriatric Screening and Preventive Care. American Family Physician. 2008;78(2):206-215.
- 18- Yaman H, Akdeniz M. Yaşlı dostu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri uygulamaları. STED.2008;17(7);11-13.
- 19- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), Pocket Guide to Clinical Preventive Services, 2008 erişim: <http://www.ahrq.gov/CLINIC/uspstfix.htm#pocket> erişim tarihi 03.09.09.
- 20- The World Health Organization Disability Assessment Schedule. Erişim: <http://www.who.int/icidad/whodas/index.html> Erişim tarihi: 04.09.09.

STED Okurları Haberleşme Grubu

STED okurlarının birbirleriyle ve STED'i hazırlayanlarla iletişimini geliştirmek ve canlandırmak amacıyla oluşturduğumuz haberleşme grubuna İnternet'te; <http://groups.yahoo.com/group/stedokur> adresinden ulaşabilirsiniz.

Henüz Grup'a üye değilseniz, sayfadaki ([Join This Group](#)) linkine tıklayarak üye olabilir, Grup'ta yürütülen tartışmalara katılarak siz de Dergimiz'in oluşumuna katkıda bulunabilirsiniz.

STED Yayın Kurulu

sted
okur